



Universidades Lusíada

Costa, Liliana Ribeiro da, 2000-

Regulação emocional em adultos com dependência de álcool e substâncias aditivas

<http://hdl.handle.net/11067/7267>

Metadados

Data de Publicação

2023

Resumo

As emoções, ao orientarem o comportamento, constituem uma parte fundamental da aprendizagem humana. Uma vez que a regulação emocional se define como o processo de escolha responsável por compreender, equilibrar e decidir que emoções sentir e expressar, a dificuldade na regulação das emoções revela-se um fator que aumenta a probabilidade de comportamentos de risco, nomeadamente relacionados com o consumo de substâncias psicoativas. Assim, o principal objetivo desta investigação consiste em compre...

Emotions, as they guide behavior, constitute a fundamental part of human learning. Since emotional regulation is defined as the process of responsible choice in understanding, balancing, and deciding which emotions to feel and express, difficulties in emotional regulation reveal a factor that increases the likelihood of risky behaviors, particularly related to the consumption of psychoactive substances. Therefore, the main objective of this research is to comprehend and characterize emotional re...

Palavras Chave

Alcoolismo - Aspectos psicológicos, Abuso de substâncias - Aspectos psicológicos, Emoções, Autoestima

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T11:22:41Z com informação proveniente do Repositório



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

**Regulação emocional em adultos com dependência de
álcool e substâncias aditivas**

Realizado por:
Liliana Ribeiro da Costa

Orientado por:
Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador: Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas
Arguente: Prof.^a Doutora Joana Martins Gonçalves Lopes

Dissertação aprovada em: 4 de dezembro de 2023

Lisboa

2023



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

Regulação emocional em adultos com dependência de álcool e substâncias aditivas

Liliana Ribeiro da Costa

Lisboa

Agosto 2023



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

**Regulação emocional em adultos com dependência
de álcool e substâncias aditivas**

Liliana Ribeiro da Costa

Lisboa

Agosto 2023

Liliana Ribeiro da Costa

Regulação emocional em adultos com dependência de álcool e substâncias aditivas

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

Orientador: Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de
Freitas

Lisboa

Agosto 2023

FICHA TÉCNICA

Autora Liliana Ribeiro da Costa
Orientador Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas
Título Regulação emocional em adultos com dependência de álcool e substâncias aditivas
Local Lisboa
Ano 2023

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

COSTA, Liliana Ribeiro da, 2000-

Regulação emocional em adultos com dependência de álcool e substâncias aditivas / Liliana Ribeiro da Costa; orientado por Miguel da Costa Nunes de Freitas. - Lisboa: [s.n.], 2023. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I – FREITAS, Miguel da Costa Nunes de, 1981-

LCSH

1. Alcoolismo - Aspectos psicológicos
2. Abuso de substâncias - Aspectos psicológicos
3. Emoções
4. Autoestima
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Alcoholism - Psychological aspects
2. Substance abuse - Psychological aspects
3. Emotions
4. Self-esteem
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV5045.C67 2023

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador, Professor Miguel Freitas, pelo constante apoio, paciência, disponibilidade, extrema dedicação e calma que transmitiu nos momentos de maior stress, fazendo-me sentir sempre capaz e motivada para os ultrapassar. Obrigada por toda a experiência e conhecimento partilhado, e por ter sempre acreditado em mim.

Aos meus docentes da Licenciatura e do Mestrado, por me terem feito apaixonar pela área da psicologia clínica e por todo o universo que constitui a psicologia.

À minha grande amiga da Licenciatura, por todos os momentos de apoio, ajuda, e extrema disponibilidade ao longo de todo o processo.

Agradeço, por fim, aos meus pais, pois acreditaram sempre nas minhas competências e dedicação. Aos meus irmãos, que prestaram um grande apoio, não só emocional como também nas longas contagens de questionários. Ao meu namorado, por toda a força e motivação, e por nunca me deixar duvidar das minhas capacidades.

Resumo

As emoções, ao orientarem o comportamento, constituem uma parte fundamental da aprendizagem humana. Uma vez que a regulação emocional se define como o processo de escolha responsável por compreender, equilibrar e decidir que emoções sentir e expressar, a dificuldade na regulação das emoções revela-se um fator que aumenta a probabilidade de comportamentos de risco, nomeadamente relacionados com o consumo de substâncias psicoativas. Assim, o principal objetivo desta investigação consiste em compreender e caracterizar a regulação emocional em adultos com dependência de álcool e/ou substâncias aditivas, examinando ainda a autoestima dos indivíduos. A amostra do estudo foi constituída por 243 participantes (M=44,85 anos), sendo que 115 participantes eram do sexo feminino e 128 participantes do sexo masculino, divididos por dois grupos: o Grupo Clínico, composto por 103 participantes; e o Grupo de Comparação, composto por 140 participantes. Neste estudo foram utilizados dois instrumentos psicométricos: a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) e a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). Os resultados sugerem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à regulação emocional e à autoestima. Indivíduos dependentes de álcool e/ou substâncias aditivas apresentam maiores dificuldades de regulação emocional e maiores níveis de autoestima em comparação com indivíduos sem esse tipo de dependências. Os resultados mostram assim que a autoestima é também um fator associado ao consumo de substâncias psicoativas, estando associada a alterações na saúde mental do indivíduo, associadas ao consumo. A autoestima elevada pode potenciar o consumo de substâncias psicoativas e, conseqüentemente, situações de dependência. Estes resultados mostram a importância das emoções e da regulação emocional para o ajustamento psicossocial dos indivíduos com dependência de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Álcool, Substâncias Aditivas, Regulação Emocional, Consumo, Autoestima.

Abstract

Emotions, as they guide behavior, constitute a fundamental part of human learning. Since emotional regulation is defined as the process of responsible choice in understanding, balancing, and deciding which emotions to feel and express, difficulties in emotional regulation reveal a factor that increases the likelihood of risky behaviors, particularly related to the consumption of psychoactive substances. Therefore, the main objective of this research is to comprehend and characterize emotional regulation in adults with alcohol and/or substance addictions, while also examining individuals' self-esteem. The study sample consisted of 243 participants (M=44.85 years old), with 115 female participants and 128 male participants, divided into two groups: the Clinical Group, comprised of 103 participants, and the Comparison Group, comprised of 140 participants. Two psychometric instruments were used in this study: the Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). The results suggest statistically significant differences between the groups regarding emotional regulation and self-esteem. Individuals dependent on alcohol and/or psychoactive substances exhibit greater difficulties in emotional regulation and higher levels of self-esteem compared to individuals without such dependencies. Thus, the findings also demonstrate that self-esteem is a factor associated with the consumption of psychoactive substances, and it is linked to mental health changes associated with consumption. High self-esteem may enhance the consumption of psychoactive substances and, consequently, lead to dependency situations. These results underscore the importance of emotions and emotional regulation for the psychosocial adjustment of individuals with psychoactive substance dependencies.

Keywords: Alcohol, Additive Substances, Emotional Regulation, Consumption, Self-Esteem.

Índice de Tabelas

| | |
|----------------|----|
| Tabela 1 | 38 |
| Tabela 2 | 39 |
| Tabela 3 | 40 |

Lista de Abreviaturas

APA – American Psychological Association

ATT - Associação para Tratamento das Toxicodependências

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

DERS – Difficulties in Emotion Regulation Scale

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais

FCE - Funcionamento Cognitivo Executivo

OMS – Organização Mundial de Saúde

PUA – Perturbação de Uso de Álcool

PUS – Perturbações de Uso de Substâncias

RSES – Rosenberg Self-Esteem Scale

SNC – Sistema Nervoso Central

SPSS – Statistical Product and Service Solutions

UTITA – Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e Alcoolismo

UTRA – Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução | 1 |
| Enquadramento Teórico..... | 4 |
| Desenvolvimento Humano..... | 4 |
| Comportamentos de Risco | 6 |
| Consumo de Substâncias Psicoativas..... | 9 |
| Fatores que influenciam o consumo de substâncias psicoativas..... | 15 |
| Fatores de proteção do consumo de substâncias psicoativas | 17 |
| Emoções e Regulação Emocional..... | 20 |
| Dificuldades de regulação emocional | 25 |
| Autoestima | 27 |
| Objetivos | 32 |
| Método | 33 |
| Participantes | 33 |
| Instrumentos..... | 33 |
| Escala de dificuldades de regulação emocional..... | 33 |
| Escala de autoestima de Rosenberg | 34 |
| Procedimento | 35 |
| Resultados | 37 |
| Plano de Análise dos Dados..... | 37 |
| Estatística Descritiva..... | 37 |
| Coeficientes de Correlação | 38 |
| Comparação entre o Grupo Clínico e o Grupo de Comparação | 39 |
| Discussão | 41 |
| Referências..... | 45 |

| | |
|---|----|
| Anexos | 65 |
| Lista de Anexos..... | 66 |
| Anexo A – Consentimento Informado | 67 |
| Anexo B – Questionário Sociodemográfico | 68 |
| Anexo C – E-mail de autorização para utilização da EDRE | 69 |
| Anexo D – E-mail de autorização para utilização da EAR..... | 70 |

Introdução

As emoções têm um grande impacto e importância na vida humana, uma vez que ditam a importância dos estímulos interiores e exteriores ao organismo, orientando o comportamento, pelo que constituem parte do desenvolvimento da criança e do adolescente (Fonseca, 2016). A regulação emocional refere-se ao processo de escolha que envolve compreender, equilibrar e decidir que emoções sentir e expressar (Gross, 1998a, 1999). Envolve a consciência, compreensão e aceitação das emoções, a capacidade de controlar os comportamentos quando se experiencia sofrimento emocional, e a capacidade de usar estratégias adaptativas para modular respostas emocionais (Zaorska et al., 2020).

A importância das emoções verifica-se também em comportamentos como o consumo de substâncias psicoativas. O termo “consumo de substâncias” é utilizado para definir o ato de autoadministração de uma substância psicoativa, definindo uma expressão que abrange todos os níveis de consumo, como o consumo ocasional ou prolongado destas substâncias (Ribeiro, 2011). A substância mais vulgarizada e consumida em todo o mundo é o álcool, uma substância tóxica de rápida absorção. É também a droga com mais custos sociais, acarretando efeitos depressores e alterações da química cerebral do indivíduo (Nunes & Jólluskin, 2010). Por seu turno, a droga, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994, p33), diz respeito a “qualquer substância química que modifica os processos fisiológicos e bioquímicos dos tecidos ou organismos”. Tanto o álcool como a droga são substâncias psicoativas que alteram a função cerebral (Pallari et al., 2020), uma vez que, após a sua ingestão, afetam o Sistema Nervoso Central (SNC), provocando alterações na consciência e nas sensações, assim como no estado emocional, que variam de pessoa para pessoa, em função da própria substância, da quantidade e do contexto ou circunstância em que a mesma é ingerida (Córdoba-Paz et al., 2017).

Autores psicanalíticos têm constatado, no contexto daqueles que abusam de substâncias psicoativas, a presença de sentimentos de indiferença, predominantemente negativos e dolorosos e dificuldades de expressão emocional (Kun et al, 2019). Desta forma, a literatura tem identificado uma relação entre a regulação emocional e a dependência de álcool e substâncias aditivas.

Dado o impacto significativo das emoções na vida humana, quando existe uma dificuldade em regular as emoções de forma saudável e adaptativa, o uso de substâncias pode desempenhar um papel de fuga emocional, proporcionando uma sensação de alívio, supressão emocional, ou mesmo uma tentativa de regulação emocional (Khantzian, 2003).

Desta forma, considerando que o consumo de substâncias se destaca como uma estratégia problemática de regulação emocional (Barlow et al., 2014), que pode resultar em dependência, problemas de saúde e complicações adicionais (Brenner et al., 2013), torna-se essencial investigar e compreender profundamente esta questão tão socialmente complexa e de extrema curiosidade.

Para compreender a relação entre a regulação emocional e a dependência de álcool e substâncias aditivas, é necessário realizar uma revisão de literatura sobre o papel da regulação emocional e da autoestima na vida dos indivíduos. É ainda fundamental referir o significado dos conceitos de álcool, droga e sobre os fatores precipitantes que levam à dependência destas substâncias. Pretendemos posteriormente comparar os níveis de regulação emocional e autoestima entre adultos com dependência de álcool e/ou substâncias aditivas e um grupo normativo, não-clínico de adultos sem dependência de substâncias psicoativas. Assim, o principal objetivo desta investigação consiste em compreender e caracterizar a regulação emocional e a autoestima no indivíduo dependente de álcool e substâncias aditivas, compreendendo e caracterizando a relação entre estas variáveis, e analisar as diferenças de regulação emocional e autoestima entre o indivíduo dependente de álcool e substâncias

aditivas e o indivíduo não dependente. Desta forma, propomos como hipótese que o grupo de adultos com dependência de álcool e/ou substâncias aditivas apresentará maiores dificuldades de regulação emocional e menores níveis de autoestima do que os adultos do grupo de comparação.

Enquadramento Teórico

Desenvolvimento Humano

As abordagens emergentes introduzem a noção de indivíduo como um sistema aberto, complexo, múltiplo, descentralizado e em constante desenvolvimento, propenso à estimulação de discussão e debate (Araújo et al., 2018). O desenvolvimento humano refere-se à investigação científica da evolução ou constância das pessoas, desde a concepção até à morte (Papalia & Feldman, 2013). A mudança desempenha um papel fundamental no processo de desenvolvimento dos seres humanos, e é através das interações sociais que os indivíduos se adaptam aos mais diversos ambientes em que se inserem. Posto isto, os comportamentos sociais são desenvolvidos no âmbito das interações que o indivíduo experiencia com os outros (Todorov, 2007).

A personalidade de um indivíduo é influenciada, modificada e reforçada pelos relacionamentos que estabelece com outras pessoas, nomeadamente pais, professores, irmãos, entre outros (Sullivan, 1953). Os relacionamentos podem adotar diversas formas, sendo que a natureza de um relacionamento é moldada pelas características individuais dos seus membros e pelas interações que ocorrem entre eles (Rubin et al., 2006). As relações sociais positivas e recíprocas desempenham um papel fundamental na promoção do bem-estar e autoestima individual. À medida que o indivíduo se desenvolve, as suas interações com os pares, objetos e símbolos vão-se tornando progressivamente mais complexas, passando também ele a frequentar uma maior variedade de contextos (Bronfenbrenner, 1996).

A análise do comportamento social implica a compreensão dos comportamentos individuais, da dinâmica das interações e relações, e a formação de grupos, influenciados por uma estrutura sociocultural. Esta perspetiva analítica considera a complexidade da rede social, pressupondo a existência de relações dialéticas que caracterizam a organização do comportamento em diferentes níveis de complexidade social. A dialética reflete o processo de

influência mútua que caracteriza as relações dentro de cada nível e entre os vários níveis deste processo. Deste modo, indivíduos, grupos e cultura afetam e são afetados de forma recíproca (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner & Moris, 1998).

Na interação com o todo, considera-se a interdependência entre o comportamento humano e o ambiente, num movimento contínuo de estímulo, resposta e consequência. Assim, o ser humano adapta-se ao ambiente em que está inserido, por meio da observação e reprodução de comportamentos e, à medida que ocorrem mudanças no ambiente, as formas comportamentais anteriores desaparecem, dando lugar a novas (Todorov, 2007).

