

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**LISBOA**

---

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

**FUNCIONAMENTO ESQUEMÁTICO, REGULAÇÃO  
EMOCIONAL E DA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES  
PSICOLÓGICAS: UM ESTUDO COM ADULTOS  
DEPENDENTES DO ÁLCOOL EM REGIME DE  
INTERNAMENTO**

**Sofia Alexandra Santos Nunes**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Seção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-  
Comportamental e Integrativa)**

**2017**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**LISBOA**

---

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

**FUNCIONAMENTO ESQUEMÁTICO, REGULAÇÃO  
EMOCIONAL E DA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES  
PSICOLÓGICAS: UM ESTUDO COM ADULTOS  
DEPENDENTES DO ÁLCOOL EM REGIME DE  
INTERNAMENTO**

**Sofia Alexandra Santos Nunes**

**Dissertação orientada pela Prof. Doutora Ana Catarina Nunes da  
Silva**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Seção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-  
Comportamental e Integrativa)**

**2017**

*Dedicado à Avó Maria,  
Eterna Saudade.*

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, aos utentes e entidades - à *Associação Dianova Portugal*, *Casa de Saúde do Telhal*, *Desafio Jovem Portugal*, *Fundação A Barragem e Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo da Marinha* - que possibilitaram a realização deste estudo, assim como à Prof. Dra. Ana Catarina Nunes, que se revelou uma orientadora sábia, paciente e sempre presente. Votos de continuação de um excelente trabalho.

Estarei eternamente grata aos meus pais por todo o amor e tudo o que fazem por mim diariamente. Serão sempre a minha fonte de inspiração e a minha maior alegria. Também, um especial agradecimento ao meu gato, membro presente da família em todas as suas lutas e eterna companhia das tardes de estudo.

Agradeço, também, à Faculdade de Psicologia que contribuiu para o desenvolvimento de uma nova visão do mundo, assim como ao GASNova, por me ter aberto as portas ao mundo. Um especial agradecimento ao Prof. Sérgio Moreira pelo apoio estatístico, ao Dr. Jaime Grácio e Prof. Telmo Baptista pela paixão pela clínica que em mim despertaram.

Finalmente, um grande obrigado aos meus amigos e a todos os que me ajudaram a superar mais um capítulo, em especial ao Bruno Faustino pela ajuda direta no desenrolar deste trabalho. Que esta seja a primeira de muitas contribuições para a ciência.

## Resumo

Estima-se que 76.3 milhões de pessoas tenham problemas ligados ao consumo de álcool e que 2.5 milhões morram disso todos os anos. Pelo que urge estudar o fenômeno, nomeadamente, os fatores psicológicos ligados ao consumo de álcool.

A presente investigação visa estudar a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, dificuldades na regulação emocional e funcionamento esquemático no contexto da dependência do álcool. A literatura tem vindo a demonstrar uma associação significativa destas variáveis entre si e uma boa capacidade de preverem a sintomatologia psicopatológica. De modo que quisemos constatar se estas relações se mantinham em indivíduos com dependência do álcool e de que modo diferiam na predição da sintomatologia, assim como identificar esquemas, necessidades e tipo de dificuldades na regulação emocional que se encontrassem mais salientes e se existiam diferenças entre os graus de severidade. Para o efeito, desenvolvemos um estudo quantitativo, onde foram aplicados a 94 sujeitos com dependência do álcool, em regime de internamento, cinco instrumentos de autorrelato relativos a cada variável em estudo.

Concluiu-se que existe uma forte presença de esquemas precoces mal-adaptativos, dificuldades na regulação emocional e na satisfação das necessidades psicológicas, estando interrelacionadas na predição da sintomatologia. O funcionamento esquemático revelou ser a variável mais explicativa da sintomatologia, ambas apresentando diferenças significativas entre os graus de severidade. Os esquemas mais salientes situam-se ao nível das dimensões de distanciamento e rejeição, e, vigilância excessiva e inibição. Demonstraram, ainda, uma dificuldade na consciência e aceitação das emoções e na capacidade para implementar comportamentos destinados à prossecução de objetivos aquando da experiência de emoções desagradáveis, assim como dificuldades na regulação de certas necessidades psicológicas como a diferenciação e a incoerência do

*Self*. Explicações para tais resultados são fornecidas. Finalmente, este estudo revela-se potencialmente pertinente para a conceitualização de caso e fornece pistas para a psicoterapia.

***Palavras-Chave:*** “*Severidade da Dependência do Álcool*”; “*Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas*”; “*Dificuldade na Regulação Emocional*”; “*Funcionamento Esquemático*” e “*Sintomatologia*”

## **Abstract**

The OMS estimated that 76.3 million people have problems related to alcohol consumption and that 2.5 million die from it each year. Therefore, it's crucial to study the phenomenon, namely, the psychological factors related to alcohol consumption.

The present research aims to study the regulation of the satisfaction of psychological needs, difficulties in emotional regulation and schematic functioning in the context of alcohol dependence. The literature has shown a significant association of these variables with each other and their capability to predict psychopathological symptomatology. So, we wanted to verify if these associations were present in individuals with alcohol dependence and how they'd differed in the prediction of symptomatology, as well as identify which schemes, needs and type of difficulties in the emotional regulation are present and if there'd be any differences between the degrees of severity. For this purpose, data were collected, from 94 subjects with alcohol dependence, using five self-report instruments.

We concluded that there is a strong presence of early maladaptive schemas, difficulties in the emotional regulation and in the satisfaction of the psychological needs, all being interrelated in the prediction of the symptomatology. The schematic functioning revealed to be the most explanatory variable of the symptomatology, both showing significant differences between the degrees of severity. The schemas most present were related to the dimensions of detachment and rejection, and, excessive surveillance and inhibition. They also demonstrated a difficulty in the awareness and acceptance of the emotions and in the capability to concentrating and accomplishing tasks when experiencing negative emotions, as well as difficulties in the regulation of certain psychological needs like the differentiation and the incoherence of the Self. Explanations

for such results are provided. Finally, this study is potentially relevant to the case conceptualization and provides clues in the field of psychotherapy.

**Key-Words:** *"Severity of Alcohol Dependence"; "Regulation of the Satisfaction of Psychological Needs"; "Emotional Regulation Difficulties"; " Early Maladaptive Schemes" and "Symptomatology"*

## Índices de Quadros

	Página
<b>QUADRO 1.</b> Médias, desvios-padrão e amplitudes: da severidade da dependência do álcool (SADQ), dos esquemas (QEY-S3), dificuldades na regulação emocional (EDRE), necessidades psicológicas (ERSN-43), sintomatologia (BSI) na amostra (N=94).....	14
<b>QUADRO 2.</b> Correlações entre valores globais dos esquemas (QEY-S3), severidade da dependência do álcool (SADQ), dificuldades na regulação emocional (EDRE), necessidades psicológicas (ERSN-43), sintomatologia (BSI) na amostra (N=94).....	16
<b>QUADRO 3.</b> Sumário do melhor modelo da análise de regressão linear múltipla standard para a amostra (n = 94), em relação à variável dependente sintomatologia (BSI).....	17

## Índices de Anexos

	Página
<b>Anexo A</b> - Caraterização detalhada da amostra (N=94).....	36
<b>Anexo B</b> - Consentimento Informado.....	40
<b>Anexo C</b> - Ficha de Dados Sociodemográficos.....	42
<b>Anexo D</b> - Descrição dos domínios esquemáticos e dos esquemas precoces mal adaptativos.....	45
<b>Anexo E</b> - Consistência Interna do Questionário de Esquemas de Young (QEY-S3).....	48
<b>Anexo F</b> - Descrição das necessidades psicológicas.....	50
<b>Anexo G</b> - Consistência Interna da Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas (ERSN-43).....	52
<b>Anexo H</b> - Consistência Interna da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE).....	54
<b>Anexo I</b> - Consistência Interna da Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).....	56
<b>Anexo J</b> - Médias, Desvios-Padrão e Amplitude das Subescalas do QEY-S3, EDRE, ERSN-43 e BSI.....	58
<b>Anexo L</b> - Comparação dos Índices Gerais e respetivas Subescalas do QEY-S3, EDRE, ERSN-43 e BSI entre os Graus de Severidade através da ANOVA..	63

A presença do álcool na humanidade já conta com dez mil anos de História, remontando às civilizações antigas que associavam esta substância aos deuses e às cerimónias religiosas, tendo presença assídua nos eventos sociais, como facilitador da interação e símbolo de celebração (Rosso, 2012). Ainda hoje, denotamos a presença deste legado na perceção do álcool pela sociedade contemporânea visto predominantemente de forma positiva e permissiva (Castaldelli-Maia & Bhugra, 2014).

Consequentemente, este fenómeno é, atualmente, responsável por 2.5 milhões de mortes por ano e ocupa o terceiro lugar nas maiores causas de morte evitável do mundo (World Health Organization [WHO], 2013). Em termos da sua prevalência, estima-se que existam cerca de 2 mil milhões de pessoas a nível mundial que consomem bebidas alcoólicas e que 76.3 milhões dessas pessoas têm problemas ligados ao consumo do álcool (WHO, 2002). Em Portugal, apesar de se ter vindo a verificar uma redução do consumo de álcool ao longo dos anos, este encontra-se entre os dez países europeus que mais álcool consomem por pessoa, estando acima da média de consumo europeia (WHO, 2014). Ainda, quase 12 mil portugueses encontram-se a beneficiar de tratamento para a dependência do álcool, e estima-se que, pelo menos, 60 mil necessitem de ajuda (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2014).

Se por um lado, o papel tolerante da “cultura do álcool” dificulta o reconhecimento de determinados padrões de consumo como problemáticos, por outro, nem todas as pessoas estão igualmente propensas a se tornarem dependentes do álcool, surgindo, aqui, a importância de olhar para a vulnerabilidade e suscetibilidade à dependência (Heckmann & Silveira, 2009). Com efeito, há que ter em conta possíveis fatores biológicos, como, por exemplo, a informação genética, processos fisiológicos e transmissão hereditária, que podem aumentar o grau de suscetibilidade de um indivíduo ao abuso do álcool (e.g., McGue, 1999); fatores socioculturais, como o significado e valor cultural atribuído ao

álcool (e.g., Negreiros, 1998), padrões familiar de consumo e possível replicação dos mesmos (e.g., Sher, Grekin & Williams, 2005); e por fim, fatores psicológicos (e.g., Marlatt & Witkiewitz, 2005).

Na senda dos fatores psicológicos, Young, Klosko e Weishaar (2003) afirmam que na base das perturbações psicológicas podemos encontrar esquemas precoces mal-adaptativos (EPM). Estes padrões emocionais e cognitivos autolesivos funcionam como um filtro, selecionando informações, assimilando, priorizando e organizando os estímulos que sejam consistentes com a estrutura do esquema, vincando o funcionamento mental e evitando todo o estímulo que não seja consistente com a mesma (Young et al., 2003). Com efeito, quanto mais forte for um esquema, maior é o número de situações que o ativam e conseqüentemente, maior é a severidade do mesmo e das emoções associadas, impondo ao indivíduo tendências de ação desadaptativas que perpetuam no seu funcionamento neuronal (Young et al., 2003). A origem de tais esquemas prende-se com três fatores principais: (a) frustração de necessidades emocionais centrais (i.e., vinculação; autonomia, competência e sentido de identidade; liberdade para expressar necessidades e emoções válidas; espontaneidade e lazer; e, limites realistas e autocontrolo), (b) experiências de vida precoces negativas (i.e., traumatização e/ou vitimização, sobreproteção e/ou cuidados excessivos e internalização seletiva de traços de personalidade) e por último, (c) temperamento emocional (Young et al., 2003). Assim, a proveniência dos esquemas pode ser resultante da convergência e interação destes três fatores, assim como da predisposição de cada indivíduo aos mesmos (Young et al., 2003).

