

**Disposição para a mudança de alcoólicos em internamento:
relação com personalidade, variáveis emocionais
(autocompaixão, autocrítica e vergonha)
e sintomatologia psicopatológica**

CAROLINA GONÇALVES PINHEIRO

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Sónia Simões, Professora Auxiliar, ISMT

Membros do júri

Presidente: Professora Doutora Marina Cunha, Professora Auxiliar com Agregação no ISMT

Arguente: Professora Doutora Laura Lemos, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, dezembro de 2021

Agradecimentos

Ao longo desta caminhada quero realçar que todas as oportunidades de aprendizagem e experiências vivenciadas foram desafiantes e ultrapassadas não só por mérito próprio, mas também pelo núcleo de pessoas que estiveram sempre presentes e que foram imprescindíveis no meu percurso e na conclusão desta etapa. Assim, não podia deixar de agradecer a todos aqueles que me acompanharam neste processo de crescimento enquanto futura psicóloga e enquanto pessoa.

À minha orientadora, a Professora Doutora Sónia Simões, agradeço pelo papel imprescindível que teve na conclusão desta etapa. Por todos os ensinamentos, disponibilidade, paciência, dedicação e sobretudo por acreditar em mim e nas minhas capacidades. Obrigado por tudo.

Aos meus pais, irmão, avós e tios pelos valores que me transmitiram, por caminharem ao meu lado e pelas palavras motivadoras que nunca me fizeram desistir. Agradeço-vos por tudo.

Ao Roxor, pelo apoio, companheirismo, ajuda e compreensão em muitos dos momentos de desespero, tendo sido essencial nesta caminhada.

À minha amiga Carla e fiel companheira desde o primeiro ano de licenciatura. Obrigada por todos os momentos de partilha, amizade e por estares sempre presente em todos os momentos importantes da minha vida.

A todos os meus amigos, que sempre tiveram uma palavra de força e que muito contribuíram na conclusão desta etapa.

Um Grande Obrigada a todos!

Resumo

Objetivos: Conscientes de que o álcool é uma dependência, ao ambicionar atingir a abstinência, o doente depende de uma série de variáveis às quais a motivação se encontra intimamente ligada. Assim, torna-se pertinente perceber a personalidade, os níveis de autocompaixão, autocrítica, vergonha e sintomatologia psicopatológica do indivíduo em contexto de internamento, relacionando assim com a disposição para a mudança.

Metodologia: Foram avaliados com recurso ao Questionário Sociodemográfico, RCQ (Questionário da Disposição para a Mudança), NEO-FFI (Inventário dos Cinco Fatores), SELFCS (Escala de Autocompaixão), FSCRS (Escala das Funções do Autocrítica), EVEI (Escala da Vergonha Externa e Vergonha Interna) e BSI (Inventário de Sintomas Psicopatológicos), 100 pessoas, dos 20 aos 69 anos, com a faixa etária mais prevalente dos 40 aos 69 anos (86,0%), maioria do sexo masculino (81%), internadas na Unidade de Alcoologia de Coimbra (UAC: $n = 55$) e em Comunidade Terapêutica (CT: $n = 45$).

Resultados: Na sua maioria, os sujeitos eram maioritariamente homens, com 40-69 anos, solteiros, com o ensino básico, iniciaram os consumos excessivos entre os 20-39 anos, por motivos sociais, tomaram a iniciativa do tratamento, tiveram 1 a 2 internamentos prévios, tinham familiares com problemas de álcool, não tinham outras perturbações psiquiátricas e tinham acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Identificam-se associações estatisticamente significativas entre o sexo, a faixa etária, o estado civil, o acompanhamento psiquiátrico e psicológico com o tipo de internamento (UAC e CT), sendo que a maioria se encontrava no estágio reflexão e ação. Ao comparar os estágios de mudança reflexão e ação, estes não se relacionaram de forma estatisticamente significativa com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Ao correlacionar a disposição para a mudança e os restantes construtos, identificou-se apenas uma correlação estatisticamente significativa entre o estágio ação e a amabilidade (personalidade), ou seja, quanto maior a amabilidade, maior a ação para a mudança.

Conclusão: Dado que os doentes ainda não se encontram ainda na total predisposição para a mudança, torna-se pertinente promover intervenções como por exemplo a prevenção da recaída, a abordagem motivacional, treino de competências, técnicas de relaxamento, reuniões de grupo, sessões psicoeducativas, a autoaceitação, trabalhando o nível afetivo, o stress, ansiedade, sintomas depressivos, a vergonha, o autocrítica, promovendo a autotranquilização e compaixão pelo eu.

Palavras-chave: Perturbação de Uso de Álcool; Disposição para a Mudança; Personalidade; Autocompaixão; Autocrítica; Vergonha; Sintomatologia Psicopatológica

Abstract

Objectives: Aware that alcohol is an addiction, when striving to achieve abstinence, the patient depends on a series of variables to which motivation is intimately linked. Thus, it becomes pertinent to understand the personality, levels of self-compassion, self-criticism, shame and psychopathological symptomatology of the individual in the inpatient context, thus relating it to the readiness to change.

Method: They were assessed using the Sociodemographic Questionnaire, RCQ (Readiness to Change Questionnaire), NEO-FFI (Five Factor Inventory), SELFCS (Self-Compassion Scale), FSCRS (Self-Criticism Functions Scale), EVEI (Internal and External Shame Scale) e BSI (Brief Symptom Inventory), 100 people, aged between 20 and 69 years, with the most prevalent age range of 40 to 69 years (86.0%), mostly male (81%), admitted to the Unit of Alcoholology of Coimbra (UAC: $n = 55$) and in Therapeutic Community (TC: $n = 45$).

Results: Most of the subjects were male, aged 40-69, single, with basic education, started heavy drinking between the ages of 20-39, for social reasons, took the initiative in treatment, had 1 to 2 previous hospitalisations, had family members with alcohol problems, had no other psychiatric disorders and had psychological and psychiatric follow-up. Statistically significant associations were identified between gender, age group, marital status, psychiatric and psychological follow-up and type of hospitalisation (UAC and TC), with the majority being at the reflection and action stage. When comparing the stages of change reflection and action, these were not statistically significantly related to the sociodemographic and clinical variables. When correlating the readiness for change and the remaining constructs, only a statistically significant correlation was identified between the action stage and friendliness (personality), that is, the greater the friendliness, the greater the action for change.

Conclusion: As patients are not yet fully predisposed to change, it is important to promote interventions such as relapse prevention, the motivational approach, skills training, relaxation techniques, group meetings, psychoeducational sessions, self-acceptance, working on the affective level, stress, anxiety, depressive symptoms, shame, self-criticism, promoting self-tranquilization and compassion for the self.

Keywords: Alcohol Use Disorder; Readiness to Change; Personality; Self-compassion; Self-criticism; Shame; Psychopathological Symptomatology

Introdução

O consumo de álcool remota aos tempos pré-históricos e tem marcado todas as civilizações ao longo dos séculos. Cerca de um milhão e oitocentos mil portugueses são consumidores excessivos de álcool, ou dependentes do álcool. Segundo Fernandes (2001), Portugal, um dos grandes produtores de bebidas alcoólicas, é o segundo maior consumidor de álcool na União Europeia. Em Portugal, estima-se que “cerca de 6% da população geral” sofre de problemas de saúde, tanto a nível físico como psicológico, pela ingestão elevadíssima de bebidas alcoólicas (Fontes, 1996).

O álcool, para além de ser considerado uma substância de fácil acesso e uso tradicional, nos tempos que decorrem é ligado a ambientes de diversão, celebrações, costumes sociais, como também é visto como forma de desinibição social e de possíveis aproximações sexuais. O objetivo de consumir excessivamente muitas das vezes é atingir o estado de embriaguez de forma a que o indivíduo se integre no meio (Anderson & Baumberg, 2006; Hanpatchaiyakul et al., 2014). Assim, o álcool é considerado uma substância psicoativa depressora do Sistema Nervoso Central que, devido às suas propriedades anestésicas, provoca alterações tanto a nível cerebral como a nível físico.

A *Perturbação de Uso de Álcool* é uma dependência física e mental caracterizada por alguns sintomas comportamentais e físicos como a abstinência, a tolerância e o *craving* (DSM-5, APA 2013; WHO, 2021). Desta forma, não podemos banalizar estes três sintomas que são de grande importância para conceptualizar esta problemática do álcool. A abstinência de álcool é caracterizada por sintomas de abstinência que se desenvolvem aproximadamente 4-12 horas após a redução do consumo e esta pode ser desagradável e intensa (DSM-5, APA 2013); A tolerância é a habituação aos efeitos do álcool o que leva progressivamente ao aumento das doses para a obtenção dos efeitos iniciais. Assim, a tolerância, é a resistência dos efeitos do álcool. A euforização e a desinibição acabam por diminuir de intensidade, daí existir a necessidade de elevar os níveis de consumo (DSM-5, APA 2013); O *craving* revela-se através do “forte desejo de beber”. O desejo obsessivo de beber associado a perda de controlo da ingestão, caracteriza-se pelo facto do indivíduo ser incapaz de controlar o seu consumo, ou seja, a partir do momento que começa a ingerir álcool, perde o controlo psíquico e comportamental. Esta perda de controlo explica o facto da frequência das recaídas alcoólicas e é um fator importante de iniciação e manutenção dos fenómenos de dependência (DSM-5, APA 2013).

O consumo excessivo de álcool leva a um aumento de problemas físicos como por exemplo doenças hepáticas, neoplasias, doenças cardiovasculares, bem como problemas psicológicos como a depressão, ansiedade, entre outros e ainda problemas a nível social ou a nível interpessoal como a violência, conflitos, desemprego, etc. (DSM-5, APA 2013). De acordo com a World Health Organization (WHO, 2021), o consumo excessivo de álcool contribui para a mortalidade a nível mundial, existindo assim, três milhões de mortes devido a esta patologia. O álcool é o grande responsável por 5,1 % das doenças que afeta globalmente a sociedade (WHO, 2021). No mundo, estima-se que cerca de 2 biliões são consumidores ou dependentes de bebidas alcoólicas, e que aproximadamente 76,3 milhões foram diagnosticadas com perturbação de foro psicológico ou físico devido ao consumo elevado de bebidas alcoólicas (WHO, 2011). A depressão e a ansiedade podem ser fatores que levam o indivíduo a ter vontade de ingerir um número elevado de bebidas alcoólicas. O suicídio é outro facto que não pode ser banalizado pois, segundo o DSM-5 (APA, 2013) *“existe uma taxa aumentada de comportamento suicida, bem como de suicídio consumado entre os indivíduos com a perturbação”* do álcool. A *Perturbação de Uso de Álcool* também pode estar muitas das vezes associada a problemas de consumo de substância ilícitas (cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos) e o álcool é ingerido para aliviar os efeitos indesejados destas substâncias ou como substituição quando não há possibilidade de as obter.

No que diz respeito ao tratamento desta substância, segundo o SICAD (2019), em Portugal, registaram-se 13926 utentes em tratamento, 3416 novos doentes e 1181 doentes readmitidos para realizar de novo tratamento no ano referente a 2019. Nesse ano assinaram-se 38122 internamentos hospitalares com diagnóstico principal ou secundário atribuíveis ao consumo de álcool, sendo que 28245 internamentos são realizados em Portugal em que 86,7% são do sexo masculino e 13,3% do sexo feminino. No ano de 2018 registaram-se 2493 mortes por doenças atribuíveis ao álcool, 26% corresponde a doença alcoólica do fígado, afetando maioritariamente homens (79,3%), sendo que 46,8% dos doentes têm idade inferior a 65 anos e 60,3% idades superiores a 70 anos. No ano de 2019: morreram 42 pessoas com idade superior a 50 anos devido à intoxicação alcoólica, 81,0% do sexo masculino; registaram-se 182 vítimas mortais em acidentes de viação devido ao consumo de álcool; o consumo diário foi mais frequente na população entre os 55 e os 74 anos (34%); por sexo, 40,3% dos homens consumiram bebidas alcoólicas diariamente,

enquanto mais de metade das mulheres fizeram-no com uma regularidade mensal ou só ocasionalmente (INE, 2019; SICAD, 2019).

Na Europa, a tradição vitivinícola faz parte dos costumes dos países europeus do mediterrâneo. Em Portugal o consumo de vinho é uma tradição cultural, e em 2018 representou 58% do consumo de bebidas com teor alcoólico, seguindo-se a cerveja (25%), as bebidas espirituosas (13%) e outras bebidas (4%) (SICAD, 2019). Assim, a produção de vinho tem um poder económico em vários setores de atividade, como o turismo, a restauração, o entretenimento, indústria produtora entre outros setores.

O consumo de álcool é visto como um comportamento padrão em que a abstinência relativamente a esta substância é incerta, talvez pela facilidade do indivíduo voltar a recair (Cabral, 2007). Assim, torna-se importante o tratamento da *Perturbação de Uso de Álcool*, que incide em estratégias assentes na prevenção da recaída, redução do consumo ou atingir a abstinência total. É fundamental uma abordagem terapêutica para a recuperação da saúde dos doentes, em que esta tenha repercussões positivas a nível familiar, profissional e social, uma vez que a manutenção da abstinência é um processo difícil, e nem sempre o tratamento tem os efeitos esperados, pois o álcool encontra-se largamente difundido na sociedade. Ou seja, o indivíduo bebe por hábito alimentar, por convívio, por necessidade de se refugiar dos seus problemas, por exemplo, o que muitas das vezes origina a não tomada de consciência que está presente uma dependência. Posto isto, de acordo com os resultados estatísticos encontrados, é importante mudar mentalidades em relação a esta doença, bem como adquirir a consciencialização do impacto que o álcool pode causar na vida de uma pessoa.

Disposição para a mudança em doentes alcoólicos

A adesão do doente ao tratamento reveste-se de particular importância. Desta forma, a motivação para a mudança do indivíduo pode ser influenciada quer por fatores externos quer internos. A função do terapeuta ou psicólogo é numa primeira fase motivar o doente para o tratamento, aumentando a probabilidade da mudança do comportamento face a esta substância (Jungerman & Laranjeira, 1999).

Tendo em conta que a *Perturbação de Uso de Álcool* é conhecida como uma patologia que acarreta diversos comprometimentos para a saúde física, psicológica e social, é essencial promover e perceber o processo de mudança em doentes dependentes do álcool. O terapeuta é uma parte importante no processo de mudança do doente, uma vez que a

sua intervenção tem interferência na disposição para a mudança (Miller & Rollnick, 2001). Segundo Miller e Rollinck (2001), a motivação não deve ser vista como um traço de personalidade, mas sim como um estado de prontidão ou mudança relativamente ao doente, em que esta pode sofrer alterações de um momento para o outro.

Na tentativa de compreender o processo de mudança do doente, James Prochaska e Cario DiClemente (1979), implementaram o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, que tem como principal objetivo perceber os processos de mudança intencionais do sujeito e os diferentes estádios de mudança que são influenciados por fatores externos e internos (Dias, sem data; Miller & Rollnick, 2001; Szupszynski & Oliveira, 2008). Este modelo é constituído por seis etapas de mudança: pré-reflexão, reflexão, preparação, ação, manutenção e recaída (Miller & Rollnick, 2001).

Na pré-reflexão, o indivíduo não reconhece que tem um problema, apresentando assim uma atitude defensiva e pouca adesão ao tratamento. Assim, é importante utilizar *feedbacks* a fim de aumentar a consciencialização da existência do problema; Na reflexão, o indivíduo começa a ver o problema com alguma consciência, apesar de existir ambivalência e resistência, ativando assim os seus mecanismos de defesa, sem conseguir avaliar as vantagens e desvantagens sobre o processo de mudança; A etapa de preparação consiste na elaboração de um plano, em que o sujeito consegue tomar consciência do seu problema, bem como ter a perceção do processo de mudança. Mostra-se predisposto a mudar comportamentos, mostrando-se determinado em assumir um compromisso interno e externo; Na etapa de ação, o sujeito consegue atingir a consciencialização do seu estado e do seu problema, ou seja, o indivíduo já se encontra predisposto e motivado para realizar mudanças; A manutenção é a etapa mais desafiante, pois o sujeito adota um comportamento mais adaptativo, trabalhando assim os ganhos, prevenindo uma possível recaída; Por último, a recaída, é a etapa em que o indivíduo volta a repetir os estádios de mudança, que se caracteriza por ser uma etapa normal e transitória (Miller & Rollnick, 2001; Szupszynski & Oliveira, 2008).