A Teoria Ecológica de Bronfenbrenner entende o desenvolvimento humano de forma contextualizada em ambientes naturais, no sentido de compreender a realidade de forma mais abrangente, ao refletir sobre a experiência e a percepção individual dentro do contexto em que a pessoa está inserida (Bronfenbrenner, 1977; 1996).

Ao reformular a sua teoria, Bronfenbrenner adotou uma abordagem bioecológica do desenvolvimento humano, passando a enfatizar, não apenas a interdependência entre o indivíduo e o contexto, mas também as características do indivíduo em relação a quatro aspectos multidirecionais relacionados entre si: 1) a pessoa; 2) o processo; 3) o contexto; 4) e o tempo, formando a Teoria Bioecológica (Bronfenbrenner, & Morris, 1998). A *pessoa* refere-se às constâncias e mudanças que ocorrem ao longo da vida do ser humano em desenvolvimento, tendo em consideração as suas convicções, objetivos e motivações. O *processo* diz respeito à participação ativa em interações progressivamente mais complexas e recíprocas com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato, ocorrendo de forma regular e duradoura. O *contexto* entende o ambiente em que o indivíduo está inserido, envolvendo o microssistema, o mesossistema, o exossistema e o macrossistema. O *tempo* refere-se à pressão exercida sobre o indivíduo, devido aos eventos históricos que ocorrem ao longo do seu desenvolvimento (Martins & Szymanski, 2004).

Quanto ao contexto em que o indivíduo está inserido, o microsistema abrange os padrões de atividades, os papéis e as relações interpessoais experienciados pelos indivíduos num determinado ambiente, onde as suas características físicas, sociais e simbólicas atuam de forma a promover ou limitar as relações interpessoais. O mesossistema refere-se às interações entre dois ou mais microsistemas em que a pessoa está envolvida e participa de forma ativa. O exossistema refere-se aos ambientes em que o indivíduo não participa diretamente, mas que afetam ou são afetados pelo ambiente onde este se encontra. O macrosistema envolve todos os ambientes, formando uma rede de interconexões que se diferenciam de cultura para cultura (Martins & Szymanski, 2004). Desta forma, as interações sociais desempenham um papel primordial no desenvolvimento, sobretudo durante a pré-adolescência e a adolescência, exercendo uma função crucial nos domínios social, afetivo e cognitivo (Veríssimo & Santos, 2008), promovendo ainda o aumento da autonomia, autoestima e intimidade (Youngblade et al., 2007). No entanto, os adolescentes enfrentam atualmente riscos ao seu bem-estar físico e mental, que incluem elevadas taxas de mortalidade relacionadas com acidentes, homicídios e suicídios (Eaton et al., 2008).

Comportamentos de Risco

Comportamentos de risco referem-se a comportamentos potencialmente capazes de comprometer a saúde física e mental do indivíduo e reduzir a sua qualidade de vida, colocando-o em situações de perigo (Brener et al., 2013). Diversos comportamentos podem oferecer risco, nomeadamente o uso de álcool e substâncias, comportamentos sexuais de risco, comportamentos suicidas, agressivos, entre outros. Este tipo de condutas está significativamente associado a problemas sociais, psicológicos, escolares e familiares na adolescência e na vida adulta (Hale et al., 2014).

Alguns estudos têm procurado compreender os fatores associados à adoção de comportamentos de risco na adolescência, investigando a sua prevalência e os fatores de risco

e proteção associados (Moller & Haustein, 2014). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2019), é na adolescência que os jovens iniciam a procura da sua independência, assim como o desenvolvimento de novas relações e capacidades sociais (OMS, 2019). Contudo, é nesta fase que se encontram mais expostos a comportamentos de risco capazes de comprometer a sua saúde física e mental, pois a adolescência incorpora características intrínsecas relacionadas com a exploração e descoberta de múltiplas oportunidades (Steinberg, 2017), como a vulnerabilidade, a instabilidade, um conjunto de alterações rápidas e acentuadas nesta fase da vida, a construção de uma identidade pessoal, a importância do grupo de pares (Trigo et al., 2015), a procura de novas experiências sensoriais e relacionais, o desafio às regras da sociedade e a curiosidade (Morel et al., 1998; Teles, 2019). Durante a adolescência ocorre um processo gradual de desenvolvimento do sistema de autorregulação, assim como um aumento da procura de sensações, tornando o jovem mais sensível a estímulos emocionais e, conseqüentemente, mais propenso a tomar decisões de risco (Alves et al., 2015; Steinberg, 2004). Ou seja, no contexto da procura de novas experiências e da exploração de novos ambientes, situações e companhias, os adolescentes podem envolver-se em inúmeros comportamentos de risco, que tanto podem desempenhar um papel importante para o desenvolvimento da autonomia e da capacidade de fazer escolhas, como trazer conseqüências negativas a curto, médio ou longo prazo (Huang et al., 2012). O envolvimento em comportamentos de risco tem sido relacionado com diversos fatores de risco e de proteção pessoais, como a idade, as características psicológicas e contextuais, como aspetos relacionados com a família, o grupo de pares e a rede de suporte social. A idade do adolescente é reconhecida como um fator de risco, sendo que é entre jovens mais velhos que estes comportamentos ocorrem com maior frequência, especialmente o consumo de álcool e substâncias aditivas. É também entre os adolescentes mais velhos que se verifica a presença de eventos stressantes e violência, e aspetos pessoais que se manifestam no contexto escolar,

como baixo desempenho, desmotivação e insatisfação com a escola (Zappe & Dell’Aglío, 2016). O grupo de pares é também considerado um dos fatores de risco mais predominantes na vida do adolescente, pois indivíduos cujos amigos se envolvem em comportamentos de risco, tendem a envolver-se também neste tipo de comportamentos (Harris, 2011). Os adolescentes escolhem os amigos com base num conjunto de valores comuns, nomeadamente a personalidade e os objetivos de vida, que podem encorajar ou desencorajar um comportamento de risco por si só (Jaccard et al., 2005).

Os comportamentos de risco muitas vezes não ocorrem de forma isolada. A sua coocorrência é impulsionada por fatores de risco compartilhados, como a influência dos pares ou a procura de sensações, assim como os efeitos diretos do uso de substâncias ou da agressão. A participação num determinado comportamento de risco pode ainda provocar o risco de envolvimento noutros comportamentos. Por exemplo, o consumo de tabaco e de álcool na adolescência tem sido associado ao consumo consequente de droga (Hale et al., 2014).

É importante destacar que os comportamentos de risco não são exclusivos dos adolescentes, dado que o envolvimento nestes acontece também durante outras etapas do ciclo vital, devido a influências sociais e contextuais (Willoughby et al., 2013). Por exemplo, o consumo de álcool na adultícia está significativamente associado a uma dieta inadequada, tanto em homens como em mulheres (Francisco et al., 2019). Porém, experiências de consumo no início da adolescência, quando o sistema límbico ainda está em desenvolvimento, podem afetar permanentemente o funcionamento do cérebro (Spear & Swartzwelder, 2014). O sistema límbico é uma região do cérebro importante para a experiência de recompensa e punição do ser humano. Durante a adolescência, alterações neste sistema afetam os recetores de dopamina, um dos neurotransmissores naturais que influencia a experiência de prazer. Algumas substâncias causam uma sensação de bem-estar

principalmente porque afetam os recetores também sensíveis à dopamina, interferindo na sua maturação normal (Steinberg, 2017). Posto isto, a exposição contínua a substâncias aditivas durante esse período de desenvolvimento pode afetar o cérebro, tornando o consumo de substâncias necessário à produção de níveis normais de prazer (Steinberg, 2014).

Consumo de Substâncias Psicoativas

Tanto o álcool como o uso aditivo de drogas são das principais causas nocivas para os indivíduos e para a sociedade (Korcha et al., 2014), constituindo um problema de saúde pública que provoca consequências na saúde do indivíduo, no seu trabalho e nos seus relacionamentos interpessoais, acabando por interferir na sua qualidade de vida (Nadaleti et al., 2019).

O álcool é uma substância tóxica de rápida absorção, sendo a droga mais vulgarmente consumida, e com mais custos sociais em todo o mundo. Neste sentido, assume o papel de substância mais bem aceite na sociedade (Kawano, 2019). Contudo, o consumo de álcool provoca efeitos depressores e alterações da química cerebral do indivíduo (Nunes & Jólluskin, 2010).

O costume de estabelecer encontros sociais que podem resultar no consumo de bebidas alcoólicas tem sido uma constante na vida social e cultural da sociedade ao longo dos anos, fazendo com que a constante presença de bebidas alcoólicas passasse a constituir hábitos, crenças e costumes (Marcolan & Castro, 2013). No entanto, desde que se começou a consumir álcool que a relação com o mesmo não tem sido fácil, uma vez que se encontra associado a diferentes valores éticos que variaram consoante a época e a sociedade em que é consumido, encontrando-se enredado com as complexidades de sexo, idade, classe, poder e etnia. (Phillips, 2014).

Em pequenas porções, o álcool proporciona ao seu consumidor uma sensação de bem-estar, ajudando as pessoas a descontraírem. Por sua vez, quando em quantidades excessivas,

pode causar sentimentos de euforia, redução das inibições sociais, perda de equilíbrio e coordenação, vômitos e perda de consciência, tendo vindo a ser descrito como uma ameaça não só para quem o consome, como para a sociedade em que ocorre o seu consumo (Phillips, 2014).

Por seu turno, o conceito de droga é definido pela Organização Mundial de Saúde (1994) como sendo “qualquer substância química que modifica os processos fisiológicos e bioquímicos dos tecidos ou organismos” (OMS, 1994, p.33). Quando consumida, não só a funcionalidade da substância como também as suas propriedades viciantes podem influenciar os próprios padrões de consumo, levando a uma toma mais persistente (Brodbeck et al., 2013).

Tanto o álcool como a droga dizem respeito a substâncias psicoativas que alteram a função cerebral (Pallari et al., 2020), uma vez que, após a sua ingestão, afetam o Sistema Nervoso Central (SNC). Estas provocam alterações na consciência e nas sensações, assim como no estado emocional, que variam de pessoa para pessoa, em função da própria substância, da quantidade e do contexto ou circunstância em que a mesma é ingerida (Córdoba-Paz et al., 2017). Desta forma, o seu uso, além de ter um impacto negativo na saúde, na coesão social e na resiliência cultural, pode levar ao seu abuso, implicando uma diminuição do desempenho dos papéis vitais principais. Adicionalmente, pode causar problemas legais e, deste modo, contribuir para a deterioração das relações sociais e familiares (Lavalley et al., 2010). Assim, o uso repetido destas substâncias, que causa danos físicos e mentais, associado ao forte desejo e necessidade de as ingerir, revelam-se características-chave da sua dependência (Pallari et al., 2020).

A sequência de experimentação de substâncias durante a adolescência tem sido descrita na literatura (p. ex., Van Leeuwen et al., 2011). Frequentemente, os jovens experimentam consumir cerveja e vinho antes de experimentarem tabaco ou bebidas fortes, o que antecede o

consumo de cannabis, que, por sua vez, antecede o consumo de outras drogas ilícitas. No entanto, embora a experimentação possa seguir essa sequência, isso não significa que o consumo de álcool ou tabaco leve ao consumo de cannabis, ou que o consumo de cannabis leve à experimentação de drogas mais pesadas (Van Leeuwen et al., 2011). A existência de uma sequência minimamente padronizada de consumo de drogas sugere que praticamente a totalidade dos consumidores de drogas pesadas experimentaram inicialmente álcool, tabaco e cannabis (Chen & Kandel, 1995).

O abuso de álcool e drogas conduz a consequências e custos substanciais, tanto a nível pessoal, como social, sendo a população adolescente a mais suscetível aos seus efeitos nefastos (Hawkins et al., 1992; Zara & Gulotta, 2014). Esta população tem tendência a envolver-se em riscos a longo prazo, nomeadamente problemas em ambiente escolar e atividades perigosas ou desviantes, incluindo crimes, delinquência e comportamentos sexuais de risco. Está ainda propensa a sofrer a nível psicológico, desenvolvendo perturbações de ansiedade e depressão, e a nível físico, podendo desenvolver doenças cardíacas, cancro ou danos nos rins e no fígado. A população adulta está sujeita a desenvolver problemas de saúde a nível físico, a experimentar o desemprego, a ter filhos de relações extraconjugais e a manter os problemas de uso de substâncias (Aseltine et al., 2009).

Durante a adolescência e a idade adulta, as taxas de prevalência de dependência de álcool e substâncias aditivas são tipicamente elevadas (Richardson et al., 2011). A Organização Mundial da Saúde (2019) declarou que cerca de 2,3 bilhões de indivíduos são consumidores de álcool. O álcool é consumido por mais de metade da população em três regiões da OMS – Américas, Europa e Pacífico Ocidental. Foi ainda registada uma diminuição global do consumo de álcool de 4,4% de 2000 para 2016, mantendo-se, no entanto, elevada em regiões da Europa Oriental e em alguns países da África Subsaariana (OMS, 2019). De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas (2022) 11,2 milhões de pessoas no mundo consumiam

drogas em 2020. As mulheres, apesar de representarem uma minoria dos consumidores de droga em todo o mundo, estes valores tendem a aumentar e a progredir mais rapidamente em relação às perturbações do uso de drogas, em comparação com os homens, representando atualmente cerca de 45 a 49% dos consumidores de anfetaminas, opióides farmacêuticos, sedativos e tranquilizantes (UNODC, 2022).

Em Portugal, foi registado um aumento do consumo de álcool, particularmente em jovens dos 16 aos 18 anos, assim como um aumento da mortalidade por doenças derivadas do álcool e acidentes de viação sob influência desta substância. A dependência de cannabis, constatada em cerca de 0,7% da população, aumentou 1,2% na faixa etária dos 15 aos 34 anos. Esta substância tem registado uma prevalência de 10% ao longo da vida, as anfetaminas uma prevalência de 7%, seguidas da cocaína, dos alucinogénios, das novas substâncias psicoativas e dos opiáceos. As estimativas preveem um aumento de 4,5% da taxa por mil habitantes, dos 15 aos 64 anos, de consumidores de opiáceos de alto risco, de 9,8% relativamente à cocaína e 2,1% no que se refere a drogas injetadas. Estima ainda um consumo elevado (7,2%) ou dependência (9%, aumentando 7%) de cannabis (SICAD, 2020).

Adolescentes cujo consumo de substâncias psicoativas é precoce ou aumenta rapidamente, bem como aqueles com histórico de consumo solitário, estão mais suscetíveis a desenvolver problemas relacionados com o uso de substâncias na vida adulta (Tucker et al., 2014). De acordo com a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, a Perturbação de Uso de Álcool (PUA) diz respeito a um padrão problemático do uso de álcool que conduz a um mal-estar ou défices clinicamente significativos, e define-se por um conjunto de sintomas comportamentais e físicos que podem incluir abstinência, tolerância e *craving* (American Psychiatric Association [APA], 2014). Desta forma, é caracterizada pelo consumo compulsivo de álcool pesado e pela perda de controlo sobre a ingestão do mesmo (Carvalho et al., 2019), apesar das consequências sociais, ocupacionais ou para a saúde

adversas. A PUA está associada a uma variedade de mudanças fisiológicas e é um fator de risco substancial para inúmeras doenças (Frank et al., 2020). Esta é uma das perturbações mais predominantes a nível mundial, particularmente nos países de alto e médio rendimento, e encontram-se associadas à elevada mortalidade e ao fardo da doença, principalmente devido a consequências médicas (Carvalho et al., 2019).