Este construto tem sido muito investigado no contexto de várias perturbações, nomeadamente, em indivíduos com problemas ligados ao álcool (PLA) e demonstrado a sua relevância no planeamento de uma intervenção psicológica (e.g., Ball, 1998). Em estudos que comparam um grupo clínico com PLA e um grupo saudável, todos

encontraram uma maior pontuação em todos os domínios e esquemas na população clínica comparado com o grupo de controlo (e.g. Brotchie, Meyer, Copello, Kidney, & Waller, 2004; Decouvelaere, Graziani, Gackiere-Eraldi, Rusinek, & Hautekeete, 2002 ).

Quanto à caracterização do perfil de EPM para pacientes com PLA, Brotchie et al., (2004) ao comparar EPM em abusadores do álcool com dependentes de opiáceos e com indivíduos que apresentavam abuso das duas substâncias, recorrendo a um grupo de controlo, encontrou no grupo clínico uma maior pontuação geral nos EPM e, particularmente, nos abusadores do álcool salientaram-se esquemas como inibição emocional, subjugação/autossacrifício e vulnerabilidade ao mal e à doença. Já numa amostra francesa, Decouverlaere et al., (2002) reportaram dados semelhantes ao comparar um grupo com PLA com um grupo saudável, onde os primeiros pontuaram em esquemas como: autocontrolo insuficiente, abuso/desconfiança, autossacrifício e instabilidade/abandono. Uma possível implicação de tais resultados é que, ao experienciar emoções negativas, estes EPM podem predispor o indivíduo para ir ao encontro da intoxicação alcoólica, permitindo um alívio temporário do *stress* interno (Roper, Dickson, Tinwell, Booth & McGuire, 2010). De forma semelhante, o perfil esquemático encontrado por Decouvelaere et al., (2002) pode ser explicado com referência a um sentido do *Self* pobre e mal integrado, no qual o indivíduo encontra na substância um assegurar do *Self*, conexão interpessoal ou simplesmente um escape psicológico (Roper et al., 2010). Com efeito, o álcool assume-se como uma estratégia de *coping* que visa um estilo de *coping* de evitamento dos EPM, com o objetivo final de escapar à experiência interna (Young et al., 2003).

Roper et al., (2010) estudaram a severidade dos EPM, níveis de ansiedade e depressão num grupo de dependentes do álcool antes e após um período de três semanas de abstinência num programa de intervenção especializado, em comparação com um grupo

saudável. Como previsto, após o período de intervenção, o grupo de dependentes do álcool demonstraram melhorias significativas, no que toca à severidade dos EPM, níveis de depressão e ansiedade, com exceção dos esquemas de autossacrifício e padrões excessivos de realização/hipercriticismo. Os autores associaram estes resultados com a possibilidade de mudanças no humor ter influência na expressão dos EPM, não querendo dizer que se tenham eliminado por completo, mas sim que um alívio na sintomatologia relacionada com o humor possa ocorrer na primeira fase de tratamento do álcool e isso tenha efeito na crença e influência dos EPM no dia-a-dia do indivíduo. Por fim, Shorey, Stuart e Anderson (2013) estudaram o efeito do género nos EPM, numa grande amostra de pacientes com PLA, concluindo que, apesar de ambos os géneros terem pontuações elevadas nos EPM, nomeadamente, nos esquemas de autossacrifício, punição, padrões excessivos/hipercriticismo e autocontrolo insuficientes, o género feminino pontuou significativamente mais em 14 dos 18 esquemas avaliados.

De facto, são estes esquemas psicológicos, que quando ativados por estímulos internos ou externos, dão significado à experiência emocional e conseqüentemente proporcionam um funcionamento emocional adequado ou não (Vasco, 2005). Com efeito, o funcionamento esquemático é a variável com relações mais fortes com a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, a alexitimia, as dificuldades de regulação das emoções e o bem-estar psicológico (Fonseca, 2012). Recentemente, Almeida (2016) voltou a verificar parte desta relação, verificando que quanto maior for a presença de esquemas, ciclos interpessoais disfuncionais e rigidez psicológica, menor é a capacidade para regular a satisfação das necessidades psicológicas, menor é o bem-estar e conseqüentemente, maior o *distress* psicológico e a sintomatologia psicopatológica. De igual modo, os EPM revelaram ser o melhor preditor da regulação da satisfação das necessidades, sendo os resultados deste estudo sugestivos de que em indivíduos com

perturbações psicológicas graves, nomeadamente com diagnóstico psiquiátrico, encontram-se presentes EPM, que, por sua vez, dificultam a regulação da satisfação das necessidades psicológicas (Almeida, 2016).

Quando mencionamos necessidades psicológicas, estamo-nos a referir a “*um estado de desequilíbrio organísmico provocado por carência ou por excesso de determinados nutrientes psicológicos, sinalizados emocionalmente, e tendente a promover ações internas e/ou externas que conduzem ao restabelecimento do equilíbrio*” (p. 32; Vasco, 2013). Estas necessidades distribuem-se ao longo de sete polaridades dialéticas: prazer/dor; proximidade/diferenciação; produtividade/lazer; controlo/cooperação; exploração/tranquilidade; coerência/incoerência do *Self*; autoestima/autocrítica, cuja satisfação nunca é permanente e continuamente possível (Vasco, 2013). De modo que, o indivíduo terá de, por um lado, descodificar corretamente os sinais enviados pelo sistema emocional e por outro, agir para restabelecer o equilíbrio (Vasco, 2013). Com efeito, esta capacidade para regular as necessidades psicológicas demonstrou não só estar associada, como ter poder preditor do bem-estar, *distress* psicológico e da sintomatologia numa amostra clínica, como não clínica (Almeida, 2016). Relativamente ao estudo deste construto na população com PLA, não encontramos, até ao momento, qualquer investigação, pelo qual este estudo é exploratório.

Se a regulação da satisfação das necessidades psicológicas só é possível devido ao sistema emocional, que assinala se o seu estado de regulação está a ser processado adequadamente a fim de motivar ações internas e externas necessárias (Vasco, 2009), então se este não for apropriado, como acontece, frequentemente, em indivíduos com PLA (e.g., Kuvaas, Dvorak, Pearson, Lamis & Sargent, 2014), é provável que a satisfação das necessidades não ocorra e que chegue ao extremo de se cristalizar em perturbação (Conceição & Vasco, 2005; Vasco, 2010).

Um funcionamento emocional adequado passa não só por experienciar as emoções, permitindo a sua ativação, diferenciação e expressão emocional, como também possuir capacidades de regulação emocional, determinantes na criação de tendências de ação potencialmente adaptativas e geradoras de bem-estar (Gross, 2008). Mais, de acordo com Gratz e Roemer (2004), a regulação emocional deve ser entendida como um conceito multidimensional que envolve: (a) consciência e compreensão das emoções; (b) aceitação das mesmas; (c) capacidade para monitorizar comportamentos impulsivos e proceder de acordo com objetivos desejáveis na presença de emoções desagradáveis; e por fim, (d) capacidade de utilizar estratégias de regulação emocional que modulem flexivelmente respostas emocionais, tendo em consideração os objetivos individuais e as exigências situacionais. Consequentemente, a não-expressão de alguma destas capacidades pode indicar dificuldades na regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004).

Como seria expetável, dificuldades no domínio da consciência e compreensão das emoções encontram-se especialmente elevadas nos pacientes com dependência do álcool. Da mesma forma, a não-aceitação das emoções encontra-se associada positivamente com a frequência dos consumos (Kuvaas et al., 2014). Este retrato é mais provável acontecer quando os indivíduos são confrontados com situações incitadoras de uma carga emocional significativa e não têm estratégias suficientes para lidar de forma eficaz com estas (Marlatt & Witkiewitz, 2005). De modo que o consumo de álcool apresenta-se como uma estratégia que visa reduzir o *distress* psicológico e as emoções desagradáveis (Marlatt & Witkiewitz, 2005; Spada & Wells, 2006), contudo esta estratégia pode levar ao aumento e manutenção destas emoções, criando um ciclo vicioso que contribui para uma situação de dependência do álcool e padrões abusivos e graduais de consumo (Witkiewitz & Villarroel, 2009). Assim, o consumo excessivo de álcool pela sua ação ansiolítica, torna-se um agente habitual para reduzir a tensão e ansiedade, produzindo

alívio e bem-estar temporário, o que por sua vez, funciona como um reforço para a manutenção do consumo (Mello, Barrias & Breda, 2001). Com efeito, são vários os estudos que apontam para o consumo excessivo de álcool como uma forma de lidar com o *stress*, a ansiedade e depressão (e.g., Knapp, Overstreet, Moy & Breese, 2004). Para Lowe, Foxcroft e Sibley (1993), o consumo abusivo do álcool pode servir, pelas suas propriedades depressoras do sistema nervoso central, como um mecanismo de confronto contra o *stress*, transmitindo um aparente aumento de autoestima, coragem e confiança. Também Dias (2016) verificou na população em geral, que os sujeitos com consumos de risco demonstravam uma maior dificuldade em aceitar as respostas emocionais, envolver-se em comportamentos orientados na presença de emoções desagradáveis, dificuldade em controlar os impulsos e finalmente, um repertório limitado de estratégias de regulação emocional.

Por sua vez, dificuldades na regulação emocional, como não aceitar emoções desagradáveis ou não controlar comportamentos impulsivos encontram-se, frequentemente, correlacionadas com a depressão e a perturbação de ansiedade generalizada (e.g., Marganska, Gallagher & Miranda, 2013). Denote-se, nos indivíduos com PLA, a elevada frequência de comorbilidade, especialmente com perturbações de humor, tende a aumentar a taxa de suicídio e os pobres resultados terapêuticos (e.g., Mason & Leher, 2010). De modo que, urge compreender a sintomatologia psicopatológica no contexto da dependência do álcool, o que contribui para o seu desenvolvimento e manutenção, e como se relaciona com as restantes variáveis em estudo.

Por fim, importa salientar o papel neurobiológico, onde a adaptação do cérebro perante um consumo disruptivo de álcool implica a alteração de certos circuitos e funções, como o circuito da recompensa, motivação, aprendizagem, inibição de impulsos e função

executiva (Lezak, Howieson, Bigler & Traner, 2012). Com efeito, estes indivíduos têm dificuldades na tomada de decisão, processamento de emoções, flexibilidade cognitiva, raciocínio abstrato e no controlo de impulsos, advindos, na sua maioria, da crescente atrofia das regiões pré-frontais, estruturas subcorticais, como o hipocampo, e respetivos circuitos frontosubcorticais (Giancola & Moss, 1998; Hunt, 1993). Estudos *postmortem* confirmam estas dificuldades ao denotarem um grau elevado de perda de neurónios corticais, nomeadamente no córtex pré-frontal (e.g., Harper, Kril, & Daly, 1987). O resultado cognitivo-comportamental é que com uma diminuição nas funções executivas (i.e., capacidade de planeamento, resolução de problemas, flexibilidade cognitiva, resistência à distração e regulação de comportamentos perante um objetivo), aumenta a probabilidade de recorrer a comportamentos rotineiros, como o álcool, face a pistas ambientais, uma vez que o seu sistema de recompensa, também, é reajustado (Giancola & Moss, 1998). Com efeito, até o fenómeno comum da negação pode ser associado a uma base biológica (Tarter, Alterman & Edwards, 1984). É comum estes pacientes negarem certos aspetos, como o consumo, a perda de controlo sobre o mesmo, dor da família, etc., e tal fenómeno demonstrou estar associado aos défices cognitivos, onde estes indivíduos podem não conseguir discriminar pistas internas que identificam estados emocionais, contribuindo para a minimização de eventos emocionais na sua vida (Tarter et al., 1984).