A entrevista motivacional é uma técnica que ajuda os indivíduos a enfrentarem os seus problemas, resolvendo as suas ambivalências, sendo benéfico para doentes reticentes à mudança. O principal objetivo é motivar o doente promovendo o desejo de mudança e adoção de comportamentos adaptativos (Miller & Rollnick, 2001).

Na área das dependências é desafiante pôr em prática os processos de mudança, uma vez que a motivação tem de estar presente para a recuperação do doente e cabe ao terapeuta realizar uma abordagem empática, promovendo assim a auto consciencialização do problema, para que este adira ao tratamento. Efetivamente, os consumidores excessivos de álcool têm sido descritos como sendo pessoas rígidas, inflexíveis, instáveis e frustradas, uma vez que não conseguem alcançar objetivos tão facilmente, comparativamente às pessoas que não consomem (Pombo & Lesch, 2011). Desta forma, é pertinente neste estudo perceber em que estágio de motivação é que o doente se encontra, bem como a sua predisposição para a mudança.

Personalidade em doentes alcoólicos

O consumo de álcool é caracterizado por ser uma doença de dependência, em que o indivíduo tem dificuldade em deixar de beber, e considera-se que está associado a várias comorbilidades como por exemplo as perturbações mentais. Assim, o álcool não só afeta a nível físico, mas também influencia o funcionamento cognitivo e psicológico do doente, pois um sujeito dependente do álcool é propício a desenvolver perturbações de personalidade, perturbações do humor entre elas a depressão, ansiedade e abuso de outras substâncias (Mellos et al., 2010; Raistrick et al., 2006). Estas perturbações influenciam como o indivíduo se relaciona, modificando a sua personalidade e influenciando o padrão de consumo (Ibáñez et al., 2015).

Segundo Tarter (1975) existem dois tipos de alcoólicos, os que começam a consumir precocemente e os que, por motivos de problemas sociais, familiares ou laborais envergam mais tarde no consumo de álcool. Nos doentes que consomem álcool há muito tempo considera-se a existência de perturbações de personalidade, ao passo que nos doentes que começam o consumo de álcool mais tarde apresentam situações atuais que destruíram a sua personalidade, como por exemplo o desemprego ou conflitos. Assim, segundo o autor os traços psicopatológicos disfuncionais encontram-se na maioria dos alcoólicos.

Posto isto, será importante fazer algumas considerações teóricas sobre a personalidade. Os autores não são consensuais quando abordam o que é a personalidade e, se Sniker (1987) define personalidade como um conjunto de comportamentos resultantes de experiências vividas, para Rogers (1961) qualquer pessoa tem a liberdade de escolher a forma como se quer inserir na sociedade, já Gray (1994) e Tllegen (1985) definem personalidade recorrendo a fatores biológicos (Hansenne, 2004). Assim, sendo, Allport (1937) alertou

para a existência de cinquenta definições relativamente à personalidade, referindo que a personalidade é dependente de sistemas psicofísicos, pondo em causa o comportamento do sujeito. De acordo com Eysenck, a personalidade faz parte do carácter, manifestando-se na forma como o indivíduo reage a determinadas situações, quer seja de forma inteligente ou intempestiva, com o objetivo de uma adaptação funcional e ajustada ao meio que se insere. Assim, a personalidade é um conjunto de dimensões duráveis das diferenças individuais (Lawrenve & Oliver, 2007) e para entender a personalidade é preciso interligar vários fatores de origem biológica e ambiental que influenciam a forma como o sujeito constrói e expressa as suas emoções, que envolvem o indivíduo como um todo (Hansenne, 2004). Para Cattell, 1950, a personalidade constrói-se baseada num conjunto de traços classificados como comuns a todos os seres humanos: os traços singulares, sendo particularidades de cada indivíduo; os traços de habilidade que dizem respeito à forma como o indivíduo consegue ultrapassar os obstáculos; traços de temperamento, que dizem respeito à valorização que o indivíduo dá a determinada situação; traços superficiais; e traços constitucionais que se referem às regras e normas da sociedade onde o indivíduo se insere (Schultz & Schultz, 2017).

Por fim, segundo McCrae e Costa (2006), os traços de personalidade decorrem da própria genética humana e das repercussões das experiências vividas pelo indivíduo, bem como a adaptação ao papel que lhe é exigido pelo meio social, como também todas as vivências e escolhas que faz ao longo do tempo (Roberts et al., 2006). De acordo com o modelo dos cinco fatores de McCrae e Costa (1995), a personalidade é alicerçada em cinco dimensões e cada uma apresenta um conjunto de traços de personalidade, que influenciam os pensamentos, emoções e comportamentos, são eles: extroversão (introvertido/comunicativo; cuidadoso/ousado); amabilidade (oponente/bondoso); abertura à experiência (standardizado/original); conscienciosidade (inconsequente/sensato); e neuroticismo (descansado/stressado; protegido/arriscado) (Pedroso de Lima et al., 2014; Pedroso Lima & Simões, 2000; Silva et al., 2007).

No que respeita ao estudo da relação existente entre a alteração da personalidade e o consumo abusivo de álcool, Mulder (2002) refere que a impulsividade/desinibição, o neuroticismo/a afetividade negativa e a extroversão/sociabilidade, caracterizadas por estados de agressividade, níveis altos de impulsividade e comportamentos desajustados poderão ser evidentes na infância e adolescência, sendo estes, traços de personalidade que se re-

lacionam com uma possível dependência alcoólica no futuro. Neste estudo, fatores familiares e sociais, nomeadamente a ausência de afeto e relações interpessoais instáveis pareciam influenciar negativamente a personalidade e, conseqüentemente, uma maior predisposição para o consumo abusivo de álcool.

A substância do álcool é vista como uma forma de aliviar o stress ou os problemas externos, bem como aumentar o rendimento, a produtividade no sujeito que consome (Pombo & Lesch, 2011). Assim, por seu lado, Page (1997) relacionou os transtornos da personalidade com os problemas do consumo de álcool baseando-se nas expectativas que o indivíduo tem acerca do consumo, procurando sensações de prazer, desinibição, influenciados por estratégias de *coping*, aumentando ficticiamente a autoestima e diminuindo os níveis de consciencialização. Segundo o mesmo autor, estima-se que o sexo masculino tem mais propensão para o consumo abusivo do álcool, procurando algumas sensações de afeto, evitando emoções que lhe causem mau estar, estando estas relacionadas com elevados níveis de neuroticismo, ansiedade, baixo nível de amabilidade e uma autoimagem negativa.

Vários estudos têm enfatizado a associação entre o neuroticismo e a saúde física e mental do indivíduo. Assim, o neuroticismo tem sido associado à instabilidade emocional, uma vez que as pessoas com elevados níveis de neuroticismo são mais propensas a vivenciar sofrimento emocional, ideias dissociadas da realidade, ansiedade excessiva, dificuldade para tolerar frustração, respostas de *coping* mal-adaptadas, depressão, comportamentos de risco e baixa-autoestima, que poderá ser justificada por elevados níveis de afetos negativos (Auerbach et al., 2007; Cooper et al., 2003; Ito et al., 2007; Vollrath et al., 1995).

Não obstante, existe uma dicotomia estabelecida entre personalidade e psicopatologia e os problemas ligados ao álcool, pois interagem entre si. Ou seja, tanto os traços de personalidade e a psicopatologia podem potenciar os problemas com o álcool, como os consumos de álcool podem marcar os traços de personalidade e o desenvolvimento de psicopatologia (Lahey, 2009).

Os sujeitos dependentes do álcool têm frequentemente perturbações ao nível da personalidade, bem como quadros ansiosos ou depressivos, sendo o álcool considerado uma estratégia de coping desadaptativa, desinibindo o sujeito a nível social (Asselmann, et al., 2014; Grant & Weissman, 2007). O consumo de substâncias é frequentemente iniciado em jovens de 12 a 15 anos, por seu lado também o aparecimento das doenças mentais é

visível no início da adolescência, pelos 16 a 18 anos. Neste sentido, quando começam a surgir os primeiros indícios de que o indivíduo poderá desenvolver uma perturbação mental, constata-se que nessa fase os consumos de substâncias já estavam presentes. Por seu lado, os consumos de substâncias disfarçam qualquer indício de perturbação ou doença mental, daí a pertinência de falar em patologia dual, tornando-se imperativo compreender o papel do álcool na vida do indivíduo, bem como procurando estabelecer quais os traços de personalidade convergentes com o consumo abusivo de álcool, que podem assim estar na origem de comportamentos desajustados com elevada carga de ansiedade ou até mesmo de depressão (Franco, 2014).

Variáveis emocionais em doentes alcoólicos

Os doentes diagnosticados com *Perturbação de Uso de Álcool* são considerados mais vulneráveis a nível afetivo, relacional e social, sendo muito provável que tenham comorbidade com outros quadros psicopatológicos. Assim, torna-se pertinente compreender quais as emoções e as estratégias de regulação emocional a que estes doentes recorrem com mais frequência, nomeadamente os níveis de vergonha externa e interna, de autocriticismo e autocompaixão.

Também associada às estratégias de regulação emocional, a **vergonha** poderá estar particularmente presente no doente alcoólico, pois funciona como uma resposta inconsciente e de defesa perante uma ameaça. A vergonha é uma emoção que envolve sentimentos, em que o indivíduo adota comportamentos de autodestruição, de fuga, de evitamento social, desvalorização pessoal, sendo visto pela sociedade como fraco, repugnante e inadaptado socialmente (Gilbert, 1997, 2000, 2003; Tangney et al., 1996, 2007). Segundo Tangney e Dearing (2002), a vergonha está intimamente ligada às relações interpessoais, interferindo na forma como o indivíduo interage consigo próprio e com os outros. Assim, o indivíduo define padrões negativos de autoimagem, baseada em opiniões dos outros, criando uma imagem redutora de si próprio (Gilbert & Andrews, 1998; Lewis, 1992; Tangney & Fischer, 1995). Por seu lado, Gilbert (2002), evidencia que a vergonha poderá funcionar como uma emoção funcional, em que o indivíduo se defende em situações de ameaça social.

Torna-se importante definir dois tipos de vergonha: a interna que engloba fatores fisiológicos e emocionais, manifestada por sentimentos de inferioridade e avaliações nega-

tivas de si próprio; e a externa que está intimamente ligada aos pensamentos que o indivíduo interioriza acerca de como os outros o vêem, ou seja, relaciona-se com a idealização da imagem que o indivíduo transmite e é percebida pelos outros, pensando que o estão a julgar ou criticar (Gilbert & Andrews, 1998; Gilbert, 2002; Scheff, 1995).

Os indivíduos com experiências de vida marcadas pela vergonha encontram-se mais predispostos para desenvolver sentimentos vulneráveis, percepções negativas do próprio *self*, sendo que a forma como se vêem a si próprios perpetua-se na forma como os outros os vêem ou avaliam (Tangney & Dearing, 2002). Neste contexto, podemos considerar que a vergonha está intimamente ligada à psicopatologia, na medida em que as pessoas que vivenciaram experiências de vergonha desenvolveram em si a predisposição para sentir vergonha, bem como se tornaram mais vulneráveis para a psicopatologia, desenvolvendo um quadro clínico de sintomas depressivos, ansiedade social, perturbações do comportamento alimentar, baixa autoestima, sensibilidade interpessoal, hostilidade-raiva, psicoticismo, sintomas fóbicos e paranoides ou queixas somáticas. Estes quadros clínicos psicopatológicos evidenciam-se em indivíduos que se avaliam negativamente acerca de si mesmos, existindo assim um diálogo interno com o *self* que está dependente da imagem que mantemos acerca deste, interferindo assim nas relações com os outros (Gilbert, 2000; Gilbert & Andrews, 1998; Tangney & Dearing, 2002).

Por seu lado, o **autocriticismo** é uma estratégia adaptativa e disfuncional do sujeito, quando este procura reagir perante situações de risco, ou seja, o indivíduo ataca automaticamente, funcionando assim como uma reação de defesa e ataque. O sujeito identifica todos os defeitos e pensamentos que sejam autocríticos, desenvolvendo uma perseguição interna de autocondenação, aumentando o seu estado depressivo e de vulnerabilidade (Gilbert et al., 2006). Assim, os mecanismos de defesa podem estar diretamente relacionados com a psicopatologia, devido à forte dicotomia entre a perfeição e a autocrítica. A desvalorização do “eu” está associada a sintomas depressivos e sentimentos de incapacidade que pode ser explicada pela falta de vinculação e instabilidade que o indivíduo teve durante a infância, podendo despoletar no indivíduo comportamentos problemáticos e/ou desajustados, nomeadamente o consumo de substâncias, o desenvolvimento de perturbações de personalidade, perturbações alimentares, ansiedade social, perturbação de stress pós traumático e automutilação, surgindo assim traços de vulnerabilidade ao lidar e integrar-se na sociedade (Blatt et al., 1976; Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert et al., 2006; Gilbert & Irons, 2004).

Segundo o modelo de Gilbert, existem três formas de autocrítica: o eu inadequado, o eu detestado e o eu tranquilizador. O eu inadequado remete para sentimentos de inadequação e inferioridade no indivíduo relativamente aos outros, não conseguindo esquecer os erros e comportamentos menos bons, dificultando a sua aceitação e possível melhoramento. O eu detestado é pautado pela autopunição e agressividade, espoletando no indivíduo sentimentos de raiva, repugnância e aversão sobre o eu. Por seu lado, no eu tranquilizador, apesar dos comportamentos de autodefesa e de avaliação acerca dos seus atos, o indivíduo consegue também adotar um comportamento tranquilizador, de caráter positivo, percebendo e aceitando os erros ou comportamentos desajustados que cometeu (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert et al., 2004).

Ao contrário do autocrítica que provoca sentimentos de sofrimento no indivíduo, a **autocompaixão** visa a autotranquilização em que o objetivo é aceitar e distanciar os pensamentos geradores de sofrimento (Castilho & Gouveia, 2011; Gilbert et al., 2004). Vários estudos referem que a capacidade de autocompaixão está diretamente ligada a baixos níveis de inferioridade, vergonha, ansiedade e depressão. Assim, a autocompaixão envolve a consciencialização do próprio indivíduo no que diz respeito a ultrapassar sentimentos de sofrimento, fracasso e contrariedades, sendo que se torna inerente a aceitação do próprio sofrimento (Gilbert & Irons, 2004; Gilbert & Procter, 2006; Neff, 2003a, 2004; Neff et al., 2007, 2008).

Assim, para Neff (2003a,b, 2004; Neff et al., 2007, 2008), a autocompaixão entende-se como uma forma de ser saudável, de autoaceitação perante emoções dolorosas e factos da vida menos bons e de que não gostamos tanto, sendo capaz de adotar atitudes de bondade para com o próprio. A autocompaixão é composta por 6 dimensões: calor/compreensão (versus autocrítica), condição humana (versus isolamento) e *mindfulness* (versus sobreidentificação). Vários estudos revelam que a autocompaixão é um fator preditivo do bem-estar e da saúde mental, estando interligada a emoções que afetam positivamente a forma de estar na vida, como a harmonia, a felicidade e a sabedoria (Neff, 2003a, 2003b; Neff et al., 2007, 2008). Desta forma, avaliar a autocompaixão e o autocrítica torna-se um instrumento valioso na caracterização da saúde mental e das características humanas dos indivíduos (Hazan & Shaver, 1987).

Assim, para uma melhor conceptualização do estudo, é pertinente perceber a **disposição para a mudança** nos doentes que apresentam uma dependência de álcool. Quando

se fala em disposição para a mudança, são diversas as variáveis a contemplar no seu estudo, como são exemplo a **psicopatologia**, a **personalidade**, bem como variáveis emocionais, nomeadamente a **autocompaixão**, **autocriticismo** e **vergonha**. É pertinente realçar que ser um doente alcoólico em tratamento ainda é desacreditado pela sociedade, uma vez que esta não entende um doente alcoólico como alguém dependente a necessitar de tratamento, não acreditando na cura pela facilidade de acesso ao álcool.

