



As emoções de pacientes aditos em tratamento

Tânia Caetano¹, & Eduardo Silva¹

1. Departamento de Investigação do Centro de Tratamento Villa Ramadas

Resumo

Uma das principais características da adição é a dificuldade em lidar com as emoções. Indivíduos aditos apresentam uma evidente incapacidade ao nível da regulação emocional, que se revela em comportamentos disfuncionais. A adição funciona como uma fuga à realidade emocional, sendo importante desenvolver estratégias de gestão emocional no decorrer de qualquer processo terapêutico no âmbito das dependências. O presente estudo tem como objetivo compreender o impacto da intervenção terapêutica através do Modelo Change & Grow[®] no domínio emocional de pacientes em tratamento. Pretende-se estudar as emoções de indivíduos aditos, nomeadamente o repertório, diferenciação, expressividade e regulação emocional, em diferentes etapas do processo terapêutico e nos vários princípios de Change & Grow[®]. Recorreu-se a uma amostra de 44 pacientes aditos, do sexo masculino e feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 58 anos, que realizaram tratamento em Villa Ramadas. Foram utilizados como instrumentos de recolha de dados, adaptados para a população portuguesa, a Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional, a Escala de Expressividade Emocional e a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional, assim como um questionário sociodemográfico. Os resultados mostraram que os indivíduos que se encontram no fim de tratamento apresentam um maior repertório emocional, maior capacidade de distinguir diferenças subtis entre emoções similares e menores dificuldades de regulação emocional. A intervenção terapêutica através do Modelo Change & Grow[®] mostrou trazer melhorias significativas ao nível das variáveis em estudo, relacionadas com o domínio emocional.

Palavras-chave: Emoções; Adição; Modelo Change & Grow[®]



Abstract

One of the main characteristics of addiction is the difficulty in dealing with emotions. Addicts present a clear failure in terms of emotional adjustment, which can result in dysfunctional behaviors. Addiction works as an escape from emotional management during any therapeutic process in addiction treatment. The present study aims to understand the impact of the therapeutic intervention, through the Change & Grow[®] Model, regarding the emotional domain of the patients in treatment. We intend to study the emotions in addicts, particularly the repertoire, differentiation, expressivity and emotional regulation in the different stages of the therapeutic process and on several Change & Grow[®] principles. Therefore, we used a sample of 44 individuals addicts, both male and female, between the ages of 14 and 58, collected in Villa Ramadas. It was used the Portuguese versions of Range and Differentiation of Emotional Experience Scale, Emotional Expressivity Scale and Difficulties in Emotion Regulation Scale, as well as a demographic questionnaire. The results showed us that the individuals in the end of the treatment present greater emotional repertoire, greater capacity to see subtle differences in similar emotions and minor difficulties in emotional regulation. The therapeutic intervention, through the Change & Grow[®] Model, showed significant improvement on the studied variables that are related with emotional domain.

Keywords: Emotions; Addition; Change & Grow[®] Model



Introdução

A adição é um processo complexo que se caracteriza pela presença de comportamentos que tanto podem contribuir para conceber prazer como para aliviar determinado sofrimento psicológico. Este conceito não inclui apenas dependências de abuso de substâncias, como também problemas ao nível do jogo, alimentação, entre outros (Bickel, Mueller, & Jarmolowicz, 2013; Goodman, 1990). Neste sentido, os comportamentos aditivos funcionam geralmente como uma forma de substituir a incapacidade de regular emoções, ou seja, indivíduos aditos apresentam dificuldades no âmbito da regulação emocional, manifestando condutas compulsivas, como por exemplo, o abuso de drogas (Jouanne, Edel, & Carton, 2005).

O processo de diferenciação emocional segue-se à reação fisiológica de um determinado estímulo e consiste na atribuição de significado a esse mesmo impulso, tendo por base o tipo de ativação fisiológica, o contexto e as vivências de cada sujeito (Barrett, 2006). Este processo de representação mental é constituído por duas dimensões: 1) repertório (relacionado com a diversidade de experiências emocionais que cada indivíduo consegue vivenciar) e 2) diferenciação (a capacidade para distinguir emoções semelhantes) (Kang & Shaver, 2004). Após o processo de diferenciação emocional, segue-se o processo de regulação emocional, no qual o sujeito escolhe as estratégias a utilizar (Vaz, 2009).