Em suma, a evidência parece apontar para alguma interrelação entre as variáveis independentes – EPM; dificuldades na regulação emocional e regulação da satisfação das necessidades psicológicas - do presente estudo, assim como a sua relação com as variáveis dependentes - sintomatologia psicopatológica e dependência do álcool. Com efeito, conseguimos perceber que a regulação da satisfação das necessidades psicológicas tende a correlacionar-se negativamente com as dificuldades de regulação emocional, que por sua vez estão positivamente correlacionadas com a sintomatologia (Fonseca, 2012;

Vasco, 2010). De facto, as variáveis que melhor conseguem prever a sintomatologia são, em primeiro lugar, a regulação da satisfação das necessidades psicológicas e em segundo lugar as dificuldades de regulação emocional (Vasco, 2010; Vasco et al., 2013). Já a regulação da satisfação das necessidades psicológicas revelou estar associada e ser predita pelos EPM (Almeida, 2016). Por fim, no que toca ao quadro clínico da dependência do álcool, não há estudos a relacionar estas três variáveis num mesmo trabalho, contudo vimos evidência, de forma individual, de que tanto as dificuldades na regulação emocional, como a presença de EPM, estão elevadas neste quadro clínico (e.g., Brotchie et al., 2004; Kuvaas et al., 2014). Também o facto de não existirem, ainda, dados relativamente à regulação das necessidades psicológicas nesta população clínica, motivou o desenvolvimento deste trabalho.

### **Problemática, Objetivos e Hipóteses**

O presente estudo parte dos pressupostos acima mencionados, na relevância demonstrada na literatura do peso destas variáveis – funcionamento esquemático (EPM), regulação da satisfação das necessidades psicológicas (RSNP) e dificuldades na regulação emocional (DRE) - e na necessidade de investigá-las no quadro da dependência do álcool e sintomatologia psicopatológica numa amostra portuguesa. De modo que surgem, por objetivo, as seguintes hipóteses:

*Objetivo 1:* Identificar quais os esquemas, necessidades psicológicas, tipo de dificuldades na regulação emocional e sintomatologia se encontram mais salientes em indivíduos com dependência do álcool.

H1: Os esquemas significativos (i.e., pontuação  $\geq 3$ ; Young, 2005) presentes na população clínica serão o da inibição emocional, autossacrifício, vulnerabilidade ao mal e à doença, autocontrolo insuficiente, abuso/desconfiança, padrões

excessivos/hipercriticismo, punição e instabilidade/abandono (Brotchie et al., 2004; Decouvlaere et al., 2002; Shorey et al., 2013).

H2: O tipo de dificuldades de regulação emocional mais presentes serão a falta de consciência, compreensão/clareza e de aceitação das emoções, assim como um repertório limitado de estratégias e uma dificuldade na capacidade de implementar comportamentos orientados para um objetivo na presença de emoções desagradáveis (Dias, 2016; Kuvaas et al., 2014).

*Objetivo 2:* Determinar o grau de associação entre as variáveis em estudo.

H3: Os EPM, a DRE e a RSNP estão associados entre si e com a dependência do álcool e a sintomatologia.

H4: Os EPM, DRE e sintomatologia estão associados positivamente com a dependência do álcool e negativamente com a RSNP.

*Objetivo 3:* Determinar os melhores preditores da sintomatologia psicopatológica e da severidade da dependência do álcool.

H5: Em interação, os EPM, a DRE e a RSNP predizem a sintomatologia psicopatológica, correspondendo níveis mais elevados de EPM, DRE e severidade da dependência do álcool e níveis mais baixos de RSNP a níveis mais severos de sintomatologia.

H6: Em interação, os EPM, a DRE e a RSNP predizem a severidade da dependência do álcool, correspondendo níveis mais elevados de EPM, DRE e sintomatologia, e níveis mais baixos de RSNP a graus mais severos da dependência do álcool.

*Objetivo 4:* Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os diversos graus de severidade da dependência do álcool e as restantes variáveis em estudos.

H7: Os indivíduos com uma dependência do álcool grave têm valores mais elevados de DRE, EPM e sintomatologia e valores mais baixos de RSNP comparativamente a

indivíduos com dependência do álcool moderada e baixa, que demonstram valores mais baixos de DRE, sintomatologia e EPM e mais elevados de RSNP.

H8: Os indivíduos com uma dependência do álcool moderada têm valores mais elevados de DRE, sintomatologia e EPM e valores mais baixos de RSNP comparativamente a indivíduos com dependência do álcool ligeira, que demonstram valores mais baixos de DRE, sintomatologia e EPM e mais elevados de RSNP.

## **Método**

### **Caracterização da Amostra**

A amostra é constituída por 94 sujeitos, sendo 75 do sexo masculino (79.8%) e 19 do sexo feminino. A idade dos homens varia entre 26 e 68 anos ( $M=48.44$  e  $DP=9.53$ ), já a idade das mulheres varia entre 22 e 71 anos ( $M=48.38$  e  $DP=10.08$ ). Em termos de habilitações literárias, 65.5% têm, pelo menos, o 9º ano de escolaridade. Relativamente a comorbilidade de diagnóstico, este foi apresentado por 33% dos participantes (sendo 18.1% de depressão) e 47.9% não sabia/não respondeu. Adicionalmente, 31.9% dos participantes mencionaram ter consumido alguma substância no passado, sendo que 25 destes consumiu haxixe. Por fim, 87.2% à data do estudo encontrava-se num programa de curto internamento (quatro semanas) e 53.2% tinham historial de internamentos relacionados com o álcool. Para mais detalhes sobre a descrição da amostra, consultar anexo A.

A amostra foi recolhida, de janeiro a julho de 2017, na *Associação Dianova Portugal*, *Casa de Saúde do Telhal*, *Desafio Jovem Portugal*, *Fundação A Barragem*, e, *Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo da Marinha*, revelando-se uma amostra de conveniência. Os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos; diagnóstico de dependência do álcool em regime de internamento num programa de tratamento especializado; fluentes em português, e com uma duração mínima no

programa definida para se encontrarem estabilizados (nos programas de quatro semanas, exigia-se, pelo menos, duas semanas de permanência e nos programas de longa duração, um mês). Os critérios de exclusão incluíam a presença de um quadro psicótico, deterioração cognitiva grave ou qualquer outro condicionante que impedisse a compreensão e resposta aos instrumentos, como o analfabetismo.

Os instrumentos de medida foram impressos e entregues num envelope aos utentes no seu local de internamento, e posteriormente recolhidos em envelope fechado junto com o consentimento informado assinado (anexo B) e uma ficha de dados sociodemográficos preenchida (anexo C).

## **Instrumentos**

**Questionário da Severidade da Dependência do Álcool (SADQ).** Com o intuito de avaliar o grau de severidade da dependência do álcool, recorreremos ao Questionário da Severidade da Dependência do Álcool (SADQ; Stockwell, Murphy, & Hodgson - 1983; validado para a população portuguesa por Breda, Almeida & Pinto, 1998), que revelou uma boa consistência interna na presente amostra ( $\alpha = .923$ ). Este instrumento de autorrelato aborda sintomas físicos de privação, sintomas afetivos da privação, sintomas de alívio da privação, compulsão para o consumo de bebidas alcoólicas e reinstalação dos sintomas após a abstinência. É constituído por 20 itens, onde as respostas a cada pergunta são classificadas numa escala de 4 pontos: 0 (quase nada), 1 (algumas vezes), 2 (frequentemente) e 3 (quase sempre) e permite obter um índice de severidade, proveniente do somatório de pontos, onde: >16 pontos – dependência ligeira; 16-30 – dependência moderada e < 31 – dependência severa.

**Questionário de Esquemas de Young (QEY-S3).** Construído por Young (2005) e validado para a população portuguesa por Pinto Gouveia, Rijo e Salvador (citado por

Rijo, 2009), constitui uma escala de autorrelato de 90 itens, que procura avaliar em que medida o indivíduo possui cada EPM. Este instrumento apresenta 18 subescalas referentes aos 18 EPM (cinco itens por subescala), que por sua vez se agrupam em cinco domínios esquemáticos (para mais detalhes consultar anexo D) e possui uma escala de resposta de *Likert* de 6 valores, com uma boa consistência interna no presente estudo ( $\alpha = .945$ ). Para detalhes da consistência interna, consultar anexo E.

**Escala da Regulação da Satisfação de Necessidades (ERSN-43).** Desenvolvida por Vasco et al., (2013), é um instrumento de autorrelato com 43 itens divididos em 14 subescalas referentes a cada uma das necessidades (para mais detalhes consultar anexo F), agrupando-se em sete polos. Permite avaliar a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, com um formato de resposta do tipo *Likert* de 1-8 pontos. Revelou uma boa consistência interna no presente estudo ( $\alpha = .924$ ). Para mais detalhes, consultar anexo G.

**Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE).** Escala de autorrelato constituída por 36 itens construída por Gratz e Roemer (2004) e validada para a população portuguesa por Vaz, Vasco e Greenberg (2010). Este instrumento avalia seis domínios, através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, que refletem dificuldades de regulação emocional: (1) não-aceitação da resposta emocional, (2) orientação para objetivos (i.e., dificuldade de envolvimento em comportamentos orientados para objetivos quando experienciadas emoções negativas); (3) impulsividade; (4) estratégias (i.e., acesso limitado a estratégias de regulação emocional percebidas como eficazes); (5) consciência (i.e., falta de consciência das respostas emocionais); e, (6) clareza emocional (i.e., dificuldade de compreensão da resposta emocional). Quanto à fiabilidade do instrumento, este apresentou uma consistência interna aceitável no presente estudo ( $\alpha = .863$ ). Para mais detalhes, consultar anexo H.

**Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).** Para avaliar a sintomatologia psicopatológica recorreremos ao BSI (Derogatis, 1993; v. portuguesa por Canavarro, 1999) – inventário de autorrelato, composto por 53 itens distribuídos por nove dimensões (somatização; obsessão-compulsão; hostilidade; depressão; ansiedade; ansiedade fóbica; psicose; ideação paranoide; sensibilidade interpessoal), de resposta em escala de tipo *Likert* de cinco pontos (0 a 4). Revelou uma excelente consistência interna no presente estudo ( $\alpha = .967$ ). Para mais detalhes, consultar anexo I.

### Resultados

Para o tratamento dos dados utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics, versão 24.0 para Windows)*. Iniciou-se a análise estatística com os testes de normalidade. Através do teste *Kolmogorov-Smirnov* verificou-se que a distribuição da amostra segue uma distribuição normal, permitindo a utilização de estatística paramétrica na presente investigação.

O Quadro 1 resume a análise da estatística descritiva dos índices gerais. Relativamente ao SADQ, 29 indivíduos apresentaram uma dependência ligeira (30.9%), outros 29 uma severidade moderada (30.9%) e 36 uma severidade grave (38.2%).

**QUADRO 1.** Médias aproximadas, desvios-padrão e amplitude: da severidade da dependência do álcool (SADQ), dos esquemas (QEY-S3), dificuldades na regulação emocional (EDRE), necessidades psicológicas (ERSN-43), sintomatologia (BSI) na amostra (N=94).

Variáveis	Amostra (n = 94)		
	Média	DP	Min-Máx
SADQ	24.50	.83	2-59
QEY-S3	2.76	.63	1.19-4.40
EDRE	2.66	.51	1.17-4.00
ERSN-43	5.63	.86	2.86-7.19
BSI	.97	.63	.06-2.68

*Nota:* DP = desvio-padrão; Min - Máx = valores mínimos e máximos nas variáveis.

No que toca às dimensões do QEY-S3, salientou-se a dimensão do distanciamento e rejeição ( $M=64.72$ ;  $DP=19.04$ ), seguida da vigilância excessiva e inibição ( $M=62.49$ ;  $DP=14.00$ ), autonomia e desempenho deteriorados ( $M=49.51$ ;  $DP=14.58$ ), domínio dos outros ( $M=44.62$ ;  $DP=10.53$ ) e limites deteriorados ( $M=27.82$ ;  $DP=8.17$ ). Já os esquemas mais salientes foram os esquemas de padrões excessivos ( $M=3.60$ ;  $DP=.90$ ), seguido do esquema de instabilidade/abandono ( $M= 3.25$ ;  $DP=.90$ ), procura de aprovação e reconhecimento ( $M= 3.23$ ;  $DP=.99$ ), autossacrifício ( $M=3.17$ ;  $DP=1.03$ ), pessimismo ( $M= 3.15$ ;  $DP=1.02$ ) e vulnerabilidade ao mal e à doença ( $M=3.00$ ;  $DP=1.02$ ).