De acordo com o descrito, a presente investigação apresenta os seguintes **objetivos**: 1 - Caracterizar 2 amostras de doentes alcoólicos, no que respeita às variáveis em estudo, em contexto de internamento de 2 semanas na Unidade de Alcoologia de Coimbra (UAC) e em internamento de longa duração numa Comunidade Terapêutica (CT); 2 - Analisar as associações entre o tipo de internamento (UAC versus CT) e as variáveis sociodemográficas (sexo; idade; habilitações literárias; estado civil) e variáveis clínicas (ter familiar com problemas de álcool; ter acompanhamento psicológico ou psiquiátrico; diagnósticos de outras perturbações psiquiátricas; idade de quando começaram os consumos; idade de consumo excessivo de álcool; número de internamentos; motivo para começar a beber excessivamente; motivo do atual internamento); 3 - Examinar a disposição para a mudança (estádios de mudança reflexão e ação) nos doentes da UAC e da CT; 4 - Estudar as diferenças na disposição para a mudança, personalidade, autocompaixão, autocriticismo, vergonha e sintomatologia psicopatológica em função do tipo de internamento (UAC versus CT); 5 - Analisar as correlações entre a disposição para a mudança, a personalidade, a autocompaixão, o autocriticismo, a vergonha e a sintomatologia psicopatológica; 6 – Examinar as diferenças nos níveis de disposição para a mudança em função de variáveis sociodemográficas e clínicas; 7 - Estudar as associações entre os níveis de disposição para a mudança e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Metodologia

Participantes

No presente estudo, inquiriram-se doentes alcoólicos do sexo masculino e feminino em internamento de curta duração, na Unidade de Alcoologia de Coimbra, e em internamento longa duração nas Comunidades Terapêuticas Arco Iris (Coimbra), Encontro (Maiorca) e Vida e Paz (Fátima). É pertinente realçar as diferenças e características de cada internamento, uma vez que existe disparidades e desigualdades entre ambos. Desta forma, as Unidades de Alcoologias são unidades especializadas no tratamento relativamente à *Perturbação de Uso de Álcool*, de nível moderado ao nível grave. Face aos indivíduos

que apresentam outras substâncias associadas ao consumo de álcool, a unidade somente presta apoio nas situações em que o consumo de álcool é predominante, respondendo com um tratamento em regime ambulatorio ou internamento, avaliando caso a caso (SICAD, 2019). Especificamente no que respeita à Unidade de Alcoologia de Coimbra, houve uma redução do internamento de 3 para 2 semanas devido à Covid-19. As Comunidades Terapêuticas são Unidades Especializadas de Tratamento Residencial de longa duração num regime de internamento de 3 a 12 meses. Assenta num programa de intervenção psicoterapêutica e socioterapêutica, onde o principal objetivo é que o doente perspetive um futuro, promovendo a sua reabilitação biopsicossocial, que é acompanhado pela equipa multidisciplinar nas várias fases de mudança. Nos internamentos de longa duração o principal foco é que o indivíduo deixe de consumir e a promoção do autocontrolo relativamente às substâncias, como também o desenvolvimento a nível pessoal e social, funcionando estes objetivos como indicadores de sucesso na reabilitação do doente (SICAD, 2019). Foram definidos como critérios de exclusão a existência de problemas físicos derivados do tratamento ou da patologia, ser analfabeto ou apresentar demência ou défice cognitivo, visto que o protocolo foi de autorresposta.

A *amostra global* foi composta por 100 participantes, sendo a maioria do sexo masculino (81%), com idades compreendidas entre os 20 e os 69 anos, com a faixa etária mais prevalente dos 40 aos 69 anos (43,0%). Maioritariamente, os participantes possuíam o ensino básico (70%) e, relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes (40%) eram solteiros (Tabela 1).

A *subamostra da Unidade de Alcoologia* incluiu 55 participantes, a maioria era do sexo masculino (70,9%), com idades que prevaleceram nas faixas etárias dos 40 aos 49 anos (40,0%) e dos 50 aos 69 anos de idade (52,7%). A maioria possuía o ensino básico (72,7%) e eram maioritariamente casados ou em união de facto (50,9%).

No que concerne à *subamostra da Comunidade Terapêutica*, constituída por 45 inquiridos, a esmagadora maioria era do sexo masculino (93,3%), maioritariamente na faixa etária dos 40 aos 49 anos (46,7%). O nível de ensino básico (66,7%) foi o mais comum e quanto ao estado civil, a grande maioria era solteiro (60,0%).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N = 100)

		Amostra Global (N = 100)		Unidade Alcoologia (n = 55)		Comunidade Terapêutica (n = 45)	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	81	81,0%	39	70,9	42	93,3
	Feminino	19	19,0%	16	29,1	3	6,7
Idade (Faixas etárias)	20-39 anos	14	14,0	4	7,3	10	22,0
	40-49 anos	43	43,0	22	40,0	21	46,7
	50-69 anos	43	43,0	29	52,7	14	31,1
Habilitações Literárias	Ensino Básico	70	70,0	40	72,7	30	66,7
	Ensino Secundário	24	24,0	11	20,0	13	28,9
	Ensino Superior	6	6,0	4	7,3	2	4,4
Estado Civil	Solteiro	40	40,0	13	23,6	27	60,0
	Casado/união de facto	32	32,0	28	50,9	4	8,9
	Divorciado/ Separado	28	28,0	14	25,5	14	31,1

Nota. n = Número de sujeitos; %= Percentagem.

Procedimentos

Num primeiro momento, foi definido o protocolo de estudo e pediu-se a autorização aos autores para a utilizar os instrumentos. Ainda que inicialmente estivesse pensado aplicar o protocolo apenas aos doentes da UAC, devido à COVID-19 recorreu-se a Comunidades Terapêuticas para assegurar uma amostra de sujeitos mais expressiva.

Em seguida, foram obtidas autorizações por parte da Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga (CE-P12-21), da Coordenadora da UAC e dos Diretores Técnicos das Comunidades Terapêuticas onde decorreu o estudo. Dadas as autorizações, o estudo foi apresentado aos doentes destes serviços e foi obtido o seu consentimento informado, sendo informados sobre os objetivos do estudo e sobre a confidencialidade e o anonimato dos dados. Na UAC o protocolo foi administrado individualmente durante a segunda e última semana de internamento. Nas Comunidades Terapêuticas o protocolo foi administrado em grupo, ainda que em todas as situações tenham sido os doentes a realizarem o autopreenchimento do seu protocolo. A investigadora esteve sempre presente para esclarecer qualquer dúvida. Os dados foram recolhidos durante os meses de janeiro a abril de 2021.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico construído para este estudo englobou as variáveis sexo, idade, estado civil e habilitações literárias. Quanto às variáveis clínicas, questionou-se sobre a idade em que começou a beber e quando começaram os consumos excessivos, se tem alguém na família com problemas de álcool, o historial dos tratamentos (número de internamentos, os motivos pelos quais começou a beber, o que motivou a fazer o internamento/tratamento), os eventuais acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos e se foram diagnosticadas outras perturbações psiquiátricas.

***Readiness to Change Questionnaire/* Questionário da disposição para a mudança- RCQ (Heather et al., 1993; tradução e adaptação para a população portuguesa por Fonte, 1996)**

O RCQ é constituído por 12 itens com respostas numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (-2 = desacordo total a +2 = acordo total), permitindo através de uma soma aritmética a avaliação do estágio de mudança em que o sujeito se encontra (pré-reflexão, reflexão e ação) (Fonte, 1996). No que respeita à consistência interna, no estudo original o alfa de Cronbach para as subescalas foram: pré-reflexão ($\alpha = 0,73$), reflexão ($\alpha = 0,80$) e ação ($\alpha = 0,85$). No estudo de Fontes exibiu uma consistência interna alta, obtendo os seguintes alfas de Cronbach: pré-reflexão ($\alpha = 0,716$), reflexão ($\alpha = 0,859$) e ação ($\alpha = 0,735$). Nesta investigação, a consistência interna variou entre aceitável e boa tanto no grupo da UAC como no grupo da CT (pré-reflexão ($\alpha = 0,60$ / $\alpha = 0,71$), reflexão ($\alpha = 0,78$ / $\alpha = 0,68$) e ação ($\alpha = 0,74$ / $\alpha = 0,68$).

***NEO-Five Factor Inventory/*Inventário dos Cinco Fatores – NEO-FFI (Costa & McCrae, 1989; tradução e adaptação para a população portuguesa por Lima & Simões, 2000)**

O NEO- FFI é uma versão reduzida do NEO-PI-R (Lima et al., 2014), composto por 60 itens (12 por dimensão), respondidos numa escala de likert de 5 pontos (0 = Discordo Fortemente, 1 = Discordo, 2 = Neutro, 3 = Concordo, 4 = Concordo Fortemente) (Magalhães et al., 2014). O NEO-FFI é composto por 5 subescalas: neuroticismo (itens 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56), extroversão (itens 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47,

52, 57), abertura à experiência (itens 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48, 53, 58), amabilidade (itens 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49, 54, 59) e conscienciosidade (itens 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60), sendo que apresenta alguns itens invertidos (itens 1, 16, 31, 46, 12, 27, 42, 57, 3, 8, 18, 23, 33, 38, 48, 9, 14, 24, 29, 39, 44, 59, 15, 30, 45 e 55).

Na versão original, o NEO-FFI apresentou alfas de Cronbach entre 0,68 e 0,86 (Costa & McCrae, 1989). Na versão portuguesa, exibiu uma consistência interna alta, obtendo os seguintes alfas de Cronbach: conscienciosidade ($\alpha = 0,81$), neuroticismo ($\alpha = 0,81$), extroversão ($\alpha = 0,75$), amabilidade ($\alpha = 0,72$) e abertura à experiência ($\alpha = 0,71$), bastante semelhantes à versão original (Magalhães et al., 2014). Nesta investigação, a consistência interna do NEO-FFI variou entre boa e muito boa tanto no grupo da UAC como no grupo da CT, apresentando os seguintes valores de alfa de Cronbach por escala: conscienciosidade ($\alpha = 0,78 / \alpha = 0,85$), neuroticismo ($\alpha = 0,75 / \alpha = 0,87$), extroversão ($\alpha = 0,78 / \alpha = 0,82$), amabilidade ($\alpha = 0,73 / \alpha = 0,84$) e abertura à experiência ($\alpha = 0,70 / \alpha = 0,81$).

Self-Compassion Scale / Escala de Autocompaixão - SELFCS (Neff, 200; tradução e adaptação para a população portuguesa por Castilho e Pinto-Gouveia, 2006)

A SELFCS é uma escala de autorresposta que foi concebida para avaliar a autocompaixão, ou seja, a atitude compassiva em relação ao próprio. É composta por 26 itens que estão divididos por 6 subescalas: calor/compreensão (itens 5, 12, 19, 23, 26); autocrítica (itens 1, 8, 11, 16, 21); condição humana (itens 3, 7, 10, 15); isolamento (itens 4, 13, 18, 25); *mindfulness* (itens 9, 14, 17, 22) e sobreidentificação (itens 2, 6, 20, 24). O seu formato de resposta é de tipo likert, composta por 5 pontos, desde o 1 (quase nunca) até ao 5 (quase sempre), sendo que uma pontuação mais elevada significa que o indivíduo tem um alto nível de autocompaixão. A cotação deste questionário pode ser efetuada de duas formas: ao nível da escala global (autocompaixão), tendo o cuidado de inverter previamente os itens (1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24, 25) das subescalas negativas (isolamento, autocrítica e sobreidentificação); ou ao nível das subescalas, calculando-se a média dos resultados dos itens que as constituem.

No estudo psicométrico da versão portuguesa da SELFCS o valor da consistência interna variou entre bom e muito bom na escala total ($\alpha = 0,89$) e nas suas subescalas:

calor/compreensão ($\alpha = 0,84$), autocrítica ($\alpha = 0,82$), condição humana ($\alpha = 0,77$), isolamento ($\alpha = 0,75$); *mindfulness* ($\alpha = 0,73$) e sobreidentificação ($\alpha = 0,78$) (Castilho & Pinto Gouveia, 2011). Nesta investigação, o alfa de Cronbach da amostra global foi de 0,72 ($\alpha = 0,72$). O grupo da UAC apresentou uma consistência interna que variou entre fraca e aceitável para as subescalas calor/compreensão ($\alpha = 0,61$), autocrítica ($\alpha = 0,63$), condição humana ($\alpha = 0,25$), isolamento ($\alpha = 0,64$), *mindfulness* ($\alpha = 0,63$), sobreidentificação ($\alpha = 0,38$) e escala global ($\alpha = 0,63$). Relativamente ao grupo da CT, a consistência interna apresentou valores bons e muito bons: calor/compreensão ($\alpha = 0,77$), autocrítica ($\alpha = 0,78$), condição humana ($\alpha = 0,76$), isolamento ($\alpha = 0,81$), *mindfulness* ($\alpha = 0,75$), sobreidentificação ($\alpha = 0,75$) e escala global ($\alpha = 0,82$).

Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale / Escala das Funções do Autocriticismo - FSCRS (Gilbert et al., 2004, tradução e adaptação para a população Portuguesa por Castilho & Pinto-Gouveia, 2005)

A FSCRS é um instrumento de autorresposta constituído por 22 itens, cujo objetivo é avaliar eventuais motivos ou razões pelo qual as pessoas se criticam a si mesma em situações de fracasso ou erro. Este instrumento, apresenta um formato de resposta tipo likert de cinco pontos (0 = Não sou assim, 1 = Sou um pouco assim, 2 = Sou moderadamente assim, 3 = Sou bastante assim, 4 = Sou extremamente assim). Esta escala é constituída por três subescalas: o eu inadequado, que avalia o sentimento de inadequação do eu perante situações de fracasso (itens 1, 2, 4, 6, 7, 14, 17, 18, 20, 22); o eu tranquilizador, que avalia a capacidade do eu se reconfortar (itens 3, 5, 8, 11, 13, 16, 19, 21); e o eu detestado, que avalia o sentimento de ódio, repugnância para com o eu (itens 9, 10 e 12). No que diz respeito à compreensão da FSCRS, quanto maior a pontuação das suas subescalas, mais inadequada, detestada e tranquilizadora se percebe a pessoa (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

Na versão original, a análise realizada através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach indica valores da consistência interna muito bons, obtidos nas subescalas eu inadequado ($\alpha = 0,90$), eu tranquilizador ($\alpha = 0,86$) e eu detestado ($\alpha = 0,86$) (Gilbert et al., 2004). No estudo da versão portuguesa os valores para as subescalas são: eu inadequado ($\alpha = 0,89$), eu tranquilizador ($\alpha = 0,87$) e eu detestado ($\alpha = 0,62$), sendo que a subescala eu detestado revela um valor mais baixo que, segundo Castilho e Pinto-Gouveia (2011),

pode ser explicado pelo reduzido número de itens e pela natureza interpretativa dos mesmos, podendo assim concluir-se que ambos os estudos apresentam uma boa consistência interna. No presente estudo, o alfa de Cronbach da amostra global foi de 0,83 ($\alpha = 0,83$) na escala total, e destacaram-se valores de consistência interna que variaram entre aceitáveis, bons e muito bons nos grupos UAC e CT: eu inadequado ($\alpha = 0,71 / \alpha = 0,87$), eu tranquilizador ($\alpha = 0,84 / \alpha = 0,83$), eu detestado ($\alpha = 0,79 / \alpha = 0,66$), e autocrítica total: ($\alpha = 0,82 / \alpha = 0,84$).

Escala da Vergonha Externa e Vergonha Interna – EVEI (Moura-Ramos et al., 2018)

A EVEI é uma escala de autorrelato que avalia as experiências de vergonha, constituída por 16 itens, distribuídos por duas dimensões: vergonha externa (itens 1, 4, 5, 7, 8, 13, 15 e 16) e vergonha interna (itens 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12 e 14), sendo que uma cotação elevada revela níveis superiores de vergonha. A vergonha externa avalia a perceção de que os outros possam julgar ou criticar negativamente, enquanto a vergonha interna avalia o autojulgamento global negativo em que o Eu se sente inferior, diferente e desinteressante. As respostas são dadas através de uma escala tipo likert de quatro pontos (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algumas vezes, 3 = frequentemente) (Moura-Ramos et al., 2018).

A versão original apresenta valores adequados de consistência interna (vergonha interna: $\alpha = 0,86$; vergonha externa: $\alpha = 0,91$) (Moura et al., 2018). No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach evidenciaram-se de forma aceitável e muito bons relativamente à consistência interna na subamostra da UAC e a consistência interna variou entre muito boa e boa no grupo da CT: vergonha externa ($\alpha = 0,91 / \alpha = 0,69$), vergonha interna ($\alpha = 0,88 / \alpha = 0,91$) e escala total ($\alpha = 0,94 / \alpha = 0,86$), e na escala global apresentou um alfa de Cronbach de 0,83.

