

DAVID MARQUES OLIVEIRA

**EMOÇÕES POSITIVAS E MOTIVAÇÃO NA
REABILITAÇÃO BIOPSISSOCIAL**

Orientadora: Cristina de Sousa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2010

DAVID MARQUES OLIVEIRA

**EMOÇÕES POSITIVAS E MOTIVAÇÃO NA
REABILITAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia no Curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professora Doutora Cristina de Sousa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Departamento de Psicologia

Lisboa

2010

Resumo

O presente estudo tem como principal objectivo verificar o fluxo emocional e a motivação para a mudança num programa de reabilitação biopsicossocial de alcoolismo e toxicodependências, com a duração de quatro semanas. Para esse efeito, procedeu-se à recolha da amostra de 30 participantes dentro do programa, utilizando para avaliar o fluxo emocional os relatos de episódios emocionais, o Teste de Positividade (TP), a Analogical Emotional Scale (AES), o Subjective Well-being (SWB), o Controlo Percebido Subjectivo (CPS) em três momentos distintos do programa, pelo que para avaliar a motivação foi utilizada a escala SOCRATES 8D no início e no final do programa de reabilitação. A teoria argumenta a existência de um aumento na satisfação pessoal e nas emoções positivas durante o processo de mudança, ou seja, quando o processo terapêutico decorre de forma favorável. Os resultados confirmam a existência de uma evolução linear positiva no TP, como também no SWB e CPS. Contudo não foi totalmente confirmado um aumento positivo da motivação, pelo que os resultados apenas demonstraram diferenças significativas na subescala Ambivalência da escala SOCRATES 8D, verificando-se um decréscimo acentuado entre os dois momentos, o que se revela favorável para o processo de mudança desejado no programa.

Palavras-chave: fluxo emocional, positividade, motivação, processo de mudança, reabilitação.

Abstract

The main objective of this study is to verify the emotional flow and the motivation for change process in a bio-psychosocial rehabilitation program for alcoholism and drug addictions, with a duration of four weeks. To this end, we proceeded to collect the sample of 30 participants in the program, to evaluate the emotional flow we use the emotional reports, the Positivity Test (PT), the Analogical Emotional Scale (AES), the Subjective Well-Being (SWB), the Subjective Perceived Control (PSC) in three separate moments of the program, to assess the motivation scale was used the SOCRATES 8D scale at the beginning and in the end of the rehabilitation program. The theory argues that there is an increase in personal satisfaction and positive emotions during the change process, when the therapeutic process runs optimally. The results confirm the existence of a positive linear trend in the PT, in SWB and CPS. However it was not totally confirmed an positive increase in motivation, so the results only showed significant differences in ambivalence subscale of the SOCRATES 8D, and there is a sharp decrease between the two moments, which proves favorable for the desired process of change in the program.

Keywords: emotional flow, positivity, motivation, change process, rehabilitation.

Lista de Siglas:

AA – Alcoólicos Anónimos

NA – Narcóticos Anónimos

FA – Famílias Anónimas

ALP – Abstinência a Longo Prazo

NIAAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

PPC2R – Patient Placement Criteria Second Review

APA – American Psychology Association

H1 – Primeira Hipótese

H2 – Segunda Hipótese

H3 – Terceira Hipótese

AES – Analógical Emotional Scale

TP – Teste de Positividade

SWB – Subjective Well-Being

CPS – Controlo Percebido Subjectivo

SOCRATES8D – Stages of Change Readiness and Treatment Eagernes Scale versão 8D

Índice

Introdução	8
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico	10
1.1.1. Reabilitação	11
1.1.2. Espiritualidade em Tratamento	11
1.1.3. Importância do Conceito de Doença.....	12
1.1.4. Enquadramento do Modelo Minnesota	13
1.1.4.1. Conceitos Básicos	13
1.1.4.2. Trabalho Quotidiano do Tratamento	13
1.1.4.3. Filosofia Quotidiana do Tratamento	14
1.2. Intervenção de Reabilitação Biopsicossocial.....	15
1.2.1. Intervenção Terapêutica.....	15
1.2.2. Intervenção Motivacional	16
1.2.3. Intervenção Familiar	16
1.2.4. Prevenção da Recaída	17
1.2.5. Objectivos Semanais do Programa Residencial.....	17
1.2.6.Aspectos Gerais do Programa	18
1.3. Emoção	19
1.3.1. Psicologia Positiva	19
1.3.2. Homeostasia e Emoções Positivas	22
1.3.3. Emoções em Contexto Terapêutico	24
1.3.4. Contexto Terapêutico e Fluxo Emocional	28
1.4. Objectivos do Estudo.....	30
Capitulo 2 – Método	31
2.1. Participantes	31
2.2. Medidas.....	32
2.3. Procedimento	36
3. Resultados	38
4. Discussão	45
Referências Bibliográficas	49
Apêndices.....	I

Apêndice I.....	II
Apêndice II	III
Apêndice III	IV
Apêndice IV.....	V
Apêndice V	VI
Apêndice VI.....	VII
Apêndice VII	VIII
Apêndice VIII.....	IX
Apêndice IX.....	X
Apêndice X	XI
Apêndice XI.....	XII
Apêndice XIII.....	XIV
Anexos.....	XV
Anexo 1 – Teste de Positividade	XVI
Anexo 2 – Analógico Emotional Scale	XVII
Anexo 3 – Satisfação Pessoal e Controlo Percebido	XVIII
Anexo 4 – SOCRATES 8D.....	XIX

Introdução

O presente trabalho tem como objecto de estudo o fluxo emocional e a motivação para a mudança de indivíduos com diagnóstico de adicção, que se encontram num programa de reabilitação biopsicossocial de aproximadamente quatro semanas.

O interesse suscitado para este estudo prende-se com a convicção de existir um papel fundamental das emoções na eficiência de uma terapia. A questão que envolve a eficiência de um processo terapêutico não está unicamente ligada aos resultados, mas principalmente ao decorrer das sessões, sendo necessário perceber se as emoções têm uma participação activa nesse processo. Assim, é importante perceber a forma como as emoções vão progredindo no processo terapêutico, para promover práticas mais enquadradas com as necessidades da população alvo. Este estudo pretende contribuir para uma melhor compreensão da evolução do fluxo emocional em contexto terapêutico.

Estudos anteriores argumentam a existência de um aumento na satisfação pessoal e nas emoções positivas durante o processo de mudança, ou seja, quando o processo terapêutico decorre de forma favorável (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). A promoção do bom funcionamento do indivíduo passa pela valorização do seu estado de equilíbrio, assim, na regulação homeostática existem diversos níveis, como as respostas imunitárias, comportamentos, motivações, emoções e sentimentos (Damásio, 2003). Outro exemplo, Taylor e colegas (2000) forneceram evidências bastante persuasivas de que as crenças como optimismo e um controlo percebido individual são factores protectores da saúde psicológica e física. Por outro lado, as emoções positivas partilham a habilidade de alargar os reportórios momentâneos de pensamento-acção e criam recursos duradouros, que vão desde os recursos físicos e intelectuais até aos recursos sociais e psicológicos, recursos estes que poderão ser utilizados em diversas situações futuras (Fredrickson, 2001).

De forma a tornar candente uma melhor compreensão sobre o fluxo emocional em contexto terapêutico, este estudo utilizou um processo de recolha de amostra longitudinal, que se distribui em três momentos do programa de reabilitação, pelo que se trata de um estudo observacional comparativo entre os diferentes momentos de recolha de dados da amostra.

Por existir pouca investigação sobre as emoções em contexto terapêutico, particularmente no nosso país, como também por ser um assunto de extrema importância para o desenvolvimento de medidas que possam tornar mais eficientes e consequentemente eficazes as intervenções terapêuticas (Fitzpatrick & Stalikas, 2008), o interesse neste tema de estudo foi por esses motivos suscitado. Contudo, a principal razão pela qual foi despoletado o interesse neste tema prende-se com uma melhor compreensão das emoções em contexto terapêutico e da forma como estas podem contribuir para a optimização do ser humano neste contexto, contando com o efeito adaptativo que as emoções positivas possuem (Fredrickson, 2001).

Com o intuito de expor de forma clara e sucinta este trabalho, a sua organização conta com a divisão de vários temas. Em primeiro lugar é feita a exposição de características gerais do programa de reabilitação, como a reabilitação e o conceito de doença, para uma melhor compreensão do programa de reabilitação. Seguidamente, a intervenção de reabilitação é explorada, podendo ser consultado o conjunto de intervenções terapêuticas que se aplicam no programa, como também os objectivos semanais a que se propõe. Após uma exploração da intervenção terapêutica do programa, a exposição do trabalho centra-se nas emoções, introduzindo as emoções no contexto terapêutico, expondo no início a Psicologia Positiva e referindo a importância das emoções positivas no estado optimizado dos indivíduos. No final deixa-se espaço para os objectivos deste estudo, com o método, os resultados e a discussão a serem expostos seguidamente pela respectiva sequência. Neste estudo foram seguidas as normas da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para elaboração e apresentação das teses de mestrado (Primo & Mateus, 2008), tendo as citações, as referências bibliográficas, apresentação de tabelas e figuras, respeitado as normas de publicação da *American Psychological Association* (APA, 6ª edição).

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

Em primeiro lugar deve-se fazer referência ao modelo de reabilitação utilizado na instituição onde decorreu o estudo, de modo a compreender melhor quais os efeitos que este poderá ter sobre o indivíduo no seu processo de reabilitação. Assim, o modelo de reabilitação corresponde ao Modelo Minnesota que não se configura como uma abordagem totalmente original, pois ela vai beber informação de várias fontes, como a psicologia cognitivo-comportamental, os princípios dos Alcoólicos Anónimos (AA) e palestras didáticas (Spicer, 1993). Assim, a originalidade deste modelo encontra-se numa nova maneira de juntar e adaptar os diversos elementos que o compõe (Spicer, 1993).

Sendo este modelo flexível e largamente adaptado, apresenta uma perspectiva única no tratamento, tendo assim três linhas fundamentais de orientação:

1 – Tratar pessoas com dependência química – só no século XX é que o tratamento de dependência se torna mais humano, evitando que o dependente químico seja ignorado, castigado ou enclausurado em instituições mentais ou em prisões sem antes poder ser tratado pela sua doença. O alcoolismo é uma perturbação independente das questões sociais desviantes, como o comportamento imoral ou ilegal. Desta forma, ele afecta todas as classes sociais, grupos étnicos e nações. Não atinge apenas as pessoas à margem da sociedade, mas também membros respeitados com boas famílias e empregos.

2 – Tratá-los com dignidade – tratar qualquer adicto ou alcoólico com dignidade e respeito, transmitindo a mensagem que ele em tratamento não será julgado, mas sim bem recebido, de forma a sentir-se parte integrante de um todo.

3 – Tratá-los como pessoas completas (corpo, mente e espírito) – Os pacientes recebem tratamento imediato sobre as consequências físicas da adicção, incluindo tratamento médico e desintoxicação (antes de entrarem no programa residencial). O modelo Minnesota também trabalha a nível intelectual, ensinando novas estratégias para modificar hábitos mentais, através da psicoterapia cognitivo-comportamental, como a Terapia Racional Emotiva desenvolvida por Albert Ellis. A necessidade dos pacientes aprenderem a viver as suas vidas a um nível espiritual é importante neste modelo. Nesta área é trabalhado o conhecimento das limitações e vulnerabilidades individuais, bem

como a necessidade de aceitar a ajuda que outras pessoas possam oferecer. A espiritualidade é então um processo individual de relacionamento com o Poder Superior, conforme cada um o concebe.

1.1.1. A Reabilitação

A reabilitação consiste no principal objectivo deste modelo, sendo considerados por Spicer (1993) os seguintes componentes chave:

- a) Colaboração entre pacientes e equipa terapêutica para definir o caminho de recuperação.
- b) O principal foco de atenção no tratamento é a mudança de estilo de vida.
- c) Tratamento a longo prazo sobre as condições da doença, para que o paciente aprenda a viver bem com elas progressivamente, desmistificando o conceito da existência de uma “cura mágica” sobre a doença.
- d) Componente multidisciplinar do tratamento, abrangendo assim as diversas áreas de vida. A equipa terapêutica deverá então ser composta por profissionais especializados nas diversas áreas de medicina e saúde mental.
- e) A reabilitação baseia-se em sistemas de suporte naturais, como a família, amigos e os grupos de auto-ajuda, que ajudam o paciente a responsabilizar-se sobre a gestão da sua vida e ao mesmo tempo saber utilizar os recursos que dispõe em comunidade.

1.1.2. Espiritualidade em Tratamento

Qualquer doença tem uma dimensão espiritual, suscitando questões inerentes ao significado da vida humana. A espiritualidade dos 12 passos dos AA não se prende com uma religião organizada, nem se baseia em qualquer tipo de doutrinas, mas prende-se sim com recomendações práticas que levam a uma experiência comum entre os adictos em recuperação. Essa experiência comum corresponde à sobriedade, na qual a partilha sobre o processo de vida e recuperação se torna fundamental para o processo individual a nível espiritual (Spicer, 1993). Este processo de partilha suscita

identificação, onde as pequenas diferenças individuais são respeitadas, sendo assim possível a participação de ateus, agnósticos, budistas, cristãos, entre outros, com o mesmo objectivo, ou seja, o esforço para a sobriedade. Apesar desta experiência comum ser possível através da partilha e identificação, o processo espiritual não deixa de ter um cariz individual, sendo considerado o Poder Superior não uma entidade imposta, mas sim a entidade como cada individuo a concebe (Spicer, 1993).

1.1.3. Importância do Conceito de Doença

A nível terapêutico a dependência vista como doença tem os seus benefícios. Desta forma, aceitar o conceito de doença pode reduzir o sentimento de culpa no dependente químico e facilitar a sua entrada em tratamento. Por outro lado, este conceito de doença ajuda a promover o tratamento em detrimento da punição, oferecendo aos alcoólicos e dependentes químicos os mesmos direitos civis que qualquer outra pessoa com doença crónica.

O Modelo Minnesota defende a Abstinência total para qualquer químico alterador da consciência como única forma de combater a doença. A razão não se prende com a negação do prazer, mas sim porque é a opção mais segura, pois o consumo controlado acarreta demasiados riscos (Spicer, 1993).

A importância da responsabilidade também é salientada. Neste modelo, maior parte da recuperação do indivíduo surge como resultado das suas decisões e acções, sendo assim enfatizadas as opções de vida e a responsabilidade pessoal.

À luz deste modelo, a adicção é vista como outras doenças que são profundamente influenciadas pela opção de estilo de vida. O cancro, a doença arterial coronária e a diabetes são rapidamente identificados como doenças, mesmo quando as mudanças de estilo de vida possam adquirir um papel fundamental no seu desenvolvimento. Da mesma forma, como um diabético tem de ter atenção com o seu consumo de açúcar, o adicto também é incentivado a mudar o seu estilo de vida através das suas atitudes e acções.

Desta forma, a concepção de doença neste modelo também é vista como uma perturbação comportamental, para assim responsabilizar o indivíduo na sua recuperação, dando-lhe alternativas ao seu habitual comportamento (Spicer, 1993).