Por outro lado, a expressividade emocional diz respeito a um conjunto de mudanças comportamentais que funcionam como uma exteriorização das emoções, tendo em conta as diferenças individuais. Este constructo diz respeito à forma como os indivíduos exteriorizam constantemente as suas emoções, podendo ser uma manifestação verbal ou não-verbal (Dinis, Gouveia, & Xavier, 2011).

A regulação emocional diz respeito à capacidade em controlar e gerir emoções, ou seja, a forma como os indivíduos influem, vivenciam e expressam as suas emoções (Thompson, 1994). A capacidade de regular emoções diz então respeito a um mecanismo através do qual os indivíduos modificam, intencionalmente ou não, as suas próprias emoções, por forma a alcançar um determinado objetivo desejado (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). Vários estudos têm evidenciado a presença de défices ao nível da regulação emocional em indivíduos com comportamentos aditivos (Janfaza & Shirazi, 2015; Wilcox, Pommy, & Adinoff, 2016).

A literatura existente indica-nos que estratégias de autorregulação mal-adaptativas podem ter um papel importante no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Janfaza & Shirazi, 2015; Moore, Zoellner, & Mollenholt, 2009; Schreiber, Grant, & Odlaug, 2012). Schreiber et al. (2012) no seu estudo sobre a regulação emocional e impulsividade em jovens adultos, concluíram que existe uma relação entre estas duas variáveis. Neste sentido, observaram que maiores níveis de desregulação emocional conduzem a um aumento de comportamentos impulsivos que, por sua vez, podem levar ao comportamento aditivo.



A desregulação emocional, baixos níveis de tolerância, impulsividade e baixo autocontrolo parecem ter uma relação positiva significativa com o abuso de substâncias. O comportamento aditivo parece funcionar como um impulso de evitamento em lidar com emoções negativas (Janfaza & Shirazi, 2015; Taylor, Hiller, & Taylor, 2013).

As dificuldades de regulação emocional na adição têm sido referidas por diversos autores, nomeadamente no âmbito das perturbações de abuso de substâncias (Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper, & Sinha, 2007; Pierrehumbert et al., 2002; Tice, Bratslavsky, & Baumeister, 2001), perturbações alimentares (Pierrehumbert et al., 2002), depressão (Joormann & Gotlib, 2010) e jogo patológico (Williams, Grisham, Erskine, & Cassedy, 2012).

O Modelo Change & Grow® foi desenvolvido por Eduardo Silva, através da prática clínica no Centro de Tratamento Villa Ramadas, unidade privada com fins lucrativos. A intervenção na presente comunidade terapêutica utiliza fundamentalmente o Modelo Change & Grow®, embora também recorra ao Modelo Minnesota dos 12 passos. As terapias individuais e grupais consistem também num aspeto relevante de todo o processo terapêutico (Augusto, 2016). O presente modelo é utilizado no tratamento da adição, nas suas variadas formas, seja com dependências químicas (drogas, álcool), emocionais (co-dependência, depressão) ou comportamentais (jogo patológico, perturbações alimentares, sexo, fobias, perturbação obsessivo-compulsiva). Trata-se de um modelo integrativo que resulta da influência de diversas correntes da psicologia (humanista, psicodinâmica, sistémica, cognitivo-comportamental, gestalt, psicologia positiva), colocando o foco na solução, com vista ao desenvolvimento pessoal e à autossuficiência na tomada de decisões de uma forma responsável, equilibrada e saudável (Silva, 2016b, 2016c).

Este modelo de cariz holístico e integrativo apresenta na sua constituição cinco princípios básicos que são desenvolvidos ao longo de todo o processo terapêutico: Verdade, Aceitação, Gratidão, Amor e Responsabilidade. O princípio da Verdade é basilar da integridade humana e permite que o indivíduo entre em contacto com os seus sentimentos e pensamentos de forma libertadora. O princípio da Aceitação permite que cada um seja quem realmente é, possibilitando assim, uma aceitação completa do Ser. Quanto maior for a aceitação, maior será a capacidade de adaptação às circunstâncias do dia-a-dia. O princípio da Gratidão é fundamental para se atingir a felicidade plena, assente no agradecimento das pequenas coisas, havendo um equilíbrio entre o Eu, o Outro e o Mundo. O princípio do Amor é o alicerce para o distanciamento do egocentrismo, dos medos e dos defeitos de carácter. O amor é o sentimento mais poderoso que permite a ligação com os outros. Por fim, o princípio da Responsabilidade possibilita a aquisição e a manutenção de um estilo de vida honesto, respeitável e saudável. Ser responsável é assumir as consequências dos seus atos, afirmar a sua identidade e integridade nas relações que se estabelecem (Silva, 2016a).