Por seu turno, as Perturbações de Uso de Substâncias (PUS) representam um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo continua a usar um determinado tipo de substância apesar da existência de problemas significativos relacionados com a mesma (APA, 2014). Assim, diz respeito a uma condição de saúde grave que impõe um pesado fardo às pessoas que têm uma experiência de toxicodependência e suas famílias (Thein et al., 2021).

Existem quatro modelos que definem diferentes trajetórias do desenvolvimento de perturbações relacionadas ao uso de substâncias: 1) a trajetória externalizante; 2) a trajetória internalizante; 3) a trajetória de uso repetitivo; 4) e a trajetória contextual. A trajetória externalizante refere-se às perturbações relacionadas com substâncias como sendo provenientes de problemas comportamentais, resultando no envolvimento problemático com o ambiente (Christensen et al., 2021). O funcionamento cognitivo executivo (FCE) consiste em características interligadas entre si, nomeadamente o raciocínio, a atenção, a previsão, o juízo de valor, entre outras, que regulam o comportamento (Giancola et al., 1996). A desregulação do FCE tem sido continuamente associada ao aumento do uso de substâncias em adolescentes (Giancola & Tarter, 1999; Tarter et al., 2004), pois está relacionada ao comportamento antissocial, ao diagnóstico de perturbações do comportamento em adolescentes do sexo feminino dos 14 aos 18 anos (Giancola et al., 1998), e ainda ao comportamento agressivo (Giancola, et al., 1995). Desinibição neurocomportamental, que inclui dificuldades de controlo do comportamento, desregulação emocional e desregulação do

FCE, explica a associação entre o uso de substâncias pelos pais e o uso de substâncias em adolescentes do sexo masculino, prevendo o uso contínuo dessas substâncias na idade adulta (Tarter et al., 2004). Estudos longitudinais concluíram que perturbações de comportamento externalizante contribuem para o uso de substâncias na adolescência, com taxas de consumo significativamente mais altas aos 18 anos (Lansford et al., 2008).

A trajetória internalizante retrata as perturbações de uso de substâncias como sendo uma fuga a emoções negativas. O neuroticismo está relacionado com características ligadas a estados de humor negativos, como a ansiedade, a depressão, sentimentos de culpa e irracionalidade, timidez ou baixa autoestima, comuns às perturbações internalizantes (Barlow et al., 2014), que podem predispor os indivíduos à desregulação emocional e ao consequente uso de substâncias (Poon et al., 2016; Schwinn et al., 2016). Estudos longitudinais concluíram que a desregulação emocional que tem início na infância e se prolonga até à adolescência, está associada às perturbações de uso de substâncias (Kirisci et al., 2015). Existe uma maior influência de sintomas internos especificamente depressivos no desenvolvimento deste grupo de perturbações entre mulheres (Schwinn et al., 2016).

A trajetória de uso repetitivo expõe que o uso constante de substâncias reforça o vício a nível neurológico e estrutural do cérebro. Durante a adolescência, causa alterações nos sistemas neurotransmissores, podendo resultar em dependência e/ou perturbações psicológicas (Hurd et al., 2014). Uma vez que na adolescência o córtex pré-frontal, que controla o ECF, ainda não está totalmente desenvolvido, o uso repetitivo de substâncias leva à diminuição da inibição de impulsos e atenção para atividades não relacionadas ao consumo (Volkow et al., 2012).

A trajetória contextual opera em conjunto com as outras trajetórias, aumentando tanto o risco como a proteção, dependendo das circunstâncias específicas do local. Por exemplo, os jovens que começam a envolver-se em comportamentos de oposição e delinquência em tenra

idade tendem a se associar com colegas delinquentes, que por sua vez moldam a delinquência e, eventualmente, o uso de substâncias. Tendo por base a Teoria Ecológica de Bronfenbrenner (1977), a trajetória contextual aborda o consumo de substâncias como sendo proveniente de uma interação entre o indivíduo e o seu ambiente, em múltiplos sistemas. Os fatores contextuais que parecem mais pertinentes para o desenvolvimento de perturbações do uso de substâncias incluem a família, o grupo de pares, o vínculo escolar e o status socioeconómico (Christensen et al., 2021).

Fatores que influenciam o consumo de substâncias psicoativas.

A intenção de um comportamento é formada por três fatores essenciais: 1) a atitude do indivíduo em relação ao comportamento, que funciona como uma avaliação pessoal da ação; 2) a pressão social percebida, relativa à norma subjetiva para a realização do comportamento; 3) e, por último, a percepção do indivíduo acerca do controlo do seu próprio comportamento (Conner & McMillan, 1999).

Não é possível afirmar que existe uma única razão que leva ao consumo de substâncias. Contudo, no contexto da fase de experimentação, existe um conjunto de fatores que podem levar ao começo do seu consumo, nomeadamente a curiosidade, a facilidade de acesso, o desejo de pertencer a um determinado grupo ou o medo de exclusão, a ilusão da resolução de problemas, entre outros (Castillo & Cordeiro, 2009). Foi identificado um conjunto de fatores de risco que podem conduzir ao consumo de substâncias, entre os quais fatores psicológicos, familiares, contextuais e sociais (Espada et al., 2003; O'Loughlin et al. 2009). Relativamente aos fatores psicológicos, é referido que indivíduos com características como a impulsividade, a raiva, a falta de atenção e a procura intensa de sensações, estão mais propensos a desenvolver problemas de uso de substâncias (Willoughby & Fortner, 2015), assim como indivíduos que acreditam que o álcool ou outras substâncias aditivas aumentam a qualidade das suas relações sociais (Griffin et al, 2001). Em segundo lugar, indivíduos cujos

relacionamentos familiares são distantes e/ou conflituosos têm mais tendência a desenvolver problemas de uso e abuso de substâncias, em comparação com indivíduos cujos relacionamentos familiares são próximos e acolhedores (Ford, 2009). Adolescentes com pais ausentes, negligentes e/ou excessivamente tolerantes tendem também a consumir substâncias psicoativas (Abar et al., 2014), assim como jovens que pertencem a famílias onde pelo menos um dos seus membros fuma, bebe ou consome (Brook et al., 2010; Mays et al., 2014). A má gestão familiar e o menor controlo dos pais foram associados a um maior uso de álcool e canábis (Rusby et al., 2018), pois adolescentes cujos lares não têm regras explícitas e consistentes, possuem mais liberdade para se envolver neste tipo de comportamentos desviantes (Muchiri & Santos, 2018).

No que se refere aos fatores contextuais, indivíduos com problemas de uso de substâncias têm mais probabilidade de ter amigos que usam e aceitam o consumo de substâncias (Cruz et al., 2012; Egan et al., 2019; Pereyra e Bean, 2017). Assim, consumidores tendem a desenvolver amizades com outros consumidores (Schulenberg et al., 1999). Quando relacionados com a escola, os fatores de risco mencionam ambientes educacionais onde os alunos relatam um menor apego à escola (Ennett et al., 1997). O baixo desempenho é muitas vezes mencionado como fator de risco quando combinado com outras variáveis, particularmente a associação a colegas que consomem substâncias (Haller et al., 2010).

Quanto aos fatores sociais, comunidades cujas normas, disponibilidade de substâncias e exposição pelos meios de comunicação são facilitadoras do consumo de substâncias, aumentam a probabilidade de consumo na comunidade (Bendtsen et al., 2013). É ainda mencionada a fácil acessibilidade às substâncias, a mentalidade da comunidade, a existência de criminalidade e violência, um elevado índice de mobilidade da população e a privação económica e social extrema, como pobreza e falta de condições sanitárias (Trigo et al., 2015). Pesquisas sugerem que as comunidades em que os adolescentes vivem podem influenciar o

desenvolvimento de perturbações de consumo de substâncias, particularmente a exposição a violência durante a infância (Handley et al., 2015; Löfving-Gupta et al., 2018),

No que se refere ao consumo de substâncias em Portugal, de acordo com o Relatório Anual do SICAD (2020), o consumo de qualquer tipo de substâncias é mais elevado no sexo masculino comparativamente com o sexo feminino. Relativamente à idade, a faixa etária dos 15 aos 24 anos é marcada como a fase de experimentação, sendo a substância mais consumida o álcool e a segunda mais consumida a cannabis, seguindo-se a cocaína e o ecstasy. A faixa etária entre os 25 e os 34 anos foi apontada como a etapa do desenvolvimento mais associada ao consumo de substâncias psicoativas (SICAD, 2020).

No que diz respeito aos locais de consumo mais problemáticos, estes tendem a ser zonas urbanas, degradadas e marginalizadas, espacial e socialmente (Fernandes, 2021). Por sua vez, a revisão de outros estudos nacionais e internacionais documenta a prevalência do consumo de drogas como particularmente significativa entre frequentadores de contextos de recreação noturna. Consequentemente, todas as ocasiões de consumo festivas e recreativas acabam por assumir uma grande relevância (OEDT, 2009).

Fatores de proteção do consumo de substâncias psicoativas.

Os fatores de proteção são aqueles que possibilitam um ambiente benéfico ao desenvolvimento do indivíduo, diminuindo a incidência e as consequências perante fatores de risco (Poletto & Koller, 2008).

Schenker e Minayo (2003) identificaram três categorias interligadas de fatores de proteção em adolescentes: 1) familiares, que correspondem ao suporte, segurança e convivência em harmonia com os pais; 2) individuais, que correspondem ao temperamento que favorece o enfrentamento de problemas, autoconfiança, competências sociais, empatia, controlo emocional, humor e relacionamento com os pares; 3) e ambientais, correspondendo, por

exemplo, a uma experiência escolar positiva, à prática de desporto, ao desenvolvimento de amizades saudáveis, entre outros (Scardina & Santos, 2022; Schenker & Minayo, 2003),

No que diz respeito aos fatores de proteção do uso de substâncias psicoativas, diversos estudos da área de epidemiologia cognitiva concluíram que indivíduos com competências cognitivas mais elevadas tendem a adotar comportamentos mais saudáveis e, simultaneamente, a evitar comportamentos de risco (Deary, 2013).

Outros autores sugerem que a informação, o conhecimento e o fortalecimento dos fatores de proteção são motivos relevantes para a negação da experimentação e consequente uso/abuso de substâncias. Assim, acabam por funcionar como fatores protetores importantes, demonstrando as consequências do consumo, uma vez que ao permitir aos indivíduos tomar decisões mais conscientes acerca do consumo de substâncias, permitem também uma tomada de decisão informada e ainda a aquisição de educação preventiva. Tanto a família como a escola surgem como meios privilegiados de divulgação desta informação, que comunicam com os jovens a respeito das substâncias e dos riscos associados ao seu consumo (Sanchez et al., 2011).

A família foi indicada como elemento que promove um desenvolvimento saudável dos seus membros, especialmente quando se caracteriza por uma dinâmica afetiva de cuidado, amor e comunicação aberta. O envolvimento parental tem sido associado a uma monitorização parental eficaz, influenciando as atitudes, expectativas e conhecimento face ao uso de substâncias (Nation & Heflinger, 2006). O conceito de suporte familiar refere-se a demonstrações de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva e autonomia existentes entre os membros da família. Perante situações de crise, a família pode atuar como fator de proteção: 1) ao desenvolvimento, ao partilhar tempo de qualidade com a criança, favorecer o seu desenvolvimento cognitivo, desempenho escolar e ajustamento interpessoal (Bradley et al., 1988; Stevenson & Baker, 1987); 2) à realização escolar, através da exigência,

disponibilização de tempo e espaço adequados, estabelecimento de um hábito de horários para a realização de atividades e comunicação com o professor (Bradley & Corwyn, 2002); 3) e ao suporte emocional, através do desenvolvimento de uma relação afetiva saudável com a criança, sem hostilidade (Fieser et al, 2000), ajudando o jovem a lidar com determinadas situações (Baptista & Oliveira, 2004). Por exemplo, menores níveis de reforço parental, ausência de controlo ou rigor estão associados a uma maior probabilidade de uso de substâncias (Muchiri & Santos, 2018). Desta forma, a proximidade, a presença e a supervisão dos pais ou responsáveis legais auxiliam os jovens no evitamento de comportamentos de risco, como o consumo de álcool e de substâncias aditivas – constituindo um fator de proteção muito importante na prevenção do uso de substâncias psicoativas (Ziliotto & Nogueira, 2018). Torna-se importante fornecer à família as ferramentas necessárias para aprimorar a qualidade da comunicação no âmbito das interações familiares neste processo, a fim de capacitá-los a enfrentar os desafios impostos por esta fase do desenvolvimento (Marques & Cruz, 2000).

A escola desempenha também um papel fundamental, pois quando o jovem se sente integrado na comunidade escolar e obtém sucesso na vida académica, também ele adquire uma maior proteção contra os fatores de risco (Chiapetti & Serbena, 2007; Júnior & Bittar, 2014). Associada a esta ideia, a perspetiva em relação ao futuro foi também apontada como fator de proteção pois, para adolescentes, o consumo deste tipo de substâncias poderá distanciá-los dos seus objetivos e ambições (Ziliotto & Nogueira, 2018).

A regulação emocional é o processo de escolha que envolve compreender, equilibrar e decidir que emoções sentir e expressar (Gross, 1998a, 1999; Santana & Gondim, 2016). Esta surge também como um fator protetor, ao atuar minimizando os efeitos impulsivos das emoções, negativas ou positivas, no momento de tomada de decisão (Marques & Cruz, 2000). Desta forma, adolescentes que não têm dificuldades na regulação de emoções correm um menor risco de desenvolver Perturbações de Uso de Substâncias, em comparação com

aqueles que têm dificuldades nesse processo (Kun et al, 2019). Por outro lado, a autoestima está igualmente associada ao consumo de substâncias (Schenker & Minayo, 2003). Por exemplo, Kounenou (2010) relatou correlações significativas entre os níveis de autoestima geral, social, pessoal e a motivação para a abstinência de drogas. Este resultado é consistente com outras pesquisas que demonstram que níveis elevados de autoestima estavam ligados à abstinência de drogas (Ismail et al., 2021). Assim, sugere-se que o locus de controle e a autoestima contribuem para a redução da intenção do uso de drogas.

Emoções e Regulação Emocional

Tendo em conta a ampla influência das emoções na vida humana que Izard (1991, p.20) retratou através da expressão “*your emotions affect your body, mind, and virtually any aspect of your existence*”, é reforçado o interesse pelo estudo desta área.

Em 1984, Rosaldo & Koury definiram o conceito de emoções, como pensamentos sentidos em pudor, movimentos do fígado, mente, coração, estômago e pele, e ainda como pensamentos incorporados, infiltrados pela percepção de envolvimento (Rosaldo, 1984; Victoria & Coelho, 2019).