Relativamente à EDRE, o tipo de dificuldades mais visível foi a não-aceitação de emoções ( $M=2.91$ ;  $DP=.99$ ), seguida dos objetivos ( $M=2.76$ ;  $DP=0.81$ ), da falta de consciência ( $M=2.71$ ;  $DP=.86$ ), das estratégias ( $M=2.62$ ;  $DP=.81$ ), do controlo de impulsos ( $M=2.58$ ;  $DP=.71$ ) e, por fim, a falta de clareza ( $M=2.35$ ;  $DP=.70$ ).

Analisando a ERSN-43, as necessidades com maior grau de regulação foram a da autocrítica ( $M=6.44$ ;  $DP=1.36$ ) e a da cooperação ( $M= 6.22$ ;  $DP=1.10$ ), contrastando com a diferenciação ( $M=4.67$ ;  $DP=1.07$ ) e a incoerência do *Self* ( $M=4.88$ ;  $DP=1.09$ ), as necessidades com menor grau de regulação. As restantes aproximam-se da média geral.

Finalizando com o BSI, a subescala mais elevada é a das obsessões-compulsões ( $M=1.25$ ;  $DP=.77$ ), seguida da ideação paranóide ( $M=1.14$ ;  $DP=.74$ ), da depressão ( $M=1.09$ ;  $DP=.94$ ), psicotismo ( $M=1.04$ ;  $DP=.76$ ), ansiedade ( $M=1.01$ ;  $DP=0.77$ ), sensibilidade interpessoal ( $M=1.02$ ;  $DP=.79$ ), hostilidade ( $M=.87$ ;  $DP=.65$ ), somatização ( $M=.69$ ;  $DP=.64$ ), e por fim, ansiedade fóbica ( $M=.57$ ;  $DP=.58$ ).

Para mais detalhes sobre médias e desvios-padrão das restantes subescalas não mencionadas nesta seção consultar o anexo J.

## Correlações

Através das correlações lineares de *Pearson*, procurou-se o grau de associação entre as cinco escalas usadas. Como ilustrado no Quadro 2, encontraram-se correlações significativas com a sintomatologia, nomeadamente, uma correlação forte entre esta e os esquemas ( $r=.590$ ,  $p <.001$ ), assim como com as dificuldades na regulação emocional ( $r=.513$ ,  $p <.001$ ), moderada com as necessidades psicológicas ( $r=-.429$ ,  $p <.001$ ) e por fim, fraca com a severidade da dependência do álcool ( $r=.283$ ,  $p <.001$ ). Posteriormente, encontramos uma correlação média entre os esquemas e as dificuldades de regulação emocional ( $r=.488$ ,  $p <.001$ ), assim como esta última com as necessidades psicológicas ( $r=-.386$ ,  $p <.001$ ). Denote-se uma ausência de efeito entre severidade da dependência e as necessidades psicológicas.

**QUADRO 2.** Correlações entre valores globais dos esquemas (QEY-S3), dificuldades na regulação emocional (EDRE), necessidades psicológicas (ERSN-43), da severidade da dependência do álcool (SADQ), sintomatologia (BSI) na amostra (N=94).

Variáveis	QEY-S3	EDRE	ERSN-43	SADQ	BSI
QEY-S3	1	.488**	-.287**	.178	.590**
EDRE	.488**	1	-.386**	.160	.513**
ERSN-43	-.287**	-.386**	1	.032	-.429**
SADQ	.178	.160	.032	1	.283**
BSI	.590**	.513**	-.429**	.283**	1

\*\**p-value* < 0.01

## Regressões

Numa primeira análise, através de regressões lineares simples, pretendeu-se perceber em que medida os esquemas (QEY – S3), as necessidades psicológicas (ERSN-43), as dificuldades da regulação emocional (EDRE) e a severidade da dependência do álcool (SAQD) predizem, individualmente, a variância na sintomatologia (BSI). O melhor preditor, a título individual, foi o QEY-S3 ( $R^2=.348$ ,  $F=49.059$ ,  $p <.001$ ) que prediz 34,8% da variância da sintomatologia, seguido da EDRE ( $R^2=.263$ ,  $F=32.912$ ,  $p <.001$ )

com 26,3% da variância explicada, posteriormente temos a ERSN-43 ( $R^2=.175$ ,  $F=20.710$ ,  $p <.001$ ) a explicar 18.4% da variância do BSI, e por fim, encontramos o SADQ com um efeito marginal ( $R^2=.080$ ,  $F=8.016$ ,  $p=.006$ ), explicando 7% da variância da sintomatologia psicopatológica.

Através da regressão múltipla *standard*, pretendeu-se perceber em que medida, no seu conjunto, os esquemas (QEY-S3), as necessidades psicológicas (ERSN-43), as dificuldades da regulação emocional (EDRE) e a severidade da dependência do álcool (SADQ) predizem a variância na sintomatologia (BSI). Como ilustrado no Quadro 3, este modelo, no seu conjunto, explica 46.8% da variância da sintomatologia ( $R^2=.49$ ,  $F=21.41$ ,  $p<.001$ ), sendo o preditor com maior contribuição os esquemas ( $\beta=.388$ ,  $p<.001$ ), seguido das necessidades psicológicas ( $\beta=-.247$ ,  $p<.005$ ), dificuldades de regulação emocional ( $\beta=.198$ ,  $p>.005$ ) e severidade da dependência do álcool ( $\beta=.190$ ,  $p>.005$ ).

**QUADRO 3.** Sumário do melhor modelo da análise de regressão linear múltipla *standard* para a amostra ( $n = 94$ ), em relação à variável dependente sintomatologia (BSI).

Preditores	$\beta$	t	Sig.
EDRE	.198	2.170	.033
QEY-S3	.388	4.407	.000
ERSN-43	-.247	-2.967	.004
SADQ	.190	2.447	.016

Nota:  $R^2=.49$ ,  $F=21.41$ ,  $p <.001$

Relativamente à predição da severidade da dependência do álcool (SADQ), a fraca correlação desta variável com as restantes impossibilitou a execução de regressão.

### **ANOVA – Análise de variância entre grupos**

Com o intuito de perceber se existiam diferenças significativas nas médias das variáveis estudadas nos três graus de severidade de dependência do álcool (Ligeiro -  $n =$

29; Moderado - n = 29; Grave - n = 36) procedeu-se a uma análise de variância entre grupos.

Foram comparadas as médias entre as três subamostras nas variáveis em estudo (QEY-S3, ERSN-43, EDRE e BSI) e respectivas subescalas, sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas,  $p < .05$ , na variável BSI ( $F=5.8$ ,  $p < .005$ ) e nas seguintes subescalas: somatização ( $F=7.8$ ,  $p < .005$ ), obsessão-compulsão ( $F=6.5$ ,  $p < .005$ ), depressão ( $F=4.4$ ,  $p < .005$ ), ansiedade ( $F=4.0$ ,  $p < .005$ ) e, ansiedade fóbica ( $F=3.8$ ,  $p < .005$ ), para mais detalhes consultar anexo P. Também se encontraram diferenças estatisticamente significativas, no índice geral do QEY-S3 ( $F=3.4$ ,  $p < .005$ ) e nos seguintes esquemas: esquema de privação emocional ( $F=4.9$ ,  $p < .005$ ), desconfiança e abuso ( $F=3.9$ ,  $p < .005$ ), fracasso ( $F=3.4$ ,  $p < .005$ ), eu subdesenvolvido ( $F=4.7$ ,  $p < .005$ ), autossacrifício ( $F=4.9$ ,  $p < .005$ ) e padrões excessivos ( $F=3.2$ ,  $p < .005$ ), para mais detalhes consultar anexo N. Relativamente às restantes variáveis, ERSN-43 e EDRE, não foram encontradas diferenças significativas relativas aos três grupos (anexos L e M).

Comparações *post-hoc*, usando o teste *Tukey HSD*, indicaram que a média, no que toca ao QEY-S3, para o grupo ligeiro ( $M=2.52$ ;  $DP=.62$ ) difere significativamente do grupo moderado ( $M=2.91$ ;  $DP=.66$ ). Relativamente às subescalas, o mesmo teste indicou que a média dos esquemas: (1) privação emocional, o grupo ligeiro ( $M=1.84$ ;  $DP=.75$ ) difere significativamente do grupo moderado ( $M=2.97$ ;  $DP=1.76$ ); (2) desconfiança e abuso, o grupo ligeiro ( $M=2.37$ ;  $DP=.94$ ) difere significativamente do grupo moderado ( $M=3.04$ ;  $DP=1.23$ ) e do grupo grave ( $M=3.02$ ;  $DP=.98$ ); (3) fracasso, o grupo ligeiro ( $M=1.82$ ;  $DP=.75$ ) difere significativamente do grupo moderado ( $M=2.41$ ;  $DP=1.00$ ); (4) eu subdesenvolvido, o grupo ligeiro ( $M=2.02$ ;  $DP=.90$ ) difere significativamente do grupo moderado ( $M=2.79$ ;  $DP=1.04$ ); (5) autossacrifício, o grupo ligeiro ( $M=2.71$ ;  $DP=.81$ ) difere significativamente do grupo grave ( $M=3.48$ ;  $DP=.98$ ) e por fim, (6)

padrões excessivos o grupo ligeiro ( $M=3.26$ ;  $DP=.80$ ) difere significativamente do grupo grave ( $M=3.80$ ;  $DP=.88$ ).

Finalmente, no que toca ao BSI, o grupo ligeiro ( $M=.66$ ;  $DP=.48$ ) difere significativamente do moderado ( $M=1.13$ ;  $DP=.63$ ) e do grave ( $M=1.10$ ;  $DP=.66$ ), entre o grupo moderado e grave não foram encontradas diferenças significativas. Relativamente às subescalas que o compõe, o mesmo teste indicou que a média das dimensões: (1) somatização, o grupo ligeiro ( $M=.34$ ;  $DP=.33$ ) difere significativamente do moderado ( $M=.81$ ;  $DP=.64$ ) e do grave ( $M=.87$ ;  $DP=.72$ ); (2) obsessão-compulsão, o grupo ligeiro ( $M=.84$ ;  $DP=.65$ ) difere significativamente do moderado ( $M=1.37$ ;  $DP=.77$ ) e do grave ( $M=1.49$ ;  $DP=.75$ ); (3) depressão, o grupo ligeiro ( $M=.71$ ;  $DP=.70$ ) difere significativamente do moderado ( $M=1.41$ ;  $DP=1.05$ ); (4) ansiedade, o grupo ligeiro ( $M=.68$ ;  $DP=.65$ ) difere significativamente do grave ( $M=1.17$ ;  $DP=.77$ ), e (5) ansiedade fóbica, o grupo ligeiro ( $M=.32$ ;  $DP=.48$ ) difere significativamente do grave ( $M=.68$ ;  $DP=.61$ ).

Para mais detalhes sobre resultados da *one-way ANOVA* das restantes subescalas não mencionadas nesta seção consultar o anexo L. Importa salientar que a variável QEY-S3, tem .7 de tamanho do efeito médio, calculado através do *eta squared*, correspondendo à atual diferença das médias entre os grupos mencionados, enquanto que o BSI tem um tamanho do efeito pequeno na ordem dos .1.