O Modelo Change & Grow® olha para a adição como um comportamento compulsivo, sendo importante recorrer à utilização de técnicas psicológicas como a reestruturação cognitiva, estratégias de gestão emocional, treino de habilidades sociais, entre outras, no âmbito da



intervenção terapêutica, de forma a promover um desenvolvimento pessoal adaptativo (Silva, 2016a, 2016b, 2016c).

O presente estudo tem como objetivo geral compreender o impacto da intervenção terapêutica através do Modelo Change & Grow®, no domínio emocional dos pacientes em tratamento. Como objetivos específicos pretendemos caracterizar a amostra em estudo, comparar o repertório, a capacidade de diferenciação, a expressividade e a regulação emocional entre pacientes em diferentes fases de tratamento, bem como nos diversos princípios de Change & Grow®.

Metodologia

Participantes

A amostra é composta por 44 pacientes com idades compreendidas entre os 14 e os 58 anos, dos quais 29 (65.9%) são do sexo masculino e 15 (34.1%) do sexo feminino, com diferentes níveis de escolaridade (2º e 3º ciclo – 22.7%, ensino secundário – 43.2% e ensino superior – 34.1%). Cerca de 34.1% dos indivíduos estão empregados, 36.4% estão desempregados e 29.5% são ainda estudantes. Relativamente aos diagnósticos do DSM-V, mais de metade apresenta a Perturbação do Uso de Substâncias (56.8%), seguindo-se a Perturbação Depressiva (11.4%), a Perturbação de Uso de Álcool (9.1%) e a Bulimia Nervosa (9.1%). No que respeita à fase de tratamento, 16 pacientes (36.4%) encontravam-se no início, 15 (34.1%) a meio e 13 (29.5%) no fim do tratamento. Relativamente aos princípios do Modelo Change & Grow®, verificámos que 16 (36.4%) se encontravam no princípio da Verdade, 6 (13.6%) na Aceitação, 9 (20.5%) na Gratidão, 8 (18.2%) no Amor e 5 (11.4%) na Responsabilidade. Dos 44 pacientes, 24 (54.5%) já tinham feito tratamentos anteriores.

Instrumentos

Foram utilizados vários instrumentos no presente estudo, entre os quais a Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional (EARCDE), a Escala de Expressividade Emocional (EEE) e a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE), bem como um questionário sociodemográfico.

A Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional (*Range and Differentiation of Emotional Experience Scale*, Kang & Shaver, 2004) é constituída por 14 itens, numa escala tipo *Likert* que varia entre 1 (“Não me identifico”) e 7 (“Identifico-me totalmente”). Esta escala de auto-relato é composta por duas subescalas, repertório emocional e diferenciação emocional. A primeira subescala, o repertório emocional, é composto por seis itens e avalia a diversidade de emoções que os indivíduos conseguem vivenciar, pelo que pontuações mais elevadas indicam maior repertório emocional. Por sua vez, a segunda subescala, a diferenciação emocional, tem na sua constituição oito itens, que permitem medir a capacidade de distinguir sutilezas entre emoções idênticas, sendo que pontuações superiores correspondem a uma maior capacidade de diferenciação emocional (Kang & Shaver, 2004; Vaz, 2009).



A Escala de Expressividade Emocional (*Emotional Expressivity Scale*, Kring, Smith, & Neale, 1994); versão portuguesa de Dinis, Gouveia, & Xavier, 2011) é um instrumento de autorresposta, constituído por 17 itens, que tem como intuito medir a intensidade com que os indivíduos manifestam as suas próprias emoções. Trata-se de uma escala tipo *Likert*, de 1 a 6, em que 1 corresponde a “nunca verdadeiro” e 6 a “sempre verdadeiro”. A versão portuguesa da escala revelou uma estrutura fatorial unidimensional e possui valores elevados de consistência interna ($\alpha = .89$), o que sugere a fiabilidade da escala. Ao nível da estabilidade temporal obtiveram-se resultados aceitáveis.