As emoções, ao orientarem o comportamento – ditando a importância dos estímulos interiores e exteriores ao organismo – constituem uma parte fundamental da aprendizagem humana. Ao longo de todo o desenvolvimento, estão na base das ações do indivíduo, já que consideram as suas necessidades, interesses e motivações, e fornecem informações adaptativas de extrema relevância para a sua aprendizagem (Fonseca, 2016). Tendo uma grande influência no comportamento, na expressão facial e na postura (Frijda, 1986), compreendem as alterações autonómicas e neuroendócrinas que antecipam e sucedem comportamentos, como consequência da atividade somática relacionada à emoção (Lang & Bradley, 2010).

As emoções podem ser vantajosas ou prejudiciais dependendo do contexto (Susskind et al., 2008). Revelam-se vantajosas quando têm um efeito positivo na tomada de decisão (Simon,

1967) e informam acerca da melhor forma de agir (Gross, 2015; Schwarz & Clore, 1983). Alguns exemplos de emoções vantajosas são o medo, uma vez que tem o poder de prevenir que o indivíduo se envolva em situações perigosas, e a felicidade, que é capaz de fortalecer os laços de uma amizade. Pelo contrário, as emoções podem revelar-se prejudiciais quando a sua intensidade, duração, frequência ou tipo, são inadequados a uma determinada situação, acabando por enviesar de forma negativa a cognição e o comportamento. Um exemplo de emoção prejudicial é a raiva, uma vez que pode levar um indivíduo a prejudicar-se a si mesmo e aos outros (Gross & Jazaieri, 2014). Ou seja, as emoções têm não só um papel positivo e construtivo na vida humana, como também um lado destrutivo, sendo consideradas problemáticas quando expressas de forma imprópria, ocorrem num contexto inadequado, são demasiado intensas, ou permanecem por demasiado tempo (Zareban et al., 2018).

A falta de clareza e a má compreensão das emoções aumentam a sensação de tristeza no indivíduo, resultando na utilização de estratégias mal adaptativas pelo mesmo. Posto isto, o uso de estratégias mal adaptativas e ineficientes encontra-se relacionado com o nível de intensidade das emoções e a sua fraca compreensão, comportamento mais comum entre os indivíduos que têm impulsos emocionais mais severos. Neste sentido, a repressão, a evasão e a ruminação estão entre as estratégias ineficientes com o máximo impacto nas perturbações mentais (Zereban et al., 2018).

Cole e investigadores (1994) aludem que a regulação das emoções significa conformidade e flexibilidade na utilização de estratégias de regulação das emoções (Cole et al., 1994; Zareban et al., 2018), envolvendo a consciência, compreensão e aceitação das emoções, a capacidade de controlar os comportamentos quando se experiencia sofrimento emocional, bem como a capacidade de utilizar estratégias adaptativas para modular respostas emocionais (Zaorska et al., 2020). Este processo inclui mudanças que ocorrem na emoção ou noutros processos psicológicos como a memória, a atenção, ou as interações sociais (Zareban et al., 2018). Neste

sentido, refere-se ao resultado da interação entre dois sistemas: 1) o sistema reflexivo, que se refere à avaliação cognitiva dos estímulos e respostas deliberadas e controladas; 2) e o sistema afetivo-automático, relacionado com a avaliação emocional dos estímulos e se reflete nas respostas automáticas (Braunstein et al., 2017).

Em termos cognitivos, a regulação emocional permite ao indivíduo mudar o significado atribuído à ativação fisiológica experienciada e, posteriormente, controlar aquilo que irá expressar (Greenberg, 2002), permitindo ao ser humano controlar a sua experiência e expressar as suas emoções perante determinadas circunstâncias (Gross, 2002). Ou seja, quanto maiores forem os níveis de regulação emocional, maiores serão as experiências emocionais afetivas e as avaliações sobre os aspetos globais da vida (Santana & Gondim, 2016). Sem a regulação emocional, as emoções tomariam conta das funções cognitivas e os indivíduos só saberiam agir de forma impulsiva, excitável e eufórica (Fonseca, 2016). Assim, o desenvolvimento de competências de regulação emocional e a sua utilização de forma adaptativa podem contribuir para um desenvolvimento positivo e saudável, possibilitando o estabelecimento de relações de qualidade com os pares, o envolvimento em comportamentos pró-sociais, uma maior satisfação com a vida e, conseqüentemente, maiores níveis de autoestima (Gilbert, 2012).

Existem dois tipos de regulação emocional: 1) a intrínseca, em que o indivíduo está focado em regular as suas próprias emoções; 2) e a extrínseca, em que o indivíduo está focado em regular as emoções de outra pessoa (Gross, 2014). No entanto, é possível que uma única ação tenha funções reguladoras intrínsecas e extrínsecas, quando surge no sentido de conceder alívio perante um estado negativo associado a um comportamento de ajuda (Gross, 2015).

A regulação emocional pode ter diferentes funções de acordo com um objetivo estabelecido, nomeadamente influenciar a trajetória do indivíduo (Gross et al., 2011), ao regular a tristeza de forma a diminuí-la, ou ainda servir como meio para atingir um fim, por exemplo, ao aumentar

a motivação de forma a parecer estar-se mais interessado numa conversa do que realmente se está, para conseguir um emprego. No entanto, esta pode também ocorrer de forma inconsciente, por exemplo, quando alguém reage rapidamente a algo que a perturbou (Gyurak et al., 2011). Quando consciente, a regulação emocional pode ser: 1) de orientação hedónica, quando o indivíduo pretende obter prazer, satisfação ou conforto; 2) ou instrumental, quando o objetivo estabelecido está diretamente associado à consequência da própria regulação emocional (Eldesouky & Gross, 2019).

Quando questionados acerca da sua regulação emocional, os indivíduos geralmente descrevem um esforço na redução das emoções negativas com foco na diminuição dos aspetos experienciais e comportamentais da raiva, tristeza e ansiedade (Gross et al., 2006), e um foco nos sentimentos de amor, interesse e alegria quando descrevem a regulação de emoções positivas (Quoidbach et al., 2010). Os relatos hedónicos tradicionais da regulação emocional corroboram esta ideia, sustentando que os indivíduos são motivados a diminuir estados negativos e a aumentar estados positivos (Larsen, 2000).

A regulação de orientação instrumental também pode ser motivada por imperativos culturais mais amplos em relação às emoções que devem ser mostradas (Szcurek et al., 2012) ou sentidas (Tsai, 2007) em contextos particulares. No entanto, por vezes os indivíduos alteram a intensidade da emoção, aumentando ou diminuindo a experiência emocional ou o comportamento, por exemplo escondendo os sentimentos de angústia dos colegas de trabalho (Smith & Kleinman, 1989), ou alteram a duração da emoção, aumentando ou diminuindo o tempo de duração da mesma, por exemplo exteriorizando um sentimento positivo ao compartilhar boas notícias com os outros (Gable et al., 2004). Ainda noutras situações, os indivíduos transformam a qualidade de uma resposta emocional, por exemplo, vendo o lado humorístico de uma situação embaraçosa (Samson & Gross, 2012). Neste sentido, de forma a alcançar estes fins, os indivíduos empregam estratégias de regulação emocional (Gross, 2015).

Quando o objetivo é reduzir emoções negativas, é necessário que o indivíduo realize um maior esforço cognitivo, de forma a manter os estados afetivos positivos e reduzir os estados negativos, de forma equilibrada. Em contraste, manter emoções positivas parece ser uma condição mais favorável para ambas as dimensões de bem-estar (Santana & Gondim, 2016).

De forma a facilitar a compreensão do processo de regulação emocional, foram reunidos os seguintes pressupostos: a) o indivíduo tem a capacidade de modificar as suas emoções adaptativas e desadaptativas; b) a regulação emocional pode ser adaptativa ou desadaptativa, dependendo do modo como o indivíduo lida com uma determinada situação; e c) os processos de regulação emocional diferenciam-se de acordo com a emoção experienciada (Veloso et al., 2011). Tendo por base estes pressupostos, Gross (1998) desenvolveu um modelo de regulação emocional como um conjunto de vários processos, através dos quais o indivíduo tem a capacidade de influenciar as suas emoções e a expressão das mesmas. Este modelo visa caracterizar as estratégias de regulação emocional tendo em conta o momento em que estas ocorrem durante a resposta emocional, podendo distinguir as estratégias de regulação emocional que antecedem a resposta emocional, daquelas que ocorrem após a ativação emocional. Para tal, foram identificadas cinco estratégias de regulação emocional: a seleção da situação que antecede a resposta emocional, a modificação da situação, a modificação do foco de atenção, a mudança cognitiva, e a modulação da resposta (Richards & Gross, 2000).

Conclui-se, portanto, que estas estratégias de regulação emocional influenciam a utilização de padrões internos para um funcionamento psicológico adequado. Adicionalmente, contribuem também para a escolha ou criação de ambientes externos mais favoráveis às características pessoais, uma vez que ao manipular adequadamente uma emoção positiva ou negativa, as autoavaliações e as avaliações dos ambientes externos tendem a ser mais favoráveis (Santana & Gondim, 2016). Estas estratégias possibilitam que o indivíduo aumente, mantenha ou diminua um ou mais componentes de uma determinada resposta

emocional, podendo ocorrer em todas as dimensões do processamento emocional, nomeadamente a nível fisiológico, cognitivo, comportamental, experiencial e social (Richards & Gross, 2000).

Dificuldades de regulação emocional.

Perante situações desencadeadoras de stress ou sofrimento psicológico, alguns indivíduos não conseguem, por si próprios, aplicar estratégias de regulação emocional, pelo que acabam por desenvolver dificuldades nesse âmbito (Gross, 2002).

A dificuldade na regulação das emoções, ou desregulação emocional, é uma construção multifacetada que envolve falta de consciência, compreensão e aceitação das emoções, incapacidade de controlar comportamentos quando se experimenta angústia emocional, falta de acesso a estratégias adaptativas destinadas a modular a duração e a intensidade das experiências emocionais, e falta de vontade em experimentar angústia emocional (Gratz & Roemer, 2004).

O desespero na regulação emocional é um forte motivador do consumo de álcool e um distúrbio emocional central entre indivíduos com perturbações do uso de álcool, tendo sido associado a relatos crescentes de experiências de dor física mais grave e resultados mais pobres entre indivíduos com esse tipo de perturbação (Petit et al., 2015). Estes resultados são consistentes com investigações anteriores que associaram a regulação das emoções ao controlo de impulsos (Schreiber et al., 2012). Indivíduos com dificuldades em regular emoções acabam por estabelecer objetivos mais imediatos, perdendo, por vezes, o controlo dos impulsos, o que pode levar à procura e ao consumo de substâncias aditivas (Gross, 2002). Deste modo, a regulação emocional foi identificada como elemento-chave em vários modelos psicológicos referentes a diferentes perturbações, incluindo perturbações de uso de álcool e/ou substâncias (Zareban et al., 2018).

Tanto a procura de emoções positivas como a redução de emoções negativas são frequentemente identificadas por indivíduos em tratamento por dependência de álcool como fatores que levam ao consumo (Cooper et al., 1995). Por exemplo, num estudo com uma amostra de 60 pessoas em abstinência de substâncias psicoativas e 50 voluntários saudáveis, Fox e colaboradores (2007) demonstraram que os indivíduos com Perturbação de Uso de Substâncias apresentaram maiores dificuldades na consciencialização e aceitação de experiências emocionais negativas, no controlo de impulsos, em manter objetivos e na regulação de emoções do que os indivíduos do grupo de comparação. Os mesmos autores mostraram que indivíduos dependentes de cocaína apresentaram problemas na compreensão e no controlo de emoções durante a primeira semana de abstinência aos consumos, verificando ainda dificuldades na regulação emocional perante o aumento de reações de stress e controlo reduzido de impulsividade (Fox et al., 2007). Desta forma, indivíduos com perturbações de uso de substâncias experienciam concomitantemente problemáticas emocionais como a ansiedade, depressão, irritabilidade e baixa autoestima, entre outras (Nunes et al., 2004; Silva & Pinto, 2016). Poderá, assim, existir uma relação entre as dificuldades na regulação emocional e o início do consumo de substâncias psicoativas, uma vez que características como a impulsividade, a incapacidade de controlar comportamentos, nomeadamente agressivos, e a baixa tolerância à frustração, encontram-se frequentemente relacionadas a quem consome este tipo de substâncias (Gratz & Roemer, 2004). Dvorak e colaboradores (2014), ao investigarem a relação entre as dificuldades de regulação emocional e o consumo de álcool, concluíram que existe uma associação entre as variáveis, mas que a dificuldade de um indivíduo em controlar a sua impulsividade quando surge uma resposta emocional, é um fator mais preponderante (Dvorak et al., 2014).

Autoestima

É possível afirmar que existe uma relação entre alterações na autoestima e alterações na saúde mental do indivíduo associadas ao consumo de substâncias como o álcool e o tabaco. Desta forma, a autoestima tem também sido um fator associado ao consumo de substâncias psicoativas (Nadaleti et al., 2019).

A autoestima pode ser caracterizada como o sentimento e a consideração que uma pessoa sente por si própria (Rosenberg, 1965; Tavares et al., 2016), referindo-se a um sentimento de valor decorrente da aprovação ou desaprovação de si mesmo (Schultheisz & Aprille, 2013). De forma mais elaborada, o seu conceito diz respeito à percepção que um indivíduo tem de si mesmo e do seu valor próprio e, como todos os processos de percepção, é influenciada por uma série de fatores externos e internos à própria pessoa, nomeadamente informações e opiniões externas que, em conjunto com a avaliação que a pessoa faz de si própria, vão contribuindo para a formação do seu autoconceito (Moysés, 2014). Assim, constitui um fragmento importante da personalidade do indivíduo e daquilo que diz respeito à sua descoberta de identidade e adaptação à sociedade, pelo que resulta de um processo que é determinado pela experiência e pelo contacto do indivíduo com diferentes contextos, nomeadamente a família, a escola e a sociedade, que contribuem de forma decisiva para a construção de uma imagem positiva ou negativa de si mesmo (Gomes, 2014).

A autoestima pode assumir três formas distintas (Brown & Marshall, 2006): 1) a autoestima global, que diz respeito à ideia que a pessoa assume sobre o seu próprio valor, podendo ser persistente ao longo do tempo; 2) a autoestima como sentimento, que modera as reações autoavaliativas emocionais, positivas ou negativas; 3) e, por fim, a autoestima como avaliação, relativa à forma como a pessoa avalia as suas competências e qualidades, podendo apresentar uma autoestima elevada numa determinada área da sua vida e uma mais baixa noutra. A evolução desta última abrange quatro princípios, particularmente a avaliação que os

outros fazem a nosso respeito, as comparações que ocorrem em interações sociais, a forma como respeitamos as nossas próprias ações, e a importância e valor concedidos às diferentes dimensões do autoconceito (Rosenberg, 1965). Nesta sequência, compreende-se a autoestima como sendo uma característica da subjetividade humana que apresenta um papel importante na forma como o indivíduo se relaciona com as outras pessoas e consigo mesmo, e que se vai organizar em torno do conceito de identidade (Vasconcelos, 2017). Desta forma, está relacionada com a afeição e o amor, com a valorização, e com o sucesso ou o fracasso, ou seja, com a experiência de cada pessoa ao longo da vida (Schraml et al., 2011).