## Discussão

Como esperado, indivíduos com dependência do álcool demonstraram uma presença significativa de esquemas precoces mal-adaptativos e sintomatologia psicopatológica, assim como dificuldades na regulação emocional e na regulação da satisfação das necessidades psicológicas. Curiosamente, ao nível do índice geral de regulação da satisfação das necessidades psicológicas, a média do grupo de PLA foi semelhante à

encontrada por Almeida (2016) numa amostra clínica de indivíduos com perturbação psiquiátrica, revelando uma desregulação geral da satisfação das necessidades psicológicas.

Relativamente aos conteúdos esquemáticos, a hipótese 1 foi parcialmente confirmada, elevando-se esquemas de padrões excessivos, abandono, autossacrifício e vulnerabilidade ao mal e à doença, à semelhança dos estudos anteriores (Brotchie et al., 2004; Decouvlaere et al., 2002; Shorey et al., 2013). Ficou apenas por confirmar a presença de esquemas de autocontrolo insuficiente, apesar de termos encontrado dificuldades ao nível do controlo de impulsos no que toca à regulação emocional, da inibição emocional, da punição e do abuso/desconfiança, que apesar de terem ficado perto do ponto de corte esquemático (Young, 2005), não o atingiram. Em alternativa, salientou-se dois esquemas novos: pessimismo e procura de aprovação/reconhecimento. De igual modo, os domínios mais pontuados: (1) distanciamento e rejeição, sendo considerado por Young et al. (2003) como o mais inflexível, refletindo expectativas negativas sobre a satisfação das necessidades de vinculação, e (2) vigilância excessiva, traduzindo uma supressão excessiva na espontaneidade, impulsos e escolhas, assim como uma rigidificação de princípios e regras, não constituíram novidade. Com efeito, os nossos resultados vieram confirmar trabalhos anteriores como o de Brotchie et al., (2004), onde esta população clínica revelou uma insegurança na relação com o outro. No sentido de compensação de esquemas incondicionais como este, surge esquemas condicionais como o do autossacrifício, onde existe um foco excessivo nas necessidades do outro, em prol das suas (Young et al., 2003). Denote-se que o esquema de autossacrifício foi um dos poucos que não melhorou no estudo de Roper et al., (2010) no momento de pós-intervenção, assim como o de padrões excessivos de performance que também encontrámos. De facto, é comum, entre os pacientes com PLA, internalizarem regras rígidas que não conseguem

cumprir, frustrando-se e autopunindo-se por tal, o que por sua vez, reforça a presença de outros esquemas encontrados, como o sentir-se vulnerável ao mal e à doença e um pessimismo/foco nos aspetos negativos da vida, e o *distress* psicológico (Shorey et al., 2013). Em relação a estes dois últimos esquemas, não podemos deixar de salientar as consequências físicas que a dependência do álcool traz consigo, como o aumento da probabilidade de cirrose, doenças gastrointestinais, cardiovasculares etc. (WHO, 2014), o que pode estar a contribuir para uma visão pessimista do futuro e de se estar vulnerável ao mal e à doença.

No que toca às dificuldades de regulação emocional, a hipótese 2 foi confirmada, demonstrando que sujeitos com PLA têm, de facto, dificuldades na consciencialização e aceitação de experiências emocionais negativas, mais dificuldades no controlo de impulsos e em manter objetivos, sendo congruente com o estudo de Dias (2016) e Kuvaas et al., (2014). Tal como Koole (2009) afirma, estratégias de regulação emocional corporalmente orientadas, como é o caso do consumo de álcool, que visam o alívio emocional imediato em detrimento do bem-estar a longo prazo, agregam consigo uma dificuldade de controlo de impulsos e menor capacidade de *insight*.

Numa perspetiva exploratória, encontrámos resultados curiosos na ERSN-43, nomeadamente, ao nível da autocrítica e da cooperação terem sido as necessidades melhor reguladas, e a diferenciação e incoerência do *Self* as piores. Podemos argumentar que, em contexto atual de internamento e terapia de grupo/comunidade, é natural que os sujeitos valorizem a sua capacidade de cooperação com o outro e delegação de tarefas. Já ao nível da autocrítica, isto é, da capacidade para identificar, tolerar e aprender em função de insatisfações pessoais, o resultado pode ser explicado pela expectativa positiva de estar em tratamento e em acompanhamento psicológico, revelando os esforços de aprender com os erros cometidos. Por outro lado, em termos das necessidades com menor grau de

regulação: a diferenciação e a incoerência do *Self*, devemos ser cuidadosos na sua interpretação, uma vez que o alfa de Cronbach apontou para problemas de consistência interna. Contudo, também as podemos concetualizar em termos do contexto em que se encontram e da especificidade clínica. Com efeito, no contexto de internamento, longe dos entes queridos, é natural que a diferenciação surja como uma necessidade frustrada, congruente, de certo modo, com a elevação do esquema de autossacrifício identificado pelo QEY-S3, onde a população de PLA foca as necessidades do outro, em prol das suas e por isso, é normal que se note uma maior dificuldade na capacidade para se diferenciar e para ser autodeterminado. A incoerência do *self*, isto é, a perceção da falta de capacidade para tolerar conflitos e incongruências ocasionais podemos relacioná-la, por exemplo, com a rigidificação de regras e princípios, demonstrado no QEY-S3, o que fará o indivíduo responder com cautela a itens que compõem esta subescala como “*Sou tolerante comigo mesmo face a conflitos entre o que penso, sinto e faço*”.

Relativamente às associações entre variáveis, as hipóteses 3 e 4 são parcialmente confirmadas, sendo que todas as variáveis se relacionam com a sintomatologia, contudo só esta se relaciona e é diretamente proporcional, em termos de significância estatística, com a severidade da dependência do álcool. Isto significa que, por um lado, quanto maior a gravidade da dependência do álcool, maior presença terá a sintomatologia no indivíduo. Por outro lado, quanto maior for a presença de esquemas precoces mal adaptativos e de dificuldades na regulação emocional, mais condicionada ficará a regulação da satisfação das necessidades psicológicas e maior será a sintomatologia psicopatológica do indivíduo, estando, este último ponto, de acordo com investigações anteriores como de Fonseca (2012) e Vasco (2010). Ainda assim, é de notar que a severidade da dependência do álcool não demonstrou ter qualquer relação, no presente estudo, com a regulação da satisfação das necessidades psicológicas e mesmo as relações com as restantes variáveis

são fracas, o que pode refletir, em parte, a diferença da métrica do SADQ e das restantes escalas, ou mesmo, o facto do SADQ avaliar aspetos muito específicos de uma população, também, muito específica em termos clínicos. Ainda, a falta de efeito entre a ERSN-43 e o SADQ pode dever-se, em parte, à diferente natureza das duas escalas, onde a escala de ERSN-43 não foi uma escala inicialmente desenhada para a população clínica, ainda por cima uma população clínica tão específica, como é o caso do SADQ, e, por outro lado, o facto da ERSN-43 possuir um vocabulário complexo e bastante introspetivo, comparado com o vocabulário concreto e objetivo do SADQ, podendo contribuir para a explicação da falta de efeito entre os dois construtos.

Tendo em conta o quarto objetivo, os melhores preditores da sintomatologia foram congruentes com a literatura, confirmando a hipótese 5. Os esquemas salientaram-se como o construto que mais explica a sintomatologia, seguindo-se as necessidades, as dificuldades de regulação emocional e a severidade da dependência do álcool. Assim, níveis mais elevados de dificuldades de regulação emocional, esquemas psicológicos mal adaptativos e severidade da dependência do álcool, e níveis mais baixos de regulação das necessidades psicológicas correspondem a níveis mais elevados de sintomatologia, congruente com a lógica até agora retratada. De facto, o desenvolvimento de esquemas mal adaptativos expõe o indivíduo a uma visão enviesada tendencialmente confirmatório da realidade, onde, quando ativados por estímulos internos ou externos, dão significado à experiência emocional, proporcionando um funcionamento emocional inadequado e condicionando a regulação das necessidades psicológicas (Vasco, 2005). Tal funcionamento desadaptativo converge num aumento de sintomatologia e *distress* psicológico, como já evidenciado por Fonseca (2012), Vasco (2005) e Almeida (2016).

A hipótese 6 foi impossibilitada pelas fracas correlações entre a severidade do álcool e as restantes variáveis. Este resultado foi inesperado, uma vez que se esperava que se

correlacionasse, significativamente, com as restantes variáveis, e mesmo com a sintomatologia, esperava-se um maior efeito. Tais resultados podem refletir, em parte, questões estatísticas, como a métrica, ou, mesmo, os objetivos iniciais de construção de cada questionário, onde o do SADQ era agilizar o registo da ingestão de bebidas alcoólicas para facilitar e melhorar o trabalho do clínico (Breda & Almeida, 2012) e não tanto ser um questionário para fins de investigação. Contudo, serão sempre explicações parciais deste resultado.

Como último objetivo, comparou-se os diferentes graus de severidade entre si nas restantes variáveis em estudo em busca de diferenças significativas que nos ajudassem a identificar possíveis componentes chave ligados ao agravamento da severidade da dependência do álcool. Apesar das variáveis das necessidades psicológicas e dificuldades na regulação emocional não se terem obtidos diferenças significativas (hipótese 7 e 8), revelando um retrato homogêneo na dependência do álcool, obteve-se diferenças significativas em relação aos esquemas e à sintomatologia, nomeadamente, ambas se elevaram significativamente consoante o grau de severidade aumentava. No caso dos esquemas, denotou-se um aumento da sua presença entre o grau ligeiro e o moderado de dependência do álcool. Já a sintomatologia diferiu não só o grau ligeiro do moderado, como do ligeiro para o grave, denotando-se um aumento de sintomatologia à medida que a dependência se tornava mais severa. Estes resultados são congruentes com o ciclo vicioso retratado por vários autores (Marlatt & Witkiewitz, 2005; Spada & Wells, 2006; Witkiewitz & Villarroel, 2009), onde quando os indivíduos são confrontados com situações incitadoras de uma carga emocional significativa e não têm estratégias suficientes para lidar de forma eficaz, recorrem ao consumo de álcool para reduzir o *distress* psicológico e as emoções desagradáveis, conduzindo ao aumento e manutenção destas emoções. Assim, quanto maior número e a força de esquemas precoces mal

adaptativos, maior será o número de situações incitadoras de uma carga emocional significativa, convergindo numa maior necessidade do indivíduo em evitá-los através do álcool e resultando num maior sofrimento e sintomatologia (Young et al, 2003). Com efeito, conseguimos especificar o tipo de sintomatologia que se demonstra mais elevada à medida que a dependência do álcool se torna mais severa: sintomas de somatização, obsessão-compulsão, depressão, ansiedade e ansiedade fóbica. Aqui, também, podemos pensar que com um consumo mais severo, maior é a toxicidade e os danos ao nível da atrofia cerebral, disrupção social e intrapessoal, reforçando a sintomatologia (e.g., Giancola & Moss, 1998; Hunt, 1993) e o papel dos esquemas.

Por outro lado, ao nível do conteúdo esquemático, denotamos diferenças entre os vários graus de severidade, nomeadamente, em graus moderados e severos, o indivíduo apresenta uma maior pontuação em esquemas de privação emocional, desconfiança e abuso, fracasso, autossacrifício e padrões excessivos, comparados com graus ligeiros da dependência. Este quadro parece denotar que à medida que o consumo se agrava, o indivíduo percebe um maior sentido de desesperança, focando-se nas suas falhas passadas e antecipando falhas futuras. Uma vez que consequências relacionais que tendem a agravar com o consumo e o número de recaídas, é provável que o indivíduo reforce expectativas de frustração de suporte, apoio emocional e internalize regras cada vez mais rigorosas de proibição ao consumo. Seria interessante uma investigação mais profunda para verificar tais hipóteses e que juntasse métodos qualitativos.