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa de Veloso, Gouveia, & Dinis, 2011), é composta por 36 itens com uma escala tipo *Likert*, na qual o 1 corresponde a “quase nunca” e o 5 assinala o “quase sempre”. Os itens deste inventário de auto-resposta são subdivididos em seis dimensões: não-aceitação de respostas de foro emocional, limitação ao nível das estratégias emocionais, falta de consciência emocional, dificuldade em controlar impulsos, falta de clareza das emoções e dificuldades nos comportamentos direcionados para objetivos. No que diz respeito às propriedades psicométricas, apresenta uma consistência interna elevada, na medida em que apresenta um alfa de Cronbach de .93 na versão original e de .90 na validação para a população portuguesa.

Procedimento

Primeiramente, foram selecionadas as escalas a aplicar e construído um questionário de dados sociodemográficos. De seguida, foram pedidas autorizações aos autores dos instrumentos em estudo. Procedeu-se então, à recolha da amostra no Centro de Tratamento Internacional Villa Ramadas. Previamente à aplicação do protocolo, foi dada a conhecer a todos os participantes o âmbito, os princípios éticos e a natureza anónima e confidencial da investigação. Após a obtenção do consentimento informado, cada um dos participantes preencheu o protocolo do estudo.

Análise Estatística

O presente estudo teve por base uma amostra do tipo não probabilística por conveniência. Trata-se de um estudo comparativo e correlacional, com recurso à análise quantitativa. Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21. Utilizou-se a estatística não paramétrica, nomeadamente o teste de Kruskal-Wallis, para comparar as ordens médias do repertório, capacidade de diferenciação, expressividade e regulação emocional entres os pacientes das diferentes fases do tratamento. Foi também utilizado o mesmo teste estatístico para comparar as várias variáveis entre os princípios de Change & Grow®. Por fim, recorreu-se à correlação de spearman para observar a relação entre as variáveis em estudo.

Resultados

Dos 44 pacientes verificámos que 36.4% (16) se encontravam no início do tratamento, 34.1% (15) na fase intermédia e 29.5% (13) na fase final do tratamento.



Através da tabela 1 é possível observarmos que no decorrer do tratamento existe um aumento da ordem média ao nível do total da EARCDE. A subescala repertório emocional segue a mesma tendência, pelo que a ordem média no início de tratamento é inferior (Ordem Média \approx 20.19), aumentando significativamente no fim do tratamento (Ordem Média \approx 31.50). Desta forma, através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que os pacientes que se encontram no fim do tratamento apresentam maiores pontuações ao nível da capacidade de diferenciação emocional, quando se compara com o início e meio do tratamento, havendo diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$).

Relativamente à expressividade emocional (EEE Total) não se obtiveram diferenças com significado estatístico, embora se tenham observado também pontuações mais elevadas no fim do tratamento.

No que diz respeito à EDRE, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível do total e das subescalas não-aceitação e impulsos. Neste sentido, a ordem média foi sempre superior no fim do tratamento, o que indica que os pacientes que estão nesta etapa de tratamento apresentam menos dificuldades ao nível da regulação emocional, nomeadamente maior aceitação de respostas emocionais e menores dificuldades no controlo de impulsos.

Tabela 1.

Repertório, Diferenciação, Expressividade, Regulação Emocional e as diferentes fases de tratamento

	Início (n = 16) Ordem Média	Meio (n = 15) Ordem Média	Fim (n = 13) Ordem Média	X ²	p
EARCDE Total	18.06	19.43	31.50	9.160	.010
Repertório Emocional	20.19	17.57	31.04	8.509	.014
Diferenciação Emocional	18.06	21.83	28.73	5.026	.081
EEE Total	22.63	20.23	24.96	.948	.623
EDRE Total	31.25	19.60	15.08	12.540	.002
Estratégias	28.34	20.33	17.81	5.504	.064
Não-Aceitação	28.91	20.63	16.77	6.916	.031
Consciência	25.31	19.27	22.77	1.730	.421
Impulsos	31.72	23.80	9.65	21.647	.000
Objetivos	24.34	20.47	22.58	.713	.700
Clareza	24.84	23.13	18.88	1.639	.441

Nota. Legenda: EARCDE – Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional; EEE – Escala de Expressividade Emocional; EDRE – Escala de Dificuldades na Regulação Emocional