Em circunstâncias normais, a autoestima pode ser estável. Porém, esta também pode variar de acordo com o sexo, a idade ou a fase de vida em que o indivíduo se encontra. Neste sentido, durante a adolescência ocorrem uma série de eventos que aumentam as exigências sociais sobre o adolescente e que podem afetar o seu nível de autoestima, tais como a definição da identidade, a autonomia e o aumento da interação com os outros e com o sexo oposto (Medina et al., 2017).

As pessoas com baixa autoestima geralmente experienciam emoções negativas, agressivas e tendencialmente depressivas, contrariamente às pessoas com uma autoestima elevada, que gerem melhor os seus níveis de stress (Gomes, 2014). Baixos níveis de autoestima refletem-se no evitamento de situações difíceis, estando associada a percepções de humor negativo, baixo desempenho, incapacidade, delinquência, depressão, ansiedade social, dificuldades de comunicação verbal e não-verbal, comportamento indeciso e não assertivo, dificuldades de aprendizagem, verbalização de pensamentos de inutilidade, de sentimentos de culpa e de vergonha, necessidade de aprovação, preocupação, recusa de prazer e instabilidade emocional (Almeida, 2014; Heatherton & Wyland, 2003; Herdman & Kamitsuru, 2018; Sequeira, 2006). Consequentemente, a autoavaliação da pessoa torna-se negativa, ignorando o feedback positivo que outras pessoas possam fazer de si (Branco & Pereira, 2001). Por outro lado,

elevados níveis de autoestima encontram-se geralmente associados à saúde mental, a habilidades, competências sociais e ao bem-estar (Gomes, 2014).

Kernis (2003) classificou a autoestima elevada em seis categorias: 1) a defensiva, que se refere a sentimentos positivos de autovalorização após experiência de sentimentos negativos; 2) a genuína, referente a sentimentos positivos de autovalorização; 3) a implícita, alusiva a sentimentos inconscientes positivos de autovalorização; 4) a contingente, relativa a sentimentos positivos de autovalorização dependentes da obtenção de resultados de acordo com as expectativas; 5) a verdadeira, referente a sentimentos positivos de autovalorização que não necessitam de uma validação contínua; e, por último, 6) a estável, relativa a sentimentos de autovalorização imediatos estáveis.

No que diz respeito à sua associação com comportamentos de consumo de substâncias, a autoestima elevada tem sido tradicionalmente encarada como um fator de proteção que pode ajudar os adolescentes a evitarem ou adiarem o consumo de álcool (Aguirre et al., 2010; Collison et al., 2016; Richardson et al., 2013; Scheier et al., 2000; Sierra et al., 2003). Num estudo com uma amostra de 3725 adolescentes do ensino básico, na Eslováquia, Veselska e colaboradores (2009) mostraram que a baixa autoestima acarretou diferentes consequências consoante o sexo do indivíduo, sendo que no sexo feminino tendeu a causar problemas de internalização, como depressão e ansiedade, enquanto no sexo masculino tende a provocar problemas de externalização, como o envolvimento em comportamentos de risco. Assim, concluíram que a baixa autoestima é um fator de risco para o consumo de tabaco e cannabis no sexo masculino (Veselska et al., 2009). Estes resultados foram corroborados por Grant e colaboradores (2019), num estudo com uma amostra de 9449 estudantes universitários, nos Estados Unidos, que demonstrou uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o consumo de substâncias psicoativas e a autoestima, pelo que quanto menor for a autoestima maior será o risco de consumo destas substâncias (Grant et al., 2019). Foram, no entanto,

encontrados resultados contrastantes que indicam que a autoestima elevada pode acabar por expor o indivíduo a situações de risco, nomeadamente elevados consumos de álcool (Medina et al., 2017). Também o estudo de Muñoz-París e Ruiz-Muñoz (2008) verificou que a autoestima elevada potencia o consumo em idades precoces, considerando que a faixa etária dos 15-24 anos é geralmente a fase de início de consumo de substâncias psicoativas e em que emergem padrões de consumo nocivos e abusivos que, por vezes, evoluem para situações de dependência (SICAD, 2017).

Como supramencionado, as emoções são de extrema importância na vida humana, uma vez que ditam a importância dos estímulos interiores e exteriores ao organismo, orientando o comportamento (Fonseca, 2016). Neste sentido, a regulação emocional permite ao indivíduo modular as suas respostas emocionais, possibilitando a identificação, compreensão e aceitação das suas emoções, assim como o controlo do seu comportamento, através de estratégias adaptativas (Zaorska et al., 2020). Perante dificuldades de regulação emocional, o uso de substâncias desempenha muitas vezes um papel de fuga emocional, uma vez que proporciona uma sensação de alívio, supressão emocional, ou mesmo uma tentativa de regulação emocional (Khantzian, 2003). A autoestima elevada tem sido tradicionalmente encarada como um fator de proteção do consumo de álcool (Aguirre et al., 2010; Collison et al., 2016; Richardson et al., 2013; Scheier et al., 2001; Sierra et al., 2003). Não obstante, estudos indicam que pode também acabar por expor o indivíduo a situações de risco, nomeadamente elevados consumos de álcool (Medina et al., 2017). Desta forma, torna-se pertinente investigar e compreender de que forma é que a regulação emocional pode influenciar o início do consumo de substâncias psicoativas, assim como o papel dos níveis de autoestima nesta temática, de forma a colmatar as lacunas existentes da literatura. Assim, esta investigação tem por objetivo compreender e caracterizar a regulação emocional e a autoestima no indivíduo dependente de álcool e substâncias aditivas, compreendendo e

caracterizando a relação entre estas variáveis, e analisar as diferenças de regulação emocional e autoestima entre o indivíduo dependente de álcool e substâncias aditivas e o indivíduo não dependente. Relativamente aos resultados esperados para este estudo, tendo por base a literatura já existente, propõe-se como primeira hipótese que o Grupo Clínico apresentará maiores dificuldades de regulação emocional do que o Grupo de Comparação, e como segunda hipótese que o Grupo Clínico apresentará menores níveis de autoestima do que o Grupo de Comparação.

Objetivos

O principal objetivo deste estudo remete para compreender e caracterizar a regulação emocional em adultos com dependência de álcool e substâncias aditivas, examinando ainda a autoestima do indivíduo ligada ao consumo. Quanto aos objetivos específicos, foram estabelecidos os seguintes:

- compreender e caracterizar a regulação emocional no indivíduo dependente de álcool e substâncias aditivas;
- compreender e caracterizar a autoestima no indivíduo dependente de álcool e substâncias aditivas;
- compreender e caracterizar a relação entre a regulação emocional e a autoestima no consumo de álcool e substâncias aditivas.
- analisar as diferenças de regulação emocional e autoestima entre o indivíduo dependente de álcool e substâncias aditivas e o indivíduo não dependente.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 243 participantes, sendo que 115 são do sexo feminino (47,3%) e 128 são do sexo masculino (52,7%). A média das idades da amostra é de 44,85 anos, com um desvio padrão de 13,299.

Os participantes dividiram-se em dois grupos: o Grupo Clínico, constituído por adultos com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de perturbação relacionada com o uso de álcool e/ou substâncias aditivas; e o Grupo de Comparação, constituído por adultos com idade igual ou superior a 18 anos, mas sem este tipo de perturbações aditivas. O Grupo Clínico incluiu 103 participantes (42,4%), sendo 29 do sexo feminino (28,2%) e 74 do sexo masculino (71,8%). O Grupo de Comparação incluiu 140 participantes (57,6%), sendo 86 do sexo feminino (61,4%) e 54 do sexo masculino (38,6%).

Instrumentos

Escala de dificuldades de regulação emocional (EDRE).

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (Gratz & Roemer, 2004 – tradução e adaptação de Coutinho et al., 2009) é uma escala de autorrelato destinada a avaliar os níveis típicos de desregulação emocional quando o indivíduo se depara com emoções negativas. É composta por 36 itens, que devem ser respondidos numa escala de tipo *likert* de 5 pontos, que vão do 1 (quase nunca) ao 5 (quase sempre). Os itens agrupam-se em seis fatores (Coutinho et al., 2010; Gratz & Roemer, 2004): Fator 1 – Acesso limitado a estratégias de regulação emocional (constituído pelos itens 15, 16, 22, 23, 28, 31, 35 e 36); Fator 2 – Não aceitação de respostas emocionais (composto pelos itens 11, 12, 21, 25, 29 e 30); Fator 3 – Falta de consciência emocional (itens 2, 6, 8, 10, 17 e 34); Fator 4 – Dificuldades no controlo dos impulsos (itens 3, 14, 19, 24, 27 e 32); Fator 5 – Dificuldades em agir de acordo com os objetivos (itens 13, 18, 20, 26 e 33); Fator 6 – Falta de clareza emocional (itens 1, 4, 5, 7 e 9).

Os itens 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 e 34 apresentam cotação invertida. O score em cada fator é obtido através da soma da cotação de cada um dos itens correspondentes. É ainda possível calcular um score global, pelo que a pontuação máxima é de 180 pontos. Valores mais elevados indicam maiores dificuldades de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004).

A EDRE foi traduzida e validada em Portugal por Coutinho e colaboradores (2009) e respeita a estrutura fatorial original de seis subescalas. Relativamente às suas propriedades psicométricas, a escala global revelou possuir uma elevada consistência interna ($\alpha = .93$), assim como uma boa fidelidade teste-reteste e uma validade preditiva e de constructo adequadas. Relativamente à consistência interna de cada fator, estes variaram entre .74 (Fator 3) e .88 (Fator 1) (Coutinho et al., 2009).

Escala de autoestima de Rosenberg (EAR).

A Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1979) diz respeito a uma medida unidimensional global da autoestima, de autorrelato, dirigida a adultos e a adolescentes (Pechorro et al., 2011). É composta por 10 itens numa escala de tipo *likert* de 4 pontos, que vão do 1 (concordo fortemente) ao 4 (discordo fortemente), apresentando cotação invertida nos itens 2, 5, 6, 8 e 9. A pontuação total é obtida através do somatório dos scores nos dez itens, pelo que a pontuação máxima é de 50 pontos. Valores mais elevados indicam níveis de autoestima superiores. Assim, um score de 10 a 20 indica baixa autoestima, um score de 21 a 40 indica um grau médio de autoestima e um score entre 41 e 50 indica uma elevada autoestima (Pechorro et al., 2011).

A EAR encontra-se traduzida e validada para a população portuguesa por Pechorro, Marôco, Poiães e Vieira (2011). Os estudos efetuados têm revelado que esta escala possui boas propriedades psicométricas, possuindo uma consistência interna elevada com um alfa de Cronbach de .77 a .88, e uma validade de construto adequada (Pechorro et al., 2011).

Procedimento

Previamente à recolha de dados, o estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Lusíada de Lisboa (Referência 17791/2022), que autorizou o início da recolha de dados em ambos os contextos.

Relativamente ao tipo de investigação, esta refere-se a um delineamento transversal de tipo quantitativo por meio de um questionário autoaplicável composto por questões sociodemográficas (e.g. idade, sexo, nacionalidade, entre outras), e das escalas anteriormente mencionadas. Para tal, foi pedida autorização aos autores dos instrumentos, de forma a que concordassem e autorizassem o seu uso neste estudo.

A recolha de dados foi realizada em formato presencial e online, de forma a facilitar o acesso dos participantes aos instrumentos, com início na apresentação do estudo e do respetivo objetivo, do anonimato dos dados e do consentimento informado, preenchido pelos participantes, assim como dos instrumentos selecionados para o estudo, acompanhados de uma explicação do seu preenchimento.

De forma a recolher a amostra do Grupo Clínico, foi realizado um contacto formal com a Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA), pertencente ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), a Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicoddependência e Alcoolismo (UTITA), e a Associação para Tratamento das Toxicoddependências (Farol ATT), instituições que prestam apoio e tratamento intensivo a toxicoddependência e/ou alcoolismo, e posteriormente foram aplicados os instrumentos em formato papel aos utentes das respetivas instituições. Os e-mails emitidos incluíram uma visão geral dos objetivos do estudo e os requisitos de participação, assim como um pedido ao coordenador de partilha dos questionários.

No que se refere ao Grupo de Comparação, a divulgação dos questionários foi realizada através das plataformas digitais *LinkedIn*, *Facebook* e *Instagram*, e a sua aplicação foi

realizada aos utilizadores das respetivas plataformas, numa plataforma online adaptada à elaboração de formulários online: o *Google Forms*.

Os dados foram recolhidos uma vez a cada participante, com uma duração estimada de 10-15 minutos, entre dezembro de 2022 e abril de 2023.

Resultados

Plano de Análise dos Dados

Todas as análises estatísticas deste estudo foram efetuadas com recurso ao *SPSS Statistics* (v. 27, IBM SPSS, Chicago, IL). Em primeiro lugar, considerando as principais variáveis do estudo, foi realizada a caracterização da amostra (ver Tabela 1), analisando as estatísticas descritivas. Em segundo lugar, foi efetuada a análise correlacional (ver Tabela 2), testando as associações entre as principais variáveis do estudo, através do Coeficiente de Correlação de Pearson. Em seguida, para se proceder à análise das diferenças entre os grupos constituídos, em função das variáveis em estudo, recorreu-se à análise multivariada de variância (MANOVA) (ver Tabela 3). O objetivo destas análises foi identificar a variância explicada pelo modelo e o seu nível de significância, assim como explicar as relações entre as variáveis, no sentido de examinar as diferenças nas pontuações da EDRE e da EAR, entre o Grupo Clínico e o Grupo de Comparação.

Estatística Descritiva

A Tabela 1 exhibe as estatísticas descritivas de todas as variáveis que foram consideradas neste estudo.

As variáveis EDRE Total e EAR Total apresentam uma média inferior à pontuação máxima de cada escala: 180 e 50 respetivamente. Relativamente aos resultados da EDRE, na EDRE Total, o Grupo Clínico apresenta uma média de 99.43 e o Grupo de Comparação apresenta uma média de 78.75. Relativamente aos resultados dos scores da EDRE do Grupo Clínico e do Grupo de Comparação, o acesso limitado a estratégias de regulação emocional é o score que apresenta o valor da média mais elevado ($M= 22.01$ e $M= 16.74$ respetivamente). No Grupo Clínico, o score que apresenta o segundo maior valor da média é a não aceitação de respostas emocionais ($M= 18.16$), sendo que no Grupo de Comparação são as dificuldades em agir de acordo com os objetivos ($M= 13.98$).

No que se refere aos resultados da EAR, na EAR Total, o Grupo Clínico apresenta uma média de 21.83, valor indicativo de um grau médio de autoestima. Pelo contrário, o Grupo de Comparação apresenta uma média de 17.98 na EAR Total, valor indicativo de baixa autoestima.