### **Conclusão**

Partindo do objetivo de aprofundar o conhecimento de variáveis intrínsecas ao indivíduo com dependência do álcool, nomeadamente, o funcionamento esquemático, regulação emocional e das necessidades psicológicas, pretendíamos compreender e diferenciar a sua relação, assim como saber em que medida podiam estar na predição da

sintomatologia psicopatológica. Adicionalmente, queríamos saber se haveria diferenças na manifestação destas variáveis nos diferentes graus de severidade da dependência do álcool. Quase todos os objetivos foram alcançados, exceto o desenvolvimento de um modelo de regressão tendo a severidade da dependência do álcool como variável dependente.

Concluimos que, no contexto da dependência do álcool, existe uma forte presença de esquemas precoces mal adaptativos, dificuldades na regulação emocional e uma capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas condicionada, contribuindo para uma sintomatologia psicopatológica manifesta. Em pormenor, o funcionamento esquemático revelou ser o construto mais explicativa da sintomatologia psicopatológica e, na comparação entre os vários graus de severidade da dependência do álcool, revelou uma diferença significativa entre o grau ligeiro e moderado, sendo maior a sua presença no grau moderado. O perfil esquemático desta população refletiu, por um lado, expectativas negativas sobre a satisfação das necessidades de vinculação, e por outro, uma necessidade de supressão excessiva na espontaneidade, impulsos e escolhas, assim como um endurecimento de princípios e regras.

Na regulação emocional, indivíduos dependentes do álcool demonstraram dificuldades na consciencialização e aceitação de experiências emocionais negativas, assim como no controlo de impulsos e em manter objetivos. Por fim, revelaram uma capacidade de regulação das necessidades psicológicas condicionada, sendo nítida a necessidade de diferenciação e a incoerência do self como as mais desreguladas, espelhando a dificuldade em tolerar conflitos internos e em diferenciar-se do outro. Por outro lado, a experiência de internamento, pode explicar os resultados positivos na cooperação com o outro e na perceção da capacidade para aprender com os erros.

Estes resultados podem contribuir para uma melhor concetualização de caso e realçam a necessidade de promover, através da intervenção psicoterapêutica a capacidade de regulação emocional e da satisfação das necessidades psicológicas, assim como atenuar a forte presença de esquemas desadaptativos, de modo a diminuir a sintomatologia e, conseqüentemente, aumentar o bem-estar emocional dos indivíduos, a adesão e os resultados do tratamento. Assim, consideramos importante desenvolver em terapia a aceitação e tolerância de emoções negativas, a sua compreensão e uso adaptativo de estratégias de regulação emocional, de modo a diminuir comportamentos impulsivos e quebrar o ciclo vicioso de recorrer ao álcool para lidar com emoções desagradáveis. Ao nível esquemático, revela-se interessante trabalhar ao nível dos esquemas condicionais, nomeadamente, de autossacrifício, padrões excessivos e procura de aprovação e, também, ao nível dos incondicionais como abandono, pessimismo e vulnerabilidade ao mal e à doença, uma vez que são estes esquemas que guiam o indivíduo, dão sentido ao sistema emocional e condicionam a regulação das necessidades psicológicas, predizendo a sintomatologia.

Em termos de limitações, apontamos o tamanho reduzido da amostra e a inexistência de um grupo de controlo. Adicionalmente, a falta de randomização dos questionários na apresentação do protocolo; não ter sido possível saber, ao certo, a presença de perturbações da personalidade; a desejabilidade social e a expectativa positiva de estar em tratamento perto da saída (casos de curto internamento), podem ter condicionado a veracidade das respostas.

Para estudos futuros, seria interessante estudar o problema em dois momentos: no início do internamento e posteriormente, no fim do mesmo, comparando-o com um grupo de controlo constituído por indivíduos em lista de espera para uma intervenção.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, V. B. (2016). *Funcionamento Esquemático, Ciclos Interpessoais Disfuncionais e Fusão Cognitiva na Perspetiva do Modelo de Complementaridade Paradigmática* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23(6), 883-91. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00067-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00067-7)
- Breda, J., Almeida, A., & Pinto, A. (1998). Avaliação do Grau de Severidade da Dependência Alcoólica: validação em língua portuguesa do SADQ-C (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire) e do ICQ (Impaired Control Questionnaire). *Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra*.
- Brotchie, J., Hanes, J., Wendon, P., & Walker, G. (2006). Emotional avoidance among alcohol and opiate abusers: The role of schema-level cognitive processes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 231-236. Doi: 10.1017/S1352465806003511.
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: the role of core beliefs. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 337-342. doi: <https://doi.org/0.1017/S1352465806003511>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II, pp.95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Castaldelli-Maia, J. M., & Bhugra, D. (2014). Investigating the interlinkages of alcohol use and misuse, spirituality and culture – Insights from a systematic review. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 352-67. doi: <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.899999>

- Conceição, N., & Vasco, A. B. (2005). Olhar para as necessidades do self como um boi para um palácio: perplexidades e fascínio. *Psychologica*, 40, 55-79.
- Decouvelaere, F., Graziani, P., Gackiere-Eraldi, D., Rusinek, S., & Hautekeete, M. (2002). Hypothèse de l'existence et de l'évolution de schémas cognitifs mal adaptés chez l'alcoololo-dépendant. *Journal de Therapie Comportementale et Cognitive*, 12, 43-48.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc
- Dias, A. (2016). *As Dificuldades Na Regulação Emocional E Os Traços De Personalidade No Consumo De Álcool* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Fonseca, J. M. (2012). *Relação entre a Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas, Funcionamento Esquemático e Alexitimia* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Graz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of emotion regulation and dysregulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi: <https://doi.org/10.1023/0000007455.08539.94>
- Gross, J.J. (2008). Emotion Regulation. In Lewis, Jones & Barrett. (Eds.). *Handbook of Emotions* (p. 497-512). New York: The Guildford Press.
- Harper, C., Kril, J., & Daly, J. (1987). Are we drinking our neurones away?. *Br Med J*, 294, 534-36
- Heckmann, W., & Silveira, C. M. (2009). Dependência do álcool: aspetos clínicos e diagnósticos. *Álcool e suas Consequências: Uma Abordagem Multiconceitual*, 67-87

- Koole, S.L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and emotion*, 23 (1), 4-41.
- Knapp, D. J.; Overstreet, D. H.; Moy, S. S. & Breese, G. R. (2004). Flumazenil, and CRA1000 block ethanol withdrawal-induced anxiety in rats. *Alcohol*, 32: 101–111.
- Kuvaas, N. J., Dvorak, R. D., Pearson, M. R., Lamis, D. A., & Sargent, E. M. (2014). Self-regulation and alcohol use involvement: A latent class analysis. *Addictive Behaviors*, 39(1), 146-152.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment (5th ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Lowe, G., Foxcroft, D. & Sibley, D. (1993). *Adolescents Drinking and Family Life*. Nova-Iorque: Harwood Academic Publishers.
- Marganska, A., Gallagher, M. and Miranda, R. (2013). Adult Attachment, Emotion Dysregulation, and Symptoms of Depression and Generalized Anxiety Disorder. *Am J Orthopsychiatry*, 83: 131–141. doi:10.1111/ajop.12001
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. In Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed., pp. 1-44). New York: Guilford Press.
- McGue M., (1999). The behavioral genetics of alcoholism. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 8:109–15
- Mello, M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Negreiros, J. (1998). *Prevenção do Abuso de Álcool e Drogas nos Jovens*. (2ª Ed.) Porto: Edições Radicário.

- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 207-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-009-9252-z>
- Rosso, A. M. (2012). Beer and wine in antiquity: beneficial remedy or punishment imposed by the Gods?. *Acta Medico-historica Adriatica: AMHA*, 10(2), 237-62.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014). *Relatório Anual: a situação do país em matéria de álcool*. Lisboa: SICAD.
- Shorey, R. C., Stuart, G. L. & Anderson, S. (2013). Differences in early maladaptive schemas in a samples of alcohol and opiod dependent women: Do schemas vary across disorders?. *Addiction Research & Theory*, 21 (2), 132-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/16066359.2012.703266>
- Spada, M., & Wells, A., (2006). Metacognitions about alcohol use in problem drinkers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1385-43.
- Stockwell, T., Murphy D., & Hodgson, R., (1983). The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *British Journal of Addiction*, 78, 145-156.
- Tarter, R. G., Alterman, J. L., & Edwards, K. L. (1984). Alcoholic denial: A biopsychological interpretation. *Journal of Studies on Alcohol*, 45(3),. 214-18
- Vasco, A. B. (2005). A Concetualização de Caso no Modelo de Complementaridade Paradigmática: Variedade e Integração. *Psychologica*. 40, 11-36.
- Vasco, A. B. (2010). Fragments of an Integrative Therapeutic Discourse: Therapists, Emotions, Needs and the Therapeutic Process. Comunicação apresentada na 26ª conferência annual da Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Florença, Itália.

- Vasco, A. B. (2013). Sinto e Penso, logo Existo! Abordagem Integrativa das Emoções. *Revista Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca, EPE*. 11. 1. Lisboa: Psilogos.
- Vasco, A. B., Conde, E., Fonseca, M. J., Telo, C., & Sol, A. (2013). *Putting it all together: Differential Predictive values of early maldaptive schemas, alexithymia, emotional regulation, and the regulation of psychological needs satisfaction on psychological well-being/distress and symptomatology*. Comunicação apresentada na 29ª Conferencia da *Society for the exploration of psychotherapy integration: Psychotherapu Integration: Researchers*.
- Vaz, F.M., Vasco, A.B., Greenberg, L., & Vaz, J.M. (2010). Avaliação do processamento emocional em psicoterapia. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A.T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio, M. C. Taveira, (Eds.) *Conference Proceedings of the VII National symposium of psychology research*, Braga, Portugal.
- Witkiewitz, K., & Villarroel, N. A., (2009). Dynamic Association Between Negative Affect and Alcohol Lapses Following Alcohol Treatment. *J Consult Clin Psychol.*, 77(4): 633-44. doi: 10.1037/a0015647.
- World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2013). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO.
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (QEY-S3)*. New York: Schema Therapy Institute

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A practioner's guide*.  
New York: The Guilford Press.

Rijo, D. (2009). *Esquemas mal-adaptativos precoces: validação do conceito e dos métodos de avaliação* (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. DOI: <http://hdl.handle.net/10316/18486>

## **ANEXOS**

## **Anexo A**

Caraterização detalhada da amostra (N=94)

**QUADRO 4.** Caraterização da Amostra.

<b>N</b>	<b>94</b>
<b>Idade</b>	
Média (Desvio-Padrão)	48.38 (10.08)
Min-Máx	22-71
<b>Sexo</b>	
Masculino	75 (79.8%)
Feminino	19 (20.2%)
<b>Habilitações Literárias</b>	
4º ano	22 (23.4%)
6º ano	10 (10.6%)
9º ano	23 (24.5%)
12º ano	24 (25.5%)
Bacharelato	7 (7.4%)
Licenciatura	6 (6.4%)
Mestrado	1 (1.1%)
Doutoramento	1 (1.1%)
<b>Estatuto Profissional</b>	
Desempregado	33 (35.1%)
Baixa	53 (56.4%)
Reformado	8 (8.5%)
<b>Estatuto Civil</b>	
Solteiro	41 (43.6%)
Casado/União de Facto	30 (31.9%)
Divorciado/Separado	21 (22.3%)
Viúvo	2 (2.1%)

**QUADRO 5** – Continuação da caracterização da Amostra.

---

<b>N</b>	<b>94</b>
<b>Autodiagnóstico</b>	
Depressão	17 (18.1%)
Perturbação de Ansiedade	14 (14.9%)
Perturbação Bipolar	1 (1.1%)
Ausência	17 (18.1%)
Não Sei/Não Respondo	45 (47.9%)
<b>Medicação Psiquiátrica</b>	
Ausência	39 (41.5%)
Não Sei/Não Respondo	13 (13.8%)
Sim	42 (44.7%)
Antidepressivos	32 (34%)
Ansiolíticos	31 (33%)
<b>Consumo de Substâncias</b>	
<b>Passado</b>	
Nunca	64 (68.1%)
Sim	30 (31.9%)
Haxixe	25 (26.6%)
Cocaína	12 (12.8%)
Heroína	12 (12.8%)
Outro	6 (6.4%)
<b>Frequência do Consumo de Substâncias</b>	
Nunca	64 (68.1%)
1xdia	19 (20.2%)
1xsemana	5 (5.3%)
1xmês	3 (3.2%)
1xano	3 (3.2%)