Na tabela 2, foi possível verificarmos que ao nível dos Princípios de Change & Grow®, o princípio da aceitação é o que revela uma média inferior (Ordem Média \approx 14.58) e o princípio da responsabilidade é o que expõe uma pontuação média superior (Ordem Média \approx 32.70),



no que diz respeito à EARCDE. O mesmo acontece na subescala do Repertório Emocional, onde existem diferenças de significado estatístico, pelo que o princípio da aceitação apresenta de igual modo um valor médio mais baixo (Ordem Média \approx 11.92), quando comparado com os outros quatro princípios do Modelo Change & Grow[®], enquanto que o princípio da responsabilidade corresponde ao princípio com pontuação mais elevada (Ordem Média \approx 34.80). Desta forma, quando os pacientes se encontram no princípio da aceitação tendem a ter menores índices ao nível da EARCDE. Contrariamente, os indivíduos que se encontram no último princípio (responsabilidade), tendem para pontuações mais elevadas nestes domínios, particularmente ao nível da subescala de diferenciação emocional, ou seja, no que diz respeito à capacidade de distinguir subtilezas entre diversas emoções.

No que concerne à análise da EEE, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os vários princípios de Change & Grow[®]. Contudo, a média do princípio da aceitação mostrou-se novamente inferior (Ordem Média \approx 19.42) e a do princípio da responsabilidade mais elevada (Ordem Média \approx 28.70).

Relativamente à Regulação Emocional, encontramos diferenças estatisticamente significativas ao nível da escala total ($p = .008$), bem como diferenças estatisticamente muito significativas na subescala impulsos ($p = .000$). Neste sentido, observou-se que as pontuações médias mais elevadas incidiram no princípio da responsabilidade e contrariamente, os valores médios mais baixos destacaram-se no princípio da verdade. Assim sendo, os pacientes que apresentam mais dificuldades de regulação emocional tendem a situar-se no primeiro princípio de Change & Grow[®], enquanto que os indivíduos que se encontram na reta final do seu tratamento, ou seja, no princípio da responsabilidade, apresentam menores dificuldades ao nível da regulação emocional.

Tabela 2.

Repertório, Diferenciação, Expressividade, Regulação Emocional e os Princípios de Change & Grow[®]

	Verdade ($n = 16$)	Aceitação ($n = 15$)	Gratidão ($n = 13$)	Amor ($n = 13$)	Responsabilidade e ($n = 13$)	X ²	<i>p</i>
	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média		
EARCDE Total	18.06	14.58	22.67	30.75	32.70	10.65 9	.031
Repertório Emocional	20.19	11.92	21.33	28.69	34.80	11.15 1	.025
Diferenciação Emocional	18.06	18.25	24.22	29.31	27.80	5.850	.211
EEE Total	22.63	19.42	20.78	22.63	28.70	1.678	.795
EDRE Total	31.25	16.67	21.56	17.44	11.30	13.76 5	.008
Estratégias	28.34	13.83	24.67	18.13	17.30	8.092	.088
Não-Aceitação	28.91	19.00	21.72	18.19	14.50	7.333	.119



Consciência	25.31	17.83	20.22	25.19	18.90	2.595	.628
Impulsos	31.72	24.50	23.33	11.75	6.30	22.23	.000
Objetivos	24.34	21.75	19.61	23.94	20.40	1.049	.902
Clareza	24.84	18.75	26.06	17.75	20.70	2.999	.558

Nota. Legenda: EARCDE – Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional; EEE – Escala de Expressividade Emocional; EDRE – Escala de Dificuldades na Regulação Emocional

Através da análise da tabela 3 é possível verificarmos que existem várias correlações significativas entre as variáveis do presente estudo. Assim, importa referir que observámos que a EARCDE apresentou uma correlação positiva baixa com a EEE, particularmente uma relação baixa entre a subescala repertório emocional e a EEE. Por sua vez, verificámos uma relação positiva moderada entre a EEE e a subescala consciência do EDRE. Contudo, observámos que não existe qualquer correlação entre a EARCDE e a EDRE, mesmo ao nível das suas subescalas.

Tabela 3.