Tabela 1

Estatística Descritiva Referente às Variáveis em Estudo

| | Grupo | M | DP | Min. | Max. | N |
|---|------------|-------|-------|------|------|-----|
| F1_Acesso limitado a estratégias de regulação emocional | Clínico | 22.01 | 8.56 | 6 | 40 | 103 |
| | Comparação | 16.74 | 6.27 | 8 | 34 | 140 |
| | Total | 18.97 | 7.77 | | | 243 |
| F2_Não aceitação de respostas emocionais | Clínico | 18.16 | 6.53 | 6 | 30 | 103 |
| | Comparação | 12.93 | 5.54 | 6 | 30 | 140 |
| | Total | 15.14 | 6.50 | | | 243 |
| F3_Falta de consciência emocional | Clínico | 15.26 | 4.97 | 6 | 30 | 103 |
| | Comparação | 13.77 | 4.80 | 6 | 29 | 140 |
| | Total | 14.40 | 4.92 | | | 243 |
| F4_Dificuldades no controlo dos impulsos | Clínico | 16.02 | 6.09 | 6 | 29 | 103 |
| | Comparação | 11.57 | 4.13 | 6 | 24 | 140 |
| | Total | 13.46 | 5.50 | | | 243 |
| F5_Dificuldades em agir de acordo com os objetivos | Clínico | 16.10 | 5.07 | 4 | 25 | 103 |
| | Comparação | 13.98 | 4.45 | 5 | 25 | 140 |
| | Total | 14.88 | 4.83 | | | 243 |
| F6_Falta de clareza emocional | Clínico | 11.88 | 3.68 | 5 | 22 | 103 |
| | Comparação | 9.76 | 3.30 | 5 | 20 | 140 |
| | Total | 10.66 | 3.62 | | | 243 |
| EDRE Total | Clínico | 99.43 | 26.81 | 51 | 171 | 103 |
| | Comparação | 78.75 | 21.26 | 37 | 141 | 140 |
| | Total | 87.51 | 25.84 | | | 243 |
| EAR Total | Clínico | 21.83 | 5.83 | 9 | 35 | 103 |
| | Comparação | 17.98 | 5.35 | 10 | 39 | 140 |
| | Total | 19.61 | 5.86 | | | 243 |

Coefficientes de Correlação

Utilizando o Coeficiente de Correlação de Pearson (r), e considerando $p \leq .05$ como nível de significância, a Tabela 2 apresenta as correlações entre as variáveis. A correlação positiva mais forte encontrada foi entre a EDRE Total e o acesso limitado a estratégias de regulação emocional ($r = .92, p < .001$), seguida pelas correlações positivas fortes entre as variáveis EDRE Total e a não aceitação de respostas emocionais ($r = .84, p < .001$) e EDRE Total e as dificuldades no controlo dos impulsos ($r = .84, p < .001$). O acesso limitado a estratégias de regulação emocional e a não aceitação de respostas emocionais apresentaram uma correlação

positiva estatisticamente forte ($r = .79, p < .001$), assim como: o acesso limitado a estratégias de regulação emocional e as dificuldades no controlo dos impulsos ($r = .76, p < .001$). A EDRE Total e a EAR Total apresentaram também uma correlação positiva estatisticamente forte ($r = .65, p < .001$). A EAR Total apresentou uma correlação positiva estatisticamente moderada com a não aceitação de respostas emocionais ($r = .55, p < .001$); as dificuldades no controlo dos impulsos ($r = .51, p < .001$); a falta de clareza emocional ($r = .51, p < .001$); e as dificuldades em agir de acordo com os objetivos ($r = .48, p < .001$)

A falta de consciência emocional e a EAR Total apresentaram uma correlação positiva estatisticamente fraca ($r = .27, p < .001$), assim como: o acesso limitado a estratégias de regulação emocional e a falta de consciência emocional ($r = .23, p < .001$); e a falta de consciência emocional e as dificuldades no controlo dos impulsos ($r = .20, p < .001$).

Tabela 2

Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Variáveis do Estudo

| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | EDRE Total | EAR Total |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|-----------|
| F1_Acesso limitado a estratégias de regulação emocional | - | | | | | | | |
| F2_Não aceitação de respostas emocionais | .79** | - | | | | | | |
| F3_Falta de consciência emocional | .23** | .11 | - | | | | | |
| F4_Dificuldades no controlo dos impulsos | .76** | .68** | .20** | - | | | | |
| F5_Dificuldades em agir de acordo com os objetivos | .73** | .62** | .12 | .61** | - | | | |
| F6_Falta de clareza emocional | .59** | .50** | .57** | .54** | .44** | - | | |
| EDRE Total | .92** | .84** | .43** | .84** | .77** | .75** | - | |
| EAR Total | .63** | .55** | .27** | .51** | .48** | .51** | .65** | - |

Comparação entre o Grupo Clínico e o Grupo de Comparação

Foi realizada uma análise multivariada de variância (MANOVA) para determinar se existiam diferenças entre os grupos (Clínico e de Comparação) nas dimensões da regulação emocional (Acesso limitado a estratégias de regulação emocional; Não aceitação de respostas emocionais; Falta de consciência emocional; Dificuldades no controlo dos impulsos; Dificuldades em agir de acordo com os objetivos; Falta de clareza emocional) e nos níveis de autoestima. Verificou-se um efeito significativo para o grupo, $F(1,243) = 9.37, p < .000$,

Wilks' $\lambda = .782$, $\eta^2_p = .218$. Em particular, os testes de diferenças entre sujeitos revelaram que existem diferenças relativamente à regulação emocional e à autoestima. Assim, o Grupo Clínico foi aquele que reportou valores superiores em todas as dimensões da regulação emocional, descrevendo maiores dificuldades de aceitação de respostas emocionais, no controlo dos impulsos, em agir de acordo com os objetivos, e falta de estratégias de regulação emocional e clareza emocional, e da autoestima, descrevendo maiores níveis de valorização pessoal, autoconfiança e respeito próprio. Por oposição, o Grupo de Comparação reportou os valores mais reduzidos nas mesmas dimensões.

Existiram diferenças significativas entre os grupos em todas as variáveis dependentes, com o Grupo Clínico a apresentar valores médios superiores aos do Grupo de Comparação nas dimensões de (ver Tabela 1): Acesso limitado a estratégias de regulação emocional ($F(1,243) = 30.74$, $p < .00$, $\eta^2_p = .11$); Não aceitação de respostas emocionais ($F(1,243) = 45.36$, $p < .000$, $\eta^2_p = .16$); Falta de consciência emocional ($F(1,243) = 5.56$, $p < .019$, $\eta^2_p = .02$); Dificuldades no controlo dos impulsos ($F(1,243) = 46.01$, $p < .000$, $\eta^2_p = .16$); Dificuldades em agir de acordo com os objetivos ($F(1,243) = 11.94$, $p < .001$, $\eta^2_p = .05$); Falta de clareza emocional ($F(1,243) = 22.13$, $p < .000$, $\eta^2_p = .08$); EDRE Total ($F(1,243) = 44.90$, $p < .000$, $\eta^2_p = .16$); e EAR Total ($F(1,243) = 28.60$, $p < .000$, $\eta^2_p = .11$).

Tabela 3

Comparação das Variáveis do Estudo em Função do Grupo

| | | ANOVA's | | |
|-------|---|----------|----------|------------|
| | | <i>F</i> | <i>p</i> | η^2_p |
| Grupo | F1_Acesso limitado a estratégias de regulação emocional | 30.74 | .00 | .11 |
| | F2_Não aceitação de respostas emocionais | 45.36 | .00 | .16 |
| | F3_Falta de consciência emocional | 5.56 | .02 | .02 |
| | F4_Dificuldades no controlo dos impulsos | 46.01 | .00 | .16 |
| | F5_Dificuldades em agir de acordo com os objetivos | 11.94 | .00 | .05 |
| | F6_Falta de clareza emocional | 22.13 | .00 | .08 |
| | EDRE Total | 44.90 | .00 | .16 |
| | EAR Total | 28.60 | .00 | .11 |

Discussão

O presente estudo teve como principais objetivos: (1) compreender e caracterizar a regulação emocional no indivíduo dependente de álcool e substâncias aditivas (com base nas dificuldades de regulação emocional, identificadas por si); (2) compreender e caracterizar a autoestima desses indivíduos (com base na visão positiva ou depreciativa que tem de si); (3) compreender e caracterizar a relação entre estas variáveis; e (4) analisar as diferenças de regulação emocional e autoestima entre o indivíduo dependente de álcool e substâncias aditivas e o indivíduo não dependente. A primeira hipótese proposta foi que o Grupo Clínico apresentaria maiores dificuldades de regulação emocional do que os adultos do Grupo de Comparação. A segunda hipótese foi que o Grupo Clínico apresentaria menores níveis de autoestima do que os adultos do Grupo de Comparação.

Como era esperado, os resultados mostraram que existe uma correlação positiva estatisticamente muito forte entre a EDRE e algumas das suas dimensões, nomeadamente o acesso limitado a estratégias de regulação emocional, a não aceitação de respostas emocionais e as dificuldades no controlo dos impulsos. Por sua vez, o acesso limitado a estratégias de regulação emocional encontra-se fortemente correlacionado com a não aceitação de respostas emocionais e com as dificuldades no controlo dos impulsos. Estes resultados confirmam que dificuldades na regulação emocional motivam os indivíduos a agir de forma impulsiva, excitável e eufórica (Fonseca, 2016), sendo que o uso de estratégias mal adaptativas e ineficientes se encontra relacionado com o nível de intensidade das emoções e a sua fraca compreensão (Zereban et al., 2018).

Os resultados mostraram ainda que existe uma correlação positiva estatisticamente forte entre a EDRE e a EAR, pelo que confirmam uma relação entre a regulação emocional e a autoestima. Desta forma, foi identificada uma correlação positiva estatisticamente forte entre a EAR e o acesso limitado a estratégias de regulação emocional, a não aceitação de respostas

emocionais, as dificuldades no controlo dos impulsos, a falta de clareza emocional e as dificuldades em agir de acordo com os objetivos. Particularmente, a baixa autoestima está associada à incapacidade, delinquência, comportamento indeciso e não assertivo, verbalização de pensamentos de inutilidade, de sentimentos de culpa e de vergonha, necessidade de aprovação, preocupação e instabilidade emocional (Almeida, 2014; Heatherton & Wyland, 2003; Herdman & Kamitsuru, 2018; Sequeira, 2006).

Os resultados mostraram a presença de diferenças significativas na regulação emocional e na autoestima, entre o Grupo Clínico e o Grupo de Comparação. Desta forma, foram consistentes com a primeira hipótese colocada e com a existente literatura, demonstrando que indivíduos com dependência de álcool e/ou substâncias aditivas apresentam maiores dificuldades de regulação emocional em relação a indivíduos sem dependência de substâncias psicoativas. Na EDRE, o Grupo Clínico apresentou uma média do score global superior à média do score global do Grupo de Comparação, assim como uma média superior em todas as dimensões da EDRE. No caso dos indivíduos com dependência de álcool e/ou substâncias aditivas, estes parecem ter maiores dificuldades em aceitar respostas emocionais, em agir de acordo com os objetivos e em controlar os impulsos. Este grupo demonstra também alguma falta de consciência e clareza emocional. O consumo de substâncias está relacionado a estados de humor negativos, como a ansiedade, a depressão, sentimentos de culpa e irracionalidade, timidez ou baixa autoestima (Barlow et al., 2014), sendo que constituem características que podem predispor os indivíduos à desregulação emocional e ao consequente uso de substâncias (Poon et al., 2016; Schwinn et al., 2016). Estes resultados confirmam que indivíduos com Perturbação de Uso de Substâncias demonstram dificuldades na regulação de emoções, na consciencialização e aceitação de experiências emocionais, principalmente negativas, no controlo de impulsos e em manter objetivos (Fox et al., 2007; Petit et al., 2015; Schreiber et al., 2012). Desta forma, os resultados são consistentes com a

literatura, indicando que o desespero na regulação de emoções constitui um forte motivador do consumo de substâncias (Petit et al., 2015). Indivíduos com dificuldades na regulação emocional acabam por estabelecer objetivos mais imediatos, perdendo, por vezes, o controlo dos impulsos, o que pode levar à procura e ao consumo de substâncias aditivas (Gross, 2002; Schreiber et al., 2012). Assim, os resultados confirmam que a regulação emocional constitui um fator protetor do consumo de substâncias, ao diminuir os efeitos impulsivos das emoções, negativas ou positivas, nos momentos de tomada de decisão (Marques & Cruz, 2000).

No entanto, os resultados não corroboram a segunda hipótese colocada. No que se refere à EAR, o Grupo Clínico apresentou um grau médio de autoestima, enquanto o Grupo de Comparação apresentou um valor indicativo de baixa autoestima. Os resultados são contrastantes com o que é comum na literatura, que refere a autoestima elevada como um fator de proteção do consumo de substâncias (Aguirre et al., 2010; Collison et al., 2016; Richardson et al., 2013; Scheier et al., 2000; Sierra et al., 2003), demonstrando que indivíduos dependentes de substâncias psicoativas apresentam uma autoestima mais elevada do que indivíduos sem esse tipo de dependência. Desta forma, a autoestima elevada acaba por expor o indivíduo a situações de risco, potencializando o consumo de substâncias psicoativas e, conseqüentemente, situações de dependência (Medina et al., 2017). Contudo, levanta-se a hipótese de que estes resultados possam dever-se ao facto dos participantes do Grupo Clínico terem o diagnóstico de perturbação relacionada com o uso de álcool e/ou substâncias aditivas e se encontrarem em centros de recuperação para tratamento de alcoolismo e toxicodependência, nos quais realizam atividades de promoção de autoestima e confiança.

Outra limitação do presente estudo foi a recolha da amostra do Grupo de Comparação pois, ao ser realizada em formato online, tornou-se impossível aferir se este grupo de participantes não tinha dependência de álcool e/ou substâncias aditivas. Desta forma, assumiu-se que o Grupo Clínico era o único constituído por indivíduos com dependência,

pois os participantes eram utentes de unidades de tratamento de toxicodependência e alcoolismo.

Não obstante, o presente estudo chama à atenção para a importância da regulação emocional na vida humana, assim como para as consequências do consumo de substâncias psicoativas. Permiteu contribuir e completar a literatura já existente acerca do tema: indivíduos com dependência de álcool e/ou substâncias aditivas apresentam maiores dificuldades de regulação emocional em comparação com indivíduos sem dependência de substâncias psicoativas. Possibilitou ainda chegar a conclusões contrastantes com o que é comum na literatura, relacionados com a relação entre a autoestima e Perturbações de Uso de Substâncias: a autoestima elevada pode potenciar o consumo de substâncias psicoativas e, consequentemente, situações de dependência.

Uma vez que o consumo de substâncias é das principais causas nocivas para os indivíduos e para a sociedade (Korcha et al., 2014), constituindo um problema que provoca consequências na saúde, no trabalho e nos relacionamentos interpessoais do indivíduo, acabando por interferir na sua qualidade de vida (Nadaleti et al., 2019), considera-se fundamental existir uma maior consciencialização acerca da importância da regulação emocional para o funcionamento e desenvolvimento adequados do indivíduo, de forma a prevenir o envolvimento em comportamentos de risco como o uso de substâncias, diminuindo a necessidade de recorrer às mesmas como forma de suprimir emoções e possibilitando o desenvolvimento de competências de enfrentamento das mesmas.