1.1.4. Enquadramento do Modelo Minnesota

1.1.4.1 Conceitos Básicos:

- a) Aceitação do alcoolismo (ou outra dependência química) como uma doença que o doente não contraiu intencionalmente a partir de um comportamento de consumo.
- b) Reconhecimento da responsabilidade do doente na sua recuperação com o corolário que o objectivo do tratamento é apoiar o doente a alcançar por ele mesmo a recuperação em vez de lhe impor uma cura.
- c) A convicção de que a abstinência total de todas as drogas recreativas “alteradoras de humor” ou euforigénicas é o objectivo primordial do tratamento e o único caminho para a recuperação.
- d) O uso dos 12 passos e das 12 tradições e a literatura dos Alcoólicos Anónimos / Narcóticos Anónimos (AA/NA) no programa de tratamento.
- e) Existência de uma equipa técnica multidisciplinar (médico psiquiatra, psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social e “*addiction counselors*”.
- f) Uso de técnicos “*addiction counselors*” / (cerca de 40% obtidos a partir de doentes com 2-5 anos de recuperação e posteriormente profissionalizados).
- g) A ênfase na psicoterapia de grupo como primeira modalidade de tratamento.
- h) A importância do “milieu” terapêutico como tarefa comunitária prioritária.

1.1.4.2 Trabalho Quotidiano do Tratamento

- a) Psicoterapia de grupo diária com grupos de 8-10 doentes.
- b) Palestras didáticas 2 a 3 vezes ao dia tendo como prelectores médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas familiares e “*addiction counselors*”.
- c) Frequência com sessões internas e externas de reuniões dos grupos de auto-ajuda de Alcoólicos e Narcóticos Anónimos (AA/NA).

d) Componente do programa de intervenção familiar enfatizando os princípios dos grupos de auto-ajuda familiar de 12 passos Alcoólicos Anónimos e Famílias Anónimas (AA e FA).

e) Responsabilização de tarefas pelo doente como escrever a história da sua vida no contexto de álcool e drogas e seu consumo, contactar membros da família, assumir tarefas comunitárias como por exemplo ser responsável por orientar um novo doente admitido.

f) Participação em subgrupos com tópicos como Sida, raiva, comunicação, mecanismos de “coping”, assuntos específicos masculinos e femininos, abuso sexual, objectivos de recuperação, técnicas de relaxamento, sintomas de abstinência a longo prazo (ALP) e prevenção da recaída.

g) Aconselhamento individual e monitorização semanal do progresso do tratamento e orientações para pós-tratamento.

h) Exercício físico e actividades recreativas

1.1.4.3 Filosofia Quotidiana do Tratamento:

a) Forte orientação da filosofia dos Alcoólicos Anónimos e Narcóticos Anónimos (AA e NA).

b) Avaliação inicial psiquiátrica e psicológica com recurso à psicometria.

c) Forte intervenção terapêutica dos “*addictions counselors*”.

d) Apoio médico psiquiátrico e de clínica geral para comorbilidades.

e) Psicoterapeutas treinados de forma sistemática em técnicas de Gestalt, psicodrama, terapia da realidade, análise transaccional, terapia comportamental de manejo do stress.

f) Uso da comunidade terapêutica e intervenção na crise.

g) Incluir elementos do meio laboral e familiares no programa terapêutico.

h) Planificação de cuidados pós tratamento envolvendo o meio laboral, amigos e familiares.

1.2. Intervenção de Reabilitação Biopsicossocial

1.2.1. Intervenção Terapêutica

A intervenção terapêutica encontra-se centrada nas orientações do Projecto “Match”, do “National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism” (NIAAA – USA), na qual a Terapia Cognitivo-Comportamental, a Terapia dos 12 passos e a Terapia Motivacional correspondem às três principais abordagens de tratamento (Carrilho, Maymone e Oliveira, 2004). Estas abordagens são combinadas de forma a integrar o programa de reabilitação, pois têm demonstrado melhores resultados utilizadas de forma integrativa do que de forma isolada.

Por outro lado, as diferenças idiossincráticas entre os pacientes levaram à utilização de um modelo integracionista, no qual o objectivo é adequar o modelo de tratamento às características específicas de cada paciente, fornecendo um leque abrangente de estratégias (Carrilho et al., 2004).

Ainda considerando as diferenças entre a população dependente, como a idade, pedido de ajuda cada vez mais precoce, duplos diagnósticos, possibilidade de repetidos insucessos, doenças secundárias à adicção e as modificações sociais e económicas inerentes a esta problemática, a instituição opta pela utilização dos critérios da Sociedade Americana da Adicção – PPC2R (“Patient Placement Criteria”). Esta metodologia cruza dimensões de avaliação do estado geral do paciente com níveis de intervenção de intensidade gradual, que são apresentadas com uma periodicidade semanal em reuniões de consenso dos objectivos terapêuticos, quer seja na avaliação inicial de encaminhamento, quer seja durante o tratamento para possibilitar uma monitorização da evolução do paciente (Carrilho et al., 2004). As dimensões são as seguintes:

- 1 – Intoxicação aguda e/ou potencial de abstinência aguda
- 2 – Condições e complicações biomédicas
- 3 – Condições e complicações emocionais / comportamentais / cognitivas
- 4 – Prontidão para a mudança
- 5 – Potencial de recaída
- 6 – Ambiente de vida (família e amigos)

1.2.2. Intervenção Motivacional

A negação corresponde a uma das principais características da doença, que se traduz por um mecanismo psicológico de manutenção do consumo e comportamentos associados. Mesmo quando o indivíduo possui alguma consciência do seu problema, existe a minimização do problema e das suas consequências, tendo o indivíduo uma postura pouco aberta para a necessidade de tratamento em programa intensivo (Carrilho et al., 2004).

Com a utilização do modelo de Prochaska e Diclemente, identifica-se a consciência cognitiva e o impacto emocional que a pessoa tem sobre o seu problema, de forma a poder elaborar estratégias de intervenção que possibilitem uma evolução positiva nesta consciencialização e “insight”. Com esta intervenção pretende-se que o paciente tenha uma maior disponibilidade para a identificação de problemas e respectiva mudança em detrimento de uma resposta emocional ao envolvimento com o grupo de terapia (Carrilho et al., 2004).

Os momentos correspondentes a esta intervenção prendem-se com uma fase anterior à entrada para tratamento, sendo o indivíduo avaliado e preparado para a entrada no tratamento residencial, altura em que poderá coincidir com a finalização de um processo de desintoxicação médica.

1.2.3. Intervenção Familiar

A intervenção familiar é realizada durante o programa de tratamento residencial, tendo como objectivo aferir a ideia que a família tem sobre o problema e o modo como vivem com esse problema, com a facilitação de um técnico especializado. Torna-se importante que a família perceba e reconheça a doença do seu familiar, tanto na forma como olha e lida com o doente, como para que cada elemento elabore e viva as situações de modo mais saudável (Carrilho et al., 2004).

Os objectivos nesta área de intervenção abrangem diversos campos. Primeiro é necessário que a família perceba que a dependência é uma doença que não afecta só aquele que consome, mas também tem repercussões nos que estão à sua volta, instalando-se padrões de comunicação, comportamentos e sentimentos disfuncionais,

mantidos por ambas as partes. Normalmente as famílias tendem a organizar as suas vidas de volta do dependente, tentando controlá-lo, modificá-lo, protege-lo, castigá-lo, etc. Este padrão de comportamento é operacionalizado através do conceito de co-dependência, específico da abordagem sistémica do Modelo Minnesota (Carrilho et al., 2004).

Por último, é necessário trabalhar o conjunto de expectativas que a família tem sobre o tratamento, para que esta tenha uma melhor noção do que esperar do dependente e de como poderá interpretar e reagir nas diversas situações.

1.2.4. Prevenção da Recaída

O tratamento residencial é complementado por seis meses de reuniões semanais de Prevenção da Recaída. À semelhança das reuniões dos grupos de auto-ajuda, cada elemento partilha livremente sem que seja permitido um diálogo com os restantes elementos presentes. No final, o técnico intervém pontuando as várias partilhas, salientando os aspectos mais importantes, como os aspectos positivos partilhados, como também as dificuldades sentidas no processo de recuperação de cada elemento (Carrilho et al., 2004).

Nestas reuniões dá-se especial atenção à rede social de apoio e ao uso que o indivíduo faz da mesma, às mudanças que introduz na sua vida e às estratégias que utiliza para ultrapassar questões como desejos de consumir, frustração, tédio, sentimentos negativos, entre outros. Em algumas situações, quando se verifica necessidade para um acompanhamento individual, esse é iniciado com o doente em recuperação, com o propósito de trabalhar as suas dificuldades no “aqui e agora”.

1.2.5. Objectivos Semanais do Programa Residencial

Primeira semana – O objectivo principal é quebrar a negação. Nesta semana utiliza-se principalmente o confronto com dados objectivos de vida e a revisão da realidade individual de cada elemento do grupo. Para ser atingido o objectivo, o procedimento terapêutico tem por base a Terapia da Realidade de William Glasser (Carrilho et al., 2004).

Segunda semana – O objectivo principal é tomar consciência das perdas vividas. Numa primeira fase ensina-se a “estar” com as emoções e a exteriorizá-las adequadamente, depois, o objectivo é substituir a responsabilidade pela culpa. É de igual forma importante salientar o suporte do grupo para o indivíduo, no que respeita à revisão dos seus recursos e possibilidades, bem como pelo facto de estar acompanhado no seu processo de mudança (Carrilho et al., 2004).

Terceira semana – O objectivo principal corresponde ao começar a construir um novo estilo de vida. Desta forma, pretende-se uma identificação clara das dificuldades e recursos, para assim iniciar a formulação de estratégias para a recuperação. Nesse sentido, torna-se importante trabalhar crenças irracionais associadas à doença através da Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis (Carrilho et al., 2004).

Quarta semana – O objectivo principal prende-se com a percepção e integração de conceitos. Nesta última semana de programa intensivo, o trabalho incide sobre a adequação de conceitos, estratégias e vivências do tratamento à doença do indivíduo. Por último, a saída do tratamento é preparada para que o indivíduo tenha a percepção das suas dificuldades nos tempos mais próximos, para assim proporcionar uma saída de tratamento pensada e estruturada (Carrilho et al., 2004).

1.2.6. Aspectos Gerais do Programa

Após ter sido explanada toda a estrutura do programa é necessário reter os principais aspectos para o nosso estudo. Em primeiro lugar, o programa é direccionado para indivíduos com diagnóstico de adicção, seja em álcool ou em outros químicos, pelo que é necessária uma desintoxicação física antes de iniciarem o tratamento de 4 semanas em regime de internamento. Outro aspecto importante neste tratamento prende-se com a sua diversidade e integração de diversos conceitos terapêuticos. Assim, o processo terapêutico, a que este programa de reabilitação obedece, conjuga diversas formas de facilitar em primeiro lugar a quebra da negação, depois facilita um processo de luto em relação ao conjunto de substâncias que pertencem à adicção do indivíduo, para posteriormente trabalhar com os pacientes as estratégias mais adequadas para um processo de mudança eficiente e contínuo, no qual a(s) substância(s) deixa(m) de ter lugar.

Dentro da perspectiva deste programa de reabilitação, os indivíduos passam por diversas fases, onde as emoções são expostas e trabalhadas, pelo que não será possível imaginar um programa de reabilitação desta dimensão sem flutuações emocionais significativas. Contudo, é necessário abordar não só o programa e a sua estrutura, mas também as emoções que se podem manifestar no seu decorrer, como também os períodos mais significativos em que estas ocorrem. Desta forma, para compreender melhor o processo terapêutico e como poderá este ter influência no processamento emocional dos indivíduos, será seguidamente explorado o campo emocional através de várias teorias que poderão ser úteis para este objectivo.

1.3. Emoção

Conforme anteriormente mencionado, o programa de reabilitação alvo deste estudo, prende-se essencialmente a um processo de mudança que promove abstinência total nos indivíduos adictos. As emoções, como em diversas circunstâncias, têm um papel fundamental no decorrer deste processo de mudança. Desta forma, como grande parte da investigação sobre o valor positivo das emoções têm-se prendido com a Psicologia Positiva, torna-se imperativo fazer uma breve introdução desta área neste estudo (Gable & Haidt, 2005).

1.3.1. Psicologia Positiva

Na segunda metade do século XX a Psicologia centrou-se substancialmente na exploração de conceitos como a depressão, violência, racismo, gestão da auto-estima e formas de superar adversidades, mas desenvolveu pouca exploração empírica sobre outros aspectos, como as forças, virtudes e condições que levam as pessoas a níveis elevados de felicidade (Gable & Haidt, 2005). Se colocarmos esta questão de forma metafórica, a Psicologia neste período aprendeu a levar as pessoas dos oito pontos negativos para o estado neutro, mas pouco aprendeu sobre levar as pessoas do estado neutro para os oito pontos positivos (Gable & Haidt, 2005).

No início da segunda metade do século XX a Psicologia nos Estados Unidos da América, maior referência para a Psicologia a nível mundial, direccionou-se para uma

investigação centrada nas doenças mentais. Dois acontecimentos importantes estiveram na base desta preferência na investigação, sendo eles a criação da Administração para Veteranos de Guerra (Veterans Administration), em 1946, e a criação do Instituto Nacional de Saúde Mental (National Institute of Mental Health), em 1947, que proporcionaram vantagens económicas, profissionais e sociais para os psicólogos e investigadores se dedicarem ao desenvolvimento de investigação sobre doenças mentais, fortalecendo desta forma o enfoque sobre a área patológica (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). É indubitável que tenham surgido benefícios desta investigação, como possibilitar o emergir de cuidados paliativos, individuais e colectivos que diminuem o sofrimento e a disfunção na vida dos pacientes (Seligman, Park & Rashid, 2006). Contudo, apesar dos grandes avanços, estes valiosos contributos ajudaram a construir uma ciência psicológica baseada no modelo médico, que parece ter esquecido parte dos seus objectivos iniciais, como tornar a vida das pessoas mais feliz e produtiva e identificar e desenvolver talentos (Gable & Haidt, 2005).

Se recuarmos ao início do século XX, através dos escritos de William James em 1902 sobre a “mente saudável”, reconhecemos alguns caminhos que nos remontam a uma tentativa primordial de emergência da Psicologia Positiva. Para Allport surge o interesse nas características positivas do Homem em 1958, enquanto Maslow defende o estudo de pessoas saudáveis em detrimento do estudo sobre pessoas doentes. Contudo, a segunda metade do século XX foi marcada pela ênfase em estudos sobre as perturbações e danos, enquanto os aspectos mais positivos, como o que faz a vida valer a pena ficou remetido para segundo plano. É a partir do reconhecimento desse desequilíbrio e através de um desejo de incentivar a investigação nessas áreas negligenciadas, que surge o recente movimento da Psicologia Positiva (Gable & Haidt, 2005).

Após o emergir do movimento da Psicologia Positiva, por parte de Seligman em 1998, na altura presidente da American Psychology Association (APA), começou a surgir investigação sobre áreas como a gratidão, perdão, admiração, inspiração, esperança, curiosidade e riso, áreas estas que pouco tinham sido exploradas antes do início do século XXI. Outros cientistas estão a estudar técnicas para melhorar o bem-estar através da motivação, escrita, terapia de bem-estar e exposição a espaços verdes (Gable & Haidt, 2005).

Contudo, a Psicologia Positiva não determina que a restante Psicologia seja negativa. De facto, maior parte do trabalho realizado em investigação é neutro (Gable & Haidt, 2005). Mesmo assim, os investigadores de Psicologia Positiva acreditam em dois lados, em áreas como a cognição, desenvolvimento e personalidade, embora o lado positivo tenha sido sempre negligenciado (Gable & Haidt, 2005). Se tomarmos como exemplo a área da moralidade, existem milhares de estudos publicados sobre emoções morais negativas ou emoções sentidas após o indivíduo sofrer actos moralmente incorrectos (raiva, desprezo e aversão) ou quando se cometem esses mesmos actos (vergonha e culpa) (Gable & Haidt, 2005). No entanto, existem poucos estudos empíricos na área da moralidade sobre emoções positivas, emoções que existem quando se manifestam condutas moralmente correctas (gratidão, admiração) (Haidt, 2003).