Correlação de Spearman entre as variáveis em estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9.	10	11
1. EARCDE Total	-	.802**	.857**	.372*	.010	.073	.054	.071	-.288	.139	-.031
2. Repertório Emocional		-	.416**	.385**	.007	.156	.031	-.071	-.201	.176	-.030
3. Diferenciação Emocional			-	.237	.049	-.014	.054	.197	-.228	.116	-.012
4. EEE Total				-	.113	-.143	.172	.480**	-.204	-.007	-.184
5. EDRE Total					-	.721**	.772**	.421**	.574**	.593**	.447**
6. Estratégias						-	.583**	-.064	.458**	.590**	.383*
7. Não-Aceitação							-	.096	.458**	.477**	.128
8. Consciência								-	-.160	-.048	.278
9. Impulsos									-	.397**	.069
10. Objetivos										-	.071
11. Clareza											-

Nota. Legenda: EARCDE – Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional; EEE – Escala de Expressividade Emocional; EDRE – Escala de Dificuldades na Regulação Emocional; * $p < .05$ ** $p < .01$

Discussão

Ao nível da identificação das emoções, indivíduos aditos tendem a ter dificuldades em identificar as suas próprias emoções, bem como as dos outros, o que pode conduzir a falhas e distorções na comunicação (Parker, citado em Janfaza & Shirazi, 2015). Os resultados que obtivemos apoiam esta ideia na medida em que verificámos valores altos ao nível do repertório e diferenciação emocional nos indivíduos em início de tratamento. Como



esperado, estes resultados foram melhorando significativamente ao longo de todo o tratamento.

De acordo com Barrett, Gross, e Benvenuto (2001), os indivíduos que apresentam capacidade de diferenciação emocional superior detêm um maior leque de estratégias de regulação emocional, o que é corroborado pelo nosso estudo, no sentido em que verificámos que os indivíduos com maiores pontuações ao nível da diferenciação emocional, mostraram também menos dificuldades de regulação emocional, ou seja, os indivíduos em fim de tratamento.

Ravenna, Hölzl, Kirchler, Palmonari, e Costarelli (2002) realizaram um estudo com uma amostra de 29 indivíduos com a perturbação de abuso de substâncias, de 10 comunidades terapêuticas, e verificaram que ao longo do tratamento os pacientes foram demonstrando uma maior capacidade de vivenciarem diversas emoções positivas. Os nossos resultados vão ao encontro do respetivo estudo no que diz respeito ao repertório emocional, uma vez que ao compararmos os indivíduos em início, meio e fim de tratamento, verificámos pontuações médias superiores nos pacientes a terminar o tratamento, o que correspondente aos princípios do amor e responsabilidade.

A desregulação emocional está na origem de muitos comportamentos aditivos, incluindo perturbações alimentares, abuso de substâncias e depressão (Janfaza & Shirazi, 2015). Os nossos resultados parecem suportar esta ideia, uma vez que verificamos pontuações elevadas ao nível da EDRE (o que indica desregulação emocional) nos pacientes que iniciaram tratamento há pouco tempo, ou seja, os pacientes em início de tratamento. Verificámos também que existe uma diminuição das dificuldades de regulação emocional numa fase final do tratamento, o que vai ao encontro do estudo de Baptista (2011), que concluiu que ao fim de 6 meses os pacientes começaram a apresentar menos dificuldades ao nível da regulação das suas emoções.

De acordo com Janfaza e Shirazi (2015) indivíduos que possuem ferramentas consistentes para gerir e lidar de forma funcional com as emoções, conseguem utilizar estratégias de coping em situações de alto risco de comportamento aditivo. Possuem assim, maior capacidade de antecipar as necessidades dos outros, o que conseqüentemente resulta numa comunicação mais eficaz. Neste sentido, consideramos através dos resultados obtidos que o Modelo Change & Grow® permite que sejam desenvolvidas estratégias de gestão emocional ao longo de todo o tratamento, uma vez que se verificam melhorias evidentes ao nível do domínio emocional.

O presente estudo permitiu verificar que a intervenção através do Modelo Change & Grow® no domínio das emoções, nomeadamente ao nível do repertório, diferenciação, expressividade e regulação emocional, permite melhorias significativas nos pacientes aditos em tratamento.



Agradecimentos

Queremos expressar os nossos sinceros agradecimentos a todos os pacientes que participaram no estudo e que permitiram que o mesmo fosse possível. Agradecemos também à Doutora Rita Morais por todo o apoio prestado e à Dr.^a Sandra Branco pela sua colaboração na investigação. Por fim, mas não menos importante, agradecemos à Dr.^a Vanessa Sardinha, por todo o apoio na revisão da componente inglesa do artigo.

