Instituto Superior Miguel Torga

Escola Superior de Altos Estudos

O Modelo Integrativo Change & Grow: Evolução de Sintomas Emocionais e Comportamentais na Perturbação da Adição

ANA PAULA ALMEIDA SILVA AMORIM

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Coimbra, 2015

Instituto Superior Miguel Torga

Escola Superior de Altos Estudos

O Modelo Integrativo Change & Grow: Evolução de Sintomas Emocionais e Comportamentais na Perturbação da Adição

ANA PAULA ALMEIDA SILVA AMORIM

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica; Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha, Professora Auxiliar do ISMT

Coimbra, outubro de 2015

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação não seria possível sem a preciosa colaboração de algumas pessoas que gentilmente me acompanharam, ao longo deste percurso que me trouxe até aqui. A eles, o meu sincero obrigada.

À Professor a Doutora Marina Cunha, minha orientadora, por toda a disponibilidade, competência, empenho, ensinamentos, incentivos, ajuda e dedicação incondicional. Pela calma e confiança que sempre me transmitiu. Pela partilha de um imenso saber científico e valioso contributo na elaboração desta dissertação, sem a Professora Doutora Marina Cunha não teria sido possível, muito obrigada!

Ao Centro de Tratamento Internacional de Villaramadas, na pessoa do Diretor Terapêutico Dr. Eduardo Silva, pela disponibilidade, abertura e apoio que possibilitou a realização deste trabalho.

Aos meus filhos, que amo do fundo do coração, por todo o apoio, carinho, incentivo que me deram ao longo deste percurso e pela compreensão perante os meus retiros e ausências.

Ao André por ser o meu companheiro de vida, que me incentivou, sempre acreditou em mim e nunca me deixou desistir. Por toda a paciência e ajuda prestada ao longo destes cinco anos e por colmatar minha ausência junto dos nossos filhos.

À minha irmã pelo carinho sempre demonstrado na forma como sempre me acolheu e apoiou. À minha mãe, pelo amor incondicional, suporte, apoio e incentivo.

À minha colega de curso Carla Bizarro, grande amiga, com quem compartilhei bons e maus momentos, sempre presente, com quem aprendi e cresci imenso ao longo deste percurso.

Aos meus colegas de trabalho, em particular ao Dário, Cristina, Daniela e Pedro pelo apoio, incentivo e pela disponibilidade para me substituir.

À Marta pela disponibilidade sempre demonstrada, partilha, compreensão, apoio e incentivo.

Aos restantes amigos, conhecidos e familiares que de alguma forma contribuíram para o meu sucesso académico!

A todos, Muito Obrigada!

Resumo

Introdução: A dependência é considerada um fenómeno complexo, inserido num contexto de igual complexidade, dada a quantidade de variáveis que nele interfere, e ao mesmo tempo, por ele influenciadas. O tratamento desta perturbação deve ser planeado tendo em consideração a singularidade e necessidades de cada paciente, não se focando apenas no tipo de substância ou problema e centrando-se efetivamente nas pessoas e na relação que estas estabelecem com o agente causador da dependência.

Objetivo: O presente estudo procura avaliar e analisar a evolução de determinadas variáveis como sintomas psicopatológicos (e.g. depressão, ansiedade e stress), processos psicológicos/regulação emocional (e.g., auto compaixão e a inflexibilidade psicológica), experiências precoces na infância (memórias de calor e segurança na interação com os pais) e estados emocionais (e.g., vergonha externa e interna, autoestima, afeto positivo e afeto negativo), de pacientes em várias fases do tratamento, com diagnóstico de perturbações relacionadas com o uso de substâncias e perturbações com outras adições, perturbações de personalidade e problemas emocionais e comportamentais, que se encontram em regime de internamento em Comunidade Terapêutica.

Método: A amostra do nosso estudo longitudinal foi constituída por 32 pacientes, com idades compreendidas entre os 15 e 55 anos, de ambos os sexos, em tratamento. Os pacientes preencheram uma folha de dados sociodemográficos e questionários fidedignos em dois momentos distintos, com um intervalo de cinco meses, para avaliar sintomas de psicopatologia (Depression, Anxiety, Stress Scales -DASS-21), vivências de vergonha (Internalized Shame Scale – ISS; Other as Shamer-Brief - OAS2), a inflexibilidade psicológica (Acceptance and Action Questionnaire-II -AAQ-II), a auto compaixão (Self – compassion Scale - SELFCS), afeto positivo e afeto negativo (Positive and Negative Affect Schedule –PANAS), e as memórias precoces de calor e segurança (Early Memories of Warmth and Safeness Scale - EMWS).

Resultados: Os resultados obtidos indicam que, à exceção das memórias precoces de calor e segurança, houve diferenças significativas em todos os valores reportados pelos pacientes nos dois momentos. Verificou-se uma redução significativa a nível dos sintomas psicopatológicos. Relativamente aos processos de regulação emocional, verificou-se um aumento da auto compaixão e uma diminuição da inflexibilidade psicológica. Por último, verificou-se ainda uma diminuição dos estados emocionais como a vergonha externa e

interna, bem como do afeto negativo, verificando-se, simultaneamente, um aumento da autoestima e do afeto positivo, após cinco meses de intervenção

Conclusão: O presente estudo tem um papel inovador por abordar e dar a conhecer a intervenção com o Modelo Terapêutico Change & Grow, indicando os seus resultados efeitos promissores ao nível da mudança terapêutica. Realçamos as implicações clínicas dos resultados obtidos.

O tratamento através do Modelo Terapêutico Change & Grow, por se tratar de um modelo integrativo de várias correntes da psicologia, e por conseguinte holístico, não se foca somente na abstinência de substâncias ou na diminuição da sintomatologia, mas procura promover o desenvolvimento pessoal, o crescimento interior e a mudança através da valorização pessoal, transformando estilos de vida em trajetórias individuais mais funcionais, adaptativas e equilibradas, em suma mais saudáveis.

Palavras-chave: Dependência, Comunidade Terapêutica, Vergonha, Auto Compaixão, Inflexibilidade Psicológica, Memórias Precoces de Calor e Segurança, Psicopatologia, Afetos

Abstract

Introduction: Addiction is considered a complex phenomenon, set within a framework of equal complexity, given the amount of variables which interfere with it, and at the same time, are influenced by it. The treatment for this disorder should be designed taking into account the uniqueness and needs of each patient, not just focusing on the type of substance or problem, but effectively targeting the people and the relationship they establish with the agent that causes the addiction.

Objective: This study seeks to assess and analyse the evolution of certain variables such as psychopathological symptoms (e.g., depression, anxiety and stress), psychological processes / emotional regulation (e.g., self-compassion and psychological inflexibility), early childhood experiences (memories of warmth and safeness when interacting with parents) and emotional states (e.g., external and internal shame, self-esteem, positive affect and negative affect), on patients at various treatment stages, diagnosed with disorders related to substance use and disorders with other addictions, personality disorders and emotional and behavioural problems, who are in-patient therapeutic community.

Method: The sample of our longitudinal study consisted of 32 patients, aged between 15 and 55 years, of both sexes, in treatment. Patients filled in a sociodemographic data sheet and reliable questionnaires at two distinct moments, with an interval of five months to evaluate symptoms of psychopathology (Depression, Anxiety, Stress Scales -DASS-21), shame experiences (Internalized Shame Scale – ISS; Other as Shamer-Brief - OAS2), psychological inflexibility (Acceptance and Action Questionnaire-II -AAQ-II), self-compassion (Self – compassion Scale - SELFCS), positive affect and negative affect (Positive and Negative Affect Schedule -PANAS), and early memories of warmth and safeness (Early Memories of Warmth and Safeness Scale - EMWS).

Results: The results indicate that, except for the early memories of warmth and safeness, there were significant differences in all the figures reported by patients at the two moments. Psychological symptoms were significantly reduced. As far as the emotional regulation processes were concerned, self-compassion increased and psychological inflexibility decreased. Finally, there was also a decline in emotional states such as external and internal shame, as well as the negative affect, being simultaneously verified an increased self-esteem and positive affect, after five months of intervention.

Conclusion: This study is groundbreaking as it addresses and raises awareness to the intervention with the Therapeutic Model Change & Grow, whose results show promising

effects on the therapeutic change. We highlight the clinical implications of the results. The Therapeutic Model Change & Grow treatment, since it is an integrative model of several psychology trends, and therefore holistic, does not focus only on the abstinence from substances or the decrease of symptoms, but seeks to promote personal development, inner growth and change through personal enrichment, by modifying lifestyles into more functional, adaptive and balanced, in short, healthier individual trajectories.

Keywords: Addiction, Therapeutic Community, Shame, Self-Compassion, Psychological Inflexibility, Early Memories of Warmth and Safeness, Psychopathology, Affects

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo analisar e explicar a evolução emocional e comportamental de pacientes com Perturbações da adição em várias fases de tratamento, em regime de internamento. Da amostra do estudo fazem parte pacientes em várias fases do tratamento, com diagnóstico de perturbações relacionadas com o uso de substâncias e perturbações com outras adições, perturbações de personalidade e problemas emocionais e comportamentais, sendo as dependências com uso de substâncias as que têm maior prevalência. Por este motivo o tema abordado será a Perturbação de Uso de Substâncias.

Segundo o DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2014) a Perturbação de Uso de Substâncias é definida como um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo continua a usar a substância apesar da existência de problemas significativos relacionados com a substância.

A dependência é um fenómeno extremamente complexo, que influência o individuo a vários níveis: a nível comportamental, manifesta-se na procura de uma determinada substância ou na repetição de determinado comportamento; a nível psicológico, o sujeito é de tal maneira absorvido pelo objeto da sua dependência, que não consegue evitá-la ou diminuí-la e descuida todo o resto desde as relações afetivas ao trabalho, etc. (Guerreschi, 2009).

