

ANNA MEIRE DE SANTANA CORREIA ANDRADE

**FELICIDADE NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UM
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE
DEPENDENTES, EX DEPENDENTES E NÃO
DEPENDENTES.**

Orientador: Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2015

ANNA MEIRE DE SANTANA CORREIA ANDRADE

**FELICIDADE NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UM
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE
DEPENDENTES, EX DEPENDENTES E NÃO
DEPENDENTES.**

Tese defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde no dia 29/ 06 2016, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº 162/2016 de Abril de 2016, com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Patrícia Pascoal

Vogais: Prof.essora Doutora Ana Prioste (Arguente)

Orientador: Professor Doutor Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2015

Epígrafe

*Que os vossos esforços desafiem as
impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes
coisas do homem foram conquistadas do que
parecia impossível.*

Charles Chaplin

Dedicatória

“ A todas as Pessoas que nas trevas da dependência, buscam uma luz no fim túnel”

Agradecimentos

A Deus, por abrir todas as portas necessárias e as mais improváveis para que eu começasse e concluísse com êxito todo este percurso.

A minha mãe Maria, pelo seu amor incondicional, por todo sacrifício e investimento na minha formação ao longo da vida; pelo exemplo de força e coragem que sempre foi para mim, te amo mainha.

Ao meu esposo Hermano, por lutar ao meu lado todos esses anos em todos os momentos, sem medir esforços para que eu conquistasse os meus sonhos. Obrigada meu amor, por tornares tudo isso mais fácil. Amo-te muito.

Aos meus irmãos Eduardo e Patrícia por me animarem e me motivarem sempre a continuar.

Às amigas Sheila Fiel, Idalina Crespo e Catarina Crespo, pela amizade sempre. Aos colegas Rogério Jesus, Rosa Fernandes e Lídia Franco por toda disponibilidade, companheirismo e ajuda.

Ao meu Orientador Professor Doutor Américo Baptista, pela partilha dos seus conhecimentos, por todas as viagens cansativas à Leiria, e por toda ajuda e apoio que me dispensou nessa jornada.

Ao Desafio Jovem na pessoa do Dr. Francisco Chaves, Dr. Joel, Dr^a Andrea, Dr^a Bertina, Dr^a Patrícia, Dr^a Filipa, ao Pastor Pedro Canito, por seu testemunho inspirador e pela colaboração na recolha de dados.

A todos aqueles que, atenciosamente participaram da amostra disponibilizando seu tempo para responder aos questionários, os meus sinceros agradecimentos. Sem a vossa ajuda não seria possível, que Deus abençoe a cada um.

Resumo

A dependência química é um problema preocupante na sociedade, pelo fato de conduzir muitos ao flagelo humano. São muitas as tentativas para dar respostas eficazes, não só ao tratamento, mas também aquilo que mais preocupa depois da abstinência, a recaída, pois o índice de sucesso é muito baixo e o de reincidência bastante elevado. O estado emocional do dependente químico é bastante afetado pelo consumo, e neste sentido o presente trabalho teve como objetivo estudar a felicidade no contexto da dependência química, nomeadamente a felicidade hedónica, felicidade eudaimónica e felicidade subjetiva. O estudo foi realizado numa amostra de 186 sujeitos, dos quais 79 integram o grupo normal, 69 o grupo de dependentes e 38 o grupo de ex dependentes. Para a avaliação da felicidade hedónica foi utilizada a Escala de Experiências Positivas e Negativas, que avalia a experiência subjetiva de sentimentos de bem-estar e mal-estar; para a felicidade eudaimónica utilizou-se a escala de florescimento que avalia as propriedades descritivas do exercício da eudaimonia; para a avaliação da felicidade subjetiva recorreu-se a Escala de felicidade subjetiva. Os resultados obtidos sugerem que os valores mais significativos foram evidenciados relativamente aos níveis de felicidade Eudaimónica e a felicidade Subjetiva em indivíduos ex dependentes.

Palavras-chave: Felicidade Hedónica, Felicidade Eudaimónica, Felicidade Subjetiva, Dependência Química.

Abstract

Chemical dependency continues to be an issue of concern in society, as it leads many to a human scourge. There have been several attempts to provide an effective response, not only for the treatment, but also what most concerns subsequently to the abstinence, the relapse, because the success rate is very low, and the recurrence very high. The emotional status of the chemical-dependent is quite affected by consumption so, the present work is proposed to study the happiness in the context of chemical dependency, including hedonic happiness, eudaimonic happiness and subjective happiness. The study was conducted on a sample of 186 subjects, of which 79 have been included in the normal group, 69 in the dependents' group and 38 in the former dependents' group. For the assessment of the hedonic happiness, The *Positive and Negative Experiences Scale* was applied, which assesses the subjective experience of feelings of well-being and malaise; for the eudaimonic happiness, The *Flursciment Scale* was applied, in order to assess the descriptive properties of eudaimony; for the assessment of subjective happiness the instrument employed was the *Subjective Happiness Scale*. The outcome suggests that, in former dependent individuals, the most significant values were found in the Eudamonic Happiness and Subjective Happiness levels.