Brief Symptom Inventory /Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Derogatis, 1982; tradução e adaptação para a população portuguesa por Canavarro, 1999)

O BSI é um inventário composto por 53 itens que avalia sintomas psicopatológicos através de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais (avaliações sumárias de perturbação emocional). As dimensões avaliadas referem-se à somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37), obsessões-compulsões (itens 5, 15, 26, 27, 32, 36), sensibilidade interpessoal (itens 20, 21, 22, 42), depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35, 50), ansiedade (itens

1, 12, 19, 38, 45, 49), hostilidade (itens 6, 13, 40, 41, 46), ansiedade fóbica (itens 8, 28, 31, 43, 47), ideação paranoide (itens 4, 10, 24, 48 e 51) e psicoticismo (itens 3, 14, 34, 44, 53), permitindo perceber a sintomatologia mais perturbadora do doente. Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a nenhuma dimensão específica, sendo apenas considerados nas pontuações dos três índices globais: índice geral de sintomas (IGS) que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com os sintomas assinalados, índice de sintomas positivos (ISP) que representa a média de todos os sintomas assinalados e total de sintomas positivos (TSP) que corresponde à soma do número de queixas sintomáticas. As opções de resposta variam de “nunca” a “muitíssimas vezes”. No que diz respeito à pontuação, para cada subescala é calculada a média (divisão da soma pelo número de itens pertencentes à dimensão), podendo também ser feita através dos índices gerais: índice geral de sintomas (IGS) que se calcula através da soma das pontuações de todos os itens e dividindo pelo número de repostas, total de sintomas positivos (TSP) calcula-se somando o número de itens assinalados com resposta superior a 0 e o índice de sintomas positivos (ISP) que se calcula através da divisão da soma de todos os itens pelo TSP. Caso o valor obtido no ISP seja superior a 1,7, isto é indicativo de presença de perturbação. Quanto maior a pontuação, maior a sintomatologia psicopatológica (Canavarro, 1999).

Ao nível da consistência interna, a versão original revela valores muito bons do coeficiente de alfa de Cronbach nas diferentes subescalas: somatização ($\alpha = 0,80$), obsessões-compulsões ($\alpha = 0,83$), sensibilidade interpessoal ($\alpha = 0,74$), depressão ($\alpha = 0,85$), ansiedade ($\alpha = 0,81$), hostilidade ($\alpha = 0,78$), ansiedade fóbica ($\alpha = 0,77$), ideação paranoide ($\alpha = 0,77$) e psicoticismo ($\alpha = 0,71$) (Derogatis & Melisaratos, 1983). No estudo psicométrico realizado por Canavarro (1999) para a população portuguesa os valores referentes às subescalas são: somatização ($\alpha = 0,80$), obsessões-compulsões ($\alpha = 0,77$), sensibilidade interpessoal ($\alpha = 0,76$), depressão ($\alpha = 0,73$), ansiedade ($\alpha = 0,77$), hostilidade ($\alpha = 0,76$), ansiedade fóbica ($\alpha = 0,62$), ideação paranoide ($\alpha = 0,72$) e psicoticismo ($\alpha = 0,62$) (Canavarro, 1999). No presente estudo obtivemos uma consistência interna que variou entre aceitável, boa e muito boa na subamostra da UAC (com exceção da ideação paranoide que foi baixa) e entre boa e muito boa no grupo da CT, apresentando os seguintes valores de alfa de Cronbach na somatização ($\alpha = 0,87 / \alpha = 0,85$), obsessões-compulsões ($\alpha = 0,65 / \alpha = 0,77$), sensibilização interpessoal ($\alpha = 0,82 / \alpha = 0,78$), depressão ($\alpha = 0,91 / \alpha = 0,91$), ansiedade ($\alpha = 0,87 / \alpha = 0,89$), hostilidade ($\alpha = 0,78 / \alpha = 0,77$), ansiedade fóbica ($\alpha = 0,89 / \alpha = 0,74$), ideação paranoide ($\alpha = 0,51 / \alpha = 0,72$) e psicoticismo ($\alpha = 0,81 / \alpha$

= 0,82). Para os totais tanto as subamostras como a amostra global apresentou um alfa de Cronbach de 0,97 ($\alpha = 0,97$).

Análise estatística

A análise estatística e o tratamento dos dados foram efetuados através do programa informático *Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS Statistics, versão 26.0 para Windows, SPSS, 2012)*.

Inicialmente optou-se por testar a normalidade dos dados a partir do teste Kolmogorov-Smirnov (KS), que mostrou que a maioria das variáveis em estudo não revelaram uma distribuição normal. Contudo, através dos coeficientes de assimetria e curtose, verificou-se que as escalas seguiram valores indicadores de assimetria menores de 2 e curtose menores de 7, seguindo assim uma distribuição normal (Kim, 2013). Assim, uma vez que a amostra global apresenta um n superior a 30 ($n = 100$), optou-se por efetuar testes paramétricos.

No que diz respeito aos valores de alfa de Cronbach das escalas e subescalas, estes foram interpretados de acordo com os critérios de DeVellis (1991): entre 0,6 e 0,7 considera-se aceitável; entre 0,7 e 0,8 considera-se bom; entre 0,8 e 0,9 considera-se muito bom.

Procedeu-se à recodificação de algumas das variáveis em estudo, a saber: a idade dos participantes, que foram agrupados em três grupos (20-39, 40-49 e 50-69 anos), as habilitações literárias em três grupos (ensino básico, secundário e superior), o estado civil em três grupos (solteiro, casado/união de facto e divorciado/separado), idade com que começou a beber (6-19, 20-39, 40-59 anos), a idade com que começou os consumos excessivos (6-19, 20-39, 40-59 anos), o número de internamentos (1 ou 2 internamentos, 3 a 5 internamentos e mais de 6 internamentos), o motivo pelo qual começou a beber (problemas psicológicos/físicos, problemas sociais e problemas familiares), e o que motivou a vir para internamento (iniciativa própria e obrigatoriedade).

De seguida, analisaram-se as características sociodemográficas e clínicas da amostra global e dos dois grupos (UAC e CT), calculando o número de sujeitos, a percentagem e o teste de *Qui Quadrado da independência* χ^2 .

Depois, com o objetivo de perceber em que estágio de mudança os doentes estariam optou-se por analisar a caracterização do RCQ, sabendo assim o número de sujeitos e percentagem de cada subamostra.

Posteriormente, efetuaram-se as análises descritivas (média, desvio padrão) para os instrumentos RCQ, NEO-FFI, FSCRS, FSCRS, EVEI e BSI e das subescalas, bem como as respetivas diferenças entre os dois grupos, usando o teste t de Student e o tamanho do efeito g de Hedges. Procedeu-se à análise das diferenças entre os níveis de disposição para a mudança em função das variáveis sociodemográficas e clínicas, calculando a média, desvio-padrão, teste t de Student para amostras independentes e análise de variância (ANOVA) e calculando o respetivo tamanho de efeito (respetivamente, d de Cohen e η^2 quadrado). Em relação à correlação do RCQ e subescalas entre os grupos definidos pelas variáveis clínicas, recorreu-se às correlações de Pearson e correspondente coeficiente de determinação ($R^2 = r^2 \times 100$). Para interpretação da força das correlações recorreu-se aos valores de Cohen (1988): valores entre 0,10 e 0,29: correlação pequena, valores entre 0,30 e 0,49: correlação média; e valores entre 0,50 e 1,00: correlação alta.

Resultados

Caracterização Clínica de Doentes Alcoólicos da Unidade de Alcoologia de Coimbra (UAC) e Comunidade Terapêutica (CT) e Comparação entre Contextos de Internamento (UAC e CT) em função destas Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

Quando comparadas as duas subamostras, ao se efetuar o teste do qui-quadrado foi possível verificar que não houve associação estatisticamente significativa entre os dois grupos e as habilitações literárias ($\chi^2 = 1,27$; $p > 0,05$). No entanto, houve associação estatisticamente significativa entre as subamostras (UAC e CT) no que diz respeito ao sexo ($\chi^2 = 8,09$; $p < 0,01$), à idade ($\chi^2 = 6,896$; $p < 0,05$) e ao estado civil ($\chi^2 = 22,12$; $p < 0,05$). Assim, estas variáveis associaram-se ao tipo de tratamento (UAC e CT), predominando o sexo masculino, a faixa etária dos 40 aos 49 anos e os doentes solteiros nas CT, ao passo que nas UAC predominam, igualmente o sexo masculino, os doentes casados/em união de facto e a faixa etária dos 50 aos 69 anos. Quanto às características clínicas nas subamostras (Tabela 2), ao se efetuar o teste do qui-quadrado foi possível verificar que não existiram associações estatisticamente significativas entre as subamostras e as variáveis clínicas nas seguintes variáveis: “Tem alguém na família com problemas de álcool” ($\chi^2 = 0,08$; $p > 0,05$), “Já lhe foram diagnosticadas outras perturbações psiquiátricas” ($\chi^2 = 5,12$; $p > 0,05$), “Com que idade começou a beber” ($\chi^2 = 0,55$; $p > 0,05$), “Com que idade começaram os consumos excessivos” ($\chi^2 = 3,26$; $p > 0,05$), “Número de internamento” ($\chi^2 = 1,07$; $p > 0,05$) “Motivo pelo qual começou a beber” ($\chi^2 = 0,02$; $p >$

0,05) e “O que o motivou a vir para internamento” ($\chi^2 = 0,40$; $p > 0,05$). No entanto, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a pertença à subamostra UAC e CT relativamente às variáveis “Tem acompanhamento psiquiátrico” ($\chi^2 = 6,38$; $p < 0,01$) e “Tem acompanhamento psicológico” ($\chi^2 = 12,45$; $p < 0,001$). Ou seja, destaca-se que existem mais pessoas com acompanhamento clínico (psicológico e psiquiátrico) nas Comunidades Terapêuticas (psiquiátrico = 75,6% e psicológico = 91,1%) do que na UAC (psiquiátrico = 50,9% e psicológico = 61,8%).

Tabela 2

Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Unidade de Alcoologia de Coimbra (UAC) e Comunidade Terapêutica (CT) e Comparação entre Contextos de Internamento (UAC e CT) em função destas Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

		UAC (n = 55)		CT (n = 45)		χ^2
		n	%	n	%	
Sexo	Masculino	39	70,9	42	93,3	8,09**
	Feminino	16	18,3	3	6,7	
Idade (Faixas etárias)	20-39 anos	4	7,3	10	22,0	6,89*
	40-49 anos	22	40,0	21	46,7	
	50-69 anos	29	52,7	14	31,1	
Habilitações Literárias	Ensino Básico	40	72,7	30	66,7	1,27 ^{NS}
	Ensino Secundário	11	20,0	13	28,9	
	Ensino Superior	4	7,3	2	4,4	
Estado Civil	Solteiro	13	23,6	27	60,0	22,12*
	Casado/união de facto	28	50,9	4	8,9	
	Divorciado/ Separado	14	25,5	14	31,1	
Tem alguém na família com problemas de álcool?	Sim	29	52,7	25	55,6	0,08 ^{NS}
	Não	26	43,3	20	44,4	
Tem acompanhamento psiquiátrico?	Sim	28	50,9	34	75,6	6,38*
	Não	27	49,1	11	24,4	
Tem acompanhamento psicológico?	Sim	34	61,8	41	91,1	12,45***
	Não	21	38,2	4	8,9	
Perturbações psiquiátricas	Sim	13	23,6	8	17,8	0,51 ^{NS}
	Não	42	76,4	37	82,2	
Com que idade começou a beber?	6-19 anos	38	69,1	33	73,3	0,55 ^{NS}
	20-39 anos	13	23,6	8	17,8	
	40-59 anos	4	7,3	4	8,9	
Com que idade começaram os consumos excessivos?	6-19 anos	7	12,7	12	26,7	3,26 ^{NS}
	20-39 anos	30	54,5	23	51,1	
	40-59 anos	17	30,9	10	22,2	
Número de internamentos	1 ou 2 internamentos	37	67,3	26	57,8	1,07 ^{NS}
	3 a 5 internamentos	15	27,3	15	33,3	
	+ de 6 internamentos	3	5,5	4	8,9	
Motivo pelo qual começou a beber?	Problemas Psicológ. /Físic.	13	23,6	11	24,4	0,02 ^{NS}
	Problemas sociais	33	60,0	27	60,0	
	Problemas familiares	9	16,4	7	15,6	
O que o motivou a vir para internamento?	Iniciativa Própria	34	61,8	25	55,6	0,40 ^{NS}
	Obrigatoriedade	21	38,2	20	44,4	

Nota. n = número de sujeitos; % = Percentagem; χ^2 = Qui-quadrado da independência; UAC = Unidade de Alcoologia de Coimbra; CT = Comunidade Terapêutica; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^{NS} Não significativo.

Caracterização Descritiva da Disposição para a Mudança (RCQ)

Na Tabela 3 apresentam-se os resultados do estágio de mudança em que os doentes se encontram. É possível observar que a maioria dos doentes se encontrava no estágio reflexão, tanto na amostra global (58%) como nas subamostras (UAC = 60,0%; CT = 55,6%). Também se pode afirmar que os doentes internados na UAC e na CT encontram-se, na grande maioria, no estágio reflexão.

No que respeita ao estágio de ação, verificou-se uma percentagem significativa de doentes que se encontravam neste estágio, considerando a amostra global (39%) e a UAC (36,4%) e a CT (42,2%) em separado.

No que concerne ao estágio pré-reflexão, o número de sujeitos neste estágio é baixo, verificando-se apenas 3 pessoas na amostra global (3%), 2 pessoas na UAC (3,6%) e 1 pessoa na CT (2,2%). Uma vez que o número de pessoas que se encontram no estágio pré-reflexão é baixo, nas seguintes estatísticas não se irá utilizar esta subescala.

Tabela 3

Caracterização Descritiva da Disposição para a Mudança (RCQ)

		Amostra Global		Unidade Alcoologia		Comunidade Terapêutica	
		(n = 100)		(n = 55)		(n = 45)	
		n	%	n	%	n	%
RCQ	Pré-Reflexão	3	3,0	2	3,6	1	2,2
	Reflexão	58	58,0	33	60,0	25	55,6
	Ação	39	39,0	20	36,4	19	42,2

Nota. n = Número de sujeitos; % = Percentagem

Análises Descritivas e Diferenças nos Instrumentos em função de pertencer a UAC versus CT

Na Tabela 4, apresenta-se a análise descritiva das escalas RCQ, NEO-FFI, SELFCS, FSCRS, EVEI e BSI, bem como de algumas das subescalas dos instrumentos.

No que concerne à disposição para a mudança, podemos começar por observar que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras nas subescalas reflexão ($t = 0,34$) e ação ($t = -0,58$). Relativamente aos valores médios, observa-se que a subescala reflexão foi a que apresentou com a média mais elevada tanto na subamostra UAC ($M = 4,74$, $DP = 3,51$), como no grupo CT ($M = 4,51$, $DP = 3,33$).

Em relação à personalidade (NEO-FFI), não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras (UAC e CT) nas dimensões neuroticismo ($t =$

0,19), conscienciosidade ($t = 0,50$), extroversão ($t = 1,96$), amabilidade ($t = 0,82$) e abertura à experiência ($t = 0,37$). No entanto, a conscienciosidade destacou-se pelos seus valores médios elevados, tanto no grupo da UAC ($M = 31,35$; $DP = 4,82$) como no grupo da CT ($M = 31,93$; $DP = 6,96$) em comparação com as subescalas neuroticismo (UAC: $M = 28,61$, $DP = 6,84$; CT: $M = 28,97$, $DP = 6,35$), extroversão (UAC: $M = 25,95$, $DP = 6,12$; CT: $M = 27,44$, $DP = 5,79$), amabilidade (UAC: $M = 28,18$, $DP = 4,81$; CT: $M = 29,04$, $DP = 5,70$) e abertura à experiência (UAC: $M = 25,63$, $DP = 4,85$; CT: $M = 26,17$, $DP = 6,41$).

No que concerne à autocompaixão, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a subamostra UAC e CT ($t = 0,30$), apesar das diferenças das médias indicarem valores mais altos na CT do que na UAC (UAC: $M = 77,38$, $DP = 10,50$; CT: $M = 78,17$, $DP = 12,58$).

Ao abordarmos os valores do autocriticismo, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($t = 1,47$) entre as subamostras UAC e CT. No entanto, as médias da subamostra da CT apresentam valores mais altos relativamente às médias da subamostra da UAC (UAC: $M = 41,00$, $DP = 11,96$; CT: $M = 44,73$, $DP = 13,50$).

Relativamente à vergonha, verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas ($t = 0,80$) entre as subamostras UAC ($M = 27,53$; $DP = 13,59$) e CT ($M = 29,64$; $DP = 12,50$), ainda que se perceba a tendência da média da subamostra CT ser superior à média da subamostra UAC.

Por fim, no que respeita à sintomatologia psicopatológica avaliada pelo BSI, é possível analisar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras UAC e CT na subescala ISP ($t = 0,16$). É ainda possível destacar os valores do ISP na subamostra UAC (1,95) e na subamostra CT (1,93).