No decurso dos últimos anos, tem-se vindo a questionar se não será desejável planear e desenhar intervenções tirando o enfoque das substâncias ou problemas e centrando-as efetivamente nas pessoas, na relação que elas estabelecem com o agente causador de dependência. Mais, a intervenção em dependências vai mais além do que diagnosticar e tratar a doença. A prevenção é mais do que evitar a doença. É capacitar e treinar para escolhas, fomentar o espírito crítico, alicerçar a tomada de decisão. A redução de riscos e minimização de danos é fundamental para um vasto número de utilizadores de substâncias e a reinserção capacita o indivíduo para que este se reinvente (Durão, 2013).

Neste contexto, nascem as comunidades terapêuticas, com programas específicos para a reabilitação de pacientes com situações de dependência, através da organização estruturada de um conjunto de regras a cumprir por todos quantos lá vivam, participando ativamente na vida da comunidade durante um período de vários meses. Segundo Becõna e Martín (2004), as comunidades terapêuticas são centros residenciais que prestam cuidados aos indivíduos com problema de adição em regime de internamento.

As motivações que sustentam a decisão de abordar o tema escolhido decorrem da experiência e do interesse pessoal desenvolvido durante o estágio curricular na Comunidade

Terapêutica VillaRamadas e, também, porque através de pesquisa, verificou-se a escassez de estudos em Portugal sobre tratamentos em comunidades terapêuticas.

VillaRamadas - Centro de Tratamento Internacional, é uma Unidade de Saúde privada, cuja a unidade residencial se encontra divida em dois espaços físicos (Comunidade Terapêutica) com a capacidade para quarenta e oito pacientes, situadas no concelho de Alcobaça. Utiliza o modelo terapêutico próprio designado por Change & Grow, propondo-se a tratar problemáticas no âmbito das dependências, sejam elas químicas (álcool, drogas ilegais/legais e medicação), sejam dependências emocionais (depressão, co dependência, raiva e luto) ou sejam dependências comportamentais (anorexia/bulimia, jogo, sexo, perturbações obsessivas compulsivas, fobias, automutilação e internet) (Silva, 2012).

O objetivo principal deste Centro de tratamento é proporcionar um modelo de tratamento, que assente no desenvolvimento pessoal, para ajudar todo o indivíduo que seja adito ou não, a tornar-se autossuficiente em relação à tomada de decisões, aprendendo ou reaprendendo a viver de uma forma saudável, equilibrada, confiante, dinâmica, responsável e estável (Silva, 2012).

Modelo de Intervenção e Organização do Programa

Perante a dualidade problema/solução, concluiu-se que apesar de nem todos os indivíduos se poderem identificar através da raiz dos seus problemas, todos se podiam identificar através da procura da solução para os mesmos e este foi o primeiro passo para a concretização de um novo conceito de desenvolvimento pessoal e de autoajuda, de nome *Change & Grow* (Silva, 2012). Um conceito cujo ênfase deveria ser colocado, não no elemento que promove a separação de todos os que têm problemas, ou seja, a sua origem e as suas diferenças, mas sim num novo elemento, a solução, mais positivo e que promovesse a união, a empatia e a identificação de todos eles, independentemente dos seus problemas, patologias ou até mesmo da falta de umas e outras (Silva, 2012).

O Modelo Terapêutico *Change & Grow*, foi criado e desenvolvido no Centro de Tratamento Internacional de VillaRamadas, onde atualmente é utilizado, não só para o tratamento integrado dos mais variados tipos de dependências e perturbações (químicas, emocionais e comportamentais), mas também como instrumento de crescimento interior e desenvolvimento pessoal, por possuir um caráter psicopedagógico e motivacional (Silva, 2012).

É um modelo psicoterapêutico integrativo uma vez que este modelo é fortemente influenciado e integra diferentes correntes concetuais clássicas e contemporâneas da Psicologia: Humanista (viver o momento presente, princípio da congruência, centrada na pessoa), Psicodinâmica (introspeção, mecanismos de defesa, associação livre de ideias, catarse emocional), Psicodrama (dramatização de papeis), Sistémica (dinâmicas de grupo, circularidade, feedback positivo), Cognitivo-Comportamental (promoção de competências pessoais e sociais, técnicas de relaxamento, registos de auto monitorização, modelagem, dessensibilização sistemática, restruturação cognitiva), *Gestalt* (totalidade do ser), Positiva (*mindfulness*, bem estar subjetivo, felicidade, espiritualidade, fluir). Existe também uma influência na construção deste modelo de outras áreas do comportamento humano com alguns aspetos da PNL – Programação Neuro Linguística (padrões de comunicação inconscientes) assim como a adaptação do programa de 12 passos de Alcoólicos Anónimos (Silva, 2012).

O modelo *Change & Grow* alicerça-se em Cinco Princípios básicos e fundamentais, que são desenvolvidos ao longo das etapas do tratamento: Verdade, Aceitação, Gratidão, Amor e Responsabilidade, coadjuvados por Doze Promessas e por Doze Passos. Coloca o seu foco, não nos problemas ou dependências, mas na sua solução (Silva, 2012).

O programa é desenvolvido através de trabalhos escritos, preparados e desenvolvidos para o efeito, num espaço de tempo pré definido. O plano terapêutico de cada paciente desenvolve-se em cada uma das etapas, por determinado tempo, em que tem de fazer determinados trabalhos terapêuticos. O objetivo é ultrapassar as várias etapas, alcançando o final de tratamento por mérito próprio.

Os cinco princípios de Change & Grow:

Verdade: O compromisso com a verdade é uma promessa básica da integridade do ser humano, e pressupõe veracidade nas palavras e transparência nas atitudes. Este princípio permite a cada um, contactar com os seus sentimentos e pensamentos, a cada instante e libertar-se das dúvidas originadas pelos comportamentos inconsistentes e incoerentes, de modo a manter a consciência leve e tranquila (Silva, 2012).

Aceitação: Este princípio permite a cada um ser como realmente é, permitindo que os outros sejam realmente quem são. A aceitação é um dos principais impulsionadores para o alcance do bem-estar. É através dela que se aprende a aceitar o passado e a usar a favor de cada um tudo aquilo que a vida for oferecendo, incluindo o sofrimento. Quanto mais se praticar a aceitação, maior será a capacidade de adaptação às diferentes situações que vão surgindo no

dia-a-dia, preparando cada um de forma mais livre para percorrer o caminho da mudança e do crescimento interior (Silva, 2012).

Gratidão: Este princípio preenche e deixa cada um agradecido pelas pequenas coisas, mantendo-o de bem consigo, com os outros e com o mundo, contribuindo positivamente para a obtenção de uma vida feliz, diminuindo medos e inseguranças (Silva, 2012).

Amor: O amor é um sentimento que todos procuram e que enquanto não o encontrarem dentro de si, não poderá ser sentido pelos outros. É o mais poderoso sentimento e o único ponto de contacto entre todos os seres humanos. Ao longo da vida, esta vai ensinando que amar será, em essência, obter a capacidade de se distanciar do egocentrismo, libertar-se do medo, do isolamento, envolvendo-se numa realidade muito maior, a dos outros e a do mundo que os rodeia (Silva, 2012).

Responsabilidade: Ser responsável é assumir as consequências dos seus atos intencionais, resultantes de decisões tomadas ou aceites, bem como dos seus atos não intencionais, de maneira a que tanto o próprio como os outros envolvidos sejam, ou beneficiados ou, pelo menos, não prejudicados. Ser responsável é, portanto, a afirmação da identidade e da integridade nas relações que se estabelecem. Cada um, ao reconhecer os seus atos, compreende que são estes que o constroem e o moldam como pessoa perante os próprios e perante os outros. Este princípio permite a cada um, adquirir e manter um estilo de vida honesto, ativo, respeitável e saudável, compreendendo que a sua autorrealização e felicidade depende, essencialmente das suas próprias escolhas (Silva, 2012).

Os Doze Passos Change & Grow

Os doze passos que constituem o referido programa foram reimpressos e adaptados com a permissão de *Alcoholics Anonymous World Services, Inc.* ("AAWS"). Permissão para reimprimir e adotar os Doze Passos não significa que a AAWS seja afiliada a este programa. A.A. é um programa somente para a recuperação de alcoolismo, enquanto esta adaptação dos 12 passos permite que sejam usados para outro tipo de adições e outros contextos.

Antes de trabalhar os 12 passos conhecem-se as 12 promessas como forma de motivação para todo o trabalho.

Quadro I: As 12 Promessa e os 12 Passos de *Change & Grow*

As 12 Promessas de *Change & Grow*	Os 12 Passos de *Change & Grow*
1ª "Iremos conhecer uma nova liberdade e uma nova felicidade"	1º Admitimos que éramos impotentes e que tínhamos perdido o domínio sobre as nossas

	vidas;
2ª "Iremos aceitar o nosso passado, mas não o iremos esquecer"	2º Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à serenidade
3ª "Iremos compreender o significado da palavra Serenidade"	3º Decidimos entregar a nossa vontade e a nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos;
4ª "Iremos experimentar sentimentos de Paz"	4º Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos;
5ª "Independentemente das nossas vivências do passado iremos perceber que os outros poderão beneficiar delas"	5º Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata das nossas falhas;
6ª "Iremos deixar de sentir inutilidade e a autopiedade irá desaparecer"	6º Prontificámo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter;
7ª "Iremos abandonar propósitos meramente egoístas e demostraremos interesse pelos outros"	7º Humildemente Lhe rogámos que nos livrasse das nossas imperfeições;
8ª "Iremos deixar de ser egocêntricos"	8º Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e dispusemo-nos a reparar os danos causados a tais pessoas;
9ª "Iremos aprender uma nova atitude e a ter uma visão positiva de tudo o que nos rodeia"	9º Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem;
10ª "Iremos deixar de sentir medo dos outros e da insegurança financeira"	10º Continuávamos a fazer um inventário pessoal e, quando estávamos errados, admitimo-lo prontamente;
11ª " Iremos passar a saber lidar, intuitivamente, com situações que no passado nos confundiam"	11º Procurámos, através da prece e meditação, melhorar o nosso contacto consciente com Deus, na forma como O concebemos, rogando apenas pelo conhecimento da Sua vontade em relação a nós e pelas forças para realizar essa vontade
12ª "Iremos perceber que juntos conseguimos encontrar a solução para os nossos problemas"	12º Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procurámos transmitir esta mensagem e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

O tratamento é feito em regime de internamento voluntário, com a duração de seis e oito meses conforme a resposta terapêutica de cada paciente, sujeito a regras próprias de uma Comunidade Terapêutica.