Contacto para Correspondência

--

Eduardo Silva · jeduardo@villaramadas.com

Departamento de Investigação do Centro de Tratamento Villa Ramadas, Av. Combatentes da Grande Guerra n.º24 2.º Esq. Ret. 2400-121 Leiria

Referências

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. doi:10.1016/j.cpr.2009.12.001
- Augusto, J. (2016). *Tratamento de dependências: Evolução do sistema português 1958-2014*. Lisboa: LouresGráfica.
- Baptista, A. (2011). *Disfuncionalidades emocionais na toxicodependência: Estudo longitudinal numa comunidade terapêutica* (Dissertação de Mestrado não Publicada). Departamento de Psicologia Social e das Organizações, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Barrett, L. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review, 10*(1), 20–46.
- Barrett, L., Gross, J., & Benvenuto, T. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion, 15*(6), 713–724. doi:10.1080/02699930143000239
- Bickel, W., Mueller, E., & Jarmolowicz, D. (2013). What is addiction? In *Addictions: A comprehensive guidebook* (pp. 3–16). New York: Oxford University Press.
- Dinis, A., Gouveia, J., & Xavier, A. (2011). Estudo das características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Expressividade Emocional. *Psychologica, 54*, 111–138.
- Fox, H., Axelrod, S., 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. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026
- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction, 85*, 1403–1408.
- 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. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Janfaza, M., & Shirazi, M. (2015). The Predictive role of difficulties in emotion regulation and self-control with susceptibility to addiction in drug-dependent individuals. *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse, 9*(33), 45–54.
- Joormann, J., & Gotlib, I. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition & Emotion, 24*(2), 281–298. doi:10.1080/02699930903407948
- Jouanne, C., Edel, Y., & Carton, S. (2005). Déficiés émotiionnels chez des patients polytoxicomanes. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 163*(8), 625–630. <http://doi:10.1016/j.amp.2004.05.013>



- Kang, S., & Shaver, P. (2004). Individual differences in emotional complexity: Their psychological implications. *Journal of Personality*, 72(4), 687–726.
- Kring, A., Smith, D., & Neale, J. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the emotional expressivity scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 934–949. doi:10.1037/0022-3514.66.5.934
- Moore, S. A., Zoellner, L., & Mollenholt, N. (2009). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 993–1000. doi:10.1016/j.brat.2008.05.001
- Pierrehumbert, B., Bader, M., Miljkovitch, R., Mazet, P., Amar, M., & Halfon, O. (2002). Strategies of Emotion Regulation in Adolescents and Young Adults with Substance Dependence or Eating Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 384–394. doi:10.1002/cpp.339
- Ravenna, M., Hölzl, E., Kirchler, E., Palmonari, A., & Costarelli, S. (2002). Drug addicts in therapy - Changes in life space in the course of one year. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 353–368. doi:10.1002/casp.688
- Schreiber, L., Grant, J., & Odlaug, B. (2012). Emotion Regulation and Impulsivity in Young Adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46(5), 651–658. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.02.005
- Silva, E. (2016a). *Acredita em ti*. Lisboa: Guerra e Paz Editores.
- Silva, E. (2016b). *As promessas de Change & Grow®*. Lisboa: Guerra e Paz Editores.
- Silva, E. (2016c). *Os doze passos de Change & Grow®*. Lisboa: Guerra e Paz Editores.
- Taylor, L., Hiller, M., & Taylor, R. (2013). Personal factors and substance abuse treatment program retention among felony probationers: Theoretical relevance of initial vs. shifting scores on impulsivity/low self-control. *Journal of Criminal Justice*, 41(3), 141–150. doi:10.1016/j.jcrimjus.2013.01.001
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, 59(2/3), 25–52. doi:10.1111/1540-5834.ep9502132762
- Tice, D., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 53–67. doi:10.1037//0022-3514.80.1.53
- Vaz, F. (2009). *Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa* (Dissertação de Mestrado não Publicada). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Veloso, M., Gouveia, J., & Dinis, A. (2011). Estudos de validação com a versão portuguesa da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE). *Psychologica*, 54, 87–110.
- Wilcox, C., Pommy, J., & Adinoff, B. (2016). Neural circuitry of impaired emotion regulation in substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 173(4), 344–361. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15060710
- Williams, A., Grisham, J., Erskine, A., & Cassedy, E. (2012). Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 223–238. doi:10.1111/j.2044-8260.2011.02022.x