Tabela 4*Análises Descritivas e Diferenças nos Instrumentos em função de pertencer a UAC versus CT*

Instrumentos	Subescalas	UAC (n = 55)	CT (n = 45)	<i>t</i>	<i>g</i>	<i>p</i>
		<i>M ± DP</i>	<i>M ± DP</i>			
RCQ	Reflexão	4,74 ± 3,51	4,51 ± 3,33	0,34 ^{NS}	0,07 ^{INS}	>0,05
	Ação	3,42 ± 3,30	3,80 ± 3,22	-0,58 ^{NS}	0,12 ^{INS}	>0,05
NEO-FFI	Neuroticismo	28,61 ± 6,84	28,87 ± 6,35	0,19 ^{NS}	0,28 [†]	>0,05
	Conscienciosidade	31,35 ± 4,82	31,93 ± 6,96	0,50 ^{NS}	0,10 ^{INS}	>0,05
	Extroversão	25,09 ± 6,12	27,44 ± 5,79	-1,96 ^{NS}	0,27 [†]	>0,05
	Amabilidade	28,18 ± 4,81	29,04 ± 5,70	-0,82 ^{NS}	0,22 [†]	>0,05
	Abertura à Experiência	25,63 ± 4,85	26,17 ± 6,41	-0,37 ^{NS}	0,20 [†]	>0,05
SELFCS	Total	77,38 ± 10,50	78,17 ± 12,58	-0,30 ^{NS}	0,09 ^{INS}	>0,05
FSCRS	Total	41,00 ± 11,96	44,73 ± 13,50	-1,47 ^{NS}	0,29 [†]	>0,05
EVEI	Total	27,53 ± 13,59	29,64 ± 12,50	-0,80 ^{NS}	0,16 ^{INS}	>0,05
BSI	ISP	1,95 ± 0,60	1,93 ± 0,60	0,16 ^{NS}	0,03 ^{INS}	>0,05

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *UAC* = Unidade Alcoologia de Coimbra; *CT* = Comunidade Terapêutica; *t* = Teste *t* de Student; *g* = tamanho do efeito *g* de Hedges; *RCQ* = *Readiness to Change Questionnaire*; *NEO-FFI* = *NEO Five-Factor Inventory*; *SELFCS* = *Self-Compassion Scale*; *FSCRS* = *Forms of Self-Criticising & Self-Reassuring Scale*; *EVEI* = *Escala da Vergonha Interna e Externa*; *BSI* = *Brief Symptom Inventory*; *ISP* = Índice de Sintomas Positivos; *p* = nível de significância * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001; ^{NS} Não significativo.

††† tamanho do efeito muito grande; †† tamanho do efeito grande; † tamanho do efeito médio; † tamanho do efeito pequeno; ^{INS} = tamanho do efeito insignificante.

Correlações entre o RCQ, o NEO-FFI, o SELCS, o FRCRS, a EVEI e o BSI

Uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (subamostras UAC e CT), quando comparadas em relação aos instrumentos em estudo, na estatística seguinte vai ser utilizada a amostra total.

Na Tabela 5 apresenta-se o cálculo das correlações de Pearson entre o RCQ e os restantes instrumentos na amostra global. Ao observar os dados, foi possível verificar que a sintomatologia psicopatológica, o autocriticismo, a vergonha, a autocompaixão, e a personalidade não se correlacionaram de forma estatisticamente significativa com o estágio de mudança reflexão, ou seja, todos os níveis de significância foram superiores a 0,05. Relativamente à subescala ação do instrumento RCQ, identificou-se apenas uma única correlação positiva estatisticamente significativa com força pequena com a amabilidade do NEO-FFI ($r = 0,21$; $p < 0,01$; $R^2 = 4,41\%$). Ou seja, quanto maior a amabilidade, maior a ação para a mudança.

Tabela 5

Correlações entre o RCQ, o NEO-FFI, o SELFCS, o FRCRS, a EVEI e o BSI (N = 100)

Instrumentos	RCQ	
	Reflexão	Ação
NEO-FFI - C	0,05 ^{NS}	0,11 ^{NS}
NEO-FFI - N	0,08 ^{NS}	0,05 ^{NS}
NEO-FFI- E	0,03 ^{NS}	0,16 ^{NS}
NEO-FFI - A	0,03 ^{NS}	0,21^{**}
NEO-FFI - AE	0,03 ^{NS}	0,08 ^{NS}
SELFCS - Total	0,05 ^{NS}	0,02 ^{NS}
FRCRS - Total	0,12 ^{NS}	0,04 ^{NS}
EVEI - Total	-0,01 ^{NS}	-0,09 ^{NS}
BSI - ISP	0,22 ^{NS}	0,20 ^{NS}

Nota. RCQ = Readiness to Change Questionnaire; NEO-FFI = NEO Five-Factor Inventory; C = Conscienciosidade; N = Neuroticismo; E = Extroversão; A = Amabilidade; AE = Abertura à Experiência; SELFCS = Self-Compassion Scale; FRCRS = Forms of Self-Criticizing & Self-Reassuring Scale; EVEI = Escala da Vergonha Interna e Externa; BSI = Brief Symptom Inventory; ISP = Índice de Sintomas Positivos.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^{NS} Não significativo.

Diferenças nos níveis de Disposição para a Mudança em função das variáveis sociodemográficas

Na Tabela 6, com os resultados do teste ANOVA e o Teste *t* de Student, podemos observar que não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas dentro de nenhum dos estádios de mudança (reflexão e ação) em função de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, habilitações literárias e estado civil).

No entanto, descrevendo as tendências dos resultados, é possível verificar que as mulheres evidenciam médias tendencialmente maiores comparativamente aos homens, nas subescalas reflexão (Mulheres: $M = 5,79$; $DP = 2,80$; Homens: $M = 4,37$; $DP = 3,51$) e ação (Mulheres: $M = 4,84$; $DP = 2,41$; Homens: $M = 3,30$; $DP = 3,37$). No que diz respeito à faixa etária, os doentes que se encontram no estágio reflexão, a idade prevalente é entre os 40 e 49 anos e no estágio de ação os que estão mais predispostos para a mudança são doentes com idades entre os 20 e 39 anos ($M = 3,86$; $DP = 3,18$).

Relativamente às habilitações literárias observou-se que o ensino secundário tem valores médios mais altos no estágio reflexão ($M = 5,50$; $DP = 3,05$). No estágio ação, a média é superior em doentes que só possuem o ensino superior ($M = 5,83$; $DP = 1,83$).

No que concerne ao estado civil, a média com valores mais elevados diz respeito aos casados/em união de facto em doentes que se encontram no estágio reflexão ($M = 5,25$; $DP = 3,03$) e Ação ($M = 3,94$; $DP = 2,75$).

Tabela 6

Diferenças nos níveis de Disposição para a Mudança em função das variáveis sociodemográficas
(*N* = 100)

		Reflexão		Ação	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo	Masculino (<i>n</i> = 81)	4,37	3,51	3,30	3,37
	Feminino (<i>n</i> = 19)	5,79	2,80	4,84	2,41
<i>t Student (t; d)</i>		(-1,64 ^{NS} ; 0,45)		(-1,88 ^{NS} ; 0,52)	
Idade	20-39 anos (<i>n</i> = 14)	3,71	3,54	3,86	3,18
	40-49 anos (<i>n</i> = 43)	5,33	3,12	3,35	3,06
	50-69 anos (<i>n</i> = 43)	4,46	3,60	3,74	3,36
ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(1,78 ^{NS} ; 0,03)		(0,21 ^{NS} ; 0,04)	
Habilitações Literárias	Ensino Básico (<i>n</i> = 70)	4,31	3,57	3,44	3,39
	Ensino Secundário (<i>n</i> = 24)	5,50	3,05	3,45	2,99
	Ensino Superior (<i>n</i> = 6)	5,00	2,68	5,83	1,83
ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(1,12 ^{NS} ; 0,02)		(1,53 ^{NS} ; 0,03)	
Estado Civil	Solteiro (<i>n</i> = 40)	4,07	3,43	3,53	3,62
	Casado/ União de facto (<i>n</i> = 32)	5,25	3,03	3,94	2,75
	Divorciados/Separados (<i>n</i> = 28)	4,75	3,79	3,29	3,33
ANOVA (<i>F</i> ; η^2)		(1,071 ^{NS} ; 0,02)		(0,31 ^{NS} ; 0,01)	

Nota. *n* = número de sujeitos; *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *F* = ANOVA; *t* = teste *t* de Student; *d* = *d* de Cohen; η^2 = eta- quadrado.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^{NS} Não significativo.

Diferenças nos níveis de Disposição para a Mudança em função das variáveis clínicas

Na Tabela 7, de acordo com os testes ANOVA e *t de Student*, é possível observar que não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na disposição para a mudança (RCQ) em função das seguintes variáveis clínicas: “Tem alguém na família com problemas com o álcool?”, “Tem acompanhamento psicológico?”, “Tem acompanhamento psiquiátrico?”, “Já lhe foram diagnosticadas outras perturbações psiquiátricas?”, “Número de internamentos”, “Com que idade começou a beber?”, “Com que idade começaram os consumos excessivos?”, “Motivo pelo qual começou a beber?”, “O que o motivou a vir para o internamento?”.

Em seguida apresentamos algumas tendências de diferenças, ainda que não tenham sido identificadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma destas variáveis estudadas dentro de cada um dos estádios de mudança.

Por seu lado, é possível observar que os doentes que têm familiares com problemas com o álcool as médias evidenciaram valores tendencialmente maiores do que os que não têm familiares com problemas com o álcool no que diz respeito às subescalas reflexão (Sim: *M* =

4,91; $DP = 3,51$; Não: $M = 4,33$; $DP = 3,31$) e ação (Sim: $M = 3,65$; $DP = 3,23$; Não: $M = 3,52$; $DP = 3,34$).

No que diz respeito a ter ou não acompanhamento psiquiátrico ou psicológico, os doentes com acompanhamento psiquiátrico e psicológico apresentaram valores mais elevados na subescala reflexão (Acompanhamento Psiquiátrico: $M = 4,65$; $DP = 3,48$; Acompanhamento Psicológico: $M = 4,78$; $DP = 3,50$). Na subescala ação o mesmo acontece relativamente ao acompanhamento psicológico ($M = 3,66$; $DP = 3,32$), no entanto, no acompanhamento psiquiátrico a média é tendencialmente maior em doentes que não têm este acompanhamento (Acompanhamento Psiquiátrico: $M = 3,68$; $DP = 3,11$).

No que diz respeito ao diagnóstico de outras perturbações psiquiátricas, observou-se que os doentes que responderam “Sim” têm valores médios tendencialmente mais elevados nos estádios reflexão ($M = 4,81$; $DP = 3,17$) e Ação ($M = 3,71$; $DP = 3,21$).

Por seu lado, quanto ao número de internamentos foram os doentes que já realizaram entre 3 a 5 internamentos que revelaram valores com média superiores no estágio de reflexão ($M = 4,93$; $DP = 3,03$), enquanto que a média do estágio ação é superior em doentes que realizaram mais de 6 internamentos ($M = 5,39$; $DP = 2,98$).

No que concerne à faixa etária em que começaram os consumos de álcool, são tendencialmente doentes entre os 29 e os 39 anos de idade que tiveram valores médios superiores igualmente nos estádios reflexão ($M = 6,00$; $DP = 2,88$) e ação ($M = 4,05$; $DP = 2,16$). Relativamente aos consumos excessivos de álcool, a média foi superior em doentes entre os 40 anos e os 59 anos de idade, tanto no estágio de reflexão ($M = 5,26$; $DP = 3,08$), como no estágio de ação ($M = 4,41$; $DP = 2,41$).

Quanto ao motivo pelo qual começaram a beber, a maioria dos indivíduos no estágio reflexão revelou ter sido devido a problemas psicológicos/físicos ($M = 5,71$; $DP = 2,36$), já na subescala ação o motivo foi maioritariamente devido a problemas sociais ($M = 3,83$; $DP = 3,59$). Por último, a maioria dos doentes realizou internamento por iniciativa própria, tanto na subescala reflexão ($M = 5,15$; $DP = 3,48$), como na subescala ação ($M = 3,90$; $DP = 3,37$).

Tabela 7

Diferenças nos níveis de Disposição para a Mudança em função das variáveis clínicas (N = 100)

		Reflexão		Ação	
		M	DP	M	DP
Tem alguém na família com problemas de álcool?	Sim (n = 54)	4,91	3,51	3,65	3,23
	Não (n = 46)	4,33	3,31	3,52	3,34
<i>t Student (t; d)</i>		(0,85 ^{NS} ; 0,17)		(0,19 ^{NS} ; 0,04)	
Tem acompanhamento psiquiátrico?	Sim (n = 62)	4,65	3,48	3,60	3,37
	Não (n = 38)	4,63	3,52	3,68	3,28
<i>t Student (t; d)</i>		(-0,02 ^{NS} ; 0,01)		(-0,03 ^{NS} ; 0,02)	
Tem acompanhamento psicológico?	Sim (n = 74)	4,78	3,50	3,66	3,32
	Não (n = 26)	4,54	3,21	3,38	3,11
<i>t Student (t; d)</i>		(-0,16 ^{NS} ; 0,07)		(-0,23 ^{NS} ; 0,08)	
Perturbações Psiquiátricas	Sim (n = 21)	4,81	3,17	3,71	3,21
	Não (n = 79)	4,59	3,51	3,56	3,29
<i>t Student (t; d)</i>		(-0,25 ^{NS} ; 0,07)		(-0,20 ^{NS} ; 0,05)	
Com que idade começou a beber?	6-19 anos (n = 71)	4,34	3,35	3,49	3,54
	20-39 anos (n = 21)	6,00	2,88	4,05	2,16
	40-59 anos (n = 8)	3,75	4,68	3,25	3,28
ANOVA (F; η^2)		(2,27 ^{NS} ; 0,05)		(0,28 ^{NS} ; 0,01)	
Com que idade começou os consumos excessivos?	6-19 anos (n = 19)	4,47	3,85	2,26	3,89
	20-39 anos (n = 53)	4,48	3,47	3,64	3,33
	40-59 anos (n = 27)	5,26	3,08	4,41	2,41
ANOVA (F; η^2)		(0,61 ^{NS} ; 0,01)		(2,48 ^{NS} ; 0,05)	
Número de internamentos	1 ou 2 (n = 63)	4,51	3,71	3,49	3,37
	3 a 5 (n = 30)	4,93	3,03	3,40	3,39
	+ de 6 (n = 7)	4,57	2,51	5,59	2,98
ANOVA (F; η^2)		(0,26 ^{NS} ; 0,03)		(1,03 ^{NS} ; 0,02)	
Motivo pelo qual começou a beber?	Problemas psicol./físic. (n = 24)	5,71	2,36	3,13	2,92
	Problemas sociais (n = 60)	4,33	3,69	3,83	3,59
	Problemas familiares (n = 16)	4,19	3,62	3,37	2,33
ANOVA (F; η^2)		(1,57 ^{NS} ; 0,03)		(0,44 ^{NS} ; 0,01)	
O que o motivou a vir para internamento?	Iniciativa própria (n = 59)	5,15	3,48	3,90	3,37
	Obrigatoriedade (n = 41)	3,83	2,39	3,24	3,62
<i>t Student (t; d)</i>		(1,82 ^{NS} ; 0,44)		(0,98 ^{NS} ; 0,29)	

Nota. n = número de sujeitos; M = Média; DP = Desvio Padrão; F = ANOVA; t = teste t de Student; d = d de Cohen; η^2 = eta- quadrado.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^{NS} Não significativo.

Comparação entre os estádios de mudança reflexão e ação em função das variáveis sociodemográficas e clínicas

Quando comparadas os dois estádios de mudança (reflexão e ação) em função das variáveis sociodemográficas e clínicas, ao se efetuar o teste do qui-quadrado foi possível verificar que não houve associações estatisticamente significativas entre os estádios de mudança reflexão e ação e as variáveis sociodemográficas e clínicas abaixo listadas.