Os pacientes diariamente realizam diversas atividades como palestras, *workshops*, reflexões, histórias de vida, prevenção de recaída, etc., e trabalhos escritos com base na leitura de diversos folhetos da autoria de VillaRamadas sobre temas como: Enfrentar o Medo,

o Dom da Aceitação, a Magia da Gratidão, o Valor da Autoestima, História de Vida, Estratégias de Positividade, Assertividade, os 12 Passos, as 12 Promessas (quadro I) e os Cinco Princípios de *Change & Grow* (Verdade, Aceitação, Gratidão, Amor e Responsabilidade) que são a linha orientadora de todos os trabalhos realizados e constituem as várias etapas do tratamento.

Existem grupos de terapias diários, sempre sob orientação de um ou dois terapeutas, que intervém sempre com um objetivo terapêutico, no sentido de ajudar os pacientes a identificar e lidar de forma construtiva com sentimentos e emoções, aumentando sentimentos de pertença. Realizam-se num clima de aceitação e partilha mútua onde se incentiva a participação de todos.

Realizam-se também várias terapias individuais diariamente. Estas terapias, de um para um, podem ter objetivos diferentes. Podem ser pedidas pelos pacientes ou pelo terapeuta e podem servir para avaliar os trabalhos terapêuticos dos pacientes. Podem surgir no seguimento de uma situação que ocorreu no grupo de terapia, pode ter como objetivo a orientação comportamental, emocional ou cognitiva, ou ter como intuito aumentar o conhecimento da história de vida e das dificuldades do paciente, entre outros.

Entre si, os pacientes também realizam minigrupos, constituídos no mínimo por três elementos, com objetivo de partilhar pensamentos, sentimentos e emoções sempre que se sintam mais instáveis, de modo a obterem uma perspetiva mais abrangente e integradora.

No decurso do tratamento na comunidade terapêutica os pacientes tem oportunidade de aproveitar o potencial terapêutico que existe na interação entre as pessoas, desde a equipa terapêutica, aos outros pacientes, permitindo esta interação o desenvolvimento pessoal, a transformação, o crescimento, a mudança, assim como, um maior autoconhecimento e uma perceção de si próprios mais ajustada, uma vez que o ser humano existe e desenvolve-se através da interação e na relação com o outro.

Variáveis psicológicas associadas à dependência e comorbilidade

A experiência psicológica da dependência de uma substância é vivida com um sentimento de grande sofrimento, insatisfação e mal-estar psicológico, com descrições de vivência de ansiedade patológica, uma dificuldade de gestão de *stress*, com a autonomia individual comprometida (física, psíquica, social e afetiva) onde a procura de uma substância permite ao sujeito encontrar um ponto de equilíbrio, uma forma de fuga com recurso a um elemento mágico, independentemente das consequências e danos de desprazer (Patrício, 2002; Ribeiro, 2003). Existem, contudo, segundo Neto (1996) uma série de características

gerais do toxicodependente, que o torna mais vulnerável ao consumo do que os demais, entre muitas, os sentimentos de dependência, de ambivalência interpessoal, de assertividade pobre, de controlo externo em vez de interno, da dificuldade de identificação, da necessidade de aprovação social e da incapacidade de deferir o desejo. Patrício (2002) referiu algumas características psicológicas individuais comuns em sujeitos toxicodependentes, frequentemente assinaladas em contexto clínico, como a baixa tolerância à frustração, o desejo de satisfação imediata, paragem no desenvolvimento/imaturidade entre a idade psicológica e a idade real, dificuldades de autonomia e de separação, dificuldade em projetar-se no futuro, dificuldade do controlo dos impulsos, manipulação das relações afetivas, verbalização de sentimento de vazio psicológico, perturbação de ansiedade, dificuldade em verbalizar e demonstrar afetos. São apontados um conjunto de "carências", sejam elas de que índole for, que levam a que mais tarde o indivíduo fique com a autoestima destruída e com a personalidade muito fragilizada o que, consequentemente, se refletirá na sua incapacidade em superar pressões de dentro das suas próprias casas e das relações interpessoais e em não conseguir superar as pressões do meio em que vive, acabando tragicamente por sucumbir às drogas.

As comorbilidades mais frequentemente encontradas são as perturbações de ansiedade (agorafobia, fobia social, transtorno de pânico), do humor (depressivos e bipolares), da personalidade (*borderline*, antissocial e esquizofrenia), perturbações alimentares e perturbação do défice de atenção/hiperatividade (Zanelatto e Laranjeira, 2013).

Psicopatologia: Depressão, Ansiedade e Stress

A relação entre estados emocionais negativos, como a depressão a ansiedade e o *stress*, tem sido, ao longo da história da Psicologia, alvo de um profundo interesse, quer a nível teórico, quer a nível clínico.

A depressão é muitas vezes conceptualizada como uma "sobrecarga" de cognições e estados de humor negativos. O modelo cognitivo da depressão (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) oferece uma conceptualização importante desta perturbação, ao explicar que mecanismos estarão na base da sua etiologia e manutenção, postulando conceitos como tríade cognitiva, esquemas e erros no processamento de informação. Do conceito de tríade cognitiva fazem parte padrões idiossincráticos na forma como o indivíduo pensa sobre si, sobre o mundo e sobre o futuro. A primeira componente dessa relação triangular tem que ver com a visão negativa que o indivíduo tem sobre si, que se avalia como inadequado, incapaz ou com um défice de atributos físicos, mentais ou morais.

Por conseguinte, o indivíduo tende a interpretar o mundo de uma forma negativa, em que as suas experiências de vida são vistas de uma forma depreciativa, com sentimentos de fracasso ou perda. O terceiro elemento desta tríade consiste numa visão negativa do futuro, com antecipação do fracasso e do sofrimento, que são percecionados como tendo uma evolução indefinida. Com efeito, este modelo considera a sintomatologia depressiva como uma consequência da ativação desses padrões cognitivos negativos (Beck et al., 1979), principalmente os relacionados com o Eu (Clark, Beck & Alford, 1999).

De uma forma geral podemos definir a ansiedade, enquanto sintoma patológico, como uma sensação de apreensão causada pela antecipação de perigo, quer interno quer externo. A ansiedade pode assumir um foco situacional, surgindo apenas durante determinadas situações, ou de uma forma imprevisível e aleatória. Quanto à depressão, enquanto sintoma, esta é caracterizada por sentimentos psicopatológicos de tristeza, que devem ser distinguidos da tristeza adaptativa, associada ao processo adaptativo de lidar com uma perda (Fainman, 2004).

A ansiedade e a depressão encontram-se no "reportório" de afetos de todos os indivíduos, e ambas fazem parte de processos evolucionários, possuindo uma função adaptativa útil perante determinadas situações. Estas componentes do espectro dos afetos humanos tornam-se patológicas quando se prolongam por um período superior ao necessário para lidar com uma dada situação, provocando assim limitações significativas ao funcionamento do indivíduo (Fainman, 2004).

Quanto ao conceito de *stress*, este é caracterizado, de uma forma abrangente, como uma "carga", ou exigência de origem externa que exerce a sua influência sobre um sistema biológico, social ou fisiológico (Lazarus, 1993). De um ponto de vista cognitivo, o *stress* pode ser percebido como uma "chamada para a ação", uma tomada de consciência do indivíduo para a necessidade de fazer algo em relação a um determinado estado de situação (Saranson & Saranson, 1981) Ao mesmo tempo o *stress* inclui-se na categoria de "estado afetivo ou emocional" e parece apresentar uma clara afinidade com o conceito de ansiedade (Lovibond & Lovibond, 1994), já que os efeitos do *stress* parecem afetar a forma como o indivíduo perceciona a natureza das situações com que se depara, assim como a sua capacidade para lidar com elas (Magnusson & Stattin, 1982).

Vergonha Interna e Externa

A vergonha é uma emoção transversal a todos os indivíduos, que envolve uma avaliação global negativa acerca de si mesmo (Tangney & Dearing, 2002). Caracteriza-se também por

um sentimento doloroso que tem um impacto negativo sobre o comportamento interpessoal (Tangney & Dearing, 2002; Tracy, Robins & Tangney, 2007). Segundo Tangney e Dearing (2002), esta emoção desenvolve-se ao nível das experiências interpessoais precoces na família, e noutros relacionamentos importantes. Assim, a experiência de vergonha pode guiar o nosso comportamento enquanto pessoas e influenciar o que nós somos aos nossos próprios olhos (Tangney & Dearing, 2002). Deste modo, quando um indivíduo experiencia vergonha, torna-se consciente de si mesmo como um objeto na mente do outro que provoca sentimentos de desprezo, nojo e aversão (Gilbert & Miles, 2002).

Gilbert (2002) distingue dois tipos de vergonha, especificamente a vergonha externa e a vergonha interna. A vergonha externa refere - se a uma constelação de pensamentos e sentimentos acerca do *self* como objeto social, assim como às expetativas e experiências de aceitação ou rejeição por parte dos outros. Ou seja, este tipo de vergonha ocorre quando experienciamos o *self* através da mente dos outros ou como se existíssemos na mente dos outros de forma negativa (Gilbert, 2002).

A vergonha externa está assim associada ao medo da exposição que poderá resultar numa forma de diminuição social, desvalorização ou rejeição, o que poderá motivar a ocultação de aspetos pouco atraentes do Eu aos outros (Lewis, 1992).