Referências

- Abar, C. C., Jackson, K. M., & Wood, M. (2014). Reciprocal relations between perceived parental knowledge and adolescent substance use and delinquency: The moderating role of parent–teen relationship quality. *Developmental psychology*, 50(9), 2176.
- Aguirre, A. A., Castillo, M. M. A., & Zanetti, A. C. G. (2010). Consumo de álcool e autoestima em adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 634-640.
- Almeida, J. (2014). *A Saúde Mental Global, a Depressão, a Ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: Estudo de prevalência e correlação*. (Tese para obtenção do grau de Doutor). Ciências da Vida Especialidade em Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa.
- Alves, C. F., Zappe, J. G., & Dell'Aglio, D. D. (2015). Índice de Comportamentos de Risco: construção e análise das propriedades psicométricas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32, 371-382.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Araújo, C. M. D., Oliveira, M. C. S. L. D., & Rossato, M. (2018). O sujeito na pesquisa qualitativa: desafios da investigação dos processos de desenvolvimento. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 33.
- Aseltine Jr, R. H., Schilling, E. A., James, A., Glanovsky, J. L., & Jacobs, D. (2009). Age variability in the association between heavy episodic drinking and adolescent suicide attempts: findings from a large-scale, school-based screening program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(3), 262-270.
- Baptista, M. N. & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14 (3), 58-67.

- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496.
- Bendtsen, P., Damsgaard, M. T., Tolstrup, J. S., Ersbøll, A. K., & Holstein, B. E. (2013). Adolescent alcohol use reflects community-level alcohol consumption irrespective of parental drinking. *Journal of Adolescent Health*, 53(3), 368-373.
- Bradley, R. H.; Caldwell, B. M. & Rock, S. L. (1988). Home environment and school performance: A ten-year follow-up and examination of three models of environmental action. *Child Development*, 59, 852-867.
- Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399.
- Branco, M. & Pereira, A. (2001). A autoestima, a satisfação com a imagem corporal e o bem-estar docente. *Psicologia, Educação e Cultura*, 5(2), pp. 335-346.
- Braunstein, L. M., Gross, J. J., & Ochsner, K. N. (2017). Explicit and implicit emotion regulation: a multi-level framework. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(10), 1545–1557. <https://doi.org/10.1093/scan/nsx096>
- Brener, N., Kann, L., Shanklin, S., Kinchen, S., Eaton, D., Hawkins, J., & Flint, K. (2013). Methodology of the youth risk behavior surveillance system-2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(1), 1-20.
- Brodbeck, J., Bachmann, M. S., Croudace, T. J., & Brown, A. (2013). Comparing growth trajectories of risk behaviors from late adolescence through young adulthood: an accelerated design. *Developmental psychology*, 49(9), 1732.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1977).

- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 993–1028). John Wiley & Sons Inc.
- Brook, J. S., Balka, E. B., Crossman, A. M., Dermatis, H., Galanter, M., & Brook, D. W. (2010). The relationship between parental alcohol use, early and late adolescent alcohol use, and young adult psychological symptoms: A longitudinal study. *The American Journal on Addictions, 19*(6), 534-542.
- Brown, J. & Marshall, M. (2006). The tree faces of self esteem. *Self esteem: issues and answers*, pp. 4-9.
- Carvalho, A. F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Alcohol use disorders. *The Lancet, 394*(10200), 781-792.
- Castillo, J. A., & Cordeiro, A. (2009). Percepção do risco associado ao consumo de álcool, tabaco e drogas. *Salud y Drogas, 9* (1), 57-78.
- Chen, K., & Kandel, D. B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American journal of public health, 85*(1), 41-47.
- 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*, 303-313.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the society for research in child development, 59*(2-3), 73-102.
- Collison, D., Banbury, S., & Lusher, J. (2016). Relationships between age, sex, self-esteem and attitudes towards alcohol use amongst university students. *Journal of Alcohol and Drug Education, 60*(2), 16-34.

- Conner, M., & McMillan, B. (1999). Interaction effects in the theory of planned behaviour: Studying cannabis use. *British Journal of Social Psychology*, 38(2), 195-222.
<https://doi.org/10.1348/014466699164121>
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *Journal of personality and social psychology*, 69(5), 990.
- Córdoba-Paz, EG, Betancourth-Zambrano, S., & Tacán-Bastidas, LE (2017). Consumo de substâncias psicoativas em uma universidade privada em Pasto, Colômbia. *Psicogente* , 20 (38), 308-319.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(4), 145-151.
- Christensen, M.R., Anderson-White, E., Ryan, L.J., Ricardo, M.M., Krembuszewski, B.A., Sze, C. & Henderson, C.E. (2021). Substance Use Disorders. In *Developmental Psychopathology* (Eds. A. Venta, C. Sharp, J.M. Fletcher and P. Fonagy).
- Cruz, J. E., Emery, R. E., & Turkheimer, E. (2012). Peer network drinking predicts increased alcohol use from adolescence to early adulthood after controlling for genetic and shared environmental selection. *Developmental psychology*, 48(5), 1390.
- Deary, I. J. (2013). Intelligence. *Current Biology*, 23(16), 673-676.
- Dvorak, R. D., Sargent, E. M., Kilwein, T. M., Stevenson, B. L., Kuvaas, N. J., & Williams, T. J. (2014). Alcohol use and alcohol-related consequences: Associations with emotion regulation difficulties. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 40(2), 125-130.

- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., . . . Wechsler, H. (2008). Youth risk behavior surveillance—United States, 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57(SS-4), 1–131.
- Egan, K. L., Gregory, E., Osborne, V. L., & Cottler, L. B. (2019). Power of the peer and parent: gender differences, norms, and nonmedical prescription opioid use among adolescents in south central Kentucky. *Prevention science*, 20, 665-673.
- Eldesouky, L., & Gross, J. J. (2019). Emotion regulation goals: An individual difference perspective. *Social and Personality Psychology Compass*, 13(9), e12493.
- Ennett, S. T., Flewelling, R. L., Lindrooth, R. C., & Norton, E. C. (1997). School and neighborhood characteristics associated with school rates of alcohol, cigarette, and marijuana use. *Journal of health and social behavior*, 55-71.
- Espada, JP, Botvin, GJ, Mendez, X., & Griffin, KW (2003). Adolescência: consumo de álcool e outras drogas. *Psychologist Papers* , 23 (84), 9-17.
- Fernandes, L. (2021). *O sítio das drogas: etnografia das drogas numa periferia urbana*. Etnográfica Press.
- Fieser, B. H., Wilder, J. & Bickham, N. L. (2000). Family context in developmental psychopathology. Em A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (Orgs.), *Handbook of developmental psychology* (p.115-134). New York: Kluwer Academic / Plenum.
- Fonseca, V. D. (2016). Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 33(102), 365-384.
- Ford, J. A. (2009). Nonmedical prescription drug use among adolescents: The influence of bonds to family and school. *Youth & Society*, 40(3), 336-352.

- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence, 89*(2-3), 298-301.
- Francisco, P. M. S. B., Assumpção, D. D., Borim, F. S. A., Senicato, C., & Malta, D. C. (2019). Prevalência e coocorrência de fatores de risco modificáveis em adultos e idosos. *Revista de Saúde Pública, 53*.
- Frank, K., Abeynaïke, S., Nikzad, R., Patel, R. R., Roberts, A. J., Roberto, M., & Paust, S. (2020). Alcohol dependence promotes systemic IFN- γ and IL-17 responses in mice. *Plos one, 15*(12).
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.
- Gable, S. L., Reis, H. T., Impett, E. A., & Asher, E. R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of personality and social psychology, 87*(2), 228.
- Giancola, P. R., Martin, C. S., Tarter, R. E., Pelham, W. E., & Moss, H. B. (1996). Executive cognitive functioning and aggressive behavior in preadolescent boys at high risk for substance abuse/dependence. *Journal of studies on alcohol, 57*(4), 352-359.
- Giancola, P. R., Mezzich, A. C., & Tarter, R. E. (1998). Executive cognitive functioning, temperament, and antisocial behavior in conduct-disordered adolescent females. *Journal of abnormal psychology, 107*(4), 629.
- Giancola, P. R., & Tarter, R. E. (1999). Executive cognitive functioning and risk for substance abuse. *Psychological Science, 10*(3), 203-205.
- Gilbert, K. E. (2012). The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. *Clinical psychology review, 32*(6), 467-481.

- Gomes, N. (2014). *Autoestima, autoeficácias e empregabilidade subjetiva em empregados, desempregados e estudantes do ensino superior*. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Grant, J. E., Lust, K., & Chamberlain, S. R. (2019). Sedative/Tranquilizer Misuse is Associated with Alcohol and Illicit Drug Problems, Mental Health Issues, and Impulsivity and Compulsivity in University Students. *Journal of Addiction Medicine*, 1. doi:10.1097/adm.0000000000000556
- Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Greenberg, L.S. (2002). Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/14692-000>
- Griffin, K. W., Epstein, J. A., Botvin, G. J., & Spoth, R. L. (2001). Social competence and substance use among rural youth: Mediating role of social benefit expectancies of use. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 485-498.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13, 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: conceptual and empirical foundations.

- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387–401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion Regulation in Everyday Life. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13–35). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11468-001>
- Gross, J. J., Sheppes, G., & Urry, H. L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition and emotion*, 25(5).
- Gyurak, A., Gross, J. J., & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognition and emotion*, 25(3), 400-412.
- Hale, D. R., Fitzgerald-Yau, N., & Viner, R. M. (2014). A systematic review of effective interventions for reducing multiple health risk behaviors in adolescence. *American journal of public health*, 104(5), e19-e41.
- Haller, M., Handley, E., Chassin, L., & Bountress, K. (2010). Developmental cascades: Linking adolescent substance use, affiliation with substance use promoting peers, and academic achievement to adult substance use disorders. *Development and psychopathology*, 22(4), 899-916.
- Handley, E. D., Rogosch, F. A., Guild, D. J., & Cicchetti, D. (2015). Neighborhood disadvantage and adolescent substance use disorder: The moderating role of maltreatment. *Child maltreatment*, 20(3), 193-202.
- Harris, J. R. (2011). *The nurture assumption: Why children turn out the way they do*. Simon and Schuster.

- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, *112*(1), 64.
- Heatherton, T. F. & Wyland, C. (2003). Assessing self-esteem. Em S. Lopez and R. Snyder, (Eds). *Assessing positive psychology*, pp. 219-233. Washington, DC: APA.
- Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020*. (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Huang, D. Y., Lanza, H. I., Murphy, D. A., & Hser, Y. I. (2012). Parallel development of risk behaviors in adolescence: Potential pathways to co-occurrence. *International journal of behavioral development*, *36*(4), 247-257.
- Hurd, Y. L., Michaelides, M., Miller, M. L., & Jutras-Aswad, D. (2014). Trajectory of adolescent cannabis use on addiction vulnerability. *Neuropharmacology*, *76*, 416-424.
- Ismail, A., Hussin, H., Hamzah, M. R., Ahmad, Y., Yusoff, H. A. M., & Manaf, A. R. A. (2021, May). Conceptual paper: The roles of locus of control, self-esteem, resilience, and religion towards drug abuse intention among young people. In *AIP Conference Proceedings* (Vol. 2339, No. 1, p. 020110). AIP Publishing LLC.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. Springer Science & Business Media.
- Jaccard, J., Blanton, H., & Dodge, T. (2005). Peer influences on risk behavior: an analysis of the effects of a close friend. *Developmental psychology*, *41*(1), 135.
- Júnior, C. L. N., & Bittar, C. M. L. (2014). Fatores protetores contra o consumo de drogas, segundo a percepção de universitários. *Revista Evidência*, *9*(9).
- Kawano, A. N. (2019). *Consumo de álcool e outras drogas por universitários brasileiros da área da saúde: uma revisão integrativa*.
- Kernis, M. (2003). Optimal self-esteem and authenticity: Separating fantasy from reality, *Psychological Inquiry*, *14*(1): 83-89.

- Khantzian, E. J. (2003). Understanding addictive vulnerability: An evolving psychodynamic perspective. *Neuropsychoanalysis*, 5(1), 5-21.
- King, K. M., Molina, B. S., & Chassin, L. (2009). Prospective relations between growth in drinking and familial stressors across adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 610.
- Kirisci, L., Tarter, R., Ridenour, T., Reynolds, M., Horner, M., & Vanyukov, M. (2015). Externalizing behavior and emotion dysregulation are indicators of transmissible risk for substance use disorder. *Addictive behaviors*, 42, 57-62.
- Korcha, R. A., Cherpitel, C. J., Witbrodt, J., Borges, G., Hejazi-Bazargan, S., Bond, J. C., ... & Gmel, G. (2014). Violence-related injury and gender: The role of alcohol and alcohol combined with illicit drugs. *Drug and alcohol review*, 33(1), 43-50.
- Kounenou, K. (2010). Exploration of the relationship among drug use & alcohol drinking, entertainment activities and self-esteem in Greek University students. *Procedia-social and behavioral sciences*, 2(2), 1906-1910.
- Kun, B., Urbán, R., Paksi, B., Griffiths, M. D., Richman, M. J., & Demetrovics, Z. (2019). The effects of trait emotional intelligence on adolescent substance use: Findings from a Hungarian representative survey. *Frontiers in psychiatry*, 10, 367.
- Lang, P. J., & Bradley, M. M. (2010). Emotion and the motivational brain. *Biological psychology*, 84(3), 437-450.
- Lansford, J. E., Erath, S., Yu, T., Pettit, G. S., Dodge, K. A., & Bates, J. E. (2008). The developmental course of illicit substance use from age 12 to 22: Links with depressive, anxiety, and behavior disorders at age 18. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 877-885.
- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological inquiry*, 11(3), 129-141.

- Lavallee, L. F., & Poole, J. M. (2010). Beyond recovery: Colonization, health and healing for Indigenous people in Canada. *International journal of mental health and addiction*, 8(2), 271-281.
- Löfving-Gupta, S., Willebrand, M., Kuposov, R., Blatný, M., Hrdlička, M., Schwab-Stone, M., & Ruchkin, V. (2018). Community violence exposure and substance use: cross-cultural and gender perspectives. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 493-500.
- Marcolan, J. F., & Castro R. (2013). Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Marques, A. C. P. R., & Cruz, M. S. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 32-36.
- Martins, E., & Szymanski, H. (2004). Abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com Famílias. *Estudos e pesquisas em Psicologia*. Recuperado: 14 out. 2013. Disponível: <http://www.revispsi.uerj.br/v4n1/artigos/Artigo%205%20-%20V4N1.htm>
- Mays, D., Gilman, S. E., Rende, R., Luta, G., Tercyak, K. P., & Niaura, R. S. (2014). Parental smoking exposure and adolescent smoking trajectories. *Pediatrics*, 133(6), 983-991.
- Medina, M. E. G., Facundo, F. R. G, Cortez, J. G. A, Castillo, M. A., & da Silva, E. C. (2017). Autoestima e consumo de álcool em adolescentes escolares. *NURE Research: Scientific Journal of Nursing*, 14 (88), 1.
- Moller, M., & Haustein, S. (2014). Peer influence on speeding behaviour among male drivers aged 18 and 28. *Accident Analysis & Prevention*, 64, 92-99.
- Morel, A., Fontain, B., & Hervé, F. (1998). *Cuidados ao Toxicodependente*. Climepsi Editores.
- Moysés, L. (2014). *A Autoestima se constrói passo a passo*. Papirus Editora.
- Muchiri, B. W., & Santos, M. M. (2018). Family management risk and protective factors for adolescent substance use in South Africa. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 13, 1-10.