Apesar das desigualdades, o objectivo da Psicologia Positiva não é negar os aspectos angustiantes, desagradáveis ou negativos da vida, nem os tenta ver através de uns óculos cor-de-rosa (Gable & Haidt, 2005). Este movimento reconhece a existência do sofrimento humano, do egoísmo, dos sistemas disfuncionais familiares e das instituições ineficazes. Mas o objecto de estudo da Psicologia Positiva centra-se no outro lado da moeda, nas formas como se sente alegria, como se demonstra altruísmo e como funcionam os sistemas familiares funcionais e saudáveis, bem como o funcionamento das instituições eficazes (Gable & Haidt, 2005). Embora, os investigadores na área de Psicologia Positiva defendam que se deva explorar o lado positivo não apenas para fazer face exclusivamente aos problemas, ao stress e às perturbações, contudo, acreditam que existe uma evidência clara que muitos processos positivos defendem-nos dos resultados negativos (Gable & Haidt, 2005).

Os investigadores em Psicologia Positiva acreditam também que uma melhor compreensão sobre as forças humanas pode, realmente, ajudar a prevenir ou reduzir os danos da doença, stress e perturbação (Gable & Haidt, 2005). Por exemplo, investigações sobre o *coping* têm demonstrado que as avaliações negativas sobre determinados eventos de vida que põem em perspectiva as próprias capacidades do indivíduo, medeiam futuras experiências de stress ou sofrimento (Folkman & Lazarus, 1988). Outro exemplo, Taylor e colegas (2000) forneceram evidências bastante persuasivas de que as crenças como optimismo e um controlo percebido individual são factores protectores da saúde psicológica e física.

Por outro lado, existem ainda mais evidências da importância da Psicologia Positiva. O estudo realizado por Harker e Kelther (2001) demonstrou que as mulheres que expressam emoções mais positivas nas fotos escolares quando tinham vinte e dois anos de idade, aos seus cinquenta anos tinham pontuações mais elevadas do que as restantes, no que respeita a satisfação pessoal e bem-estar. De forma semelhante, Danner, Showdon e Friesen (2001) constataram que as auto-biografias feitas por freiras nos seus vinte anos de idade previa a sobrevivência na velhice, ou seja, as freiras cujas autobiografias continham ensaios com emoções positivas viveram mais tempo que as freiras cujas autobiografias não continham o mesmo tipo de ensaios.

Desta forma, podemos concluir que as evidências da importância que esta área de estudo tem para a Psicologia em particular e para a sociedade em geral são indubitáveis, pelo que o seu estudo e exploração se tornam fundamentais. Após o que já foi aqui explanado, podemos afirmar que se a Psicologia Positiva tem como objecto de estudo as forças que fazem florescer a optimização do comportamento humano, então é fundamental explorar essa optimização através da compreensão do papel das emoções positivas na homeostasia do ser humano.

1.3.2. Homeostasia e Emoções Positivas

Em primeiro lugar deve-se compreender a importância das emoções na vida. Desta forma, existem mecanismos automáticos que solucionam, sem qualquer raciocínio prévio, os problemas básicos da vida. Por outro lado, a homeostasia funciona através desses mecanismos reguladores, sendo o exemplo a manutenção interna do equilíbrio químico compatível com a vida, manter a estrutura do organismo e defender o organismo de processos de doença e lesão física (Damásio, 2003).

De acordo com Espinosa o *conatus* corresponde à tendência que o organismo tem de lutar contra qualquer ameaça. Segundo Damásio (2003), o *conatus* pode ser definido como o conjunto de disposições cerebrais que, uma vez activados quer por condições do ambiente externo quer pelo ambiente interno, têm como objectivo a sobrevivência e o bem-estar. Dentro da regulação homeostática existem diversos níveis, como as respostas imunitárias, comportamentos, motivações, emoções e sentimentos (Damásio, 2003).

Com a importância de manter a homeostasia do organismo surge a importância das emoções que esse organismo experimenta. Assim, no caso da alegria, os mapas neurais correspondem a estados de equilíbrio para o organismo, traduzindo-se numa coordenação fisiológica ótima e um fluir desimpedido das operações da vida, que leva ao bem-estar e à sobrevivência (Damásio, 2003). Por outro lado, na mágoa os mapas neurais estão associados a estados de desequilíbrio funcional, que dificultam a acção. Nestes estados de mágoa, as consequências como a dor ou outros sinais de doença e desequilíbrio fisiológico manifestam-se e no caso de agravamento pode mesmo levar à doença ou morte (Damásio, 2003).

Desta forma, temos que o bem-estar contribui para o equilíbrio do organismo, ajudando-o a proteger-se de qualquer ameaça e assim manter o seu estado de homeostasia. As emoções positivas, como a alegria, têm então um papel fundamental para a preservação do organismo, pois incitam o indivíduo a participar em actividades no seu ambiente, muitas delas adaptativas para o indivíduo e para a sua espécie (Fredrickson, 2001). Mesmo em momentos neutros, existe a tendência frequente para os indivíduos experimentarem modos suaves de afecto positivo, que sem eles estariam desmotivados para se envolverem com o ambiente de forma adaptativa (Fredrickson, 2001).

Em 1990, Isen (citado em Fredrickson, 2001) sugeriu que o afecto positivo produz uma organização cognitiva mais alargada e flexível, com capacidade de integrar informação diversa, estando este fenómeno ligado ao aumento de dopamina no cérebro, principalmente no lobo pré-frontal e cíngulo anterior (Ashby, Isen & Turken, 1999).

O factor adaptativo das emoções opera nas acções do indivíduo, como por exemplo lutar quando sente medo ou atacar no caso de sentir raiva, como também prepara o corpo biologicamente para essa acção, como o aumento da pressão arterial em músculos grandes no caso do medo (Fredrickson, 2001). Estas acções específicas estão na área de acções que melhor asseguraram a sobrevivência dos nossos antepassados (Tooby & Cosmides, 1990). Fredrickson (2001) sugere que existe uma qualidade adaptativa nas emoções positivas, afirmando que existem diferenças na forma e função entre emoções positivas e negativas, mas mesmo sendo distintas elas complementam-se. Nas emoções negativas as opções de acção são mais restritas (atacar, fugir), ao passo

que nas emoções positivas o leque de acções disponíveis ao indivíduo estende-se (jogar, explorar, saborear, integrar) (Fredrickson, 1998).

O balanço entre emoções positivas e negativas serve como indicador dos julgamentos subjectivos de bem-estar (Diener, Sandvik & Pavot, 1991). De acordo com esta teoria, Kahneman (1999) sugere que a “felicidade objectiva” só pode ser medida através das experiências de emoções positivas e negativas momentâneas. Este conceito de “felicidade objectiva”, onde se inclui um número maior de emoções positivas, pode ser considerado como um indicador de homeostasia e consequente estabilidade, que é fundamental para a pessoa que se encontra num processo terapêutico. Desta forma, será importante compreender a forma como a dinâmica entre emoções e afectos funciona em contexto terapêutico.

1.3.3. Emoções em Contexto Terapêutico

Apesar de ainda existir pouco consenso entre as diversas teorias, a perspectiva de que as emoções são um subconjunto da classe mais ampla de fenómenos afectivos, parece exhibir uma maior solidez teórica (Fredrickson, 2001). De acordo com esta perspectiva, as emoções manifestam-se em intervalos relativamente curtos de tempo, sendo normalmente despoletadas pela avaliação pessoal do indivíduo sobre um acontecimento ou evento prévio (Fredrickson, 2001). Após este processo de avaliação, consciente ou inconsciente, desencadeia-se um vasto leque de tendências de resposta, que se manifestam espontaneamente, através de vários sistemas complexos, como a experiência subjectiva, a expressão facial, o processamento cognitivo e as alterações fisiológicas (Fredrickson, 2001).

Por seu turno, o afecto é um conceito mais abrangente que se refere à acessibilidade de sentimentos conscientes (Fredrickson, 2001). Apesar de se incluir nas emoções, o afecto também se manifesta em outros fenómenos, como as atitudes, as sensações físicas, humores e até mesmo nos traços afectivos da personalidade (Fredrickson, 2001). De forma a distinguir os dois conceitos, temos que as emoções são normalmente despoletadas por uma circunstância significativa para o indivíduo, ou seja, têm um objecto, enquanto os afectos surgem de forma livre e flutuante, pelo que não têm objecto (Oatley & Jenkins, 1996; Russell & Feldman Barrett, 1999). Por outro lado,

as emoções são de curta duração e manifestam-se nos sistemas complexos anteriormente referidos, enquanto os afectos manifestam-se de forma mais duradoura e são mais visíveis no sistema complexo de experiência subjectiva (Ekman, 1994; Rosenberg, 1998; Russell & Feldman Barrett, 1999). Enquanto as emoções têm várias categorizações entre famílias distintas, como o medo e a raiva, a alegria e o interesse, o afecto apenas varia entre duas dimensões, a activação afectiva positiva e negativa (Tellegen, Watson & Clarck, 1999). Desta forma, podemos concluir que embora estes dois conceitos sejam distintos, as emoções e os afectos continuam a assumir uma ligação intrínseca.

Por fazer parte do indivíduo, as emoções e os afectos constituem uma base fundamental de trabalho terapêutico. Contudo, as emoções positivas podem assumir um significado distinto entre terapeuta e cliente, podendo existir assim dois eixos, o eixo do valor da experiência pessoal e o eixo do valor terapêutico (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). O valor da experiência pessoal corresponde à percepção da emoção, o julgamento pessoal da experiência, podendo esta ser positiva ou negativa, isto porque em determinadas circunstâncias o orgulho pode ser experienciado como mau e a raiva como uma experiência boa (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). No eixo do valor da experiência pessoal não existem emoções positivas objectivas, pois são percepções subjectivas daquilo que é sentido pelo indivíduo (Gendlin citado em Fitzpatrick & Stalikas, 2008). No que respeita ao eixo do valor terapêutico, este refere-se à utilidade da emoção no processo terapêutico, ou seja, todo o material que é exposto nas sessões pelo cliente, normalmente doloroso, tem o seu valor terapêutico que vai sendo descoberto pelo terapeuta ao longo das sessões (Fitzpatrick & Stalikas, 2008).

Perante esta perspectiva e sendo de extrema importância a flutuação emocional em contexto terapêutico, Fitzpatrick e Stalikas (2008) distinguem três categorias nas quais os eixos de experiência pessoal e valor terapêutico podem combinar em contexto terapêutico: a) experiência negativa/valor positivo; b) experiência positiva/valor negativo; c) experiência positiva/valor positivo. Esta última categoria, na qual o terapeuta pode explorar o benefício terapêutico de uma experiência positiva do cliente, tem sido até hoje negligenciada, mas parece oferecer uma das maiores oportunidades de expansão a nível terapêutico (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). Ao considerar o exemplo de experiência emocional excessiva como o excessivo fascínio e/ou interesse, quando

funcionam como forma de evitar outros sentimentos mais dolorosos, consegue-se perceber que existe um valor terapêutico negativo que necessita de ser trabalhado pelo terapeuta, como acontece na categoria de experiência positiva/valor negativo (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). Por outro lado, nalgumas terapias que trabalham com funções defensivas, os clientes são ajudados através de um trabalho que utiliza emoções positivas de forma a alargar o seu reportório emocional, possibilitando assim o reconhecimento de experiências negativas e melhores formas de lidar com elas (Fitzpatrick & Stalikas, 2008).

Naturalmente, dentro do contexto terapêutico é expectável que se observe um maior bem-estar e mais experiências positivas quando os clientes começam por beneficiar da terapia, sendo este um indicador de mudança (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). Mas, segundo Fitzpatrick & Stalikas (2008), as emoções positivas não indicam apenas que a mudança ocorreu, elas também podem ser consideradas como motores geradores de mudança. Desta forma, se o cliente começa a experienciar mais emoções positivas no decorrer do processo terapêutico, então podemos concluir que o processo de mudança ocorreu ou está a decorrer.

Assim, para melhor compreender esta acção das emoções positivas em contexto terapêutico, devemos primeiro compreender a teoria “broaden-and-build” das emoções positivas proposta por Fredrickson em 2001. Segundo esta teoria, as emoções positivas, como a alegria, interesse, satisfação, orgulho e amor, embora fenomenologicamente distintas, todas partilham a habilidade de alargar os reportórios momentâneos de pensamento-acção das pessoas e criam recursos duradouros, que vão desde os recursos físicos e intelectuais até aos recursos sociais e psicológicos, recursos estes que poderão ser utilizados em situações futuras (Fredrickson, 2001). Ao contrário das emoções negativas que funcionam melhor em situações de risco de vida, onde é necessária uma acção rápida, como o medo e a raiva, as emoções positivas parecem ter um efeito complementar, no qual o leque de pensamentos e acções que surge na mente é alargado (Fredrickson, 1998). A alegria, por exemplo, amplia por gerar o impulso de jogar, de testar limites e ser criativo (Fredrickson, 2001). Por outro lado, o interesse é uma emoção positiva que amplia ao criar o impulso para explorar, receber novas experiências e informação que expande a pessoa durante esse processo (Csikszentmihalyi, 1990; Izard, 1977; Ryan & Deci, 2000). O orgulho, tal como Lewis

(citado em Fredrickson, 2001) postula, é uma emoção positiva relacionada com as realizações pessoais, amplia ao criar o impulso de partilhar a notícia de realização com outros e a perspectivar conquistas ainda maiores no futuro. Todo este conjunto de tendências de pensamento-acção como o jogar, explorar integrar e vislumbrar realizações futuras, representam alguns dos modos como cada emoção positiva pode ampliar a forma habitual de pensar e agir (Fredrickson, 1998; Fredrickson, 2001).

Esta teoria propõe que as emoções positivas ampliam a abrangência de sistemas como a atenção, cognição e acção, criando recursos intelectuais, físicos e sociais (Fredrickson, 2001). Os recursos adquiridos no processo descrito pela teoria “broaden-and-build” das emoções positivas, são considerados como duradouros, pois sobrevivem a estados de transição emocional, mas ficam a funcionar como reserva que poderá ser utilizada sempre que seja necessária em diferentes momentos e em diversos estados emocionais (Fredrickson, 2001). Assim sendo, a teoria de Fredrickson (2001) providencia uma nova perspectiva sobre o factor adaptativo das emoções positivas. Os nossos antepassados também passaram por este processo, ao experienciarem emoções positivas conseguiram aumentar os seus recursos de forma a tornarem-se mais capazes de sobreviver e de reproduzir, pelo que a selecção natural desde essa altura providenciou o facto de essa capacidade fazer hoje parte da natureza humana (Fredrickson, 2001).

De volta ao contexto terapêutico, Fitzpatrick & Stalikas (2008) consideram que as emoções positivas geram um papel facilitador no processo de mudança. O papel facilitador das emoções positivas opera através do apoio ou da relação terapêutica, que pode assumir diversas formas (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). Desta forma, podemos referir algumas situações onde o processo de mudança pode ser facilitado pelas emoções positivas. A experiência de ser reconhecido gera emoções positivas, bem como sentir amor e gratidão para com o outro gera uma forma de cura pelo afecto (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). Quando a terapia está a correr bem, existe prazer no contacto entre paciente e terapeuta (deRoten, Drapeau & Michel, 2008). O desenvolvimento de esperança cria motivação e suporta os esforços para assumir a responsabilidade no trabalho terapêutico de mudança (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). Um foco terapêutico entre as experiências emocionais e a sua reflexão torna-se um foco importante de *insights* e exploração terapêutica (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). Quando os clientes

ficam curiosos, o seu foco cognitivo amplia para incluir ideias novas ou rejeitadas anteriormente, assim, com o aumento da flexibilidade pode facilitar a resolução da ambivalência e ajuda a uma abertura para actividades que levam à mudança (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). Wagner e Ingersoll (citado em Fitzpatrick & Stalikas, 2008) propõem que as emoções positivas que ocorrem através de mudanças iniciais nas sessões levam a uma cascata de sentimentos de confiança que suportam o processo de mudança. Por outro lado, as experiências emocionais positivas, como a confiança, facilitam a consolidação dos ganhos terapêuticos de forma a suportar a mudança continuada (Fitzpatrick & Stalikas, 2008).