Por sua vez, a vergonha interna relaciona-se com uma dinâmica interna do *self* e com a forma como a pessoa se vê, se julga e se experiencia envolvendo-se em atribuições internas que se centram em autoavaliações, auto desvalorizações e autocrítica, em que o Eu é percecionado como sem valor, fraco, indesejado e inadequado (Gilbert, 1998). A internalização da vergonha emerge quando o indivíduo tem a visão do outro como superior, com capacidade, direito e legitimidade para avaliá-lo e julgá-lo, exercendo sobre si um papel de dominância que o faz, sob determinadas regras, adotar uma posição de submissão.

Em conclusão, a vergonha desempenha um papel fundamental na forma como nos comportamos, pois determina o nosso comportamento em contextos sociais influenciando os sentimentos que desenvolvemos em relação a nós próprios, contribuindo na formação da nossa identidade, aceitabilidade e desejabilidade social (Gilbert, 1998; Pinto-Gouveia & Matos, 2010; Tangney & Dearing, 2002).

Inflexibilidade vs Aceitação Psicológica

A incapacidade de agir de forma eficaz e de acordo com os valores, na presença de pensamentos, emoções ou sensações físicas desagradáveis, é referida como inflexibilidade

psicológica (Greco, Blackledge, Coyne, & Ehreneich, 2005; Hayes, 2004; O'Brien, Larson, & Murrel, 2008).

De acordo com a Terapia da Aceitação e do Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy, ACT*), o sofrimento humano é exacerbado pela inflexibilidade psicológica, a qual resulta de dois processos interrelacionados: a fusão cognitiva e o evitamento experiencial (Baer & Krietemeyer, 2006; Hayes, 2004). A fusão cognitiva refere-se ao processo de envolvimento com o conteúdo dos acontecimentos privados (e.g., pensamentos, sensações corporais, sentimentos, memórias) e com a resposta aos mesmos, como se fossem literalmente verdadeiros, mais do que observar o processo de pensar e sentir em curso (Luoma & Hayes, 2003). No contexto da ACT, a fusão cognitiva é descrita como o modo pelo qual os pensamentos sobre determinado evento se fundem com o acontecimento real. Os pensamentos sobre os aspetos privados evocam uma reação emocional como o acontecimento em si, levando a determinados comportamentos.

Assim definida, a fusão cognitiva conduz ao evitamento experiencial, ou seja, à indisponibilidade do indivíduo para experienciar certos eventos privados (e.g., pensamentos, sensações corporais, sentimentos, memórias), o que o leva a recorrer a diversas estratégias para os evitar, alterar ou controlar (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). No polo oposto, encontra-se o conceito de aceitação psicológica (Hayes & Pankey, 2003), o qual se refere à abertura ou disponibilidade para experienciar os eventos privados tal como eles são, sem qualquer luta ou defesa (Hayes et al., 1999). O evitamento experiencial é um processo omnipresente, aprendido precocemente e reforçado pela comunidade sócio verbal ao longo da vida. Os esforços de controlo cognitivo e emocional parecem altamente resistentes à mudança, em grande parte, devido aos pressupostos culturais de que os pensamentos e sentimentos dolorosos são, de alguma forma, maus e devem ser controlados e evitados a todo custo. Os seres humanos tendem a persistir ineficazmente, e até mesmo prejudicialmente, nos comportamentos de fuga/controlo devido ao alívio imediato ou a curto prazo que esses comportamentos produzem. No entanto, a longo prazo, esses mesmos comportamentos podem levar a um aumento contraditório do sofrimento e acrescentar outros problemas pessoais (Greco, Lambert, & Baer, 2008). O evitamento experiencial tem sido identificado como um processo mal adaptativo caracterizado por um padrão de resposta restrito e inflexível e associado a resultados pobres de saúde mental e a uma fraca qualidade de vida (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Stroshal 1996).

A terapia ACT tem como principal objetivo promover simultaneamente a aceitação psicológica e diminuir o evitamento experiencial de forma a aumentar a flexibilidade

psicológica (Hayes, Pistorello, & Levin, 2012). A flexibilidade psicológica pode ser definida como o contacto consciente com o momento presente tal e qual como ele é e não como se diz ser, sem tentar controlar pensamentos, emoções, memórias e sensações físicas que sejam aversivos, agindo em direção aos valores de vida (e.g., Hayes et al., 1999; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

Auto Compaixão

A psicologia ocidental conceptualiza a compaixão duma forma mais ampla, como uma combinação de motivos, emoções, pensamentos e comportamentos que nos abre ao sofrimento dos outros e de nós próprios, levando-nos a compreender esse sofrimento duma forma não avaliativa, bem como a atuar tendo em vista o seu alívio (Gilbert, 2005).

Envolve estar aberto ao sofrimento dos outros, o desejo de os ajudar a diminuir o sofrimento, tolerância oferecendo aos outros paciência, bondade e uma atitude não crítica, reconhecendo que todos os seres humanos são imperfeitos e cometem erros. De forma muito semelhante, a auto compaixão, relaciona-se com o estar aberto ao próprio sofrimento, experienciando sentimentos de afeto, bondade e compreensão para com o próprio, evitando o julgamento relacionado com os fracassos ou inadequações, reconhecendo que essas experiências são comuns nos seres humanos (Neff, 2003a). A auto compaixão é diferente da autopiedade. Quando os indivíduos sentem autopiedade, sentem-se desligados dos outros, ficam absorvidos pelos seus próprios problemas e esquecem-se que os outros também experienciam dificuldades semelhantes ou piores, aumentando o sofrimento pessoal. Este processo pode ser chamado de sobre identificação com a experiência interna, onde o *Eu* fica imerso nas reações emocionais o que faz com que seja difícil de se distanciar da situação e de adotar uma perspetiva mais objetiva (Neff, 2003a). Pelo contrário, a auto compaixão requer uma atividade metacognitiva que permita o reconhecimento das experiências interativas do *eu*-outros, que quebre o ciclo da sobre identificação e que aumente o sentimento de ligação e de interconetividade, diminuindo os sentimentos egocêntricos de separação e isolamento. Tende a colocar as experiências pessoais numa perspetiva maior, em que a extensão do sofrimento assume maior clareza. Uma atitude compassiva para com o E*u* implica uma perspetiva mental equilibrada, ou seja, um estado da mente aberto, recetivo e não avaliativo em que o indivíduo observa os seus pensamentos e sentimentos tal como eles aparecem na corrente da consciência sem tentar modificá-los, eliminá-los ou evitá-los (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Teasdale et al., 2000).

Neff definiu a auto compaixão como sendo composta por três grandes componentes: calor/compreensão, condição humana e *mindfulness* (Neff, 2003b). O calor/compreensão refere-se à tendência para ser caloroso, encorajador e compreensivo para com o próprio em vez de fazer julgamentos. A condição humana, central para a auto compaixão, envolve o reconhecimento que todas as pessoas têm problemas, cometem erros, e sentem-se inadequados de alguma forma. E por último o *mindfulness*, envolve estar consciente da experiência presente de forma clara e equilibrada de modo a que não sejam ignorados ou exacerbados os aspetos negativos do eu e da nossa vida. Estes componentes são conceptualmente e fenomenologicamente distintos apesar de serem interativos e interdependentes. Assim, ter uma verdadeira atitude auto compassiva pressupõe desejar bem-estar ao eu, encorajá-lo a mudar de forma calorosa quando necessário e a retificar padrões de comportamento disfuncionais e dolorosos (Neff, 2003a).

A auto compaixão pode ser vista como uma estratégia de regulação emocional extremamente útil, em que os sentimentos e pensamentos negativos não são evitados, mas sim encarados com uma consciência clara, cuidada e compreensiva e com um sentido de partilha comum da experiência. As emoções negativas são transformadas em estados emocionais positivos, permitindo uma apreensão mais clara da situação e a adoção de ações para com o *Eu* ou meio mais apropriadas e eficazes (Folkman & Moskowitz, 2000; Isen, 2000; Neff, 2003a). Se os indivíduos forem auto compassivos perante experiências de fracasso ou inadequação conseguem ter uma atitude compreensiva, de calor e tolerância, reconhecendo que ser-se imperfeito e cometer erros faz parte da experiência humana comum, ou seja, alguma coisa que acontece a todos e não apenas "a mim". Ao fazerem isso os indivíduos colocam a experiência humana numa perspetiva mental mais clara e equilibrada em que as emoções negativas não são suprimidas ou evitadas, mas sim aceites como são no momento presente.

Memórias Precoces de Calor e Segurança

A forma como foram armazenadas memórias de afeto e de segurança na infância, detém implicações importantes naquilo que são as diferenças individuais e, por conseguinte, na forma como cada indivíduo interpreta e experiência diferentes situações de vida (Cardwell, 2009; Vaz-Serra, 2002). Graças a essas memórias, são atribuídos significados específicos aos estímulos e, ao entrar numa situação nova, as experiências do passado indicam ao indivíduo o que os outros esperam de si e como deverá agir (Vaz-Serra, 2002) nesse contexto.

Com efeito, o estabelecimento de uma interação entre a criança, solicitadora de cuidados, e o cuidador, contribuirão para o desenvolvimento, naquela, de modelos internos de vinculação sobre o si, sobre os outros significativos e sobre o mundo que, por sua vez, desempenharão um papel essencial na forma como construirá o seu mundo social, como se comportará socialmente e como orientará o seu comportamento em situações novas (Piealage, Gerslma & Schaap, 2000). Tal como refere Ainsworth & Bowlby (1991), o desenvolvimento de ligações de afeto e de proximidade ao longo do ciclo de vida funcionam como uma necessidade humana básica, ao promoverem segurança, exploração de si, dos outros e do mundo de uma forma confiante.