---

**QUADRO 6** - Continuação da caracterização da Amostra.

<b>N</b>	<b>94</b>
<b>Tipo de Programa de Internamento Atual</b>	
Curto Internamento (4 semanas)	82 (87.2%)
Longo Internamento (comunidade terapêutica)	12 (12.8%)
<b>Internamentos Prévios (Álcool)</b>	
Ausência	44 (46.8%)
Sim	50 (53.2%)
1	25 (26.6%)
2	9 (9.6%)
3	5 (5.3%)
+3	11 (11.7%)
Curto Internamento	73 (73.73%)
Longo Internamento	26 (26.26%)
<b>Internamentos Prévios em Serviço de Psiquiatria</b>	
Ausência	82 (87.2%)
Sim	12 (12.8%)
1	6 (6.4%)
2	1 (1.1%)
3	2 (2.1%)
+3	3 (3.2%)
Depressão	4 (21.05%)
Ideação Suicida	8 (42.10%)
Psicose	2 (10.52%)
Outro	5 (26.31%)

## **Anexo B**

### Consentimento Informado

## Consentimento Informado

Como terá sido informado(a), pelo(a) seu(sua) terapeuta, venho convidá-lo(a) a participar num estudo sobre o consumo de álcool. Esta investigação insere-se num projeto a decorrer na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob coordenação da Doutora Ana Nunes da Silva.

A sua participação terá um único momento. Considerando preciosa a sua disponibilidade para colaborar, procurámos reduzir, simplificar e clarificar ao máximo o material que segue neste envelope. Caso decida colaborar, dispensando cerca de 45 minutos do seu tempo, por favor PREENCHA TUDO aquilo que lhe é pedido no caderno contido neste envelope.

Queremos assegurar-lhe que todos os dados são confidenciais. A sua participação é voluntária e poderá desistir a qualquer momento. O(a) seu(sua) terapeuta não terá acesso às suas respostas. Os resultados servirão diretamente objetivos científicos, ainda que indiretamente possam vir a contribuir para a qualidade do tratamento. A não participação ou desistência não terá qualquer influência para o seu tratamento. Se desejar obter informação acerca dos resultados deste estudo poderá deixar-nos o seu contacto de e-mail, no final do preenchimento dos questionários, que será destacado deste protocolo e destruído após envio dos resultados.

É MUITO IMPORTANTE que não deixe nenhuma pergunta por responder. Uma vez preenchido o material, coloque-o de novo no envelope e entregue-o FECHADO ao(à) seu(sua) terapeuta.

Ao longo do caderno vai encontrar vários questionários. Tenha atenção ao facto de cada um deles se iniciar por instruções específicas e possuir escalas de avaliação diferentes entre si.

Disponibilizamo-nos, desde já, para prestar esclarecimentos adicionais através do correio eletrónico: **PLA.FPUL@gmail.com**

**Declaro que estou suficientemente informado acerca da forma como este estudo vai decorrer e aceito participar:**

---

(assinatura do participante)

**OBRIGADO**

Ana Nunes da Silva  
Sofia Alexandra Santos Nunes  
Faculdade de Psicologia  
Universidade de Lisboa

## **Anexo C**

### Ficha de Datos Sociodemográficos

**Data de Participação no Estudo:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Sexo:** F  M  **Idade:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** 1º ciclo (4º ano)  2º ciclo (6º ano)  3º ciclo (9º ano)  Secundário (12º ano)   
Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

Outro: \_\_\_\_\_

**Profissão** \_\_\_\_\_

**Estatuto profissional:** Trabalho em full-time  Trabalho em part-time  Desempregado   
De baixa  Estudante  Reformado

**Estado Civil:** Solteiro  Casado/União de facto  Divorciado/Separado  Viúvo

**Tem outras dificuldades, para além de problemas relacionados com o álcool:**

Não  Sim: Depressão  Perturbação de Ansiedade  Perturbação bipolar

Outro (especifique): \_\_\_\_\_

**Medicação psiquiátrica:** Não  Sim: Antidepressivo  Estabilizador de humor   
Ansiolítico/indutor do sono  Antipsicótico  Outro (especifique):

Se não souber o tipo de medicação coloque o nome do(s) medicamento(s):  
\_\_\_\_\_

**Consome ou consumia alguma destas substâncias:**

Não  Sim: Haxixe  Cocaína  Heroína

Outra(s): \_\_\_\_\_

**Com que frequência (se aplicável):** diariamente  1x semana  1 x mês  1x ano

Outro (especifique): \_\_\_\_\_

**Relativamente ao presente internamento:**

**Local de internamento:** \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo está internado?** \_\_\_\_\_

**Internamentos anteriores relativos ao álcool:** Não  Sim  **Se sim, quantos:** 1  2  3

+ de 3  **Por favor, especifique (se aplicável):**

- 1º Internamento:
  - *Motivo:* \_\_\_\_\_
  - *Local:* \_\_\_\_\_
  - *Duração:* \_\_\_\_\_
- 2º Internamento:
  - *Motivo:* \_\_\_\_\_
  - *Local:* \_\_\_\_\_
  - *Duração:* \_\_\_\_\_

- 3º Internamento:
  - *Motivo:* \_\_\_\_\_
  - *Local:* \_\_\_\_\_
  - *Duração:* \_\_\_\_\_
- Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Internamentos anteriores em serviço de psiquiatria:** Não  Sim  Se sim, quantos: 1

2  3  + de 3  **Por favor, especifique (se aplicável):**

- 1º Internamento:
  - *Motivo:* \_\_\_\_\_
  - *Local:* \_\_\_\_\_
  - *Duração:* \_\_\_\_\_
- 2º Internamento:
  - *Motivo:* \_\_\_\_\_
  - *Local:* \_\_\_\_\_
  - *Duração:* \_\_\_\_\_
- 3º Internamento:
  - *Motivo:* \_\_\_\_\_
  - *Local:* \_\_\_\_\_
  - *Duração:* \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Anexo D**

Descrição dos domínios esquemáticos e dos esquemas precoces mal adaptativos.

Adaptado de Terapia Focada nos Esquemas (Young et al., 2003)



---

Grandiosidade	Crença exagerada de grandiosidade.
Autocontrolo/Autodisciplina	Dificuldades perversivas no autocontrolo e tolerância
Insuficientes	à frustração.
Domínio dos Outros	Foco excessivo nos desejos, sentimentos e
	necessidades dos outros.
Subjugação	Rendição excessiva de necessidades, emoções e
	convicções em relação aos outros.
Autossacrifício	Foco voluntário excessivo na satisfação das
	necessidades dos outros.
Procura de	Ênfase excessivo em ganhar a atenção dos outros.
Aprovação/Reconhecimento	
Vigilância Excessiva e Inibição	Supressão excessiva na espontaneidade, impulsos e
	escolhas. Rigidificação de princípios e regras.
Pessimismo	Foco perversivo nos aspetos negativos da vida.
Inibição Emocional	Inibição excessiva na expressão de emoções e
	sentimentos.
Padrões Excessivos de	Internalização rígida de regras, princípios. Crenças de
Realização/Hipercriticismo	perfeccionismo e eficácia.
Punição	Convicção rígida na punição dos erros próprios e
	alheios.

---

## **Anexo E**

Consistência Interna do Questionário de Esquemas de Young (QEY-S3)

**QUADRO 8** - Consistência Interna do questionário de esquemas de Young (QEY-S3).

Domínios e Esquemas	$\alpha$ Adaptação Portuguesa	$\alpha$ Presente Estudo
Distanciamento e Rejeição		.87
Abandono/Instabilidade	.84	.71
Desconfiança/Abuso	.82	.76
Privação Emocional	.90	.74
Defeito	.93	.70
Isolamento Social/ Alienação	.88	.63
Autonomia e Desempenho Deteriorados		.81
Dependência/Incompetência Funcional	.79	.62
Vulnerabilidade ao mal e à doença	.72	.52
Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	.74	.62
Fracasso	.91	.65
Limites Deteriorados		.74
Grandiosidade	.67	.51
Autocontrolo/Autodisciplina Insuficientes	.80	.66
Domínio dos Outros		.73
Subjugação	.80	.66
Autossacrifício	.75	.70
Procura de Aprovação/Reconhecimento	.80	.61
Vigilância Excessiva e Inibição		.81
Pessimismo	.78	.68
Inibição Emocional	.88	.63
Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo	.72	.54
Punição	.76	.62
QEY – S3 Global	.96	.95

## **Anexo F**

Descrição das necessidades psicológicas (Vasco, 2010)

**QUADRO 9** - Descrição das necessidades psicológicas (Vasco, 2010).

---

<b>Necessidades Psicológicas</b>	
<b>Prazer</b>	<b>Dor</b>
(tanto psicológico como físico)	(Capacidade para tolerar dores inevitáveis e atribuir significado à dor)
<b>Proximidade</b>	<b>Diferenciação</b>
(capacidade de estabelecer e manter relações íntimas)	(Capacidade para se diferenciar e para ser autodeterminado)
<b>Produtividade</b>	<b>Lazer</b>
(capacidade para realizar obras)	(capacidade para relaxar sem culpa associada)
<b>Controlo</b>	<b>Cedência/Cooperação</b>
(capacidade para influenciar o meio)	(capacidade para delegar)
<b>Atualização/Exploração</b>	<b>Tranquilidade</b>
(capacidade para explorar, exposição à novidade)	(Capacidade para apreciar aquilo que se possui)
<b>Coerência do Self</b>	<b>Incoerência do Self</b>
(congruência entre eu real e eu ideal, congruência entre o que se pensa, sente e faz)	(capacidade para tolerar conflitos e incongruências ocasionais)
<b>Autoestima</b>	<b>Autocrítica</b>
(capacidade para sentir satisfação com o próprio)	(capacidade para identificar, tolerar e aprender em função de insatisfações pessoais)

---

## **Anexo G**

Consistência Interna da Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas

(ERSN-43)

**QUADRO 10** - Consistência Interna da Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas (ERSN-43).

<b>Polaridades e Necessidades Psicológicas</b>	<b><math>\alpha</math> Amostra Clínica N = 94</b>
Polaridade Autocrítica/Autoestima	.797
Autocrítica	.778
Autoestima	.826
Polaridade Diferenciação/Proximidade	.380
Diferenciação	---
Proximidade	.372
Polaridade Prazer/Dor	.581
Prazer	.617
Dor	.303
Polaridade Exploração/Tranquilidade	.677
Exploração	.518
Tranquilidade	.761
Polaridade Produtividade/Lazer	.860
Produtividade	.835
Lazer	.740
Polaridade Controlo/Cooperação	.744
Controlo	.581
Cooperação	.616
Polaridade Incoerência/Coerência	.741
Incoerência	.350
Coerência	.773
ERSN Global	.924

## **Anexo H**

Consistência Interna da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)

**QUADRO 11** - Consistência Interna da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE).

<b>Dimensões</b>	<b><math>\alpha</math> Instrumento</b>	<b><math>\alpha</math> Adaptação</b>	<b><math>\alpha</math> Presente</b>
	<b>Original</b>	<b>Portuguesa</b>	<b>Estudo</b>
Não-aceitação	.85	.74	.88
Objetivos	.89	.75	.67
Impulsos	.86	.80	.61
Consciência	.80	.88	.79
Estratégias	.88	.85	.82
Clareza	.84	.75	.50
EDRE Global	.93	.92	.86