Desta forma, a importância das emoções positivas em contexto terapêutico reside na sua capacidade de gerar a flexibilidade necessária para que o processo de mudança ocorra (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). Especificamente na área da reabilitação de adictos, o processo de mudança é o foco de todo o trabalho terapêutico, no qual os indivíduos passam desejavelmente primeiro pelo reconhecimento do seu problema e posteriormente começam a adquirir competências para mudar o seu comportamento de forma a atingirem a abstinência duradoura (Spicer, 1993). Contudo, o programa de reabilitação de quatro semanas exposto nos dois capítulos anteriores, não é de forma alguma um processo no qual as emoções positivas se esperam mais predominantes durante todo o processo, mas consiste num trabalho terapêutico onde se espera uma enorme flutuação emocional nos indivíduos, entre os dois eixos, positivo e negativo.

1.3.4. Contexto Terapêutico e Fluxo Emocional

De acordo com as teorias expostas no ponto anterior, as emoções positivas têm um papel importante no processo de mudança, sendo mesmo consideradas como o seu motor gerador desse mesmo processo (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). Contudo, em contexto terapêutico não se assiste só a emoções positivas, à medida que os clientes vão aumentando a sua abertura, também vão entrando em contacto com uma maior fluidez de experiência interior que contém ambas as categorias emocionais, positivas e negativas (Lambert & Enkson, 2008). Um exemplo ilustrativo desta flutuação em contexto terapêutico corresponde ao luto elaborado por Russel & Fosha (citado em Fitzpatrick & Stalikas, 2008). Numa situação de luto mal resolvida, o cliente começa

por chorar a morte que nunca tinha sido chorada, pelo que desenvolve sentimentos semelhantes a alívio e libertação de um peso ou fardo, essa libertação leva ao reconhecimento da perda que até então tinha sido negada pelo próprio através de mecanismos defensivos. Após este trabalho, o cliente começa por sentir alegria, orgulho e mais confiança no terapeuta e na terapia, o que faz com que surjam novas emoções positivas e negativas, flutuando numa abertura de experiência emocional intensa Russel & Fosha (citado em Fitzpatrick & Stalikas, 2008).

Se considerarmos que no avanço de um bom processo terapêutico o cliente experiencia uma maior abertura emocional, desta forma é esperado que exista a presença de uma maior flutuação entre emoções positivas e negativas, pelo que poderá ser provável a ocorrência de ambas ao mesmo tempo, ou seja, a ocorrência de emoções mistas. Embora não exista investigação sobre emoções mistas em contexto terapêutico, esta flutuação emocional específica pressupõe a existência de experiências com mistura de emoções, havendo evidências de emoções positivas e negativas a ocorrerem juntas, se não mesmo em simultâneo (Ersner-Hershfield, Mikels, Sullivan & Carstensen, 2008).

A co-ocorrência de duas emoções opostas ainda é hoje um tema controverso dentro do campo da investigação emocional. Alguns modelos, como o modelo circumplexo de Russell e Carroll (1999), parecem dividir a experiencia emocional em positiva e negativa, pelo que a ocorrência das duas só poderá ser sequencial (Carrera & Ocejá, 2007). Contudo, outras investigações, como o modelo do espaço avaliativo (Cacioppo & Bernston, 1994) abrem a possibilidade de ocorrerem duas emoções opostas em simultâneo, para além de ocorrerem sequencialmente (Carrera & Ocejá, 2007). No seguimento de avanços nesta área, investigação posterior (exemplo modelo analógico de Sonnemans & Frijda, 1994) mostrou, através de um método analógico sobre emoções subjectivas, que o fluxo emocional tem variações na duração e intensidade, abrindo assim a possibilidade de captar as variações no fluxo emocional e perceber se a mistura de emoções poderá ser simultânea ou sequencial em determinadas situações (Carrera & Ocejá, 2007).

Contudo, apesar da controvérsia, surge uma medida reveladora nesta área concebida por Carrera e Ocejá (2007), a medida analógica de emoções (AES), que permite aos investigadores e participantes discriminar pormenorizadamente, através de um gráfico bidimensional, as experiências emocionais mistas. Esta medida avalia o

fluxo emocional subjectivo através de duas dimensões, a intensidade e duração respectivamente, permitindo a ocorrência de duas emoções opostas (Carrera & Ocejá, 2007). Por outro lado, a escala permite também discriminar qual a emoção que prevalece em termos de intensidade durante determinada experiência emocional mista simultânea, bem como várias outras estruturas sequenciais que permitem determinar qual a emoção que se verifica no início e qual se manifesta no final do episódio emocional (Carrera & Ocejá, 2007).

Conforme a perspectiva das emoções mistas, o indivíduo experiencia um misto de emoções opostas, como a tristeza e a alegria, num determinado período. Segundo a perspectiva de Duncker (1941), as emoções mistas surgem através da consciência ou antecipação de se perder algo que já se teve, como também através das situações finais na vida que marcam a passagem do tempo, passar da escola secundária para a universidade, sair de casa dos pais, etc. Desta forma, parecem existir momentos mais propícios à ocorrência deste tipo de fluxo emocional misto. De acordo com os resultados do estudo de Ersner-Hershfield e colaboradores (2008), as emoções mistas tendem a ocorrer nos finais mais significativos, ou seja, situações de vida que marcam a passagem do tempo.

Em última análise, o fluxo emocional que poderá ocorrer num centro de reabilitação de alcoolismo e toxicodependências deverá, certamente, sofrer variações durante o seu decorrer, pelo que não é esperado um fluxo emocional constantemente estável ao longo do tempo. Com todos os aspectos anteriormente expostos, em relação ao próprio programa de reabilitação e relativamente ao suporte teórico que respeita às emoções, desenvolvem-se as expectativas que se podem considerar nesta investigação.

1.4. Objectivos do Estudo

O presente estudo tem como principal objectivo verificar o fluxo emocional de forma progressiva nos indivíduos com diagnóstico de adicção, durante o decorrer de um programa de reabilitação biopsicossocial de aproximadamente 28 dias. Pretende-se igualmente verificar as alterações emocionais e o estado de consciência cognitiva para a mudança, bem como verificar a progressão da auto-estima e do controlo percebido

sobre a vida, durante todo o processo de tratamento em internato, para assim perceber a evolução do fluxo emocional.

Desta forma, surgem questões de interesse para a investigação. A primeira questão principal surge sobre as emoções no decorrer do programa como: Será que ao longo do programa existem alterações no rácio de positividade, no controlo percebido e na satisfação pessoal? Será que no decorrer do programa a motivação para o tratamento sofre alterações? Que tipo de alterações existem nos relatos de episódios emocionais e nas emoções mistas? Será que existe um aumento de emoções mistas no final do programa de reabilitação? Tentando responder a estas questões de interesse para a investigação procede-se à recolha de dados através do protocolo criado com esse intuito.

De forma a direccionar as questões de interesse para a presente investigação, procedeu-se ao levantamento das seguintes hipóteses, tendo em conta todos os estudos anteriormente mencionados e acreditando na eficiência do tratamento: H1 – é esperado uma evolução positiva no rácio de positividade ao longo do decorrer do programa. H2 – é esperado que com o decorrer do programa surja uma evolução positiva na satisfação pessoal e no controlo percebido. H3 – é esperado que exista um maior Reconhecimento do Problema, maior Acção e diminuição da Ambivalência.

Capítulo 2 – Método

2.1. Participantes

A amostra foi recolhida num centro de tratamento de alcoolismo e toxicod dependência, com a devida autorização da própria instituição. Todos os participantes são portadores de doença de adicção tal como é definida pelo modelo que vigora na instituição. Desta forma, a amostra é constituída por 30 participantes, sendo que 28 (93,3%) são do sexo masculino e apenas 2 (6,7%) são do sexo feminino (Apêndice II).

No que respeita às idades dos participantes, verificou-se que variaram entre os 20 e os 54 anos, sendo que a média foi de 42,77 anos (DP=8,50).

Quanto às variáveis estado civil, profissão e nacionalidade, verificou-se uma maior frequência de indivíduos casados (50%) e solteiros (33,3%), de operários não

especializados (50%), sendo todos de nacionalidade portuguesa (100%), verificou-se também que apenas 6.6% dos participantes não se encontrava naquele momento a trabalhar (Apêndice II).

2.2. Medidas

Registo de Episódios Emocionais – esta forma de recolher dados foi criada com o intuito de estabelecer um ponto de ligação entre as restantes medidas utilizadas. Desta forma, na primeira folha colocou-se o espaço para o relato de episódios emocionais, onde consta inicialmente uma pequena instrução, como a que semana se refere, à semana anterior ou se à actual (actual para o 3º momento de recolha), tendo depois a instrução para descrever de forma breve a situação em que o participante experienciou o episódio emocional. Também foram dadas instruções para a pessoa preencher no mínimo um episódio e um máximo de 4 episódios, embora a folha contenha espaço para descrever 7 episódios que poderiam ser utilizados caso houvessem enganos por parte dos participantes. O período de tempo para o respectivo preenchimento ronda sensivelmente os 5 minutos.

Teste de Positividade (TP) – esta escala serve para medir emoções positivas e negativas, tendo sido criada em 2003 por Fredrickson (Fredrickson, 2003, versão mais curta) através de uma modificação da escala diferencial de emoções de Izard (1977). É apresentada com vinte itens em 2009 pela mesma autora. A escala permite criar um rácio de positividade sentido em determinado período de tempo (emoções positivas divididas pelas emoções negativas, ver Fredrickson, 2009). A TP encontra-se actualmente em adaptação para a população portuguesa através do trabalho de De Sousa & Gonçalves (em preparação). É uma escala ordinal composta por 20 itens, onde se dividem os itens por duas partes iguais com emoções positivas e negativas, pelo que o participante deverá colocar a intensidade com que as experienciou, sendo o formato de resposta tipo Likert composto por 5 pontos, entre 0 (“nada”) e 4 (“muito”). No estudo de adaptação para a população portuguesa a TP apresenta uma consistência interna por componentes de ,91 e ,94 sendo o total ,90 (Alpha de Cronbach) e uma adequabilidade de matriz de imput de (KMO=0.908), sendo considerada uma adequabilidade muito boa (De Sousa & Gonçalves ,em preparação). O preenchimento desta medida tem uma duração de sensivelmente 3 minutos.

Analogical Emotional Scale (AES) – esta escala foi primeiramente elaborada em 2007 por Carrera e Ocejá para avaliar a experiência emocional subjectiva, onde existe a presença de duas emoções opostas, podendo assumir duas formas, a simultânea e a sequencial. Esta escala consiste numa representação subjectiva de um episódio emocional, na qual existe um gráfico com dois eixos, o vertical para a intensidade e o horizontal para a duração. Esta medida segue o exemplo proposto por Sonnemans e Frijda (1994), corresponde a uma técnica que permite ao indivíduo desenhar a flutuação emocional que este sentiu durante o período em que experienciou um episódio emocional, tendo a particularidade de ser de fácil aplicação, podendo ser aplicada tanto dentro como fora do laboratório. Recentemente, após outro estudo sobre esta medida, Carrera e Ocejá (2009) concluíram que existe mais padrões que podem ser definidos por esta escala. Assim, a AES permite a discriminação de pelo menos 4 padrões de experiência emocional mista (Apêndice I): a) padrão de prevalência, no qual se assiste à presença de duas emoções em simultâneo, sendo uma mais prevalente, ou seja, sendo de maior intensidade do que a outra de forma significativa; b) padrão sequencial, onde existe uma primeira emoção que no decorrer do tempo é substituída por outra; c) padrão invertido, assiste-se a uma evolução no tempo de duas emoções de forma inversa, ou seja, quando uma emoção diminui a intensidade progressivamente e a outra acompanha inversamente essa evolução aumentando a sua intensidade; d) padrão altamente simultâneo, onde as duas emoções são representadas de forma simultânea, mas ao contrário do padrão prevalente as duas emoções são representadas com uma intensidade muito próxima. Em termos de fidelidade, o último estudo elaborado por Carrera e Ocejá (2009) obteve dentro das suas 4 condições de teste um resultado significativamente alto de acordo entre codificadores, variando os índices K de Cohen entre ,77 e ,98, valores $p < .001$. Com a aplicação desta escala traduzida para português (De Sousa & Oliveira), os gráficos obtidos demonstraram diversas variações dentro dos 4 padrões, tornando-se necessária a discriminação dessas variações para o interesse do estudo. Assim, no padrão de prevalência introduziu-se dois tipos, a positiva e a negativa, discriminando qual das emoções é a prevalente. No padrão sequencial introduziu-se 4 tipos diferentes que definem o desenho sequencial representado, sendo positiva-negativa, negativa-positiva, negativa-positiva-negativa e positiva-negativa-positiva. No padrão invertido colocou-se dois tipos que definem qual das emoções começa com maior intensidade

primeiro, ou seja, se começou com uma emoção positiva ou negativa de maior intensidade e depois inverteu essa mesma intensidade, sendo positiva-negativa e negativa-positiva respectivamente. No padrão altamente simultâneo distinguem-se dois tipos a positiva e a negativa, onde se define qual das emoções fica ligeiramente acima da outra em termos de intensidade. Para além destas distinções introduzidas entre os 4 padrões definidos pelos autores, ainda se colocou mais 2 padrões que definem apenas a presença de uma emoção durante o episódio emocional, ou seja, se foi só uma experiência emocional negativa ou positiva. Na sua aplicação foram dadas as instruções necessárias e complementares para que os participantes pudessem desenhar o gráfico que melhor representa a experiência emocional subjectiva, pelo que o tempo médio de aplicação varia entre os 2 e os 5 minutos.

Subjective Well-being (SWB) – esta é uma medida de auto-avaliação, pelo que serve para aferir o bem-estar subjectivo, tendo sido criada por Diener (1995) num estudo sobre a satisfação pessoal por diversos países, incluindo países da Europa, como também Portugal. Da SWB seleccionámos um item apresentado numa escala de Likert de 7 pontos, sendo o extremo esquerdo de 1 (“muito insatisfeito”) e o extremo direito 7 (“muito satisfeito”). Antes do item existe uma pequena instrução para o participante colocar uma cruz no número que melhor define o grau de satisfação que sente em relação a si próprio. Esta auto-avaliação tem uma duração de sensivelmente 1 minuto, pelo que não são necessárias instruções adicionais.

Controlo Percebido Subjectivo (CPS) – esta medida é também de auto-avaliação, tendo sido criada por Inglehart (1998) com o intuito de aferir o controlo percebido sobre a vida. A medida de auto-avaliação permite ao indivíduo avaliar o controlo que tem sobre os acontecimentos na sua vida. No início tem uma pequena explicação sobre o controlo percebido, para que assim, o participante fique com a noção do que é pretendido. Após a explicação pede-se ao indivíduo para colocar uma cruz no número que melhor define o grau de controlo que pensa ter sobre a sua vida. A CPS contém um item com uma escala de Likert de 11 pontos, sendo o extremo esquerdo de 1 (“nenhum controlo”) e o extremo direito 11 (“total controlo”). Esta medida tem sensivelmente um minuto de duração para ser preenchida, pelo que não são necessárias instruções adicionais às que já estão na medida.

Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale versão 8D (SOCRATES 8D) – esta escala de auto-administração foi criada em 1996 por Miller e Tonigan, posteriormente adaptada para a população portuguesa (Faísca, Janeiro & Miguel, 2007). A primeira versão surge em 1987 por William Miller (Miller & Tonigan, 1996) com o objectivo de avaliar em qual dos cinco estádios de mudança (Prochaska & DiClemente, 1982) se encontram os indivíduos em tratamento da adicção ao álcool. Nesta ultima versão, Miller e Tonigan (1996) concluíram, após diversos estudos, que a escala não identifica os estádios de mudança mas avalia a motivação para a mudança através de três factores: *reconhecimento do problema* (6 itens); *acção* (7 itens); *ambivalência* (4 itens), sendo a variância total das respostas respectivamente 22%, 13% e 12%. Esta escala é composta por 17 itens, nos quais o indivíduo responde consoante se revê em cada um, variando o formato de resposta entre 1 e 5, sendo 1 “Discordo Fortemente” e 5 “Concordo fortemente”. A fidelidade foi testada para a versão portuguesa numa situação de teste-reteste com dois dias de diferença obtendo resultados aceitáveis, pelo que no factor *reconhecimento do problema* apresenta uma consistência interna de ,87 e ,84 (Alpha de Cronbach), uma homogenidade de ,87 (correlação Intraclass) e uma estabilidade temporal expressa por uma correlação forte ($r=,827$; $p<,01$). No que concerne ao factor *acção* os testes de fidelidade apresentam uma consistência interna de ,67 e ,76 (Alpha de Cronbach), uma homogenidade de ,66 (correlação Intraclass) e uma estabilidade temporal expressa por uma correlação moderada ($r=,527$; $p<,01$). No factor *ambivalência* os resultados de fidelidade são igualmente aceitáveis, apresentam uma consistência interna de ,667 e ,690 (Alpha de Cronbach), uma homogenidade de ,631 (correlação Intraclass) e uma estabilidade temporal expressa por uma correlação aceitável ($r=,665$; $p<,01$). Esta medida pode servir como avaliação do resultado do tratamento, através da interpretação dos resultados ao longo do tratamento (Maisto, Chung, Cornelius & Martin, 2003). A cotação de cada um dos factores resulta do somatório da pontuação obtida em cada um dos itens que compõe o factor, variando entre 15 (muito baixo) e 30 (muito alto) no factor *reconhecimento do problema*, 28 (muito baixo) e 35 (muito alto) no factor *acção*, 8 (muito baixo) e 18 (muito alto) no factor *ambivalência*. Para efeitos de interpretação, as pontuações altas no factor do *reconhecimento do problema* indicam que existe reconhecimento dos problemas relacionados com o consumo de drogas, que a pessoa

espera que a situação se agrave se nada fizer e demonstra tendência a expressar o desejo de mudança. As pontuações baixas no mesmo factor indicam a ausência de desejo de mudança, negação das consequências do consumo de drogas e rejeição de diagnósticos relacionados com dependência. No factor *acção*, as pontuações altas indicam mudança, elas significam que a pessoa já está a fazer algo para mudar em relação ao consumo de drogas e pode já ter realizado algumas tarefas com sucesso a esse nível. As pontuações baixas no factor *acção* significam que a pessoa não está a fazer nada para mudar em relação ao seu consumo e portanto não obteve nenhuma mudança a esse nível recentemente. No factor *ambivalência* as pontuações altas reflectem incerteza, indicam que a pessoa por vezes se questiona acerca da sua capacidade para controlar o consumo, acerca da quantidade e dependência do consumo e do impacto do consumo sobre as suas relações pessoais. As pontuações baixas no factor *ambivalência* indicam ausência de incerteza, contudo a pessoa pode pontuar baixo porque “sabe” que o seu consumo está a causar problemas (pontuação elevada no *reconhecimento do problema*) ou porque sabe que não tem problemas (pontuação baixa no *reconhecimento do problema*), sendo necessária uma interpretação da pontuação de *ambivalência* em função da pontuação obtida no factor *reconhecimento do problema*. O preenchimento desta escala demora entre 5 a 10 minutos.

2.3. Procedimento

Tendo por objectivo avaliar a flutuação emocional durante o período de tratamento em adicção, as medidas foram aplicadas três vezes durante todo o processo de reabilitação biopsicossocial, exceptuando a avaliação sobre a motivação para a mudança através da escala SOCRATES, que foi só aplicada em dois momentos, um no início do tratamento e outro no seu término. A escala SOCRATES já estava a ser aplicada pela própria instituição, pelo que foram disponibilizados os dados para este estudo. A sua aplicação foi executada por um técnico do próprio serviço de internamento, sendo aplicada na sala de reuniões da instituição, pedindo a colaboração dos participantes e dando as instruções necessárias para o seu preenchimento.

As restantes medidas foram aplicadas na sala de reuniões, onde decorrem todas as sessões terapêuticas do programa de reabilitação. É uma sala com bastantes janelas

que permitem a entrada de luz natural, com um espaço amplo para acomodar cerca de 35 pessoas. A sala tem alguns equipamentos que são utilizados nas sessões, como um projector e um quadro para marcadores, tem paredes brancas e cerca de 35 cadeiras com um suporte de apoio de braço para escrita.

Inicialmente, quando o grupo começava o seu tratamento de quatro semanas, era solicitada a sua participação no estudo, explicando que o estudo teria assim três momentos de recolha, sendo um na primeira semana, outro na segunda semana e o último na quarta e última semana. A meio de cada semana foi feita a recolha de dados, exceptuando a última semana que foi feita precisamente no último dia do tratamento. A folha de consentimento informado foi lida para todos os participantes, onde consta a liberdade em desistir assim que o participante desejasse, bem como a confidencialidade a que o estudo obedece. Após o consentimento informado eram dadas as instruções necessárias para que os participantes preenchessem o protocolo. Desta forma, os participantes eram indicados para no primeiro e segundo momento de recolha referirem-se à semana anterior, sendo a última semana referente à própria semana que decorreu.

Foi solicitado aos participantes que na primeira folha de relato de episódios emocionais, descrevessem de forma breve os episódios emocionais mais significativos que experienciaram. Na segunda fase, preenchiam até um máximo de dois questionários de Teste de Positividade para os dois episódios mais importantes relatados na folha anterior, por ordem de importância, o primeiro mais importante e o segundo mais importante. Após essa fase, os participantes construíam o gráfico na escala AES, para o primeiro episódio mais importante, ou seja, o episódio que serviu de referência para preencher o primeiro questionário de Teste de Positividade, marcando quais as duas emoções sentidas e qual o episódio a que se referem. Na última folha, os participantes preenchiam as escalas de satisfação pessoal subjectiva e de controlo percebido subjectivo. Durante as quatro semanas de tratamento, o preenchimento do respectivo protocolo, em cada momento demorou sensivelmente 15 minutos, pelo que foram sempre preenchidos na sala de reuniões anteriormente referida.

3. Resultados

Para a análise estatística deste estudo foi criada uma base de dados em SPSS versão 17.0, pelo que toda a análise foi processada neste programa. Com base na primeira hipótese (H1) procedeu-se a uma análise descritiva das emoções positivas e negativas sentidas pelos participantes (Apêndice III), na qual se pode constatar que entre os três momentos houve um aumento das emoções positivas, principalmente entre o primeiro momento ($M=6.97$) e o terceiro momento ($M=7.97$), pelo que se verifica um decréscimo acentuado de emoções positivas no segundo momento ($M=5.09$). No que respeita às emoções negativas, pode-se verificar um acentuado decréscimo de emoções negativas, principalmente entre o primeiro momento ($M=6.27$) e o terceiro momento ($M=4.83$), contudo, verifica-se um ligeiro aumento no segundo momento ($M=7.03$).

A análise descritiva sobre os Rácios de Positividade para cada momento (Apêndice IV) também sugere um decréscimo para o segundo momento, conforme constatado no parágrafo anterior sobre as emoções positivas e o aumento das emoções negativas para o segundo momento. Na análise dos resultados verifica-se que existe um aumento entre o primeiro momento ($M=1.77$) e o terceiro momento ($M=3.33$), sendo o segundo momento ($M=1.62$) marcado por um ligeiro decréscimo em relação ao primeiro momento.

Ainda para a primeira hipótese (H1) utilizámos um teste de medidas repetidas para uma análise de variância intra-sujeitos (GLM) e obtivemos um efeito principal entre os momentos estatisticamente significativo $F(58)=4.47$; $p=0.16$, com uma evolução linear ($p<.05$), podendo ser constatada a evolução no respectivo gráfico da Figura 1. Ao testar o pressuposto de normalidade através do teste de Kolmogorov Smirnov para os três momentos do Rácio de Positividade verificámos que a distribuição não segue o pressuposto de normalidade no segundo momento, daí termos utilizado testes não-paramétricos para amostras relacionadas. Não se verificaram diferenças significativas entre o primeiro momento ($M=1.15$) e o segundo momento ($M=1.07$). As diferenças estatisticamente significativas surgem entre o segundo momento e o terceiro com um valor de Wilcoxon Signed Ranks Test (3.2 ; $p=.001$). Também se obteve diferenças entre o primeiro e o terceiro momento nos testes paramétrico $t(29)=2.16$; $p=.039$, sendo a média do terceiro momento ($M=1.94$) superior à do primeiro momento

($M=1.15$), sendo o valor no teste não-paramétrico de Wilcoxon Signed Ranks Test (2.11 ; $p=.035$).

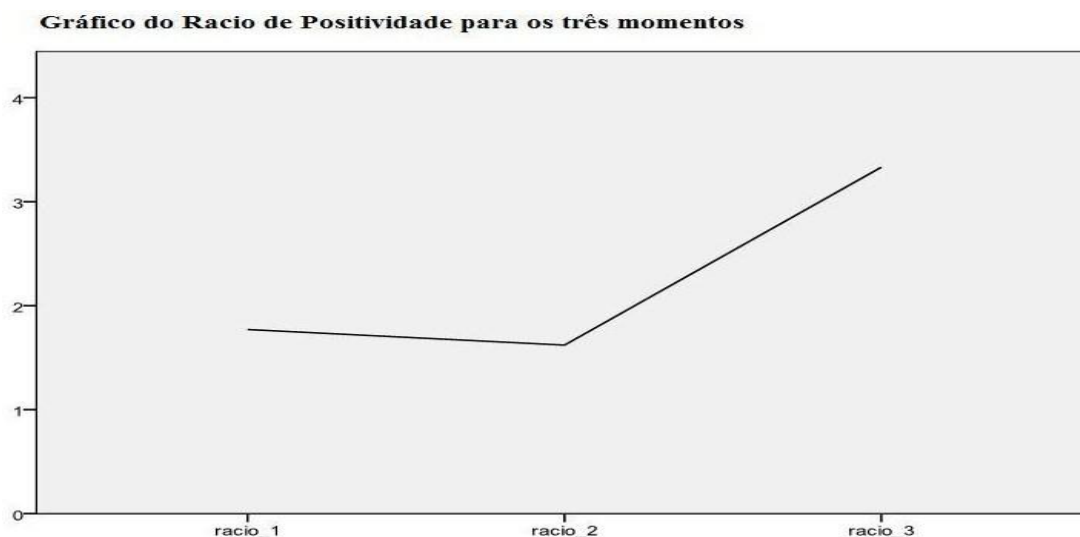


Figura 1. Evolução do Rácio de positividade nos três momentos de recolha.

Para a análise dos resultados sobre Satisfação Pessoal e Controlo Percebido (H2) elaborou-se uma análise descritiva dos dados (Apêndice V). Os resultados da Satisfação Pessoal revelam um ligeiro decréscimo do primeiro ($M=4.57$) para o segundo momento ($M=4.43$), mas um aumento para o terceiro momento ($M=5.67$). No que respeita a resultados sobre o Controlo Percebido existe também um decréscimo do primeiro momento ($M=5.13$) para o segundo ($M=4.67$), pelo que também se verifica um aumento para o terceiro momento ($M=6.13$). Na sequência destes resultados foi elaborada uma análise através de um teste de medidas repetidas de variância intra-sujeitos (GLM) para a Satisfação Pessoal, pelo que se obteve um resultado estatisticamente significativo $F(58)=8.04$; $p=.001$, com uma evolução marcadamente linear ($p=.054$), representada na Figura 2. No que respeita ao Controlo percebido, a análise de variância intra-sujeitos (GLM) obteve um resultado estatisticamente significativo $F(58)= 6.22$; $p=.004$, com uma evolução quadrática ($p'=0.16$) e leniar ($p=0.23$), representada no respectivo gráfico Figura 3.

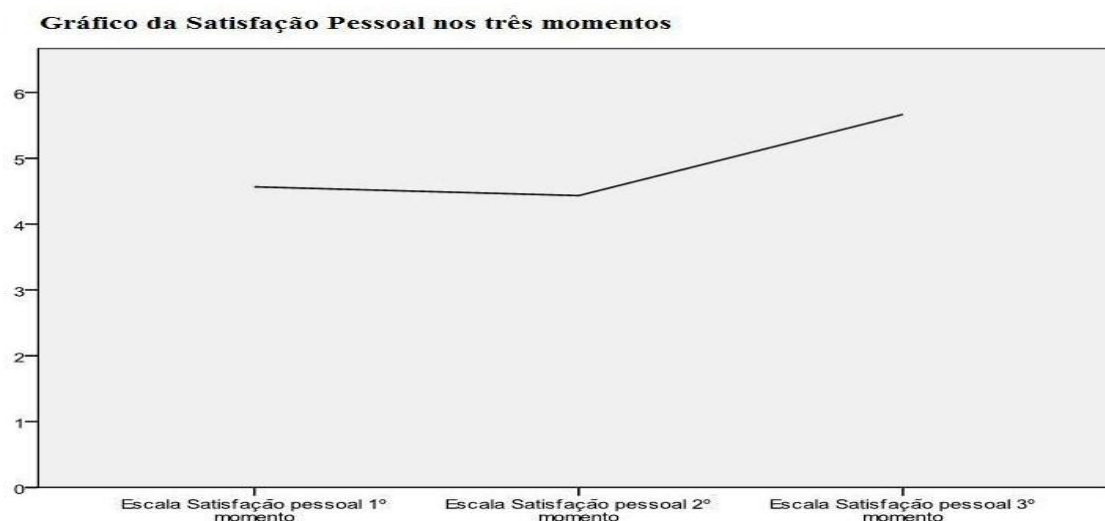


Figura 2. Evolução da Satisfação Pessoal nos três momentos de recolha.



Figura 3. Evolução do Controlo Percebido nos três momentos de recolha.

Ao testar o pressuposto de normalidade através do teste de Kolmogorov Smirnov para os três momentos da Satisfação Pessoal não se verifica a normalidade para o terceiro momento, pelo que foram utilizados os testes não-paramétricos na comparação deste momento com os outros, pelo que não se observam diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro ($M=4.57$) e o segundo momento ($M=4.43$), mas observam-se diferenças estatisticamente significativas entre o segundo ($M=4.43$) e o terceiro momento ($M=5.67$), sendo o valor do teste não-paramétrico de Wilcoxon Signed Ranks Test (4.13 ; $p=.000$), como também entre o primeiro e o terceiro momento, sendo os resultados para Wilcoxon Signed Ranks Test (2.74 ;

$p=.006$) e para o T-Test $T(29)=3.08$; $p=.004$ entre o primeiro e o terceiro momento. Para o Controlo Percebido foi verificado o pressuposto de normalidade através do teste de Kolmogorov Smirnov em todos os momentos, por essa razão utilizou-se os testes paramétricos para comparar os momentos, ou seja, um T-Test para amostras relacionadas. Há semelhança dos resultados para a Satisfação Pessoal, não foram encontradas diferenças estaticamente significativas entre o primeiro momento ($M=5.13$) e o segundo momento ($M=4.67$), mas foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o segundo e o terceiro momento ($M=6.13$), com um resultado no T-Test de $T(29)=3.86$; $p=.001$, como também entre o primeiro e o terceiro momento, $T(29)=2.40$; $p=.023$.