Segundo Gilbert (2005), o afeto comporta três características principais: a) garante sinais de investimento e interesse, que funcionam não apenas como tranquilizadores, mas também como uma espécie de interruptores para a organização interna de segurança do indivíduo; b) envolve a partilha de afeto positivo que estimula sentimentos de afiliação e ; c) é tanto mais provável quanto mais seguros os indivíduos se sentirem uns com os outros. De acordo com o mesmo autor, sinais de calor, de afeto e de carinho por parte dos cuidadores funcionam como informações valiosas para a criança de que é valorizada e amada pelos outros e, por conseguinte, investir com segurança em relações conducentes às suas necessidades afetivas (Gilbert, 1989; 2002). Tendo todos estes aspetos em conta, apreende-se que indivíduos com uma vinculação insegura e ansiosa, que se sentem facilmente ameaçados e que normalmente adotam comportamentos de defesa para com os outros, possam ter uma maior dificuldade em sentir e em expressar afeto do que indivíduos com uma vinculação securizante (Gilbert, 1989; 2002). Por outro lado, a vulnerabilidade para dificuldades ao nível da vergonha está, normalmente, associada a memórias e a sentimentos de rejeição, crítica e humilhação (Gilbert, 1998; 2002), sendo que experiências de vergonha têm sido sugeridas como fundamentais na identidade pessoal e na construção de narrativas de vida (Pinto-Gouveia & Matos, 2011).

Afeto Positivo e Afeto Negativo

Tem sido sugerido na literatura que o estado emocional e o afeto positivo e negativo são constructos intrinsecamente relacionados, dimensões aliás cruciais para compreender a experiência emocional subjetiva (e.g., Watson, Clark & Tellegen, 1984). Níveis superiores de afeto positivo encontram-se associados a estados emocionais como a tranquilidade, o bem-estar e a felicidade e, estados emocionais como a ansiedade, a tensão, a tristeza e a raiva dizem respeito a emoções típicas de estados de afeto negativo (Watson & Clark, 1988).

Existem aspetos diferenciadores dos dois sistemas de afeto a ter em conta. Sabe-se que o sistema de afeto negativo apresenta uma maior reatividade, respondendo de forma mais rápida a estímulos negativos (e.g, Ito & Cacioppo, 2005). Sugere-se, igualmente, que aqueles estímulos, ou se quisermos, situações de vida negativas, são armazenados na memória de uma forma mais acessível (Musch & Klauer, 2003 cit in Larsen, 2009), além de requererem um nível mais elevado de recursos atencionais. Larsen (2009) também aponta para o facto da experiência de estados emocionais mais recentes exercer um maior impacto no indivíduo do que os mais distantes no tempo.

O presente estudo tem como principal objetivo analisar a evolução do comportamento de pacientes em tratamento no Centro de tratamento VillaRamadas, internados por um período de pelo menos seis meses, que se encontram em várias fases do tratamento.

De acordo com os componentes do tratamento e objetivos terapêuticos, espera-se que após cinco meses de intervenção os pacientes apresentem melhorias significativas ao nível dos sintomas psicopatológicos, dos processos de regulação emocional e dos estados afetivos. Especificamente, é expectável que apresentem:

a) Diminuição significativa da sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao *stress*;

b) Aumento significativo dos processos adaptativos de regulação emocional (auto compaixão) e diminuição de estratégias nocivas (e.g., evitamento experiencial, sobre identificação, autocrítica);

c) Diminuição significativa do afeto negativo e aumento do afeto positivo;

d) Diminuição significativa dos sentimentos de vergonha externa e interna;

e) Ausência de diferenças significativas na perceção das memórias precoces de calor e segurança na interação com os pais;

Materiais e Métodos

O presente estudo utiliza uma metodologia de investigação quantitativa, uma vez que se recolheram dados quantificáveis e longitudinais, tendo a recolha de dados sido realizada em dois momentos distintos, com um intervalo de cinco meses entre cada momento. Procura analisar, comparando os dois momentos de avaliação, a evolução de sintomas de psicopatologia (e.g. depressão, ansiedade e *stress*), de processos psicológicos como, auto compaixão, a inflexibilidade *versus* aceitação psicológica, da perceção de memórias de calor e segurança na infância, e de estados (emocionais) como: vergonha interna, vergonha externa, autoestima e dos afetos positivo e negativo.

Participantes

A amostra do presente estudo longitudinal foi obtida por amostragem não probabilística por conveniência, isto é, a todos os utentes em internamento na Unidade Terapêutica VillaRamadas, cujo tratamento se iniciou há menos de dois meses. A referida amostra é constituída por trinta e dois sujeitos, de ambos os géneros, embora com uma maior prevalência de indivíduos do sexo masculino, conforme o descrito na tabela 1.

Os sujeitos da amostra foram selecionados pelos seguintes critérios de inclusão: 1) estar em tratamento/internamento na Unidade Terapêutica VillaRamadas; 2) aceitar participar no estudo; 3) possuir aptidão de leitura e escrita autónoma. Como critérios de exclusão destaca-se os doentes confusos e desorientados.

A tabela 2 refere-se à problemática que leva o paciente ao tratamento, verificando-se que 23 dos pacientes se encontram internados por perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas, representando 71,9% da amostra, sendo esta a perturbação que se destaca como a problemática dominante. As perturbações de personalidade representam 12,5% do universo dos pacientes em tratamento, seguindo-se as perturbações depressivas que correspondem a 9,4%, tendo as perturbações da alimentação e da ingestão, bem como as do espectro da esquizofrenia uma representação de 3,1% cada.

Relativamente ao tempo de tratamento, destaca-se o facto de 75% da amostra se encontrar em tratamento há menos de 2 meses.

Tabela 1

Caraterísticas Sociodemográficas da amostra (N = 32)

Sexo			
Masculino	n = 20	Feminino	n = 12
Idade			
Média de Idades	30, 5 anos	Mínimo – 15 anos	Máximo – 55 anos
Escolaridade			
		n	**%**
Ensino Básico		4	12,5
Ensino Secundário		12	37,5
Curso Profissional		5	15,6

Bacharelato	2	6,3
Licenciatura	9	28,1
Total	32	100
Estado Civil		
	n	%
Solteiro	26	81,3
Casado/União Facto	6	18,7
Total	32	100

Tabela 2

Tempo e Motivo de tratamento

Tempo (meses) – 1º Momento	n	%
0	14	43,8
1	3	9,4
2	7	21,8
3	8	25
Total	32	100
Motivo do tratamento		
Perturbações	n	**%**
Perturbações relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas	23	71,9
Perturbações da Alimentação e da Ingestão	1	3,1
Perturbações Depressivas	3	9,4
Perturbações do Espectro da Esquizofrenia	1	3,1
Perturbações da Personalidade	4	12,5
Total	32	100

Instrumentos

Para além dos dados recolhidos para a caracterização sociodemográfica e clínica através de um breve questionário, utilizaram-se ainda os seguintes instrumentos de avaliação:

Depressão, Ansiedade e Stress

Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS-21); (Lovibond, & Lovibond, 1995; versão portuguesa por Pais - Ribeiro, Honrado, & Lea l, 2004). A DASS -21 é uma medida de autorresposta que avalia sintomas de Ansiedade, Depressão e *Stress*. Esta versão reduzida da escala original comtempla 21 itens. Os itens são respondidos através de uma escala de 4 pontos (0 corresponde a "não se aplicou nada a mim" e 3 "aplicou - se a mim a maior parte das vezes") e remetem para sintomas emocionais negativos, distribuídos de modo equivalente por três subescalas: depressão (e.g., "senti que a vida não tinha sentido"), ansiedade (e.g., "senti dificuldades em respirar") e *stress* (e.g., "senti que estava a utilizar muita energia nervosa"). As pontuações de cada subescala variam entre 0 e 21 pontos, sendo que valores mais elevados traduzem - se em níveis mais elevados de depressão, ansiedade e *stress*, ou seja, estados afetivos mais negativos.

Relativamente à consistência interna por escala, verificou - se uma elevada consistência interna quer na versão original, quer na versão portuguesa; com alfas de Cronbach entre .74 e .91 (Lovibond, & Lovibond, 1995; versão portuguesa por Pais - Ribeiro, Honrado, & Lea l, 2004). Possui também boa validade convergente e discriminante.

Vergonha Interna

Internalized Shame Scale (ISS; Cook, 1996; Versão portuguesa de Matos, Pinto - Gouveia, & Duarte, 2012) é um instrumento que procura avaliar sentimentos de vergonha interna nos indivíduos. A escala é constituída por 30 itens que descrevem sentimentos e experiências geralmente penosas ou negativas.

É composta por duas subescalas: uma com 24 itens que produz a subescala Vergonha, sendo a medida principal do componente traço da vergonha, e a subescala autoestima com 6 itens (Matos, Pinto - Gouveia, & Duarte, 2012), pode ser utilizada como uma medida rápida positiva autoestima. Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos em que 0 "Nunca" a 4 "Quase sempre". No que diz respeito à consistência interna, o estudo de Cook (1996) apontou para um valor elevado para uma amostra da população geral, quer para a dimensão vergonha total quer para a autoestima (α = .95; α = .90, respetivamente). O coeficiente alfa encontrado na versão portuguesa para as subescalas vergonha e autoestima foi de α = .95 e α = .85, respetivamente (Matos, Pinto - Gouveia, & Duarte, 2012).

Vergonha externa

Other as Shamer-Brief (OAS2); (versão portuguesa de Matos, Pinto Gouveia, Gilbert, Duarte & Figueiredo, 2014).

Este questionário é uma versão breve do *Other as Shamer Scale* (Goss, Gilbert, & Alan, 1994) e pretende avaliar a visão que o indivíduo possui acerca do que os outros pensam acerca de si, isto é, a vergonha externa. Deste modo, os 8 itens que constituem a escala descrevem sentimentos ou experiências que remetem para a forma como o participante sente que os outros o percecionam. O questionário utiliza uma escala de resposta tipo *Likert*, que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Quase sempre). A consistência interna obtida para a versão breve foi de .85. O coeficiente alfa encontrado na versão portuguesa a escala mostrou uma boa consistência interna .82 (Matos, Pinto - Gouveia, Gilbert, Duarte & Figueiredo, 2014).