Tabela 8

Comparação entre os estádios de mudança reflexão e ação em função das variáveis sociodemográficas e clínicas ($N = 100$)

		Reflexão ($n = 58$)		Ação ($n = 39$)		χ^2
		n	%	n	%	
Sexo	Masculino	46	79,3	32	82,1	0,84 ^{NS}
	Feminino	12	20,7	7	17,9	
Idade (Faixas etárias)	20-39 anos	7	12,1	6	15,4	1,46 ^{NS}
	40-49 anos	28	48,3	14	35,9	
	50-69 anos	23	39,7	19	48,7	
Habilitações Literárias	Ensino Básico	39	67,2	28	71,8	3,03 ^{NS}
	Ensino Secundário	17	29,3	7	17,9	
	Ensino Superior	2	3,4	4	10,3	
Estado Civil	Solteiro	18	31,0	21	53,8	5,38 ^{NS}
	Casado/união de facto	21	36,2	11	28,2	
	Divorciado/ Separado	19	32,8	7	17,9	
Tem alguém na família com problemas de álcool?	Sim	35	60,3	23	46,2	1,90 ^{NS}
	Não	18	39,7	21	53,8	
Tem acompanhamento psiquiátrico?	Sim	36	62,1	22	59,0	0,09 ^{NS}
	Não	23	37,9	16	41,0	
Tem acompanhamento psicológico?	Sim	42	72,4	16	74,4	0,05 ^{NS}
	Não	29	27,6	10	25,6	
Perturbações psiquiátricas	Sim	11	19,0	9	23,1	0,24 ^{NS}
	Não	47	81,0	30	76,9	
Com que idade começou a beber?	6-19 anos	38	65,5	30	76,9	1,64 ^{NS}
	20-39 anos	15	25,9	6	15,4	
	40-59 anos	5	8,6	3	7,7	
Com que idade começaram os consumos excessivos?	6-19 anos	13	22,4	5	12,8	2,69 ^{NS}
	20-39 anos	31	53,4	20	51,3	
	40-59 anos	13	22,4	14	35,9	
Número de internamentos	1 ou 2 internamentos	35	60,3	25	64,1	0,23 ^{NS}
	3 a 5 internamentos	19	32,8	11	28,2	
	+ de 6 internamentos	4	6,9	3	7,7	
Motivo pelo qual começou a beber?	Problemas Psicológ. /Físic.	19	32,8	5	12,8	5,32 ^{NS}
	Problemas sociais	30	51,7	28	71,8	
	Problemas familiares	9	15,5	6	15,4	
O que o motivou a vir para internamento?	Iniciativa Própria	36	62,1	23	59,0	0,09 ^{NS}
	Obrigatoriedade	22	37,9	16	41,0	

Nota. n = número de sujeitos; % = Percentagem; χ^2 = Qui-quadrado da independência; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^{NS} Não significativo.

Discussão e conclusão

O álcool conduz a consequências físicas, psicológicas e sociais, levando a que o indivíduo, pelo seu estado de embriaguez, não consiga avaliar o risco e perigo de determinadas situações. Uma vez que o álcool engloba critérios relacionados com a perda de controlo, tolerância física e abstinência, a sociedade age de forma permissiva em relação ao uso desta substância que, por seu lado é associado a tradições antigas e está largamente difundido na sociedade, em ambientes sociais e de festa de forma regular (DSM-5, APA 2013; Kessler, 2009; Sousa & Oliveira, 2010).

Sendo importante promover a mudança de comportamento nos doentes alcoólicos, compreender o processo de mudança em indivíduos considerados alcoólicos leva à pertinência de investigações sobre essa problemática. Para esse efeito, este estudo objetivou estudar, nas 2 amostras de doentes alcoólicos (UAC e CT), as associações entre o tipo de internamento e as variáveis sociodemográficas e clínicas, a disposição para a mudança, as diferenças na disposição para a mudança, personalidade, autocompaixão, autocríticoismo, vergonha e sintomatologia psicopatológica e, na amostra total, as correlações entre a disposição para a mudança, a personalidade, a autocompaixão, o autocríticoismo, a vergonha e a sintomatologia psicopatológica, as diferenças nos níveis de disposição para a mudança em função de variáveis sociodemográficas e clínicas e, por fim, as associações entre os níveis de disposição para a mudança e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Nesta investigação o **sexo** associou-se de forma estatisticamente significativa com o tipo de internamento, apontando para um número elevado do sexo masculino (81,0%) em tratamento comparativamente com o sexo feminino (19,0%). Analisando as subamostras, a UAC apresentou 39 homens e 16 mulheres inquiridos e nas CT foram entrevistados 42 homens e 3 mulheres. Este número superior de homens a participar no estudo já era expectável, uma vez que o número de homens em internamento era efetivamente superior relativamente ao número de mulheres, ao que acresce o facto de os doentes serem exclusivamente do sexo masculino em duas das comunidades terapêuticas em que se recolheram os dados. Não obstante, este resultado vai ao encontro do relatório anual do SICAD (2019) que refere que o consumo de álcool é mais prevalente nos homens do que nas mulheres, apresentando assim uma percentagem semelhante com este estudo relativamente ao internamento do sexo masculino (Unidades de Alcoologia = 78,2% e Comunidades Terapêuticas = 81,7%). Ao estudar e analisar na amostra global, verificou-se que o

sexo não se relacionou de forma estatisticamente com a disposição para a mudança. Contudo, podemos observar que o sexo masculino ($n = 82,1\%$) se encontrava no estágio ação e o sexo feminino ($n = 20,7\%$), maioritariamente no estágio de reflexão. Comparando os resultados da nossa investigação, estes, não corroboram com os de Fontes (1996), em que o sexo masculino e o feminino se encontravam no estágio de mudança ação. Também é possível retirar do nosso estudo que as mulheres apresentaram valores médios superiores em ambos os estádios de mudança (reflexão e ação), comparativamente com os homens, ou seja, as mulheres poderão estar mais predispostas à mudança que os homens.

No que respeita à **faixa etária** dos doentes internados, verificou-se que ambas as subamostras incluíram maioritariamente doentes em tratamento com mais de 39 anos, o que permite colocar a hipótese de os consumos já acontecerem anteriormente e poderem ter-se prolongado durante diversos anos. No global, 86% dizem respeito a doentes internados com idades entre os 40 e os 69 anos, tendo 43% da amostra total idades entre 40-49 anos e 43% da amostra total idades entre os 50-69 anos, o que se assemelha com os dados do relatório do anual do SICAD (2019) que refere que no ano de 2017 a maioria que recorreu ao internamento tanto em Unidades de Alcoologia como em Comunidades Terapêuticas tem uma média de idades entre os 40 e os 50 anos. Embora não houvesse diferenças estatisticamente significativas na disposição para a mudança em função da idade, a faixa etária dos 40-49 anos apresentou valores médios superiores no estágio reflexão, já no estágio ação a idade que apresentou valores médios mais elevados foram os doentes entre os 20-29 anos, ou seja, são os mais jovens que apresentam mais ação para a mudança do seu comportamento em relação ao álcool.

Neste estudo, apesar de não existir associação estatisticamente significativa entre o tipo de tratamento e as **habilitações literárias**, os doentes apresentavam na maioria o ensino básico de escolaridade. Efetivamente, a literatura tem associado a escolaridade e o nível socioeconómico ao consumo de álcool, sendo que alguns estudos afirmam que indivíduos com baixo nível de escolaridade e baixo estatuto económico têm maior probabilidade de se tornarem consumidores excessivos de álcool comparativamente com indivíduos que têm um nível de escolaridade superior (Rodgers et al., 2000; Van Oers, 1999). Destacam-se, ainda, valores médios mais elevados no estágio reflexão em doentes com o ensino secundário e no estágio ação em doentes com o ensino superior. Ou seja, quanto maior o grau de ensino maior a disposição para a mudança (tendência estatística, ainda que não seja estatisticamente significativa).

No que se refere aos dados do **estado civil** dos sujeitos, 50,9% dos doentes da UAC são casados ou vivem em união de facto, corroborando assim o estudo do SICAD (2019), em que 40,8% dos doentes internados nas Unidade de Alcoologia são casados. No entanto nas Comunidades Terapêuticas, 60% dos doentes são solteiros, que pode ser explicado pelo facto do internamento envolver longos meses e o grau de nível alcoólico ser mais elevado, o que pode ajudar a justificar que possam ser os solteiros a terem maior predisposição para se ausentarem da sua família durante tanto tempo. Assim, o estado civil relacionou-se com o tipo de internamento (UAC e CT), havendo mais solteiros em CT e mais casados/em união de facto na UAC. Nesta variável, o estágio de reflexão tem valores médios tendencialmente mais altos relativamente ao estágio ação, sendo a maioria casados ou doentes que vivem em união de facto e comparando os dois estádios de mudança, estes não se relacionam com o estado civil.

Relativamente ao facto de os indivíduos terem **antecedentes familiares dependentes do álcool**, esta investigação revelou que 52,7% dos doentes em tratamento na UAC e 55,6% dos doentes inseridos em CT responderam que “sim”, ou seja, que tinham alguém na família com problemas com o álcool. Este resultado vem confirmar alguns dos estudos que referem que fatores genéticos e ambientais condicionam a dependência do álcool, isto é, não se pode afirmar que só os fatores genéticos levam a uma dependência, mas sim a existência de uma predisposição genética que pode ser justificada pela exposição do álcool e que poderá ter impacto na vida do indivíduo (Adès, 2004). Um estudo realizado pelo mesmo autor confirmou que os filhos de doentes alcoólicos têm a probabilidade de possuir um risco de doença 3 ou 4 vezes mais elevado. Estudos feitos sobre a epidemiologia genética confirmam assim o carácter familiar do alcoolismo, no entanto os progenitores alcoólicos detêm 4 ou 5 vezes mais probabilidades de terem filhos alcoólicos (Adès, 2004). Estudos efetuados por Ball (2008) reconhecem a presença de cromossomas humanos responsáveis pela dependência do álcool. Por seu lado, alguns autores afirmam que o alcoolismo não é hereditário, mas existe sim uma predisposição orgânica para o seu desenvolvimento, sendo então indiretamente transmissível de pai para filho (Medeiros, 2018). O alcoolismo depende de três fatores: a parte genética, o meio em que o indivíduo vive e as suas características pois, ainda que filhos de pais alcoólicos sejam geneticamente diferentes, a doença só se irá manifestar dependendo das características psicológicas (favoráveis versus desfavoráveis) e do contexto social (e.g., se estiver inserido num meio

social propício) (Morris & Maisto, 2004). É evidente que o desenvolvimento do alcoolismo não está ligado somente a fatores genéticos, mas sim às características particulares do ambiente em que esse indivíduo viveu durante a infância e a adolescência, e às condições psicossociais que, em interação com os fatores já referidos, conduziram o indivíduo à condição de dependente de álcool. Neste sentido, a presença e convivência regular do álcool no seio de uma família, muitas das vezes visto como um fator cultural e de tradição, podem promover ações disfuncionais que afetam a criança ou adolescente, predispondo-o ao contacto com o álcool (Roehrs et al., 2008). A criança ou o adolescente é influenciado pelo meio onde se insere, seja no seio da família ou fora dele, e o facto de estar exposto a comportamentos de dependência é um fator influente para se tornar, também ele, dependente (Barroso et al., 2012). Nesta investigação, o facto de ter alguém na família com problemas de álcool não se associa com o estágio de mudança em que os doentes se encontravam. No entanto, ao verificar os estádios de mudança reflexão e ação, evidenciou-se uma percentagem mais elevada de doentes no estágio reflexão (60,3%) comparativamente ao estágio ação (46,2%) no grupo que disse ter familiares com problemas de álcool.

A **intervenção psicológica** pressupõe na existência de uma aliança terapêutica entre o psicólogo e o doente na base da empatia, genuinidade e transparência, em que o objetivo é o doente sentir-se num meio seguro, reduzindo as suas resistências, promovendo a consciencialização das suas atitudes e atos. Esta abordagem deve ser centrada no indivíduo com vista a que este não se culpabilize pelos comportamentos consumistas, mas sim compreenda de forma clara e com sentido de responsabilidade a aceitação do tratamento, cabendo ao psicólogo adotar diversas estratégias como por exemplo a prevenção de recaída, treino de competências e programas de autoajuda (Bordin, 1979). Assim, com base nos resultados obtidos relativamente ao acompanhamento psicológico nas Unidades de Alcoologia e Comunidades Terapêuticas, verificou-se que existiu uma associação estatisticamente significativa no que toca ao apoio psicológico nestas duas vertentes de tratamento (UAC e CT). O **acompanhamento psiquiátrico** é essencial em casos de duplo diagnóstico, ou seja, em doentes que sofrem de patologia dual, o que se pode verificar tanto nas Unidades de Alcoologia como em Comunidades Terapêuticas, em que a presença de médicos psiquiatras é essencial para a reabilitação de doentes dependentes do álcool. Estas duas formas de tratamentos apresentam uma equipa multidisciplinar, daí se possa explicar a relação encontrada entre a existência de acompanhamento tanto psicológico e psiquiátrico e as unidades de tratamento. Constatou-se assim que existiu um maior número de

doentes com acompanhamento clínico nas CT (psiquiátrico = 75,6% e psicológico = 91,1%) do que na UAC (psiquiátrico = 50,9% e psicológico = 61,8%). Este resultado pode ser explicado pela duração do tempo de internamento, uma vez que nas CT o acompanhamento/tratamento é mais prolongado, enquanto que na UAC o internamento tinha a duração de 2 semanas e nem todos os doentes eram seguidos após internamento. Pode ler-se uma justificação semelhante na Rede de Referenciação/Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool (2011), que refere as Comunidades Terapêuticas como prestando cuidados a doentes toxicodependentes e doentes com policonsumos a necessitar de internamento prolongado. Neste contexto, é essencial o apoio psicoterapêutico e socio terapêutico, sob supervisão psiquiátrica e a prevenção de recaída está presente, tendo em vista a melhor reabilitação e reinserção do doente de modo a permitir o desenvolvimento de projetos de vida responsáveis e responsabilizantes. No que concerne às Unidades de Alcoologia, estas prestam cuidados integrados e globais, a doentes com abuso ou dependência de álcool, segundo as modalidades de tratamento mais adequadas a cada situação (em regime de ambulatório ou de internamento). Nos casos de patologia dual, estas Unidades de Alcoologia só dão apoio se o consumo de álcool for predominante. Ao comparar os dois estádios de mudança, verifica-se que os doentes do estágio reflexão têm um maior acompanhamento psiquiátrico e psicológico comparativamente ao estágio ação, resultados que fazem sentido, uma vez que a função do terapeuta ou psicólogo é numa primeira fase motivar o doente para o tratamento, aumentando a probabilidade na mudança do comportamento face a esta substância (Jungerman & Laranjeira, 1999).

No que respeita à perceção que os próprios doentes têm da presença de **perturbações psiquiátricas**, identificou-se um elevado número de doentes que, segundo os próprios, não foram diagnosticadas com perturbações psiquiátricas tanto na Unidade de Alcoologia de Coimbra (76,4%) como nas Comunidades Terapêuticas (82,2%). Efetivamente, os resultados do presente estudo são surpreendentes, mas é necessário sublinhar que se trata da perspetiva dos doentes e não efetivamente do nível de perturbação emocional que apresentam, como mais à frente se poderá refletir ao analisar os valores obtidos no ISP do BSI. Uma vasta revisão de literatura sublinha que os transtornos psiquiátricos são agravados com o consumo de substâncias, causando impacto nocivo tanto no bem-estar da saúde física como da saúde mental, além de ter influência no quotidiano do próprio indivíduo em contexto familiar. Assim, vários autores têm referido que o consumo excessivo de álcool se associa a diversos quadros psicopatológicos podendo, segundo uma revisão

da Organização Mundial de Saúde (OMS) originar quadros de depressão e ansiedade (Chalub & Telles, 2006). Por exemplo Macias et al. (2000) fazem referência à associação entre o consumo de substâncias psicoativas e a existência de sintomatologia psicopatológica, predominando a depressão, ansiedade, hostilidade e sintomas obsessivo-compulsivos, assim como traços característicos de personalidade, com predominância de perturbações paranoide, dependente e borderline. Por seu lado, também tem sido referido que o consumo de álcool associado a perturbações psiquiátricas gera problemas psicossociais (Duailibi & Laranjeira, 2007). Refira-se ainda que tem sido consistente na literatura científica que os elementos psicopatológicos inerentes a uma perturbação de personalidade facilitam o consumo nocivo de substâncias psicoativas (Rahoui & Reynaud, 2008). Assim, o consumo de álcool pode levar à psicopatologia, como a psicopatologia pode levar ao consumo de álcool. Por fim, no presente estudo o estágio reflexão revelou-se com valores médios tendencialmente superiores ao estágio ação em doentes que afirmaram já terem sofrido outras perturbações psiquiátricas para além da dependência, podendo ser explicado pelo facto da maioria dos doentes que se inserem no estágio reflexão, apesar da consciência de que existe um problema de consumos, apresentarem dificuldades para a ação, pelas várias comorbilidades existentes (Miller & Rollinick 2001).