No que concerne à SOCRATES, que se refere à motivação para a mudança (H3), as três subescalas foram primeiramente alvo de uma análise descritiva (Apêndice VI). Na subescala Reconhecimento do Problema existiu um ligeiro aumento entre os dois momentos, sendo o primeiro momento ($M=27,23$) inferior ao segundo momento ($M=28,57$). Na subescala Acção, a evolução entre o primeiro momento ($M=32,43$) e o segundo momento ($M=32,77$) também demonstrou um ligeiro aumento, embora as pontuações médias já sejam altas. Na subescala Ambivalência, a qual demonstra o factor negativo para a motivação segundo a SOCRATES, os resultados da análise descritiva entre o primeiro momento ($M=17,07$) e o segundo momento ($M=12,40$) revelam um decréscimo acentuado.

Após ser testado o pressuposto de normalidade através do teste de Kolmogorov Smirnov, verificou-se que das três subescalas apenas a subescala Ambivalência verifica o pressuposto de normalidade, pelo que foram utilizados testes não-paramétricos, como Wilcoxon Signed Ranks Test para as subescalas de Reconhecimento do Problema e Acção, nas quais não se verificaram diferenças significativas entre momentos. No que respeita à subescala Ambivalência, os resultados dos testes paramétricos T-Test $T(29)=5.04$; $p=.000$ demonstram uma diferença significativa entre o primeiro e o segundo momento, como pode ser visto na Figura 4.

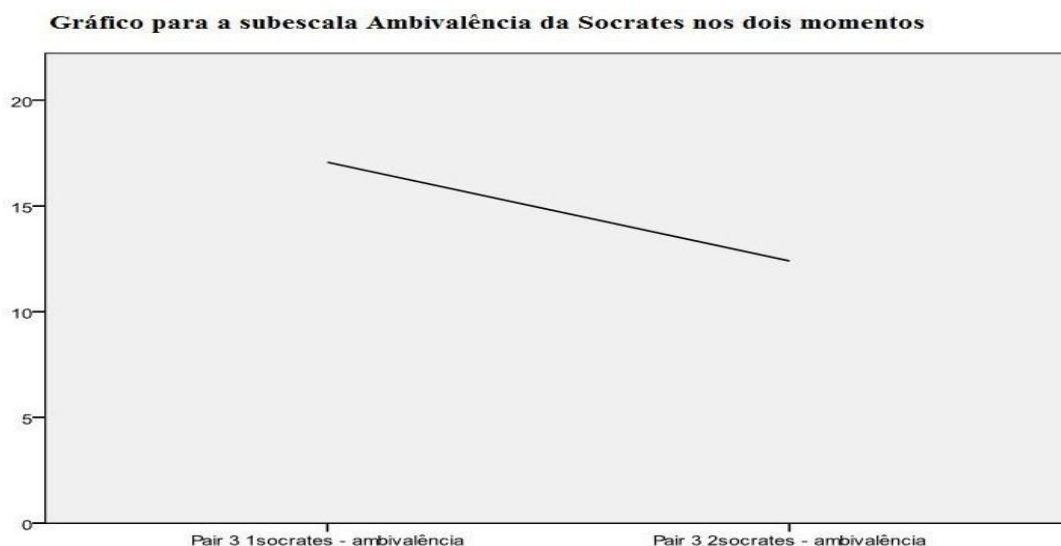


Figura 4. Evolução dos resultados da subescala Ambivalência da escala SOCRATES.

De forma a responder a algumas questões de interesse para a investigação procedeu-se a análise descritiva da escala AES e dos respectivos relatos dos episódios emocionais. Assim, para perceber qual era o episódio mais referido em cada momento na escala AES, foi elaborada uma análise descritiva (Apêndice VII) no primeiro momento (76.7%), no segundo momento (83.3%) e no terceiro momento (96.7%), pelo que se assume uma maior relevância para o primeiro relato do episódio emocional em cada momento da escala AES. Ao analisar as descritivas sobre os relatos emocionais para cada momento, podemos verificar que no primeiro momento (Apêndice VIII) existe uma maior prevalência do relato “Despedida de familiares/pessoas chegadas” (43.3%) e seguidamente o relato “Pensar em ingressar no programa de reabilitação” (20%). No segundo momento (Apêndice IX) os relatos mais frequentes foram o relato “Frequentar/partilhar em reuniões AA externas” (20%), o relato “Saudades da família” (16.7%) e o relato “Entrada em tratamento de Reabilitação” (13.3%). No que concerne ao terceiro e último momento (Apêndice X) verifica-se uma maior frequência do relato “Pensar na saída do programa de reabilitação” (30%), do relato “Reunião final com famílias” (23.3%) e do relato “Insegurança com a aproximação da saída” (13.3%). No que respeita às emoções mistas, os resultados da AES foram alvo de uma análise descritiva (Apêndice XI), pelo que se obteve os resultados seguidamente apresentados para cada momento. No primeiro momento prevaleceu o desenho “Apenas emoção

positiva” (30%), o “Sequencial positiva negativa” (23.3%) e seguidamente o desenho com “Apenas emoção negativa” (10%), como se poderá verificar no respectivo gráfico da Figura 5. No segundo momento, os resultados demonstram maior prevalência para o desenho “Altamente simultânea positiva” (20%), sendo os desenhos “Sequencial positiva negativa”, “Sequencial negativa positiva” e “Apenas emoção positiva”, todos com a mesma percentagem (16.7%), como se pode verificar na Figura 6. No terceiro momento verifica-se uma maior frequência do desenho “Apenas emoção Positiva”(26.7%), o desenho “Sequencial negativa positiva” (20%) e “Prevalente positiva” (16.7%), como consta no gráfico da Figura 7.

Gráfico dos padrões de desenho para a AES no 1º momento

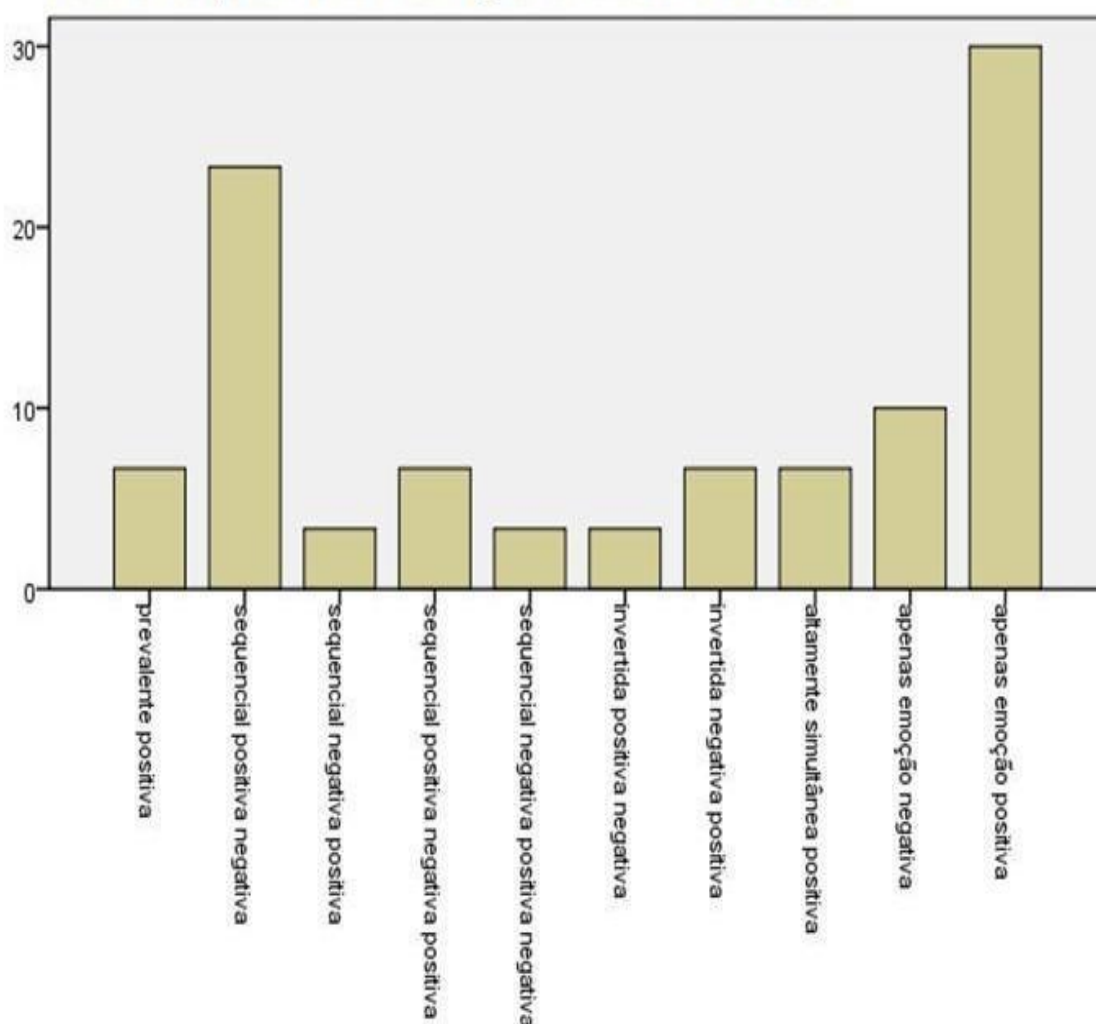


Figura 5. Padrões de desenho da AES no primeiro momento.

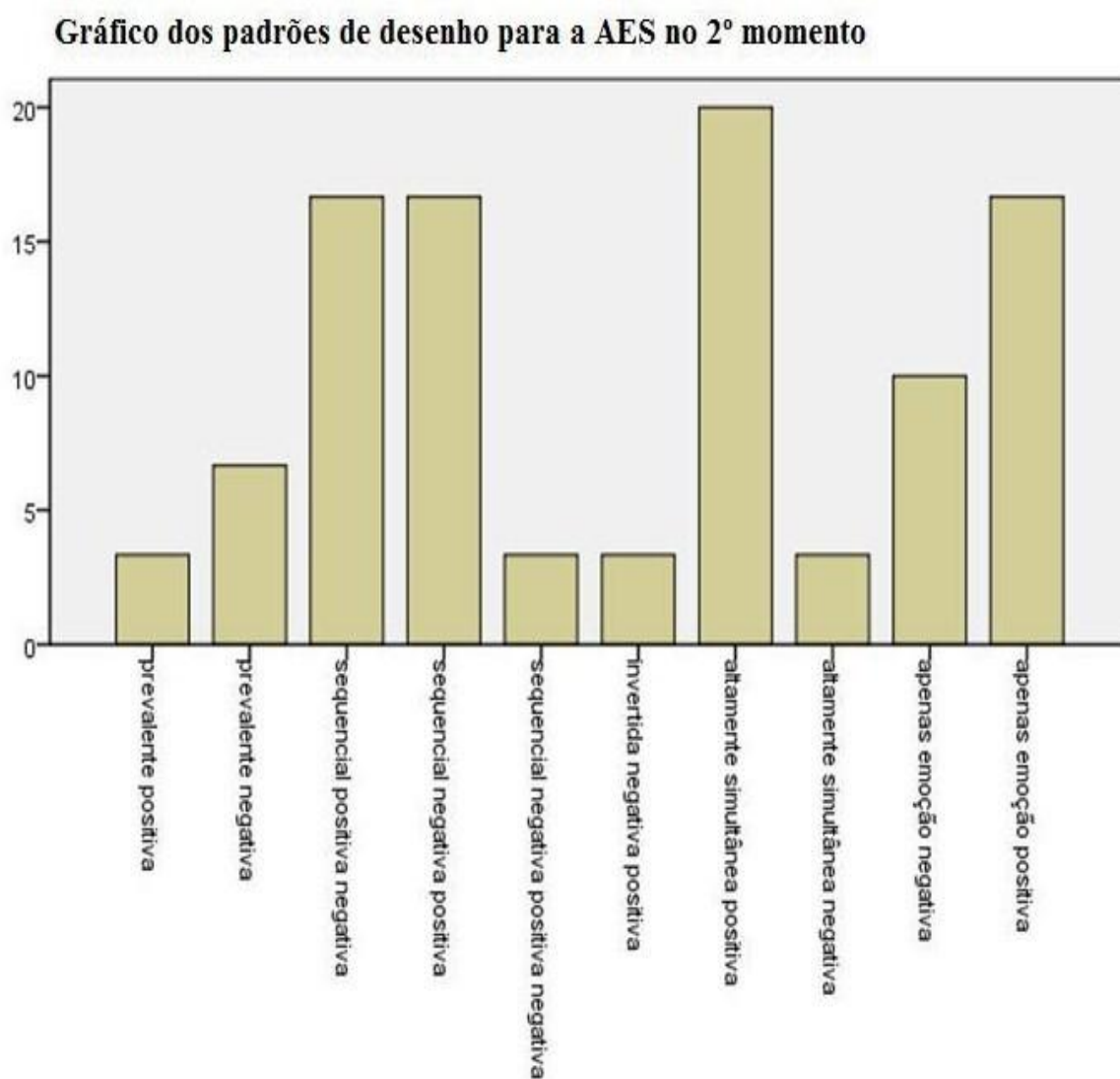


Figura 5. Padrões de desenho da AES no segundo momento.

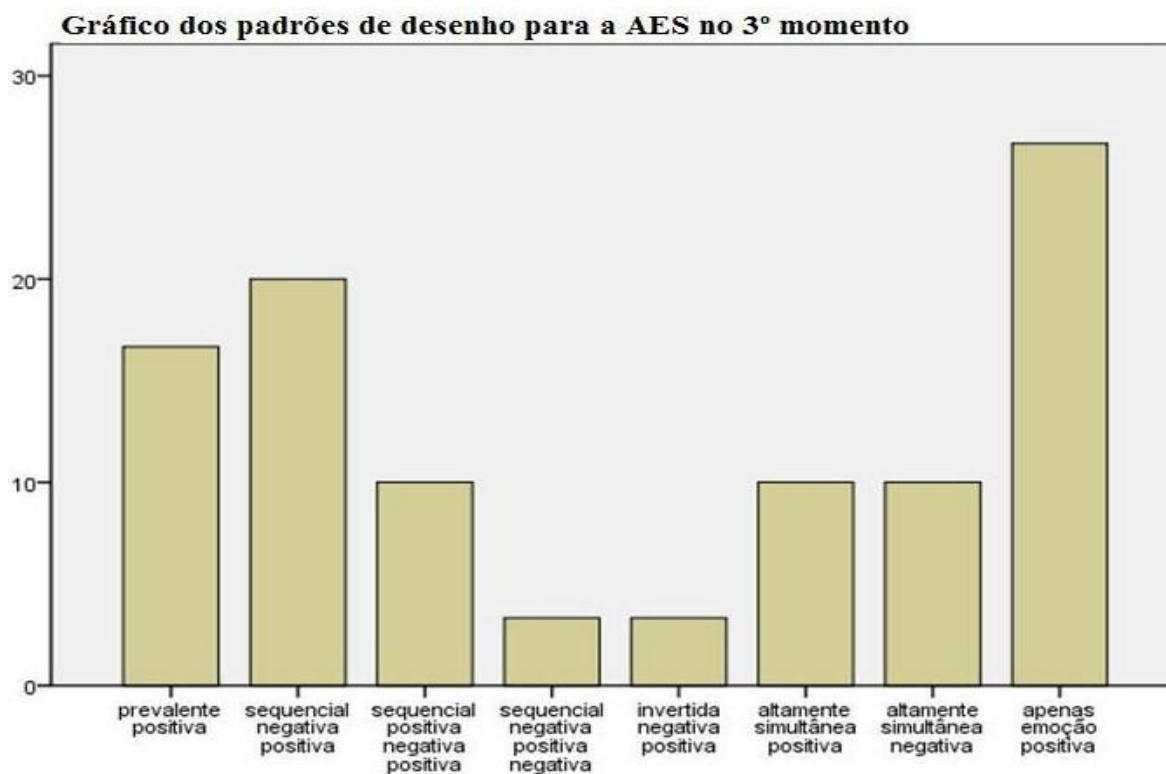


Figura 5. Padrões de desenho da AES no Terceiro momento

4. Discussão

O presente estudo de investigação teve como objectivo central aprofundar os conhecimentos sobre o fluxo emocional de forma progressiva nos indivíduos com diagnóstico de adicção, durante o decorrer de um programa de reabilitação biopsicossocial de duração de quatro semanas. O fluxo emocional foi avaliado através da avaliação do Rácio de Positividade, Satisfação Pessoal e Controlo Percebido em três momentos, o primeiro refere-se à semana anterior ao início do tratamento, o segundo refere-se à semana do início do tratamento e o terceiro momento refere-se à última semana de tratamento. Por outro lado, a motivação foi avaliada através da escala SOCRATES em dois momentos, o primeiro na entrada do tratamento e o segundo na última semana de tratamento. Contudo, ainda foram avaliadas as emoções mistas sentidas pelos participantes nos três momentos referidos anteriormente, através da escala AES e registados os relatos dos episódios emocionais.