## **Anexo I**

Consistência Interna da Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

**QUADRO 12** - Consistência Interna da Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

<b>Domínios e Esquemas</b>	<b><math>\alpha</math> Instrumento</b>	<b><math>\alpha</math> Adaptação</b>	<b><math>\alpha</math> Presente</b>
	<b>Original</b>	<b>Portuguesa</b>	<b>Estudo</b>
Somatização	.80	.80	.80
Obsessões-Compulsões	.83	.77	.82
Sensibilidade Interpessoal	.74	.76	.79
Depressão	.85	.73	.90
Ansiedade	.81	.77	.84
Hostilidade	.78	.76	.73
Ansiedade Fóbica	.77	.62	.67
Ideação Paranoide	.77	.72	.75
Psicotismo	.71	.62	.74
Índice Geral de Sintomas			.97

## **Anexo J**

Médias, Desvios-Padrão e Amplitude das Subescalas do QEY-S3, EDRE, ERSN-43 e

BSI

**QUADRO 13** - Médias, Desvios-Padrão e Amplitude das subescalas do QEY-S3.

<b>Subescalas</b>	<b>M</b>	<b>(DP)</b>	<b>Min-Máx</b>
Privação Emocional	2.22	(1.07)	1.00-6.00
Instabilidade/ Abandono	<b>3.25</b>	(1.13)	1.00-6.00
Desconfiança e Abuso	2.83	(1.08)	1.00-5.40
Isolamento e Alienação	2.47	(.96)	1.00-5.20
Defeito e Vergonha	2.18	(.96)	1.00-5.20
Fracasso	2.13	(.89)	1.00-4.60
Dependência Funcional	2.33	(.93)	1.00-5.20
Vulnerabilidade ao Mal e à Doença	<b>3.00</b>	(1.20)	1.00-5.20
Eu subdesenvolvido	2.48	(1.04)	1.00-5.00
Grandiosidade	2.86	(.85)	1.00-5.20
Autocontrolo Insuficiente	2.71	(1.00)	1.00-5.40
Subjugação	2.73	(.96)	1.00-5.60
Autossacrifício	<b>3.17</b>	(1.03)	1.00-5.80
Procura de Aprovação	<b>3.23</b>	(.99)	1.00-6.00
Inibição Emocional	2.78	(.92)	1.00-4.80
Padrões Excessivos	<b>3.60</b>	(.90)	1.60-6.00
Pessimismo	3.15	(1.02)	1.00-6.00
Autopunição	2.96	(.97)	1.00-5.00

*Nota:* A negrito encontram-se os esquemas que ultrapassaram o ponto de corte ( $M \geq 3$ ; Young, 2005).

**QUADRO 14** - Médias, Desvios-Padrão e Amplitude das subescalas da EDRE.

<b>Subescalas</b>	<b>M</b>	<b>(DP)</b>	<b>Min-Máx</b>
Aceitação	2.91	(.99)	1.00 – 5.00
Objetivos	2.76	(.81)	1.00 – 4.20
Impulso	2.58	(.71)	1.00 – 4.67
Consciência	2.71	(.86)	1.00 – 4.83
Estratégias	2.62	(.81)	1.13 – 4.88
Clareza	2.35	(.70)	1.00 – 4.00

**QUADRO 15** - Médias, Desvios-Padrão e Amplitude das subescalas da ERSN-43.

<b>Subescalas</b>	<b>M</b>	<b>(DP)</b>	<b>Min-Máx</b>
Autocrítica	6.44	(1.35)	1.67-8.00
Autoestima	5.63	(1.66)	1.00-8.00
Proximidade	5.29	(1.28)	1.67-8.00
Diferenciação	4.67	(1.07)	1.00-7.00
Produtividade	5.94	(1.56)	1.33-8.00
Lazer	5.94	(1.41)	2.00-8.00
Coerência	5.50	(1.55)	1.00-8.00
Incoerência	4.88	(1.09)	1.67-8.00
Exploração	5.72	(1.18)	2.33-8.00
Tranquilidade	5.55	(1.55)	1.00-8.00
Cooperação	6.22	(1.11)	3.00-8.00
Controlo	5.90	(1.29)	2.00-8.00
Prazer	5.44	(1.38)	2.00-8.00
Dor	5.82	(1.00)	3.00-8.00

**QUADRO 16** – Médias, Desvios-Padrão e Amplitude das subescalas do BSI

<b>Subescalas</b>	<b>M</b>	<b>(DP)</b>	<b>Min-Máx</b>
Somatização	.69	(.64)	.00-2.57
Obsessões-Compulsões	1.25	(.77)	.00-3.17
Sensibilidade Interpessoal	1.02	(.79)	.00-3.75
Depressão	1.09	(.94)	.00-3.67
Ansiedade	1.01	(.77)	.00-3.00
Hostilidade	.87	(.65)	.00-3.20
Ansiedade Fóbica	.57	(.58)	.00-2.40
Ideação Paranóide	1.14	(.74)	.00-2.80
Psicotismo	1.04	(.76)	.00-3.00

## **Anexo L**

Comparação dos Índices Gerais e respectivas Subescalas entre os Graus de Severidade através da ANOVA

**QUADRO 17** - Comparação dos Índices Gerais entre os Graus de Severidade através da ANOVA.

Variáveis	Severidade Ligeira		Severidade Moderada		Severidade Grave		F	p
	(N=29)		(N=29)		(N=36)			
	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)		
QEY-S3	2.52	(.62)	2.91	(.66)	2.84	(.56)	3.43	.04**
EDRE	2.54	(.58)	2.74	(.51)	2.69	(.46)	1.11	.33
ERSN-43	5.70	(.88)	5.54	(.93)	5.66	(.82)	.27	.76
BSI	.66	(.48)	1.13	(.63)	1.10	(.66)	5.80	.00**

\*\**p-value* < 0.05

**QUADRO 18** - Comparação das subescalas do BSI entre os Graus de Severidade através da ANOVA.

Variáveis	Severidade Ligeira		Severidade Moderada		Severidade Grave		F	p
	(N=29)		(N=29)		(N=36)			
	M	(DP)	M	DP	M	DP		
Somatização	.34	(.33)	.81	(.64)	.87	(.72)	7.08	.00**
Obsessões- Compulsões	.84	(.65)	1.37	(.77)	1.49	(.75)	6.75	.00**
Sensibilidade Interpessoal	.75	(.69)	1.15	(.78)	1.15	(.83)	2.62	.08
Depressão	.71	(.70)	1.41	(1.05)	1.13	(.91)	4.43	.01**
Ansiedade	.68	(.65)	1.13	(.82)	1.17	(.76)	4.05	.02**
Hostilidade	.66	(.57)	1.03	(.69)	.92	(.64)	2.63	.08
Ansiedade Fóbica	.32	(.48)	.67	(.59)	.68	(.61)	3.80	.03**
Ideação	.88	(.67)	1.23	(.73)	1.28	(.76)	2.88	.06
Paranóide								
Psicotismo	.74	(.61)	1.17	(.82)	1.17	(.78)	3.26	.04**

\*\**p-value* < 0.05

**QUADRO 19 - Comparação dos esquemas entre os Graus de Severidade através da ANOVA.**

Variáveis	Severidade Ligeira (N=29)		Severidade Moderada (N=29)		Severidade Grave (N=36)		F	p
	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)		
	Privação Emocional	1.84	(.76)	2.68	(1.36)	2.16		
Instabilidade/ Abandono	3.05	(1.24)	3.36	(1.12)	3.32	(1.05)	.66	.52
Desconfiança e Abuso	2.37	(.94)	3.04	(1.23)	3.02	(.98)	3.94	.02**
Isolamento e Alienação	2.27	(.81)	2.59	(1.01)	2.53	(1.04)	.92	.40
Defeito e Vergonha	1.96	(.71)	2.39	(1,01)	2.19	(1.08)	1.49	.23
Fracasso	1.82	(.75)	2.41	(1,00)	2.14	(.84)	3.40	.04**
Dependência Funcional	2.09	(.76)	2.53	(1,10)	2.37	(.89)	1.71	.19
Vulnerabilidade ao Mal e à Doença	2.68	(1.15)	3.11	(.89)	3.18	(.98)	2.16	.12
Eu subdesenvolvido	2.02	(.90)	2.79	(1.04)	2,61	(1.04)	4.71	.01**
Grandiosidade	2.72	(.86)	3.09	(.86)	2,78	(0.82)	1.62	.20
Autocontrole Insuficiente	2.60	(1.15)	2.78	(.94)	2,73	(0.94)	.25	.78
Subjugação	2.36	(1.06)	2.74	(1.04)	2,49	(0.81)	1.15	.32
Autossacrifício	2.72	(.81)	3.24	(1.14)	3,48	(0.98)	4.86	.01**
Procura de Aprovação	3.10	(1.00)	3.36	(1.00)	3,22	(0.98)	.51	.,60
Inibição Emocional	2.79	(.86)	2.59	(.91)	2,92	(0.97)	1.00	.37
Padrões Excessivos	3.26	(.80)	3.67	(.95)	3,81	(0,88)	3,22	.04**
Pessimismo	2.87	(1.15)	3.40	(1.05)	3,18	(0,85)	2,03	.14
Autopunição	2.79	(.96)	3.15	(1.10)	2,95	(0,86)	1,01	.37

\*\*p-value &lt; 0.05

**QUADRO 20** - Comparação das dimensões da EDRE entre os Graus de Severidade através da ANOVA.

Variáveis	Severidade		Severidade		Severidade		F	p
	Ligeira		Moderada		Grave			
	(N=29)		(N=29)		(N=36)			
	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)		
Aceitação	2.71	(.90)	3.09	(1.05)	2.92	(1.02)	1.03	.36
Objetivos	2.54	(.93)	2.86	(.80)	2.86	(.68)	1.57	.21
Impulso	2.45	(.88)	2.67	(.68)	2.61	(.58)	.69	.51
Consciência	2.75	(.98)	2.61	(.78)	2.76	(.85)	.26	.77
Estratégias	2.52	(.89)	2.77	(.86)	2.59	(.70)	.77	.47
Clareza	2.26	(.74)	2.37	(.74)	2.41	(.65)	.40	.67

**QUADRO 21** - Comparação das subescalas da ERSN-43 entre os Graus de Severidade através da ANOVA.

Variáveis	Severidade Ligeira		Severidade Moderada		Severidade Grave		F	p
	(N=29)		(N=29)		(N=36)			
	M	(DP)	M	(DP)	M	(DP)		
Autocrítica	6.56	(1.44)	6.32	(1.21)	6.44	(1.42)	.23	.80
Autoestima	5.74	(1.50)	5.33	(1.89)	5.79	(1.61)	.68	.51
Proximidade	5.68	(1.00)	5.15	(1.54)	5.08	(1.23)	2.01	.14
Diferenciação	4.80	(.94)	4.48	(1.35)	4.71	(.92)	.69	.50
Produtividade	6.25	(1.36)	5.84	(1.72)	5.78	(1.58)	.84	.44
Lazer	5.75	(1.60)	5.95	(1.32)	6.08	(1.33)	.45	.64
Coerência	5.45	(1.59)	5.45	(1.67)	5.59	(1.45)	.09	.91
Incoerência	4.87	(1.02)	4.82	(1.38)	4.94	(.89)	.11	.90
Exploração	5.43	(1.35)	5.75	(1.00)	5.94	(1.15)	1.59	.21
Tranquilidade	5.66	(1.57)	5.37	(1.67)	5.61	(1.45)	.29	.75
Cooperação	6.33	(.89)	6.13	(1.38)	6.20	(1.04)	.25	.78
Controlo	6.24	(1.06)	5.79	(1.43)	5.70	(1.33)	1.55	.22
Prazer	5.34	(1.50)	5.43	(1.57)	5.52	(1.12)	.13	.88
Dor	5.72	(.94)	5.69	(1.12)	6.00	(.94)	.99	.37