A **idade em que começaram os consumos** não se associou com o tipo de internamento, sendo que a maioria iniciou os consumos até aos 19 anos (UAC = 69,1%; CT = 73,3%) e os **consumos excessivos** ocorreram maioritariamente com idades entre os 20 e os 39 anos (UAC = 54,5%; CT = 51,1%). Estes resultados são expectáveis, uma vez que a maior parte dos sujeitos do nosso estudo tinham mais de 40 anos. Verifica-se que vários estudos têm identificado consumos em idades precoces em jovens entre os 11 e 15 anos que já tinham iniciado os consumos e que com 20 anos bebiam acima dos níveis recomendados (Mendes & Lopes, 2007; O'Malley & Bachman, 1998). Por seu lado, Mello et al. (2001) afirmou que 60% da população adulta bebe álcool de forma regular, ou seja, são consumidores excessivos de álcool e, por efeitos destes consumos exagerados, existe uma elevada mortalidade e comorbilidade.

Relativamente ao **número de internamentos**, tanto os doentes da UAC como os da CT na sua maioria realizaram entre 1 a 2 internamentos (UAC = 67,3%; CT = 57,8%), no entanto existiram doentes que realizaram entre 3 a 5 internamentos (UAC = 27,3%; CT = 33,3%) e doentes com mais de 6 internamentos (UAC = 5,5%; CT = 8,9%). Na amostra global, avaliando o número de internamentos, os resultados das médias sugerem que

quanto mais internamentos, maior a predisposição para mudança, na medida em que os doentes que realizaram mais de 6 internamentos se encontram maioritariamente no estágio ação. Efetivamente, é nesta etapa de ação que os indivíduos tomam pela consciência do seu problema e da necessidade de mudança, sendo esta fase em que os doentes podem recorrer mais frequentemente às terapias, daí a importância do apoio psicológico (Miller & Rollnick, 2001).

Apesar de serem vários os **motivos pelo qual o doente começou a beber**, a grande maioria confessou que foi devido a problemas sociais tanto no internamento da UAC (60,0%), como no internamento das CT (60,0%). O indivíduo que consome uma substância sente um efeito psicoativo altamente satisfatório ou reforçador e tem tendência a ser uma repetição. A pertinência da interligação entre o consumo de substâncias e os problemas sociais é destacado no estudo de Bertolote (1997), que sublinha que a maioria bebe devido a problemas sociais, entre eles problemas no trabalho, conjugais, financeiros ou com amigos. Também Filho e Teixeira (2012) afirmam que os problemas sociais influenciam na decisão do indivíduo ter consumos de álcool. No presente estudo, os doentes que referem ter problemas sociais estão maioritariamente no estágio ação. Estes indivíduos chegam mesmo a perder o emprego, a divorciar-se, voltando para casa dos pais ou ficam a viver sozinhos. No entanto, estes fatores podem ser de risco, visto que são situações em que ficam sozinhos, sem ajuda ou apoio, perdendo o controlo da situação e refugiando-se na bebida. Por seu lado estes mesmos fatores sociais podem ser uma motivação para a mudança dos comportamentos de consumo. Os problemas psicológicos e físicos requerem maior atenção, uma vez que são mais difíceis de resolver e, alicerçando ao consumo de álcool, dando a possibilidade de refletir sobre resultados desta investigação, uma vez que os sujeitos ainda não se encontram no estágio ação, mas sim no estágio reflexão. refletindo-se assim nos resultados desta investigação. O consumo excessivo de álcool leva a um aumento de problemas físicos como por exemplo doenças hepáticas, neoplasias, doenças cardiovasculares, bem como problemas psicológicos como a depressão, ansiedade entre outros (DSM-5, APA 2013).

Nesta investigação, **o que motivou o doente a realizar internamento** foi maioritariamente a sua iniciativa própria (UAC = 61,8%; CT = 55,6%). O facto de o sujeito ter vontade de mudar poderá eventualmente ser preditor de um caminho positivo e de sucesso para o tratamento e, ao encarar o alcoolismo como uma doença na observação dos seus próprios comportamentos, acaba por ter a consciencialização das consequências nefastas

que o álcool estava a causar, pois o álcool provoca isolamento, angústia, tristeza e frustração e, quando este se apercebe de que a bebida é a sua única companhia, procura ajuda na tentativa de retomar a sua vida (Soares et al., 2014). Refira-se ainda que, quando os indivíduos iniciam o tratamento, adquirem uma consciencialização do problema e dos malefícios que o álcool provoca (Goffman, 1963). A maioria dos doentes que realizaram tratamento por iniciativa própria encontravam-se no estágio reflexão. Desta maneira, os profissionais que trabalham com as dependências não avaliam os indivíduos como estando motivados ou não, mas sim tenta-se alcançar a motivação, não promovendo uma obrigação, mas sim tentar agir de maneira a adaptarmo-nos ao seu estágio de mudança para que eles queiram mudar (Araújo et al., 2003). Vários estudos afirmam que os indivíduos que procuraram internamento, apresentavam uma maior gravidade da dependência alcoólica, reconhecendo o seu próprio grau de dependência, daí ser um dos principais fatores de motivação para a procura do tratamento (Fontanella et al., 2008; Oliveira et al., 2003; Resende et al., 2005). No mesmo sentido DiClemente et al. (1999) referem que os doentes com maior gravidade de dependência aumentam a decisão no sentido do tratamento, o que pode explicar que a maioria dos indivíduos que vêm por iniciativa própria se encontrarem ainda no estágio reflexão.

A **disposição para a mudança** é o principal objetivo desta investigação, sendo essencial perceber em quais estádios de mudança os doentes internados se encontram. Os resultados indicaram que, numa amostra global de 100 doentes, apenas 3 pessoas se encontravam no estágio de pré-reflexão, dois doentes da UAC (3,6%) e 1 da CT (2,2%). O estágio reflexão foi o que obteve mais pontuação, incluindo 58 doentes da amostra global (58%), 33 doentes na UAC (60,0%) e 25 doentes da CT (55,6%). Também se obteve um número significativo de doentes no estágio ação, especificamente 39 sujeitos da amostra global, doentes na UAC 20 (36,4%) e 19 doente nas CT (42,2%). Optou-se por excluir o estágio pré-reflexão por existir um número muito pequeno de doentes inseridos neste estágio, comparativamente aos outros estádios. Apesar de serem escassos os estudos que evidenciem a predisposição e o estágio de mudança, Fontes (1996) identificou que 55% e 30% dos doentes inseridos nas Unidades de Alcoologia se encontravam nas fases de reflexão e ação, respetivamente.

Analisando descritivamente e observando as diferenças dos instrumentos utilizados, verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas no que respeita

à disposição para a mudança, personalidade, autocompaixão, autocrítica, vergonha e sintomatologia psicopatológica em função de pertencer à UAC ou a CT. No entanto, podemos discutir alguns dos valores médios.

No que respeita à disposição para a mudança (RCQ), tanto na subamostra UAC como na de CT houve mais doentes que se encontravam no estágio de reflexão. No entanto, ao comparar as duas subamostras, a UAC tem valores tendencialmente mais elevados no estágio de reflexão do que o grupo das CT, já no estágio Ação as CT têm valores médios tendencialmente mais elevados do que na UAC. Este resultado pode levantar questões, como por exemplo, uma vez que as Comunidades Terapêuticas têm um internamento e acompanhamento mais prolongado, pode ser expectável que estes doentes estejam com maior predisposição para a mudança do que os da Unidade de Alcoologia. Assim, Comparando as subamostras (UAC e CT), apesar da diferença de ambos os grupos, constata-se que as Comunidades Terapêuticas estão mais predispostas para a mudança de comportamento relativamente aos consumos de álcool, possivelmente pela duração destes internamentos. O estágio reflexão é o estágio em que o doente tem consciência das vantagens e desvantagens da mudança, podendo gerar uma ambivalência capaz de o manter neste estágio durante algum tempo (Benyamina, 2008). Apesar da escassez de estudos que tenham usado o RCQ, há a destacar as dificuldades na classificação dos estágios de mudança e nas médias de cada estágio por Rollnick et al. (1992), pois existem várias pessoas em mais do que um estágio de mudança, faltando assim validade discriminatória a este instrumento.

Relativamente à personalidade, a subescala conscienciosidade teve valores médios tendencialmente superiores comparativamente com as outras subescalas do NEO-FFI, na UAC e nas CT. Segundo Costa e Mcrae (1989), define-se conscienciosidade pela adesão a normas sociais e comportamentos planeados e não impulsivos, ou seja, é um traço positivo. Este elevado nível de conscienciosidade não era esperado nesta investigação, sendo esperado que os traços de neuroticismo e extroversão tivessem valores médios mais elevados relativamente às outras subescalas, assim como na comparação com os resultados do estudo de Hakulinen et al. (2015), que referem que os indivíduos com um nível elevado de conscienciosidade apresentam autocontrolo, pouco impulsivos e com capacidade de planear a longo prazo, ou seja, são mais conscientes do consumo excessivo de álcool. No entanto, podemos colocar como hipótese explicativa para estes resultados pois,

o facto de os indivíduos terem níveis de conscienciosidade mais elevados leva a que procurem e se sujeitem a procurarem tratamento e a estarem privados de álcool.

No que concerne à autocompaixão (SELFCS), não foram encontrados dados para amostras de doentes alcoólicos com os quais fosse possível fazer uma comparação direta com os valores obtidos. No entanto, observamos neste estudo valores médios tendencialmente superiores de autocompaixão nos doentes das CT comparativamente aos da UAC. Sendo a autocompaixão caracterizada pela abertura ao sofrimento dos outros, pelo desejo de ajudar e atenuar o sofrimento, não apresentando atitudes críticas (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011; Neff, 2003), estes valores poderão refletir o trabalho que as equipas de tratamento das CT fazem ao nível da promoção da autoestima dos doentes, na medida em que estes doentes têm um acompanhamento psicológico mais prolongado do que os doentes inseridos em UAC. Diversos estudos têm mostrado que a autocompaixão pode ser uma estratégia de coping adaptativa que vai aumentando a resiliência e o bem-estar (Castilho et al., 2013; Freitas, 2011; Neff, 2003), associando-se a vários indicadores de funcionamento psicológico saudável, ou seja, indivíduos que apresentam elevados níveis de autocompaixão revelam menores níveis de autocrítico, depressão e ansiedade. Em contrapartida, indivíduos que revelam baixos níveis de autocompaixão tendem a apresentar uma vulnerabilidade aumentada para o sofrimento psicológico, quando comparados com indivíduos com níveis mais elevados de autocompaixão (Tanaka et al., 2011). Assim, nesta investigação afirmamos que os doentes das CT apresentam níveis mais elevados de autocompaixão e são menos autocríticos.

Não podemos afirmar, a partir dos nossos resultados, que os doentes dos dois grupos têm vergonha por realizarem internamento devido ao consumo de álcool, no entanto os doentes das CT apresentaram tendencialmente níveis mais elevados de vergonha do que os da UAC. A vergonha é um sentimento comum da vida humana, tornando-se problemática quando o sujeito é alvo de humilhações, insultos, desintegração e rejeição social (Gilbert, 2007). Lopes et al. (2015) referem também que quando o indivíduo é consumidor excessivo de álcool, não consegue reconhecer nem encarar a família ou a sociedade. Isso ocorre pelo facto de ter vergonha, dificultando assim o processo de reintegração do indivíduo na sociedade e no tratamento.

No que respeita à presença de sintomatologia psicopatológica, é possível constatar a presença valores médios superiores do Índice de Sintomas Positivos (ISP) do BSI nas duas subamostras (UAC = 1,95; CT = 1,93) comparativamente ao estudo de Canavarro

(1999). Assim, os dois grupos apresentaram valores no ISP acima do ponto de corte (1,71), o que quer dizer que ambos os grupos evidenciam perturbação emocional e presença ou risco de desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (Canavarro, 1999). Como referido anteriormente, seria espectável que os doentes internados na UAC e CT apresentassem sintomatologia psicopatológica acima da média, uma vez que a literatura tem referido a associação entre o consumo de álcool e a presença de outros quadros psicopatológicos (Gigliotti, 2004; Hilarski & Wodarski, 2001). O conceito de psicopatologia dual é bastante comum em doentes alcoólicos e vários estudos têm enfatizado alguns sintomas mais prevalentes como a depressão e ansiedade, pondo em cauda o funcionamento normal e qualidade de vida de um ser humano, ou seja, a psicopatologia dual implica a presença de pelo menos uma perturbação aditiva e pelo menos outra perturbação mental (Franco, 2014).

Em seguida apresentamos os resultados obtidos para a totalidade da amostra, ao **correlacionar a disposição para a mudança (estádios reflexão e ação) com a personalidade, autocompaixão, autocrítica, vergonha e sintomatologia psicopatológica**, verificou-se que apenas o estágio ação se correlacionou de forma positiva e estatisticamente significativa com a dimensão Amabilidade da personalidade. Este resultado pode ser justificado pelo facto dos doentes que se apresentam no estágio Ação poderem ter tido um maior número de internamentos e de terem beneficiado de mais acompanhamento psicológico, o que os poderá contribuir para que se tornem capazes de desenvolver e ter comportamentos mais adaptativos, bem como de ter uma maior tomada de consciência do seu problema, promovendo maior empatia e amabilidade para consigo próprio e para com os outros. Apesar dos estudos encontrados se revelarem inconclusivos, é inegável a influência da personalidade no consumo de álcool, assim como a relação entre o neuroticismo e o consumo de álcool (Cooper et al., 2000). O facto da correlação entre o neuroticismo e o estágio de mudança ser estatisticamente não significativo, o neuroticismo no que concerne à personalidade é a correlação mais elevada do estágio reflexão, este pode estar associado à possibilidade de o doente apresentar instabilidade emocional quanto à possibilidade de mudança.

Ainda que não seja estatisticamente significativo, destacou-se que os doentes que se encontram no estágio de reflexão apresentam maior sintomatologia psicopatológica do que os que se inserem no estágio ação. Este resultado corrobora o estudo de Blume et al. (2001) que referem que os doentes alcoólicos com sintomas depressivos graves tendem a

evidenciar uma maior motivação para uma mudança comportamental, possivelmente por deterem uma maior perceção dos resultados negativos da dependência do álcool.

Uma vez discutidos os resultados da presente investigação, torna-se pertinente refletir sobre as **limitações, vantagens e sugestões resultantes deste trabalho**.

No que diz respeito às limitações, a primeira refere-se ao facto do protocolo de avaliação ser extenso, particularmente por ser apresentado a doentes com problemas de dependência que podem ter outras perturbações psicopatológicas, numa fase de grande fragilidade, o que poderá ter limitado e afetado a qualidade das respostas. Uma outra limitação foi o contexto pandémico que atravessámos no período da recolha de dados, sendo que inicialmente a amostra seria para ser somente constituída por doentes internados na Unidade de Alcoologia de Coimbra, no entanto o tempo de internamento e o número de internados reduziu. Com o objetivo de conseguir um tamanho de amostra significativo de doentes internados, recorremos a internamentos de longa duração como as Comunidades Terapêuticas, pelo que estudámos dois contextos de tratamento com especificidades próprias. A existência de poucos estudos comparativos entre o tipo de internamento relativamente à disposição para a mudança (RCQ), bem como a relação com os outros instrumentos desta investigação, tornou-se assim um entrave na discussão dos resultados.

No que respeita a sugestões para futuros estudos, seria pertinente estudar também a disposição para a mudança antes do internamento, com vista à comparação dos níveis de disposição para a mudança antes e mais para o fim do internamento. De igual forma, poderia ser relevante explorar outras variáveis que poderão influenciar a disposição para a mudança nos consumidores de álcool, nomeadamente o tipo e o grau de bebida ingerida, o meio onde vive, o consumo de outras substâncias, a relação com os profissionais e adesão destes profissionais na mudança do doente. Deixamos ainda como sugestões estudar quais as estratégias que se utilizam na motivação dos doentes, percebendo e analisando qual o seu impacto (negativo ou positivo) na diminuição da sintomatologia psicopatológica. Por exemplo, será que com a prevenção de recaída, treino de competências entre outras estratégias existe ou não uma diminuição de sintomas como a depressão ou ansiedade?

Contudo, identificam-se pontos fortes neste estudo na medida em que se torna pertinente perceber e trabalhar junto dos doentes a motivação, promovendo a autocompaixão e a diminuição do autocriticismo. Não obstante, a realização desta investigação fez refletir o quanto é pertinente desenvolver trabalhos sobre a problemática da disposição para a

mudança. Cada doente tem a sua personalidade, as suas características psicológicas, perturbações e fragilidades e cabe aos profissionais adaptarem-se ao doente. Tendo esta investigação como objetivo estudar a disposição para a mudança em doentes alcoólicos internados, relacionando com a personalidade, variáveis emocionais e a sintomatologia psicopatológica.