De uma maneira geral os resultados confirmam a existência de uma flutuação emocional, pelo que se confirma uma evolução positiva quer no rácio de positividade (H1), quer na satisfação pessoal e controlo percebido (H2), conforme estudos anteriores referem o papel facilitador das emoções positivas no processo de mudança (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). No que respeita à motivação dos participantes (H3), os resultados confirmam parcialmente uma evolução positiva, pelo que apenas se verifica um decréscimo significativo na subescala Ambivalência da SOCRATES, entre o primeiro e o segundo momento, indo de encontro à resolução da ambivalência referida em estudos anteriores (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). Por outro lado, outras questões de interesse para a investigação não foram verificadas através dos resultados obtidos na avaliação das emoções mistas, conforme o estudo sobre os finais significativos de Ersner-Hershfield e colaboradores (2008), não sendo verificado um aumento da frequência das emoções mistas até ao final do programa de reabilitação, pelo que apenas se verificou um ligeiro aumento no segundo momento.

Desta forma, podemos aprofundar cada aspecto dos resultados sobre o ponto de vista teórico anteriormente referido, sendo importante perceber o fluxo emocional nos três momentos de recolha de dados.

No que respeita ao Rácio de Positividade, podemos constatar através dos resultados que existe uma evolução linear, demonstrando um aumento das emoções positivas no decorrer do programa, segundo alguns autores, para além deste factor contribuir para a homeostasia do indivíduo segundo Damásio (2003), ele também pode ser um indicador de mudança (Fitzpatrick & Stalikas, 2008). Por outro lado, o aumento de emoções positivas também é considerado benéfico, do ponto de vista da capacidade de aumentar os recursos sociais e psicológicos (Fredrickson, 2001). Desta forma, podemos concluir que o processo terapêutico pelo qual os indivíduos passaram parece facilitar o processo de mudança, deixando os indivíduos com mais recursos para a sua recuperação e reabilitação. No seguimento dos resultados sobre o Rácio de Positividade, a Satisfação Pessoal e o Controlo Percebido também demonstraram resultados semelhantes, pelo que vão de encontro com a tendência verificada nos resultados do Rácio de Positividade, como apontado em estudos anteriores que mencionam o controlo percebido como um dos factores protectores da saúde física e psicológica (Taylor, Kemeny, Reed, Bower & Gruenwald, 2000). Contudo, tal como demonstra a Figura 1

nos resultados, o segundo momento é marcado por um ligeiro decréscimo, embora não seja estatisticamente significativo. De forma semelhante, a Satisfação Pessoal e o Controlo Percebido também apresentam um decréscimo no segundo momento, tal como se pode verificar na Figura 2 e na Figura 3, embora este decréscimo não seja estatisticamente significativo, tal como no Rácio de Positividade, deverá ser tomado em linha de consideração.

Para tentar compreender melhor este fenómeno de decréscimo no segundo momento revimos os relatos mais frequentes dos episódios emocionais (Apêndice IV), pelo que se salienta o relato “Frequentar/partilhar em reuniões AA externas” e o relato “Saudades da Família”. Assim, como este segundo momento se refere à primeira semana do programa, podemos constatar que esta semana é marcada por uma fase de adaptação ao próprio programa de reabilitação em regime de internato, por outro lado, como referido nos objectivos semanais do programa, a primeira semana também conta com um estilo terapêutico mais confrontativo, com o intuito de quebrar a negação da dependência, pelo que o procedimento terapêutico tem por base a Terapia da Realidade de William Glasser (Carrilho et al., 2004). Com esta breve exposição dos dados recolhidos sobre este momento, parece existir aqui uma explicação sobre este fenómeno de decréscimo, não sendo de qualquer forma conclusivo a nível empírico, pelo que sugere uma nova área de interesse para futuros estudos científicos.

Curiosamente, as emoções mistas também surgem com maior frequência no segundo momento (Apêndice XI), surgindo mais tipos de desenhos em que surgem duas emoções e não apenas uma emoção positiva ou negativa. Desta forma, com todos os dados que já foram mencionados no que respeita à primeira semana de tratamento, estes sugerem que se trata de uma semana de maior fluxo emocional negativo, mas que contudo, não deixa de ser uma semana de extrema importância para o tratamento, pois trata-se de uma fase em que o processo terapêutico se centra na quebra da negação (Carrilho et al., 2004). Por outro lado, a primeira semana dá a conhecer a filosofia do programa e a sua forma de encarar a doença da adicção, pelo que enfatiza a abstinência total e coloca a recuperação do indivíduo como resultado das suas próprias acções e decisões, deixando-o inteiramente responsável pela sua recuperação (Spicer, 1993). Desta forma, podemos compreender que na primeira semana não existe propriamente uma adaptação simples e branda para os pacientes, como também se pode perceber que

existe aqui uma experiência emocional negativa com valor terapêutico positivo (Fitzpatrick & Stalikas, 2008).

Este fenómeno verificado na primeira semana de tratamento, não pode ser comparado com os resultados da escala SORATES, pois esta escala foi aplicada no momento de entrada para tratamento, não coincidindo com a recolha de informação das restantes escalas. Contudo, a motivação avaliada pela SOCRATES confirmou um decréscimo significativo da subescala Ambivalência, pelo que se denota uma considerável diminuição da incerteza dos participantes em relação às condições da doença que padecem, sendo também um factor importante para a motivação para a mudança no programa (Maisto, Chung, Cornelius & Martin, 2003).

De forma geral, o nosso estudo contribuiu para uma melhor compreensão da flutuação emocional e motivacional de um programa de reabilitação biopsicossocial com inspiração no modelo Minnesota, confirmando a evolução positiva a nível emocional que o programa proporciona. Contudo, o nosso estudo não poderá ser totalmente conclusivo, pois carece de um grupo de controlo, pelo que os efeitos do tratamento seriam confirmados com um melhor rigor científico. Por outro lado, o estudo conta com uma amostra relativamente pequena, embora conte com três momentos de avaliação, pelo que a sua generalização poderia beneficiar de uma amostra mais abrangente, com mais pessoas do género feminino para poder estabelecer diferenças entre géneros. Uma dificuldade sentida refere-se aos momentos de recolha de dados para a investigação, pelo que eram limitados a nível temporal, pois os indivíduos estavam em constantes actividades ligadas ao programa, sendo imperativo para futuros estudos dentro desta área pensar num protocolo ligeiramente mais curto. Por outro lado, a investigação existente sobre emoções dentro do contexto da área das adicções, parece não ser muito pronunciada, pelo que se torna fundamental investir em investigações que permitam compreender melhor os processos emocionais que melhor facilitam a recuperação, para assim poderem ser alvo de trabalho terapêutico mais incisivo e eficiente.

Referências Bibliográficas

- American Psychological Association, (2002). *DSM-IV-TR. MANUAL DE DIAGNÓSTICO DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS*. 4ªEd. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ashby, F. G., Isen, A. M., & Turken, A. U. (1999). *A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition.*, 106, 529-550, *Psychological Review*.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva – Teoria e Prática*. Porto Alegre: ARTEMED Editora S.A.
- Cacioppo, J. T., & Berntson, G. G. (1994). Relationship between attitudes and evaluative space: A critical review, with emphasis on the separability of positive and negative substrates., 115, 401_423, *Psychological Bulletin*.
- Carrera, P. & Ocejja, L. (2007). Drawing mixed emotions: Sequential or simultaneous experiences? *Cognition and Emotion*, 21 (2), 422-441. 2007 Psychology Press.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: HarperPerennial.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa*. 1º edição, Europa-America,
- Danner, D. D., Snowdon, D. A., & Friesen, W. V. (2001). *Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study*. 80, 804–813, *Journal of Personality and Social Psychology*.
- deRoten, Y., Drapeau M., & Michel, L. (2008). Are there positive emotions in short-term dynamic psychotherapy or is it all *Freude*-less? 18, 207–221, *Journal of Psychotherapy Integration*.
- Diener, E., Sandvik, E., & Pavot, W. (1991). *Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect*. In F. Strack (Ed.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (119-139). Oxford, England: Pergamon Press.
- Dobson, K. S. (2001) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. 2ª Ed. New York: The Guilford Press.

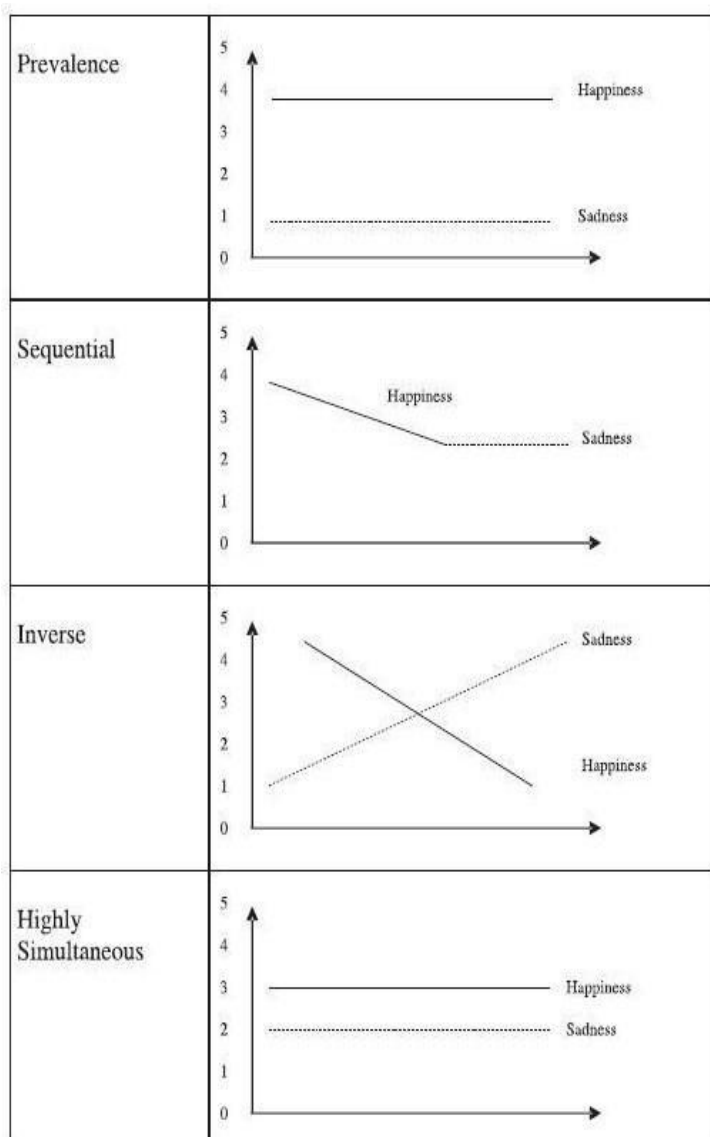
- Duncker, K. (1941). On pleasure, emotion, and striving. 1, 391–430, *Philosophy and Phenomenological Research*.
- Ersner-Hershfield, H., Mikels, J. A., Sullivan, S. J., & Cartensen, L. (2008). *Poignancy: Mixed Emotional Experience in the Face of Meaningful Endings*. Vol. 94, No. 1, 158–167, *Journal of Personality and Social Psychology*, APA.
- Fitzpatrick, M. & Stalikas, A., 2008. *Integrating Positive Emotions Into Theory, Research, and Practice: A New Challenge for Psychotherapy*. Vol. 18, No. 2, 248–258, *Journal of Psychotherapy Integration*, APA.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Coping as a mediator of emotion*. 54, 466–475 *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Fredrickson, B. L. (2001). *What good are positive emotions? Review of General Psychology*, 2, 300–319. Educational Publishing Foundation (original publicado em 1998).
- Fredrickson, B. L. (2001). *The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions*. Vol. 56. No. 3, 218–226, *American Psychologist*, APA.
- Gable, S., & Haidt, J. (2005). *What (and Why) Is Positive Psychology? Review of General Psychology*, Vol. 9, No. 2, 103–110. Educational Publishing Foundation.
- Gonçalves, O. (2006). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. 5ª Ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Haidt, J. (2003). *The moral emotions*. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 852–870). Oxford, England: Oxford University Press.
- Harker, L., & Keltner, D. (2001). *Expressions of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood*. 80, 112–124, *Journal of Personality and Social Psychology*.

- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1997). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos – Um Guia Prático*. 1ª Ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum.
- Isen, A. M. (1990). *The influence of positive and negative affect on cognitive organization: Some implications for development*. In N. Stein, B. Leventhal, & T. Trabasso (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion* (pp. 75-94). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kahneman, D., Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). *Objective happiness. Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 3-25). New York: Russell Sage Foundation.
- Lambert, M. J. & Erekson, D. M. (2008). Positive psychology and the humanistic tradition. 18, 222–232, *Journal of Psychotherapy Integration*.
- Larsen, J. T., McGraw, A. P., & Cacioppo, J. T. (2001). *Can people feel happy and sad at the same time?* 81, 684–696, *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Leal, I. (1999). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. 1ª Ed. Lisboa: ISPA.
- Material diverso, não publicado, disponibilizado pelo Centro de Atendimento à Comunidade da Liga (Plano de Acção do Centro de Atendimento à Comunidade – 2009; Plano de Acção do Centro de Atendimento à Comunidade – 2010; Relatório de Actividades do Centro de Atendimento à Comunidade – 2008; Instrumentos de Avaliação Psicológica; Materiais de Consulta)
- Material diverso, não publicado, disponibilizado pela Liga (Estatutos da Liga; Projecto “L.A.H.G.O. em Linha”)
- Material diverso, não publicado, disponibilizado pelo Serviço de Apoio Domiciliário (Sessões temáticas do S.A.D.; documento de fundamentação da inclusão de uma fisioterapeuta e uma psicóloga no S.A.D.)
- Russell, J. A., & Carroll, J. M. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. 125, 3_30, *Psychological Bulletin*.