- Muñoz-Paris, M. J., & del Mar Ruiz-Muñoz, A. (2008). Nível de auto-estima e correlação com comportamentos de risco em estudantes da Universidade de Almería. *Enfermagem Clínica*, 18 (2), 70-76.
- Nadaleti, N. P., Ribeiro, J. F., Ferreira, P. M., Santos, S. V. M. D., & Terra, F. D. S. (2019). Autoestima e o consumo de álcool, de tabaco e de outras substâncias em trabalhadores terceirizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27.
- Nation, M., & Heflinger, C. A. (2006). Risk Factors for Serious Alcohol and Drug Use: The Role of Psychosocial Variables in Predicting the Frequency of Substance Use Among Adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32(3), 415–433. doi: <https://doi.org/10.1080/00952990600753867>
- Nunes, E. V., Sullivan, M. A., & Levin, F. R. (2004). Treatment of depression in patients with opiate dependence. *Biological psychiatry*, 56(10), 793-802.
- Nunes, M., & Jólluskin, G. (2010). *Drogas e Comportamentos de Adição*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT]. (2009). *Relatório anual 2009: A evolução do fenómeno da droga na Europa*, 24, 515-522. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- O'Loughlin, J., Karp, I., Koulis, T., Paradis, G., & DiFranza, J. (2009). Determinants of first puff and daily cigarette smoking in adolescents. *American journal of epidemiology*, 170(5), 585-597.
- Pallari, E., Soukup, T., Kyriacou, A., & Lewison, G. (2020). Assessing the European impact of alcohol misuse and illicit drug dependence research: clinical practice guidelines and evidence-base policy. *Evidence-Based Mental Health*, 23(2), 67-76.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. 12 ed. São Paulo: AMGH.

- Pechansky, F. (2001). Modelo teórico de exposição a risco para transmissão do vírus HIV em usuários de drogas. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23, 41-47.
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5/6), 174-179.
- Pereyra, S. B., & Bean, R. A. (2017). Latino adolescent substance use: A mediating model of inter-parental conflict, deviant peer associations, and parenting. *Children and Youth Services Review*, 76, 154-162.
- Petit, G., Luminet, O., Maurage, F., Tecco, J., Lechantre, S., Ferauge, M., ... & de Timary, P. (2015). Emotion regulation in alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(12), 2471-2479.
- Phillips, R. (2014). *Alcohol: A History*. The University of North Carolina Press.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25, 405-416.
- Poon, J. A., Turpyn, C. C., Hansen, A., Jacangelo, J., & Chaplin, T. M. (2016). Adolescent substance use & psychopathology: Interactive effects of cortisol reactivity and emotion regulation. *Cognitive therapy and research*, 40, 368-380.
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and individual differences*, 49(5), 368-373.
- Ribeiro, C. (2011). Algumas reflexões sobre consumos de substâncias psicoactivas e comportamentos aditivos na população. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 27(4), 334-6.

- Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 410–424. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.410>
- Richardson, C. G., Kwon, J. Y., & Ratner, P. A. (2013). Self-esteem and the initiation of substance use among adolescents. *Canadian journal of public health*, 104, 60-63.
- Richardson, C. G., Memetovic, J., Ratner, P. A., & Johnson, J. L. (2011). Examining gender differences in emerging tobacco use using the adolescents' need for smoking scale. *Addiction*, 106(10), 1846-1854.
- Rosaldo, M. Toward an anthropology of self and feeling. In: Shweder, R. A.; Levine, R. A. (ed.). *Culture theory: essays on mind, self, and emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 137-157.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rubin, K. H., Bukowski, W. M., & Parker, J. G. (2006). Peer interactions, relationships, and groups.
- Rusby, J. C., Light, J. M., Crowley, R., & Westling, E. (2018). Influence of parent–youth relationship, parental monitoring, and parent substance use on adolescent substance use onset. *Journal of family psychology*, 32(3), 310.
- Samson, A. C., & Gross, J. J. (2012). Humour as emotion regulation: The differential consequences of negative versus positive humour. *Cognition & emotion*, 26(2), 375-384.
- Sanchez, Z. V. D. M., Oliveira, L. G. D., Ribeiro, L. A., & Nappo, S. A. (2011). O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(suppl 1), 1257-1266.

- Santana, V. S., & Gondim, S. M. G. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21, 58-68.
- Scardina, V. M. C., & dos Santos, M. J. (2022). Fatores de risco e fatores de proteção no uso abusivo de droga entre os jovens.
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Diaz, T. (2000). Dynamic growth models of self-esteem and adolescent alcohol use. *The Journal of Early Adolescence*, 20(2), 178-209.
- Schwarz, N., & Clore, G. L. (1983). Mood, misattribution, and judgments of well-being: Informative and directive functions of affective states. *Journal of personality and social psychology*, 45(3), 513.
- Schenker, M., & Minayo, M. C. D. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 299-306.
- Schraml, K., Perski, A., Grossi, G., & Simonsson-Sarnecki, M. (2011). Stress symptoms among adolescents: The role of subjective psychosocial conditions, lifestyle and self-esteem. *Journal of Adolescence*, 34, 987-996. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.11.010.
- Schreiber, L. R., Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of psychiatric research*, 46(5), 651-658.
- Schulenberg, J., Maggs, J. L., Dielman, T. E., Leech, S. L., Kloska, D. D., Shope, J. T., & Laetz, V. B. (1999). On peer influences to get drunk: A panel study of young adolescents. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 108-142.
- Schultheisz, T. S. D. V., & Aprile, M. R. (2013). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 5(1).

- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Hopkins, J., & Thom, B. (2016). Risk and protective factors associated with adolescent girls' substance use: Data from a nationwide Facebook sample. *Substance abuse*, 37(4), 564-570.
- Sequeira, C., (2006). Introdução à prática clínica. Coimbra: Quarteto.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2017). *Relatório Anual 2017 – A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2020). *Relatório Anual 2020: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*.
- Sierra, M. I. M., González, A. M. C., & García, M. S. (2003). Consumo de alcohol y autopercepción en los adolescentes españoles. *Psychosocial Intervention*, 12(1), 95-102.
- Silva, A. R., Relva, I. C., & Simões, A. M. (2020). Impacto da vinculação e dos traços de psicopatia nos comportamentos aditivos dos adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(1), e1161-e1161.
- Silva, C. G. D., & Pinto, J. (2016). Insucesso e abandono escolar precoce. In A educação na Europa do Sul: constrangimentos e desafios em tempos incertos: 1ª Conferência Ibérica de Sociologia da Educação, 599-614.
- Simon, H.A. (1967) Motivational and Emotional Controls of Cognition. *Psychological Review*, 74, 29-39. <http://dx.doi.org/10.1037/h0024127>
- Smith III, A. C., & Kleinman, S. (1989). Managing emotions in medical school: Students' contacts with the living and the dead. *Social psychology quarterly*, 56-69.
- Spear, L. P., & Swartzwelder, H. S. (2014). Adolescent alcohol exposure and persistence of adolescent-typical phenotypes into adulthood: a mini-review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 45, 1-8.

- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: what changes, and why?. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 51-58.
- Steinberg, L. D. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Steinberg, L. (2017). *Adolescence*. (11th ed.). McGraw-Hill Education.
- Stevenson, D. J. & Baker, D. P. (1987). The family-school relation and the child's school performance. *Child Development*, 58, 1348-1357.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Susskind, J. M., Lee, D. H., Cusi, A., Feiman, R., Grabski, W., & Anderson, A. K. (2008). Expressing fear enhances sensory acquisition. *Nature neuroscience*, 11(7), 843-850.
- Szczurek, L., Monin, B., & Gross, J. J. (2012). The stranger effect: The rejection of affective deviants. *Psychological science*, 23(10), 1105-1111.
- Tarter, R. E., Kirisci, L., Habeych, M., Reynolds, M., & Vanyukov, M. (2004). Neurobehavior disinhibition in childhood predisposes boys to substance use disorder by young adulthood: direct and mediated etiologic pathways. *Drug and alcohol dependence*, 73(2), 121-132.
- Tavares, D. M. D. S., Matias, T. G. C., Ferreira, P. C. D. S., Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., & Paiva, M. M. D. (2016). Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 3557-3564.
- Teles, P. A. D. O. (2019). *Adolescentes consumidores de substâncias aditivas: caracterização de uma amostra* (Master's thesis, Universidade de Évora).
- Thein, K. Z. K., Herberholz, C., & Sandar, W. P. (2021). Caring for persons with drug use disorders in the Yangon Region, Myanmar: Socioeconomic and psychological burden, coping strategies and barriers to coping. *Plos one*, 16(10).

- Todorov, J. C. (2007). A Psicologia como o estudo de interações. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23, 57-61.
- Trigo, S., Silva, S., Fraga, S., & Ramos, E. (2015). *Representações Sociais de Adolescentes sobre o Consumo de Drogas*.
- Tsai, J. L. (2007). Ideal affect: Cultural causes and behavioral consequences. *Perspectives on Psychological Science*, 2(3), 242-259.
- Tucker, J. S., Pedersen, E. R., Miles, J. N., Ewing, B. A., Shih, R. A., & D'Amico, E. J. (2014). Alcohol and marijuana use in middle school: Comparing solitary and social-only users. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), 744-749.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World Drug Report 2022*.
- Van Leeuwen, A. P., Verhulst, F. C., Reijneveld, S. A., Vollebergh, W. A., Ormel, J., & Huizink, A. C. (2011). Can the gateway hypothesis, the common liability model and/or, the route of administration model predict initiation of cannabis use during adolescence? A survival analysis—the TRAILS study. *Journal of Adolescent Health*, 48(1), 73-78.
- Vasconcelos, H. S. (2017). Autoestima, autoimagem e constituição da identidade: um estudo com graduandos de psicologia. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 6(3), 195-206.
- Veloso, M., Gouveia, J. P., & Dinis, A. (2011). Estudos de validação com a versão portuguesa da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE). *Psychologica*, (54), 87-110.
- Veríssimo, M., & Santos, A. J. (2008). Desenvolvimento social: Algumas considerações teóricas. *Análise Psicológica*, XXVI(3), 389-394.
- Veselska, Z., Geckova, A. M., Orosova, O., Gajdosova, B., VanDijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2009). Self-esteem and resilience: The connection with risk behavior among adolescents. *Addictive Behaviors*, 34, 287-291. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.11.005.

- Victoria, C., & Coelho, M. C. (2019). A antropologia das emoções: Conceitos e perspectivas teóricas em revisão. *Horizontes Antropológicos*, 54, 7-21. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832019000200001>
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., & Tomasi, D. (2012). Addiction circuitry in the human brain. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 52, 321-336.
- Willoughby, T., & Fortner, A. (2015). At-risk depressive symptoms and alcohol use trajectories in adolescence: A person-centred analysis of co-occurrence. *Journal of youth and adolescence*, 44, 793-805.
- Willoughby, T., Good, M., Adachi, P., Hamza, C., & Tavernier, R. (2013). Examining the link between adolescent brain development and risk taking from a social–developmental perspective. *Brain and Cognition*, 83, 315-323.
- World Health Organization. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.
- World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*.
- Youngblade, L. M., Theokas, C., Schulenberg, J., Curry, L., Huang, I-C., & Novak, M. (2007). Risk and promotive factors in families, schools, and communities: A contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics*, 119, 47–53.
- Zaorska, J., Kopera, M., Trucco, E. M., Suszek, H., Kobylński, P., & Jakubczyk, A. (2020). Childhood Trauma, Emotion Regulation, and Pain in Individuals With Alcohol Use Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11.
- Zappe, J. G., & Dell’Aglío, D. D. (2016). Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65, 44-52.
- Zara, G., & Gulotta, G. (2014). Evidence based research in juvenile delinquency.
- Zareban, I., Bakhshani, N. M., Bor, M. H., & Bakhshani, S. (2018). Emotion regulation difficulties in drug abusers. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 4(Specia), S129.

Ziliotto, G. C., & Nogueira, V. O. (2018). Fatores de proteção ao uso de substâncias psicoativas-revisão integrativa. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 8(45), 888-892.

Anexos

Lista de Anexos

| | | |
|----------------|---|---|
| Anexo A | - | Consentimento Informado |
| Anexo B | - | Questionário Sociodemográfico |
| Anexo C | - | E-mail de autorização para utilização da EDRE |
| Anexo D | - | E-mail de autorização para utilização da EAR |

Anexo A

Consentimento Informado

O presente estudo surge no âmbito de Dissertação de Mestrado a decorrer na ULL - Universidade Lusíada de Lisboa. O estudo tem como objetivo compreender e caracterizar a regulação emocional e a autoestima em adultos.

O estudo é realizado por Liliana Costa (11003121@lis.ulusiada.pt), sob orientação do Prof. Doutor Miguel Freitas (13001300@lis.ulusiada.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação no estudo consiste em responder a um breve questionário e tem uma duração estimada de 10-15 minutos.

Toda a informação fornecida é anónima e confidencial. Os dados serão apenas utilizados no âmbito desta investigação, não associando o seu nome a nenhuma outra parte do processo. A sua participação é voluntária, podendo, a qualquer momento, recusar participar, desistir e invalidar que os seus dados sejam utilizados. Os dados obtidos destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo/a investigador/a, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo, pelo que aceito nele participar.

| | Sim | Não |
|------------------------|-----|-----|
| Li e aceito participar | | |

Anexo B

Questionário Sociodemográfico

Peço-lhe que preencha os seus dados pessoais, dos quais não consta o nome.

Este é um documento anónimo e os dados são confidenciais.

Idade _____

| | | |
|------|-----------|--|
| Sexo | Feminino | |
| | Masculino | |

| | | |
|---------------|--|--|
| Nacionalidade | Portuguesa | |
| | Dupla Nacionalidade (Portuguesa e outra) | |
| | Outra | |

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| Habilitações literárias completas | Sem escolaridade | |
| | 1º ciclo (1º ao 4º ano) | |
| | 2º ciclo (5º e 6º ano) | |
| | 3º ciclo (7º ao 9º ano) | |
| | Ensino Secundário (10º ao 12º ano) | |
| | Licenciatura | |
| | Mestrado | |
| | Doutoramento | |
| Outra | | |

| | | |
|-----------------------|---------------------------------|--|
| Situação Profissional | Estudante | |
| | Trabalhador por conta de outrem | |
| | Trabalhador por conta própria | |
| | Desempregado/a | |
| | Reformado/a | |
| | Outra: | |

Anexo C

E-mail de Autorização para Utilização da EDRE

Eugénia Maria Ribeiro Pereira

para @gmail.pt, mim ▼

Cara Liliana,
Envio em anexo a escala e artigo de adaptação.
Desejo-lhe felicidades no seu estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Eugénia Ribeiro, Ph.D.
Assistant Professor with Habilitation
Director of Master in Adult Clinical Psychology and Psychotherapy
Coordinator of Psychological Intervention Unit - APsi-UMinho

Anexo D

E-mail de Autorização para Utilização da EAR

Pedro Pechorro @gmail.com>

para Miguel, mim ▾

Caro **Miguel** Freitas

Pode utilizar a RSES validação portuguesa na investigação.

Abaixo tem um link de onde pode obter o artigo com os itens, bastando colocar no formato likert adequado.

<https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Pechorro/research>

Cumpts

pedro pechorro