Inflexibilidade Psicológica

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II); Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012, é uma versão reduzida do AAQ-I que avalia a inflexibilidade psicológica geral (Bond et al., 2011). Consiste numa escala de 7 itens do tipo *Likert*, nos quais o participante tem de selecionar de 1 ("nunca verdadeiro") a 7 ("sempre verdadeiro") revelando de que forma a afirmação é verdadeira para si. A versão original da escala obteve um valor de alfa de Cronbach de .84 e a versão portuguesa um valor de .90 (Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012).

Auto compaixão

Self – compassion Scale (SELFCS); Neff, 2003; traduzida e validada para a população portuguesa por Pinto - Gouveia, J., & Castilho, P., 2011. Esta é uma escala concebida para a avaliação da auto compaixão e é composta por 26 itens, divididos em 6 subescalas: calor/compreensão, autocritica, condição humana, isolamento, *mindfulness* e sobre identificação. Os sujeitos são convidados a responder usando uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos que varia entre 1 ("quase nunca") e 5 ("quase sempre"). Para se obter o valor total da escala, os valores médios de cada subescala são somados, após inversão dos itens das subescalas de autocritica, isolamento e sobre identificação. Estudos levados a cabo pela autora com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas da escala de auto compaixão (Neff, 2003) revelaram uma elevada correlação entre as seis subescalas. Os estudos permitiram demonstrar a existência de uma muito boa consistência interna (.92) e teste - reteste (.93). Valor de consistência interna obtido no estudo original: auto compaixão .92; subescala calor/compreensão .78; subescala autocrítica .77; subescala condição humana. 81; subescala isolamento .79; subescala *mindfulness* .75; e subescala sobre identificação .81.

Afeto positivo e o Afeto negativo

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS); (Watson, Clark & Tellegen, 1988; traduzido e adaptado para a população portuguesa por Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Esta é uma escala constituída por 20 itens que avaliam o afeto positivo e o afeto negativo, cujas respostas são dadas num formato tipo *Likert* de 5 pontos, em que o 1 corresponde a "nada ou muito ligeiramente" e 5 a "extremamente". A escala é formada por duas subescalas: afeto positivo e afeto negativo, cada uma constituída por 10 itens. É pedido aos sujeitos que avaliem a extensão em que experimentaram cada emoção durante as últimas semanas. A magnitude dos valores da consistência interna encontrada por Watson, Clark & Tellegen (1998) foi boa. Valor de consistência interna: subescala afeto positivo .88 e subescala afeto negativo .89 na versão original.

Memórias Precoces de Calor e Segurança

Early Memories of Warmth and Safeness Scale (EMWS - Richter, Gilbert & McEwan, 2009; versão portuguesa por Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2011).

O estudo da qualidade dos itens da EMWSS na versão portuguesa de Pinto - Gouveia, J., e Castilho, P., 2011, mostra a existência de correlações entre todos os itens moderadas a elevadas que variam entre .37 e .80, e de correlações item-total elevadas (.62 a .85). A análise do indicador alfa de Cronbach caso o item seja retirado revela que a exclusão de qualquer item não incrementa o valor do indicador de consistência interna (alfa de Cronbach de .97) confirmando a robustez da estrutura unidimensional encontrada e sua a excelente consistência interna (Cronbach, 1984).

A escala é um instrumento de autorresposta unidimensional, desenvolvida por Richter, Gilbert e McEwan (2009), no intuito de colmatar a inexistência de escalas para mensurar as memórias positivas, de sentimentos de calor e segurança, na infância. O formato de resposta é uma escala de *Likert* de 5 pontos, constituída por 21 itens, os quais variam entre o 0 (Não, nunca) e o 4 (Sim, a maior parte do tempo), sendo que a consistência interna da EMWSS revelou um valor elevado (0,97) para o alfa de *Cronbach* (Richter, Gilbert e McEwan, 2009).

A escala foi desenvolvida a partir de uma nova medida, designada por memórias precoces de calor e segurança, com enfoque nos próprios sentimentos, emoções e experiências positivas na infância. Teve como base o pressuposto de que os sentimentos de segurança são primordiais, para o desenvolvimento de vínculos seguros na infância.

A versão Portuguesa da EMWSS para adultos expõe uma estrutura unidimensional, explicativa de 61,69% da variância (Matos, Pinto-Gouveia e Duarte, 2011), elevada

consistência interna com um valor de alfa de *Cronbach* de 0,97, correspondente ao da versão inglesa original (Richter, Gilbert e McEwan, 2009).

Metodologia e procedimentos

Para a recolha de dados, foi solicitada autorização aos autores das referidas escalas e foi solicitada autorização aos responsáveis de VillaRamadas para a realização do estudo através de contacto informal. Foi solicitada a participação de todos os pacientes internados no referido Centro de tratamento, com um período de internamento inferior a dois meses. Os pacientes foram esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos da investigação, bem como assegurada a confidencialidade das respostas, usadas somente para o propósito deste estudo e que poderiam desistir se o desejassem. Foi disponibilizada toda a atenção relativamente ao esclarecimento de dúvidas e questões.

Os participantes preencheram um protocolo de instrumentos de autorresposta, foi particularmente reforçado o pedido de sinceridade nas respostas. Foi assegurado a cada participante um ambiente silencioso e confortável, para o preenchimento das escalas, sem lhes ser imposto limite de tempo.

Procedimento estatístico

Para o tratamento e análise estatística dos dados, recorremos ao programa de análise estatística a versão 22.0 do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Entenda-se que neste estudo foram considerados diferenças estatisticamente significativas, todos os valores com nível de significância inferior a 0,05 (Howell, 2006).

Na comparação dos valores médios das variáveis em estudo nos dois momentos de avaliação, foi utilizado o Teste *t* para amostras emparelhadas. A dimensão do efeito (i.e. da magnitude das diferenças encontradas entre os dois momentos de comparação) foi calculada através do Eta^2 (*Eta squared*), o qual foi interpretado de acordo com as diretrizes de Cohen (1992).

Resultados

As médias, desvios-padrão e dimensão do efeito das variáveis em estudo estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3

Médias e desvio-padrão das variáveis estudadas para o total da amostra e a dimensão do efeito (N=32)

	MOMENTO 1		MOMENTO2				
	M	*D P*	*M*	*D P*	*t*	*p*	*Eta²*
Depressão	8,31	5,72	4,47	4,75	3,22	0,003	0,25
Ansiedade	7,06	5,71	3,00	3,60	3,40	0,002	0,27
Stress	10,63	4,88	6,03	4,31	4,20	<0,001	0,36
Afeto Positivo	26,38	7,54	33,25	8,23	-3,57	0,001	0,29
Afeto Negativo	26,91	9,95	17,75	7,94	4,43	<0,001	0,38
Vergonha Interna	55,34	19,31	34,31	21,31	6,86	<0,001	0,59
Auto Estima	12,53	4,89	15,66	4,88	-4,01	<0,001	0,34
Vergonha Externa	14,78	6,13	8,97	5,50	5,79	<0,001	0,52
Memórias Precoces calor e segurança	48,91	19,22	53,22	18,89	-1,57	NS	
Inflexibilidade	34,69	7,07	24,44	7,91	9,11	<0,001	0,72
Total Auto Compaixão	2,45	0,54	3,26	0,62	8,10	<0,001	0,67
Calor/Compreensão	2,15	0,58	3,08	0,64	-8,01	<0,001	0,67
Autocrítica	3,46	0,70	2,64	0,71	6,09	<0,001	0,54
Condição Humana	2,63	0,77	3,36	0,79	-4,67	<0,001	0,41
Isolamento	3,45	0,68	2,70	0,82	6,10	<0,001	0,54
Mindfulness	2.48	0,65	3,21	0,65	-5,31	<0,001	0,47
Sobre Identificação	3,62	0,72	2,70	0,71	7,07	<0,001	0,61

Através da análise da tabela podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis quando comparados o primeiro e o segundo momento, exceto na variável Memórias Precoces de calor e segurança, (p = 0,127) o que significa que não se verificam alterações sobre a perceção que os indivíduos têm sobre estas experiências emocionais da infância.

As diferenças encontradas vão no sentido esperado, uma vez que era espectável que no segundo momento, os participantes apresentassem uma melhoria significativa no que diz respeito aos sintomas de psicopatologia, verificando-se uma diminuição significativa nos valores médios de depressão [$t_{(31)}$ = 3,22; p = 0,003], ansiedade [$t_{(31)}$ 3,40; p = 0,002] e *stress* [$t_{(31)}$ 4,20; p < 0,001]. No que diz respeito aos estados emocionais, verifica-se uma

diminuição significativa na pontuação do afeto negativo [$t_{(31)}$ -3,57; p = 0,001] e um aumento significativo nos valores do afeto positivo [$t_{(31)}$ 4,43; p < 0,001]. Relativamente aos processos psicológicos/estratégias de regulação emocional, verifica-se igualmente um aumento significativo na pontuação total da auto compaixão [$t_{(31)}$ 8,10; p <0,001], e nos valores médios de calor/compreensão [$t_{(31)}$ -8,01; p <0,001], condição humana [$t_{(31)}$ -4,67; p <0,001] e *mindfulness* [$t_{(31)}$ -5,31; p <0,001] que compõem a valência positiva da escala. Por sua vez, observam-se valores significativamente mais baixos nas dimensões de autocrítica [$t_{(31)}$ 6,09; p <0,001], isolamento [$t_{(31)}$ 6,10; p <0,001] e sobre identificação [$t_{(31)}$ 7,07; p <0,001]. Quanto à inflexibilidade [$t_{(31)}$ 9,11; p <0,001] verifica-se também uma diminuição significativa da pontuação dos valores. Por último, no que se refere aos estados psicológicos observa-se uma redução significativa na pontuação da vergonha interna [$t_{(31)}$ 6,86; p <0,001], assim com da vergonha externa [$t_{(31)}$5,79; p <0,001] e um aumento significativo da autoestima [$t_{(31)}$ -4,01; p <0,001].