- Ryan, R. L., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. 55, 68-78, *American Psychologist*.
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral*. 3ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. 55, 5–14, *American Psychologist*.
- Seligman, M., Parks, A., Rashid, T. (2006). *Positive Psychotherapy*. *American Psychologist*. 774-788. Disponível em <http://www.ppc.sas.upenn.edu>
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenwald, T. L. (2000). *Psychological resources, positive illusions, and health*. 55, 99–109, *American Psychologist*.
- Tellegen, A., Watson, D., & Clark, L. A. (1999). *On the dimensional and hierarchical structure of affect*. 10, 297-303, *Psychological Science*.
- Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery, consciousness: Vol 1 The positive affects*. New York: Springer.
- Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. 11, 375-424, *Ethology and Sociobiology*.
- Trzepacz, P. T & Baker R. W. (1993) *Exame psiquiátrico do estado mental*. 1ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores

APÊNDICES

APÊNDICE I



**Prevalente: (1)positiva;
(2)negativa.**

**Sequential: (1)positiva-
negativa; (2)negativa
positiva; (3)positiva-
negativa-positiva; (4)
negativa-positiva-negativa.**

**invertida: (1)positiva-negativa;
(2)negativa-positiva.**

**Altamente simultânea: (1)
positiva; (2)negativa**

Esquema com os diversos desenhos possíveis para a escala AES.

APÊNDICE II

Tabela 1 - Descritivas da amostra

	(%)
<u>Género</u>	
Masculino	93.3
Feminino	6.7
<u>Estado Civil</u>	
Casado	50
Divorciado	10
União de Facto	6.7
Solteiro	33.3
<u>Profissão</u>	
Alta Administração	3.3
Licenciados	6.7
Proprietários/Comerciantes	6.7
Operadores Especializados	26.7
Operadores não-especializados	50
Reformados	3.3
Desempregados	3.3

APÊNDICE III

Tabela 2 – Descritivas da dimensão positiva e negativa da Positividade

Categoria	M	DP
Positivo 1º momento	6.97	3.41
Negativo 1º momento	6.27	3.01
Positivo 2º momento	5.90	3.57
Negativo 2º momento	7.03	2.86
Positivo 3º momento	7.97	2.65
Negativo 3º momento	4.83	3.14

APÊNDICE IV

Tabela 3 – Descritivas de Rácio Positividade para cada momento

Momentos	M	DP	α
Rácio Positividade 1	1.77	2.05	-
Rácio Positividade 2	1.62	2.49	-
Rácio Positividade 3	3.33	3.30	-
			Total: .490

APÊNDICE V

Tabela 4 – Descritivas de Satisfação Pessoal e Controlo Percebido

	1º Momento		2º Momento		3º Momento	
	M	DP	M	DP	M	DP
Satisfação Pessoal	4.57	1.94	4.43	1.45	5.67	1.06
Controlo Percebido	5.13	1.91	4.67	2.10	6.13	1.48

APÊNDICE VI

Tabela 5 – Descritivas Subescalas SOCRATES

	1º Momento		2º Momento	
	M	DP	M	DP
Reconhecimento do Problema	27.23	4.02	28.57	2.34
Acção	32.43	2.94	32.77	2.91
Ambivalência	17.07	3.12	12.40	5.72

APÊNDICE VII

Tabela 6 – Descritivas dos Relatos dos Episódios Emocionais para a AES

	AES 1		AES 2		AES 3	
Episódios Emocionais						
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Relato 1	23	76.7	25	83.3	29	96.7
Relato 2	6	20	3	10	1	3.3
Relato 3	1	3.3	1	3.3	-	-
Relato 4	-	-	1	3.3	-	-

APÊNDICE VIII

Tabela 7 – Descritivas dos Relatos de Episódios Emocionais do 1º Momento

	Frequência	(%)
Esforço para a abstinência	1	3.3
Visita de familiares em desintoxicação	2	6.7
Passear com a família	1	3.3
Pagamento de dívidas de consumo	1	3.3
Despedida de familiares / pessoas chegadas	13	43.3
Contar problema a familiares	1	3.3
Pensar em ingressar no programa de reabilitação	6	20
Despedida de uma pessoa em especial	1	3.3
Despedida com amigos	1	3.3
Saudades da família	1	3.3
Entrada em Tratamento de desintoxicação	1	3.3
Sentimento de culpa pelo consumo	1	3.3
Total	30	100

APÊNDICE IX

Tabela 8 – Descritivas dos Relatos de Episódios Emocionais do 2º Momento

	Frequência	(%)
Diminuição na vontade de consumir	1	3.3
Entrada em tratamento de Reabilitação	4	13.3
Saudades da família	5	16.7
Participação na Terapia familiar	3	10
Admitir problema (1º passo AA)	1	3.3
Escrever história de vida / recordações	2	6.7
Partilhar em grupo	3	10
Frequentar/partilhar em reuniões AA externas	6	20
Visita de familiares ou pessoa chegada	1	3.3
Ver um filme no programa de reabilitação	1	3.3
Insegurança com a aproximação da saída	1	3.3
Assistir a discussão entre colegas do grupo	1	3.3
Frustração por partilhar pouco	1	3.3
Total	30	100

APÊNDICE X

Tabela 9 – Descritivas dos Relatos de Episódios Emocionais do 3º Momento

	Frequência	(%)
Frequentar/partilhar em reuniões AA externas	2	6.7
Reunião final com famílias	7	23.3
Praticar desporto no programa de reabilitação	1	3.3
Pensar na saída do programa de reabilitação	9	30
Recordar momentos de consumo	1	3.3
Visita de familiares ou pessoa chegada	1	3.3
Satisfação pela participação no programa	1	3.3
Insegurança com a aproximação da saída	4	13.3
Frustração por partilhar pouco	1	3.3
Falta de verdade na partilha de colegas de grupo	1	3.3
Ansiedade com os resultados da selecção nacional	1	3.3
Telefonema da chefia de preocupação com o bem-estar	1	3.3
Total	30	100

APÊNDICE XI

Tabela 10 – Descritivas das Emoções mistas para os três momentos

	AES 1		AES 2		AES 3	
	Freq.	(%)	Freq.	(%)	Freq.	(%)
Prevalente Positiva	2	6.7	1	3.3	5	16.7
Prevalente Negativa	-	-	2	6.7	-	-
Sequencial (+)(-)	7	23.3	5	16.7	-	-
Sequencial (-)(+)	1	3.3	5	16.7	6	20
Sequencial (+)(-)(+)	2	6.7	-	-	3	10
Sequencial (-)(+)(-)	1	3.3	1	3.3	1	3.3
Invertida (+)(-)	1	3.3	-	-	-	-
Invertida (-)(+)	2	6.7	1	3.3	1	3.3
Altamente Simultânea	2	6.7	6	20	3	10
(+)						
Altamente simultânea (-)	-	-	1	3.3	3	10
Apenas emoção (-)	3	10	3	10	-	-
Apenas emoção (+)	9	30	5	16.7	8	26.7

(-) negativa; (+) positiva;

APÊNDICE XII

Consentimento informado:

Venho por este meio solicitar a sua colaboração para uma investigação sobre Emoções Positivas e Reabilitação Biopsicossocial, inserida no Mestrado de Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, que tem como objectivo compreender a relação entre Emoções Positivas, Auto-Estima, Controlo Percebido e Motivação para a Mudança. Pedimos a sua colaboração no preenchimento de perguntas relacionadas com esta temática. Não existem respostas certas ou erradas, por isso pedimos que seja o mais sincero possível não deixando nenhuma pergunta por responder. Este questionário é inteiramente confidencial, sendo os dados anónimos e para uso exclusivo da investigação. A liberdade de participação é total, podendo desistir assim que desejar.

Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE XIII

Folha de Registo de Episódios Emocionais:

Com este questionário pretendemos saber como se sentiu durante a última semana. Para isso, pedimos-lhe que descreva brevemente as experiências emocionais mais relevantes da semana.

Descrição breve de episódio emocional 1

.....

.....

Descrição breve de episódio emocional 2

.....

.....

Descrição breve de episódio emocional 3

.....

.....

Descrição breve de episódio emocional 4

.....

.....

Descrição breve de episódio emocional 5

.....

.....

Descrição breve de episódio emocional 6

.....

.....

Descrição breve de episódio emocional 7

.....

.....

ANEXOS

ANEXO 1

Para cada episódio emocional descrito solicitamos que preencha a seguinte escala, identificando o episódio da folha anterior a que se está a referir.

Teste de Positividade (Fredrickson, 2009; De Sousa & Gonçalves, em preparação)

Numero do episódio emocional _____

Como se sentiu durante esse episodio ou experiencia emocional? Pense nas diferentes fases desse episodio e, usando a escala de 0-4, indique quanto experienciou os seguintes sentimentos, colocando um número a seguir à afirmação:

- 0 – nada
- 1 – um pouco
- 2 – moderadamente
- 3 – bastante
- 4 – muito

1. Quão divertido, cómico ou engraçado se sentiu? _____
2. Quão furioso, irritado ou chateado se sentiu? _____
3. Quão envergonhado, humilhado ou ridicularizado se sentiu? _____
4. Quão maravilhado, deslumbrado ou surpreendido se sentiu? _____
5. Quão insolente, depreciativo ou desdenhoso se sentiu? _____
6. Quanto nojo, repugnância ou repulsa sentiu? _____
7. Quão coibido, envergonhado ou corado se sentiu? _____
8. Quão agradecido, apreciativo e grato se sentiu? _____
9. Quão culpado ou arrependido se sentiu? _____
10. Quanto ódio, desconfiança ou suspeita sentiu? _____
11. Quão esperançado, optimista ou encorajado se sentiu? _____
12. Quão inspirado, iluminado ou entusiasmado se sentiu? _____
13. Quão interessado, alerta ou curioso se sentiu? _____
14. Quão alegre, contente ou feliz se sentiu? _____
15. Quanto amor, proximidade ou confiança sentiu? _____
16. Quão orgulhoso, confiante e seguro de si mesmo se sentiu? _____
17. Quão triste, desanimado ou infeliz se sentiu? _____
18. Quão assustado, medroso ou receoso se sentiu? _____
19. Quão sereno, satisfeito e calmo se sentiu? _____
20. Quão stressado, nervoso ou sufocado se sentiu? _____

ANEXO 2

AES (Analogical Emotional Scale) - Carrera & Oceja (2007)

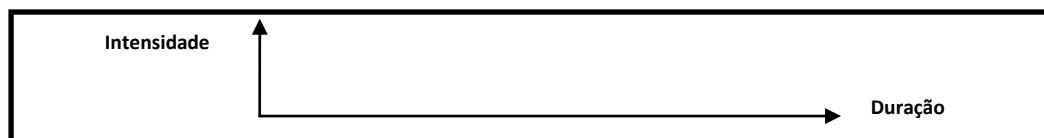
Para o episódio emocional mais importante da semana anterior _____, indique qual foi a emoção positiva mais intensa que sentiu _____ e a emoção negativa mais intensa que sentiu _____

Por favor represente a sua experiência emocional de acordo com as seguintes explicações:

- A emoção POSITIVA é representada por uma linha contínua (—————)

- A emoção NEGATIVA é representada por uma linha tracejada(-----)

- Na figura abaixo representada, a dimensão horizontal representa a duração da emoção e a dimensão vertical representa a intensidade da emoção:

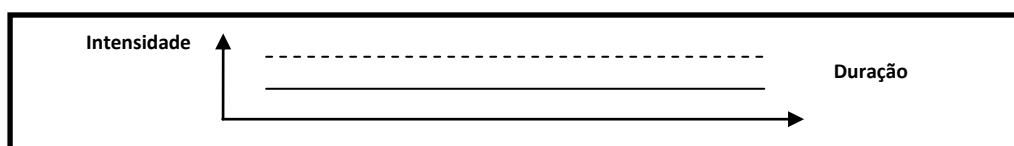


Se a CHUVA fosse a linha contínua e o SOL a linha tracejada, as seguintes situações meteorológicas podiam ser assim representadas:

Situação 1: começou por um dia de sol mas acabou por começar a abrandar o calor até a chuva aparecer suavemente



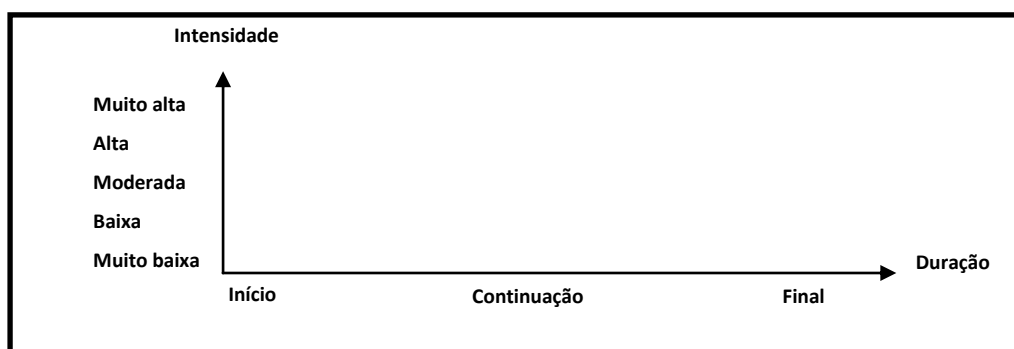
Situação 2: esteve a chover bastante enquanto o sol brilhava moderadamente



Por favor, represente (desenhe) a sua experiência emocional:

- A emoção POSITIVA é representada por uma linha contínua (—————)

- A emoção NEGATIVA é representada por uma linha tracejada(-----)



ANEXO 3

Satisfação Pessoal: Autoestima (Diener, 1995)

Com a escala que se apresenta em baixo, você poderá avaliar a sua auto-estima (satisfação pessoal). Coloque uma cruz no número que mais se adequa à sua situação.

Avalie o nível de satisfação ou agrado que sente sobre si ou sobre a sua pessoa:

Muito insatisfeito 1 2 3 4 5 6 7 Muito Satisfeito

Controle Percebido sobre a vida (Inglehart, 1998)

Algumas pessoas sentem que têm completa liberdade e controle sobre a sua vida, contudo outras pessoas pensam que o que elas fazem não tem qualquer efeito sobre o que ocorre ou se passa na sua vida. Por favor, indique na escala, com uma cruz, o nível de liberdade e controle que você sente que tem sobre a evolução da sua vida:

Nenhum Controle								Total Controle	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO 4

SOCRATES 8D

INSTRUÇÕES: Por favor leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se *acerca do seu uso de drogas*. Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda com cada afirmação *neste momento*. Por favor coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

		NÃO!	Não	?	Sim	SIM!
		Discordo Fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo fortemente
1	Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de drogas	1	2	3	4	5
2	Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente das drogas	1	2	3	4	5
3	Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de drogas os meus problemas vão tornar-se piores	1	2	3	4	5
4	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de drogas	1	2	3	4	5
5	Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas	1	2	3	4	5
6	Eu tenho um problema com drogas	1	2	3	4	5
7	Não estou só a pensar em mudar em relação às drogas, já estou de facto a fazer algo por isso	1	2	3	4	5
8	Eu já mudei em relação ao consumo de drogas e procuro apreender maneiras que me ajudem a evitar recaídas	1	2	3	4	5
9	Eu tenho um problema sério com drogas	1	2	3	4	5
10	Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de drogas	1	2	3	4	5
11	O meu consumo de substâncias está a causar muito mal	1	2	3	4	5
12	Actualmente estou fazendo coisas para parar ou diminuir o meu consumo de drogas	1	2	3	4	5
13	Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de drogas	1	2	3	4	5
14	Eu sei que tenho um problema com as drogas	1	2	3	4	5
15	Às vezes pergunto-me se o meu consumo de drogas é excessivo	1	2	3	4	5
16	Eu sou um toxicodependente	1	2	3	4	5
17	Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de drogas	1	2	3	4	5