Na medida em que os doentes que estão no estágio reflexão apresentaram maior sintomatologia psicopatológica do que os doentes no estágio ação, é fundamental potenciar intervenções tais como: a prevenção da recaída, a abordagem motivacional, treino de competências, técnicas de relaxamento, reuniões de grupo, sessões psicoeducativas, entre outras intervenções. O facto da dimensão amabilidade da personalidade se ter correlacionado com o estágio de mudança ação, faz refletir o quão é pertinente promover a empatia e a motivação no doente no processo de mudança. Assim, os doentes com *Perturbação de Uso de Álcool* poderiam beneficiar da implementação das abordagens contextuais da Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração, que dão ênfase ao desenvolvimento das capacidades de autoaceitação, trabalhando o nível afetivo, reduzindo o stress, a ansiedade, os sintomas depressivos, a vergonha, o autocrítico, promovendo a auto-tranquilização e a compaixão pelo eu (Castilho, 2011), que se poderão revelar como particularmente pertinentes na facilitação do processo de mudança no doente.

Em suma, a nossa investigação permitiu concluir que os participantes da nossa amostra global eram maioritariamente homens, mais velhos (dos 40 aos 69 anos), solteiros, com o ensino básico, iniciaram os consumos entre os 6-19 anos de idade e os consumos excessivos entre os 20-39 anos, iniciaram os consumos por motivos sociais, realizaram o tratamento por iniciativa própria, realizaram entre 1 a 2 internamentos anteriores, tinham alguém na família com problemas de álcool, disseram não ter outras perturbações psiquiátricas e tinham acompanhamento psicológico e psiquiátrico. No que respeita ao estágio de mudança, apresentavam-se na sua grande maioria no estágio reflexão. Ao diferenciar as subamostras, maioritariamente os doentes na UAC eram casados com idades entre os 50-69 anos, já nas CT eram solteiros com idades entre os 40-49 anos. Na comparação entre as amostras da UAC e das CT não foram encontradas diferenças na disposição para a mudança, personalidade, autocompaixão, autocrítico, vergonha e sintomatologia psicopatológica. Na amostra global observou-se igualmente a inexistência de associações entre as variáveis estudadas com a exceção da amabilidade (NEO-FFI), que se relacionou com o estágio de mudança ação.

Os resultados desta investigação permitem assim repensar e refletir sobre ideias pré-concebidas que se tem acerca do consumo de álcool, pois esta perturbação é uma dependência que induz sofrimento aos doentes bem como às famílias ou aqueles que os rodeiam, muitas vezes motivado por histórias de vida trágicas.

Referências Bibliográficas

- Adès, J., & Lejoyeux, M. (2004). Comportamentos alcoólicos seu tratamento (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe – Public Health Perspective: Report summary. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13(6), 483–488. <https://doi.org/10.1080/09687630600902477>
- APA (2013c). DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5ª ed.). Lisboa, Climepsi Editora.
- Araújo, R.B., Camilo, R.L., Oliveira, M.S., & Schneider, D.D., (2003). *Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos dependentes do álcool*. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 265-270
- Asselmann, E., Wittchen, H.-U., Lieb, R., Höfler, M., & Beesdo-Baum, K. (2014). Associations of fearful spells and panic attacks with incident anxiety, depressive, and substance use disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study of adolescents and young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 55, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.04.001>.
- Auerbach, R. P., Abela, J. R. Z., & Ringo Ho, M.-H. (2007). Responding to symptoms of depression and anxiety: Emotion regulation, neuroticism, and engagement in risky behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2182–2191. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.11.002>
- Ball, D. (2008). Addiction science and its genetics. *Addiction*, 103(3), 360–367. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02061.x>
- Barroso, T., Mendes, A., & Barbosa, A. (2012). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala de Expectativas acerca do Álcool—Versão adolescentes. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 8), 17–27. <https://doi.org/10.12707/RIII1242>
- Bertolote, J. M. (1997). Conceitos em alcoolismo. Em S. P. Ramos & J. J. Bertolote (Orgs.). *Alcoolismo Hoje* (pp. 17-31). Porto Alegre: Artes MÈdicas.
- Benyamina, A. (2008). *Terapias cognitivo-comportamentais e adicções*. Lisboa: Climepsi.

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Blatt, S. J., D’Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). *Experiences of Depression in Normal Young Adults*. 85, 383–389. <https://doi.org/sci-hub.se/10.1037/0021-843x.85.4.383>.
- Blume, A. W., Schmalings, K. B., & Marlatt, G. A. (2001). Motivating drinking behavior change Depressive symptoms may not be noxious\$. *Addictive Behaviors*, 6.
- Cabral, L. D. R. (2007). Consumo de Bebidas Alcoólicas em Rituais/ Praxes Acadêmicas. 435.
- Canavarro, M. C. S., (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. Testes e Provas em Portugal, 2, 95- 109.
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63–86. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_3
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da escala da auto-compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica* 54, 203-230.
- Chalub, M., & Telles, L. E. de B. (2006). Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(suppl 2), s69–s73. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000600004>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cooper, M. L., Wood, P. K., & Orcutt, H. K. (2003). *Personality and the Predisposition to Engage in Risky or Problem Behaviors During Adolescence*. 21.
- Cooper, M. L., Agocha, V. B., & Sheldon, M. S. (2000). A Motivational Perspective on Risky Behaviors: The Role of Personality and Affect Regulatory Processes. *Journal of Personality*, 68(6), 1059–1088. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00126>
- Costa, P., & McCrae, R. (1989). *The NEO PI manual supplement*. Psychological Assessment Resources.

- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605. doi: 10.1017/S0033291700048017
- DeVellis, F. R. (1991). *Scale development: Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Dias, R. B. (sem data). *Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento—A Entrevista Motivacional*. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1731.pdf>.
- DiClemente, C. C. (1999). *Motivation for Change and Alcoholism Treatment*. 23(2), 7.
- Duailibi, S., & Laranjeira, R. (2007). Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 839–848. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500019>
- Fernandes, J. C. (2001). *Um Passeio ao Outro Lado da Noite* (Centro Regional de Alcolologia do Centro Maria Lucília Mercês de Mello).
- Fontanella, B. J. B., Mello, G. A., Demarzo, M. M. P., & Turato, E. R. (2008). Percepção da síndrome de dependência por pacientes em tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 196–202. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000300007>
- Fontes, A. (1996). Disponibilidade para a mudança: uso da versão portuguesa do questionário “RCQ”, 7-21.
- Franco, C. (2014). *PATOLOGIA DUAL: INTEGRAÇÃO DAS ADIÇÕES NA SAÚDE MENTAL*. 10.
- Freitas, P. C. (2011). *Modelos de relação interna: Auto-criticismo e Auto-compaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. [Dissertação de Doutorado em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20463>
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70(2), 113–147. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x>
- Gilbert, P., & Andrews, B. (Eds.). (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. Oxford University Press.

- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal "social" conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. Em *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118–150). Brunner-Routledge. <https://psycnet.apa.org/record/2001-16368-006>
- Gilbert, P. (2002). Body Shame: A Biopsychosocial Conceptualisation and Overview, with Treatment Implications. In P. Gilbert and J. Miles, (Eds.), *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* (pp. 3-54). London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, 70, 1205-1230.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507–516. <https://doi.org/10.1080/09658210444000115>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). *Self-Criticism and Self-Warmth: An Imagery Study Exploring Their Relation to Depression*. 20, 19. <https://doi.org/10.1891/jcop.20.2.183>
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31–50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
- Gigliotti, A. (2004). Alcohol Dependence Syndrome: Diagnostic criteria. *Rev Bras Psiquiatr*, 3.
- Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security: a biopsychosocial approach. In Robins, J. & Tangney, J. *The self-conscious emotions: theory and research*: New York: Guilford.
- Goffman, E. (1963). *Behavior in public places: Notes on the social organization of gatherings*. New York: Free Press.
- Grant, B. F., & Weissman, M. M. (2007). Gender and the prevalence of psychiatric disorders. In W. E. Narrow, M. B. First, P. J. Sirovatka, & D. A. Regier (Eds.), *Age and gender considerations in Psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (pp. 31–46). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Hakulinen, C., Elovainio, M., Batty, G. D., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Jokela, M. (2015). Personality and alcohol consumption: Pooled analysis of 72,949 adults from eight cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 151, 110–114. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.03.008>
- Hanpatchaiyakul, K., Eriksson, H., Kijsonpon, J., & Östlund, G. (2014). Thai men's experiences of alcohol addiction and treatment. *Global Health Action*, 7(1), 23712. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23712>
- Hansenne, M (2004). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hauck Filho, N., & Teixeira, M. A. P. (2012). *Motivos para Beber e Situações de Consumo de Bebidas Alcoólicas: Um Estudo Exploratório. Mudanças - Psicologia da Saúde*, 20(1–2), 1–6. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v20n1-2p1-6>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Heather, N., Rollnick, S., & Bell, A. (1993). Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction*, 88(12), 1667–1677. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02042.x>
- Hilarski, C., & Wodarski, J. S. (2001). Comorbid Substance Abuse and Mental Illness: Diagnosis and Treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1), 105–119. https://doi.org/10.1300/J160v01n01_08
- Ibáñez, M. I., Camacho, L., Mezquita, L., Villa, H., Moya-Higueras, J., & Ortet, G. (2015). Alcohol Expectancies Mediate and Moderate the Associations between Big Five Personality Traits and Adolescent Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01838>
- INE. (2019). *Inquérito Nacional de Saúde*. 1–13. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008919&contexto=bd&selTab=tab2
- Ito, P. do C. P., Gobitta, M., & Guzzo, R. S. L. (2007). Temperamento, neuroticismo e auto-estima: Estudo preliminar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(2), 143–153. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000200001>
- Jungerman, F. S., & Laranjeira, R. (1999). Entrevista Motivacional: Bases Teóricas e Práticas. *Editora Científica Nacional Ltda.*, 16.

- Kessler, F. (2009). Do «acaso» do uso de drogas ao «descaso» dos comportamentos de risco. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 135–137. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000300001>
- Kim, H.-Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38(1), 52. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241–
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). Entrevista motivacional – Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed. 256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>
- Lawrenve, A. Pervin & Oliver, John (2004). Personalidade teoria e pesquisa. Artmed Edições.
- Lewis, M. (1992) Shame: The Exposed Self. Free Press, New York.
- Lopes, A. P. A. T., Marcon, S. S., & Decesaro, M. das N. (2015). Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 21–30. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150004>
- Macías, J. A. G., Leal, F. J. V., Fernández-Gil, M. A., Pacheco, D. P., & Aliño, J. J. L. I. (2000). Comorbilidad psiquiátrica en drogodependencias. *Psiquiatria. com*, 4(4).
- Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A.-J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P., & Lima M. P. de. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in Portuguese context. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 642–657. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427405>
- Medeiros, E. M. (2018). *Alcoolismo: Uma breve revisão*. 16. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1174.pdf>
- Mellos, E., Liappas, I., & Paparrigopoulos, T. (2010). Comorbidity of Personality Disorders with Alcohol Abuse. *In Vivo*, 761–770, 9. <https://iv.iarjournals.org/content/invivo/24/5/761.full.pdf>
- Mello, M. L. M.; Barrias, J. & Breda, J. (2001). Álcool e Problemas ligados ao Álcool em Portugal. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Mendes, V., & Lopes, P. (2007). *HÁBITOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES*. 13(2), 25–40. <https://www.researchgate.net/profile/Paulo-Ferreira-Lo>

pes/publication/262935123_Habitos_de_consumo_de_alcool_em_adolescentes/links/00b7d5395f77ae8e44000000/Habitos-de-consumo-de-alcool-em-adolescentes.pdf

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). Entrevista motivacional – Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed.
- Morris, Charles G & Maisto Albert A. (2004). *Introdução à Psicologia*. São Paulo, Prentice Hall.
- Moura-Ramos, M., Ferreira, C., Matos, M., & Galhardo, A. (2018). *A new measure to assess external and internal shame: development, factor structure and psychometric properties of the External and Internal Shame Scale*.
- Mulder, R. T. (2002). Alcoholism and Personality. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 46–51. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00958.x>
- Neff, K. (2004). *Self-Compassion and Psychological Well-Being—ProQuest*. 9, 27–37.
- Neff, K. D. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. (2003b). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y.-P. (2008). Self-Compassion and Self-Construct in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267–285. <https://doi.org/10.1177/0022022108314544>
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Oliveira, M. da S., Laranjeira, R., Araujo, R. B., Camilo, R. L., & Schneider, D. D. (2003). Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 265–270. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000200006>
- O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1998). Alcohol Use Among Adolescents. *Research World*, 22(2), 10.

- Page, P. B. (1997). E. M. Jellinek and the evolution of alcohol studies: A critical essay. *Addiction*, 92(12), 1619–1637. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb02882.x>
- Pedroso Lima, M., & Simões, A. (2000). A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*, 18(2), 171–179. <https://doi.org/10.14417/ap.412>
- Pedroso de Lima, M., Gonçalves, E., Salgueira, A., Gonzalez, A.-J., Costa, J. J., Costa, M. J., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *PSICOLOGIA*, 28(2), 1–10. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v28i2.534>
- Pombo, S., & Lesch, O. (2011). *Para um novo paradigma de intervenção clínica na dependência do álcool: A tipologia alcoólica de Lesch (TAL)*. 17(65–81), 18.
- Raistrick, D., Heather, N., & Godfrey, C. (2006). *Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems*. 213. https://www.researchgate.net/publication/239567502_A_Review_of_the_Effectiveness_of_Treatment_for_Alcohol_Problems
- Rahoui, H., & Reynaud, M. (2008). *Terapias cognitivo-comportamentais e adicções [Cognitive-behavioral therapies and addictions]*. Climepsi Editores.
- Resende, G. L. O. de, Amaral, V. L. A. R. do, Bandeira, M., Gomide, A. de T. S., & Andrade, E. M. R. (2005). Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32(4), 211–217. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000400003>
- Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Personality traits change in adulthood: Reply to Costa and McCrae (2006). *Psychological Bulletin*, 132(1), 29–32. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.29>
- Rodgers, B., Korten, A. E., Jorm, A. F., Christensen, H., Henderson, S., & Jacomb, P. A. (2000). Risk factors for depression and anxiety in abstainers, moderate drinkers and heavy drinkers. *Addiction*, 95(12), 1833–1845. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.9512183312.x>
- Roehrs, H., Lenardt, M. H., & Maftum, M. A. (2008). Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: Reflexão teórica. *Escola Anna Nery*, 12(2), 353–357. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000200024>

- Rollnick, S. R., Heather, N., & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, 25-37.
- Scheff, T. J. (1995). Editor's Introduction: Shame and Related Emotions: An Overview. *American Behavioral Scientist*, 38(8), 1053–1059. <https://doi.org/10.1177/0002764295038008002>
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2017). Theories of Personality. *Theories of Personality*, 516.
- SICAD. (2019). *Sinopse Estatística 2019 – Álcool*. 1–15. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/Documents/2021/SinopseEstatistica19_alcool_PT.pdf
- Silva, L. L. da Coelho, E. B. S., & Caponi, S. N. C. de. (2007). Violência silenciosa: Violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 93–103. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100009>
- Soares, J. R., Nascimento Pereira de Farias, S., Donato, M., Yvone Chaves Mauro, M., Franco dos Santos Araujo, E., & Gack Ghelman, L. (2014). *A importância da família no processo de prevenção da recaída no alcoolismo*. 6.
- Sousa, F. S. P. de, & Oliveira, E. N. (2010). Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 671–677. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300009>
- Szupszynski, K. P. D. R., & Oliveira, M. da S. (2008). *O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química*. 162–173.
- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M.L., Paglia-Boak, A., & MAP Research Team (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 887-898.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney J. & Fischer K. (Eds.) (1995). *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1256–1269. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1256>

- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral Emotions and Moral Behavior. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 345–372. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
- Tarter, R. E. (1975). Personality Characteristics of Male Alcoholics. *Psychological Reports*, 37(1), 91–96. <https://doi.org/10.2466/pr0.1975.37.1.91>
- Van Oers, J. (1999). Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status. *Alcohol and Alcoholism*, 34(1), 78–88. <https://doi.org/10.1093/alcalc/34.1.78>
- Vollrath, M., Torgersen, S., & Alnæs, R. (1995). Personality as long-term predictor of coping. *Personality and Individual Differences*, 18(1), 117–125. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00110-E](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00110-E)
- Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583–1595. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.024>
- WHO. (2021). *Alcohol*. World Health Organization. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/alcohol>
- World Health Organization (Ed.). (2011). *Global status report on alcohol and health*. World Health Organization.