O tamanho do efeito das diferenças variou entre 0,25 e 0,72, indicadores de amplo efeito de acordo com a classificação de Cohen: para a interpretação do valor Eta^2 (Eta squared) foram utilizadas as diretrizes de Cohen (1992),considerando-se um valor de 0,01 como indicador de um efeito pequeno, 0,06 como indicador de um efeito moderado e 0,14 como indicador de um amplo efeito.

Discussão

Analisada a evolução das variáveis e após a leitura dos resultados, verificou-se a diminuição da sintomatologia depressiva, ansiosa e do *stress*, comparativamente com a fase inicial do tratamento. Relativamente aos processos psicológicos adaptativos como a auto compaixão e flexibilidade psicológica registou-se um aumento significativo e uma diminuição de estratégias negativas como evitamento experiencial, sobre identificação, autocrítica. A diminuição do afeto negativo e aumento do afeto positivo, são aspetos igualmente relevantes, bem como a diminuição significativa da vergonha interna e externa. Hipotetizamos face aos resultados obtidos, que a aplicação do programa Change & Grow desenvolvido no Centro de Tratamento Villaramadas e a sua metodologia, pode ter contribuído para esta evolução.

Ao analisaremos algumas componentes da intervenção com o Modelo Terapêutico Integrativo *Change & Grow*, de entre as várias atividades desenvolvidas pelos pacientes, damos maior relevância às terapias de grupo, às terapias individuais e aos trabalhos

individuais escritos diariamente por estes, baseados nos cinco princípios, nos doze passos e nas doze promessas, por considerarmos serem os elementos que terão maior impacto na mudança comportamental e emocional e na melhoria dos pacientes.

Nas terapias de grupo a interação entre os pacientes é essencialmente realizada através de partilhas, identificações, feedbacks e confrontações, onde todos são convidados a participar de forma empática, sincera, espontânea, com abertura à experiência e ao novo. Os temas escolhidos podem confrontar os pacientes não só com situações da sua vida real, mas também com as situações vividas pelos outros pacientes. Desta forma o paciente passa a assumir certos riscos que normalmente evitaria, tenta novos comportamentos, compartilha experiências, vivencia sentimentos que normalmente procura manter à distância. Ao observar os demais e até mesmo ao comparar-se como eles, gera maior conhecimento e compreensão dos seus próprios sentimentos, assim como adquire uma nova visão de si, dos outros e do mundo. Desta maneira os pacientes começam a modificar os processos de regulação emocional negativas como a inflexibilidade, o evitamento experiencial, a fusão cognitiva, a sobre identificação e a autocrítica, adotando processos mais adaptativos como a flexibilidde psicológica e a auto compaixão, abrindo-se ao seu sofrimento e ao dos outros, observando e percebendo que o sofrimento faz parte da condição humana e que todos os seres humanos são imperfeitos e cometem erros. Ser auto compassivo perante experiências de fracasso ou inadequação, significa tolerância e compreensão para consigo próprio. Desta forma, sentem-se mais próximos dos outros deixando de se sentirem sozinhos, deixando de sentirem pena de si próprios, diminuindo sentimentos egocêntricos de separação e isolamento. Assim, os sentimentos, pensamentos e emoções negativas não são evitados ou suprimidos mas sim aceites como são no momento presente, desenvolvendo uma atitude *mindfulness*.

Neste processo o paciente é o principal agente da sua própria mudança, e a mudança e o crescimento tornam-se possíveis quando a pessoa se aceita como realmente é.

À medida que se vai sentido mais seguro e confiante o paciente começa a comportar-se ou a expressar-se de uma forma que habitualmente evitaria devido à censura que impunha a si próprio e à autocrítica . Ao compreender que os outros colegas admitem também sentimentos e impulsos similares, é possível que possa sentir alívio ou diminuição da sensação de culpa que sentia, inclusive, a inibição que sentia em muitos aspetos da sua vida. Deixa de sentir os outros como superiores e perceciona o Eu com mais valor, mais adequado, numa atitude de compreensão e bondade para consigo próprio, alterando desta forma a experiência interna subjetiva, aumentado a tranquilidade, o bem-estar e a felicidade, sentimentos que estão intimamente relacionados com o afeto positivo. Ao mesmo tempo, a ausência de julgamento

interno e externo estimula o paciente a desenvolver maior independência e responsabilidade, não sendo o que os outros pensam ou esperam, mas alicerçando-se na sua própria experiência vivida, como base para as suas escolhas e decisões, diminuindo desta forma o nível de vergonha interna e externa, aumentando assim a autoestima.

Através de sessões de *mindfulness*, relaxamento e meditação, praticadas com bastante frequência, os pacientes são incentivados a focar a atenção no momento presente e a observar os pensamentos e sentimentos tal como eles surgem na consciência, sem tentar alterá-los, eliminá-los, ou evitá-los e sem uma demasiada identificação com eles, mantendo uma consciência tranquila e uma mente equilibrada. Desta forma é possível diminuir ansiedade, tensão, tristeza, a raiva, sentimentos relacionados com a psicopatologia e com o afeto negativo.

A terapia individual é sobretudo voltada para o presente e direcionada para a solução de problemas, modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais, inadequados ou inúteis. Procura-se conhecer e compreender cada paciente, suas crenças específicas e padrões de comportamento e através de uma restruturação cognitiva, pretende-se modificar os pensamentos e o sistema de crenças de cada paciente, para que desta forma seja possível produzir mudanças emocionais e comportamentais mais duradouras. Os pacientes são ajudados a identificar, avaliar e a responder aos seus pensamentos de forma mais realista e adaptativa, a não generalizar erros cognitivos, especialmente pensamentos negativos sobre si mesmos, o seu mundo e o seu futuro. É realçada a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, fazendo referência que é essencial proceder ao levantamento de pensamentos alternativos. Os pacientes com ansiedade são ajudados a analisar e a avaliar melhor o risco das situações que temiam e a ter em consideração os recursos internos e externos que possuem e as estratégias que podem desenvolver e melhorar. A terapia individual é extremamente útil para trabalhar e melhorar a psicopatologia de uma forma geral, a flexibilidade psicológica, o evitamento experiencial e a fusão cognitiva, promovendo a aceitação psicológica.

Ao realizarem os trabalhos escritos sobre os cinco Princípios *Change & Grow*, sobre os doze passos e as doze promessas, após a leitura de folhetos e livros, os pacientes desenvolvem a capacidade de autorreflexão, de organização da perspetiva de cada um, sobre os vários temas propostos, o que no nosso entender, aumenta a capacidade de revelar e transformar emoções e sentimentos em linguagem escrita, que é um dos objetivos terapêuticos.

Os pacientes devem escrever de forma a darem sentido às suas experiências de vida, identificando eventuais obstáculos e dificuldades. Comunicar experiências de carácter emocional serve as necessidades de procurar um significado e novas perspetivas sobre um determinado evento ou sobre os valores fundamentais que fazem parte do programa terapêutico.

Os trabalhos escritos registam progressos, solidificam mudanças positivas e sustentam significados criados ao longo do tratamento, apontam outros possíveis sentidos, são suporte emocional, sustentam competências criam flexibilidade, reforçam a motivação para o paciente continuar a trabalhar a sua parte emocional e cognitiva.

A escrita da história de vida é um momento muito importante, pois é a narrativa de experiências pessoais, singulares e íntimas que cada paciente revela com um intuito de lhe dar um sentido, numa reflexão profunda com o objetivo de transformação, aceitando factos que já não podem ser alterados, mas que fazem parte do seu passado. Desta forma os resultados obtidos na perceção das memórias precoces de calor e segurança na infância, não revelam alterações significativas, o que no nosso entender faz todo o sentido, uma vez que estas memórias fazem parte do passado de cada um, passado esse que não se pretende alterar mas sim atribuir novo significado, através de uma reestruturação cognitiva das crenças associadas a essas experiências do passado em novos padrões, mais adaptativos e funcionais.

Tendo em consideração que o ser humano é por natureza um ser de transcendência nunca se contenta com o que tem e está sempre a tentar superar-se. Uma das caraterísticas fundamentais desta faceta humana é procurar um sentido, um significado para a sua existência. Ao trabalhar os Doze Passos *Change & Grow* é proposto aos pacientes refletir ou descobrir a dimensão espiritual ou religiosa. O termo espiritualidade é mais amplo do que religiosidade. A religiosidade diz respeito a entidades sociais ou instituições caraterizadas por crenças e práticas específicas, ao passo que espiritualidade se refere aos aspetos não materiais da vida, aqueles que não são comumente percebidos pelos sentidos. Desta forma é proposta a existência de um Poder Superior ou Algo Superior à própria pessoa. Poderá ser concebido ou escolhido por cada um como queira. Poderá concebê-lo como sendo uma força da gravidade, por exemplo o movimento dos átomos, a evolução, o amor entre os seres humanos qualquer coisa em que se possa crer, não importa qual. É preciso apenas que se admita a existência desse Poder Superior, isto é, algo superior a si mesmo. Essa crença irá ajudá-lo a eliminar o egocentrismo e desta forma sair de si mesmo. Provavelmente a crença num Poder Superior atua como um importante motivador para a mudança de comportamento, mais otimista, com

melhoria nos relacionamentos interpessoais e uma ajuda para suportar o sofrimento, aumentando a resiliência.

Pensamos que o princípios fundamentais do Modelo Terapêutico Change & Grow, Verdade, Aceitação, Gratidão, Amor e Responsabilidade, podem de alguma forma potenciar a questão da transcendência e vice-versa, que é inerente ao sentido que os indivíduos dão as suas vidas e pode acabar por ser libertador, observa-se uma maior humanização que parece gerar transformação, associada a uma inspiração, uma construção de motivações humanas e de valores.

Contributo e limitações do presente estudo

O aumento das dependências quer sejam de natureza química, comportamental ou emocional, têm incrementado o aparecimento de vários centros públicos e privados, especializados no tratamento dos vários tipos de patologias associadas às dependências.

Numa pesquisa pela literatura disponível verificou-se que em Portugal são ainda relativamente escassos os estudos, centrados sobre a mudança e evolução emocional e comportamental de utentes internados, em Comunidades Terapêuticas e sujeitos a uma intervenção psicoterapêutica específica e formal.

Com o presente estudo pretende-se provar que é possível estabelecer parcerias de investigação entre o meio académico e serviços de saúde privados, beneficiando ambas as partes.

A recolha e sistematização da informação através de métodos científicos podem permitir compreender o sucesso da intervenção e da prática clínica, na população anteriormente referida.

Foram várias as limitações ao longo do estudo, podendo de alguma forma terem influenciado os resultados obtidos.

Uma das principais limitações deste estudo deve-se ao facto do Modelo Terapêutico *Change & Grow* ainda não ter sido testado cientificamente.

Apontamos também como limitação a questão dos pacientes estarem em fases diferentes do tratamento no primeiro momento de avaliação, alguns pacientes estavam em tratamento entre 1 e 3 meses.

Outra limitação prende-se com o tamanho da amostra, uma vez que a amostra foi constituída apenas por 32 participantes, para além de ter sido recolhida exclusivamente no

Centro Internacional de Tratamento VillaRamadas, obriga a uma leitura cuidadosa dos resultados.

A diferença obtida pode não ser devida apenas à Intervenção, muitas vezes existem fatores de contaminação:

1. Passagem do tempo, o contexto de comunidade terapêutico livre de drogas e protegido;
2. Exposição a determinadas condições que podem interferir (por exemplo medir o bem-estar antes e após determinada intervenção, a existência ou não de determinados acontecimentos de vida, etc,);
3. Desejabilidade social dos pacientes no sentido de corresponder as expectativas.

Por isso é que se usam grupos de Controlo, não expostos à intervenção mas com caraterísticas semelhantes às do Grupo em estudo. Uma vez que este estudo não teve nenhum grupo de controlo, isto é uma das limitações apontadas que tem necessariamente de ser apontada.

Conclusão

Apesar das limitações referidas anteriormente, podemos concluir que o nosso estudo apresentou resultados muito positivos e estatisticamente significativos, tendo sido possível avaliar, analisar e conhecer a evolução de variáveis relacionadas com a psicopatologia, processos psicológicos, estados emocionais e experiências precoces na infância, contribuindo para uma melhor compreensão da evolução do tratamento de pacientes com perturbação da adição.

Dada a escassez de estudos sobre esta temática, destacamos o seu papel inovador e esperamos ter contribuído para que no futuro se possam desenvolver outras pesquisas neste âmbito.

Realçamos a importância das implicações clínicas destes resultados que devem ser confirmadas em amostras maiores, por forma a investigar a abrangência da intervenção.

Acresce referir que o tratamento através do Modelo Terapêutico *Change & Grow*, por se tratar de um modelo integrativo de várias correntes da psicologia e por conseguinte holístico, não se foca somente na abstinência de substâncias ou na diminuição da sintomatologia, mas procura promover o desenvolvimento pessoal, o crescimento interior e a mudança através da valorização pessoal, transformando estilos de vida em vidas mais funcionais, adaptativas e equilibradas, em suma mais saudáveis.

Bibliografia

Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethnological approach to personality development. *American Psychologist, 46, 333-341*. doi: i:10.1037/0003-066X.46.4.333

American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Archive Internet (2015). Acedido em 15 de setembro de 2015. http://www.villaramadas.com/

Baer, R. A., & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness and acceptance-based treatments approaches. In R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications (pp. 3-29)*. Amsterdam; Boston: Elsevier Academic Press.

Becoña, E., & Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. España: Síntesis.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Cardwell, M. A. (2009) Daily hassles: a major source of stress? *Psychology Review 12, 30-33.*

Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley

Clements, K., & Turpin G. (2000). Life event expo Cardwell, M. A. (2009) Daily hassles: a major source of stress? *Psychology Review 12, 30-33.*

Castilho, P., & Gouveia, J. P. (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), p-203.

Cohen, J. (1992). Statistical power analysis for the behavioural sciences. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Durão C. (2013). Intervenção em dependências. Um novo desafio. Universidade de Aveiro.

Fainman D. (2004). Examining the relationship between anxiety disorders and depression. CME, 22, 568-570

Freire, T. Almeida, L. (2008). Metodologia da investigação em psicologia e educação. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directionsin Psychological Science, 9(4), 115–118.*

Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology, 70, 113-147.*

Gilbert, P. (1998). *What is shame? Some core issues and controversies*. In P. Gilbert, & B. Andrews (Eds), Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture (pp. 3-36). New York: Oxford University Press.

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 7, 174-189.*

Gilbert, P. (2002). Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 16, 263-294*.

Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004) Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology, 43, 31-50.* doi: 10.1348/014466504772812959

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), Compassion: *Conceptualization, research and use in psychotherapy (pp. 263-325)*. London: Routledge.

Gilbert, P., & Miles, J. (2002). *The body shame: conceptualization, research, and treatment*. New York: Paul Gilbert and Jeremy Miles.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassion mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13, 353-379.*

Goldstein, J., & Kornfield, J. (1987). *Seeking the heart of wisdom: The path of insight meditation.* Boston: Shambhala.

Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment, 20(2), 93-102.*

Greco, L. A., Blackledge, J. T., Coyne, L. W., & Ehreneich, J. (2005). Integrating acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders: Acceptance and commitment therapy as an example. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment (pp. 301-322).* New York: Springer.

Guerreschi, C. (2009). *As Novas Dependências: internet, trabalho, sexo, telemóvel e shopping compulsivo*. Paulinas. São Paulo.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitmenttherapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research Therapy, 44(1), 1-25.*

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy, 35, 639-665.

Hayes S., Luoma J., Bond F., Masuda A., & Lillis J. (2006) Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44(1), 1-25.*

Hayes, S., Pistorello, J., & Levin, M. (2012) Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist, 40(7), 976-1002. doi: 10.1177/0011000012460836*

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(6), 1152-1168.*

Isen, A. M. (2000). Some perspectives on positive affect and self-regulation. *Psychological Inquiry, 11, 184–188.*

Ito, T., & Cacioppo, J. (2005). Variations on a human universal: Individual differences in positivity offset and negativity bias. *Cognition & Emotion, 19(1), 1-26*.

Larsen, R. J. (2009). The contributions of positive and negative affect to emotional well-being. Psihologijske Teme, 18, 247-266.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: *A history of changing outlooks.* Annual Review of Psychology, 44, 1-21

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychology Foundation.

Luoma, J. B., & Hayes, S. C. (2003). Cognitive defusion. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice.* New Jersey: John Wiley & Sons. (pp 71-78).

Matos, M., Pinto - Gouveia, J., & Duarte, C. (2014). Other as Shamer: Versão Portuguesa e propriedades psicométricas de uma medida de vergonha externa. Manuscrito submetido para publicação.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (in press). When I don't like myself:Study of the psychometric properties of the Portuguese version of the Internalized Shame Scale. *Spanish Journal of Psychology.*

Matos, M., PintoKGouveia, J. e Duarte, C. (2011). Memórias precoces de calor e segurança na infância: estudo das propriedades psicométricas da versão Portuguesa da EMWSS. Manuscrito em preparação.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., Duarte & Figueiredo (2014). The Other As Shamer Scale-2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and Individual Differences 74 (2015) 6–11*.

Medeiros, T., Patrício, L., & Dinis, R. (2013). Aditologia: prevenção e intervenções. Ponta Delgada: Letras Lavadas.

Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and Identity, 2, 85-102.

Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and Identity, 2, 223-250.

Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals and coping with academic failure. Self and Identity, 4, 263-287.

Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S .S. (2007a). Self-compassion and adaptive psychological functioning. Journal of Research in Personality, 41, 139-154.

Neff, K. D., Rude, S .S., & Kirkpatrick, K. L. (2007b). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality, 41, 908-916.*

Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality, 77, 23-50*.

Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroinodependentes*. Lisboa: Universitária Editora.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade e Stress de Lovibond e Lovibond. Psycologic, 36, 235-246.*

Patrício, L. (2002). *Droga, para que se saiba*. Editora Figueirinhas.

Piealage, S., Gerslma, C., & Schaap, C. (2000). Insecure attachment as a risk factor for psychopathology: the role of stressful events. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 7,296-302*.doi:10.1002/1099 0879(200010)7:4<296::AID-CPP262>3.0.CO;2-8

Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese version. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 12(2), 139-156*

Raposo, V. (2013). Abordagem Cognitivo-Comportamental das perturbações pelo uso de substâncias: a entrevista motivacional e o modelo de prevenção de recaída. Ponta Delgada: Letras Lavadas.

Ribeiro, J. (2003). Aspetos fenomenológicos das recaídas em heroinodependentes. *Revista Toxicodependências, 9(1), 65-71*.

Richter, A., Gilbert, P. e McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82 (2), 171-184*.

Sarason. I.G., & Sarason B.R. (1981). The importance of cognition and moderator variables in stress. In D. Magnusson (Ed.). *Toward a psychology of situations: An interactional perspective (pp. 185-191).* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22, 201-269*. doi: 10.1002/1097- 0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
Silva, E. (2012). Change & Grow – 12 Promessas e 12 Passos. Leiria

Tangney, J. P., & Dearing, R.L. (2002). *Shame and Guilt.* New York: Guilford Press.

Thomsen, D. K., & Berntsen, D. (2008). The long-term impact of emotionally stressful events on memory characteristics and life story. *Applied Cognitive Psychology, 23, 579-598.*

Tracy, J. L., Robins, R. W., & Tangney, J. P. (2007). *The self-conscious emotion: Theory and Research.* Guilford Press: New York.

Trevarthen, C. & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42, 3-48.*

Vaz-Serra, A. (2002). O stress na vida de todos os dias. Coimbra: Edições Minerva.

Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative Affectivity:The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96, 465-490.*

Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54, 1063-1070.*

Zanelatto, N. A., & Laranjeira, R. (2003). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas.* Artmed.