Keywords: Hedonic Happiness, Eudaimonic Happiness, Subjective Happiness, Chemical Dependency

Abreviaturas

CID-10- Classificação Internacional de Doenças

DP- Desvio Padrão

DSM IV- Diagnostic and Statistical Manual of Mental

EUA- Estados Unidos da América

ERRES- Emoções positivas, Relações positivas, Realização, Envolvimento, Significado

FS- Escala de Florescimento

IDT- Instituto da Droga e da Toxicodependência

M- Média

PANAS- Positive and Negative Affect Schedule

PERMA- Positive emotions, Engagement, Relationships, Meaning, Accomplishments

SHS- Escala de Felicidade Subjetiva

SPANE- Escala de Experiências Positivas e Negativas

SWLS- Escala de Satisfação com a Vida

Índice

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I – PSICOLOGIA POSITIVA	14
1.Psicologia Positiva.....	14
1.1. História e desenvolvimento da Psicologia Positiva	15
1.2. Objetivos e relevância da Psicologia Positiva	16
CAPÍTULO II- FELICIDADE.....	17
2.Felicidade.....	18
2.1. Bem- Estar Subjetivo	19
2.1.1. Emoções Positivas	20
2.2. Perspetiva Hedónica da felicidade	21
2.3. Perspetiva Eudaimónica da felicidade	21
2.4. Florescimento humano.....	23
2.4.1. Modelo de Florescimento de Corey Keyes	23
2.4.2. Modelo de Florescimento de Felicia Huppert e Timothy So	24
2.4.3. Crescimento após uma experiência negativa	24
2.4.4. Outros conceitos de Florescimento	25
CAPÍTULO III- DEPENDÊNCIA QUÍMICA	27
3. Dependência química.....	28
3.1. Intervenção da dependência química	30
3.1.1. Espiritualidade no contexto da intervenção	32
3.2. Recaída	33
CAPÍTULO IV- CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO.....	35
4. Conceptualização da investigação	35
4.1. Objetivos e hipóteses	36
4.2. Caracterização da amostra	36

4.3. Medidas.....	40
4.4. Procedimento	41
CAPÍTULO V- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	43
5. Apresentação dos resultados.....	43
5.1. Análise comparativa entre grupos	44
5.2. Relações entre as escalas e variáveis relativas ao consumo e tratamento	45
CAPÍTULO VI- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	47
6. Discussão dos resultados	47
Conclusão	49
Bibliografia.....	49
Anexos.....	I
Anexo I- Protocolo não dependentes	II
Anexo I- Protocolo dependentes	IV
Anexo I- Protocolo ex dependentes	VI

Índice de Tabelas

TABELA 1. Caracterização sociodemográfica	37
TABELA 2. Caracterização do consumo relativamente às substâncias	38
TABELA 3. Significância relativamente a outros aspectos do consumo e tratamento	39
TABELA 4. Frequências relativamente ao tratamento	39
TABELA 5. Diferenças de médias entre os grupos nas escalas Florescer, Experiências positivas, Experiências negativas e Felicidade subjetiva	44
TABELA 6. Correlação entre a idade de início de consumo, nº de anos de consumo, tempo de tratamento e o florescimento, experiências positivas, experiências negativas e felicidade subjetiva nos dependentes	45
TABELA 7. Correlação entre a idade de início de consumo, nº de anos de consumo, tempo de tratamento, tempo de abstinência e o florescimento, experiências negativas, experiências positivas e felicidade subjetiva nos ex dependentes	45

Introdução

O consumo de drogas conduz cada vez mais indivíduos à dependência física e psicológica, causando também alteração comportamental, com graves consequências a nível da saúde, autonomia, auto-estima, integridade moral, emocional e cognitiva. Diversas são as motivações associadas à dependência química, entre estas podem estar os problemas pessoais e sociais, a satisfação momentânea das angústias, a fuga à realidade, privações e carências afetivas. O uso de drogas foi visto de outras formas em outros tempos, lazer e terapêutica por exemplo. Hoje muitas vezes está associado a obtenção do prazer, contudo é visto como algo disfuncional e destrutivo, impedindo o usuário de viver conforme os estatutos sociais vigentes (Diehl, Cordeiro, & Laranjeira, 2011).

A dependência química não aparece como um fenómeno estático, ao contrário afeta, e é afetado, por diversos fatores culturais, sociais e emocionais que refletem-se no conjunto de valores e formas de vida dos indivíduos, é um desafio para as sociedades, pois estas travam uma batalha para reduzir os danos causados pelo abuso de substâncias psicoativas, e tudo o que envolve o mundo da dependência química, como a criminalidade e a transmissão de doenças por exemplo. O consumo e dependência de drogas e tudo o que envolve este contexto, parece englobar-se numa rede gigante de dependências, física, psicológica, afetiva, social, passando pela carência de modelos relacionais e afetivos, crise de valores, pela política hedonista, consumismo e vazio existencial (Ferreira & Filho, 2004) .

De acordo com (Jesus & Resende, 2009), o ritmo acelerado da sociedade, pede respostas urgentes às consecutivas e modernas solicitações a vários níveis, nos quais envolve o bem-estar e satisfação do prazer, o que acontece é que nem sempre se consegue obter estas respostas no tempo desejável, e neste sentido a competitividade dos tempos modernos, não se preocupa com os meios utilizados para atingir os fins e oferecer esta satisfação momentânea a qualquer custo e de qualquer forma, provocando assim a degradação de valores humanos, e uma sensação de falta de controlo face aos objetivos pretendidos. Por isso na busca por esta satisfação, muitos trocam seus projetos e sua qualidade de vida, por momentos curtos de extrema satisfação que têm que se repetir inúmeras vezes para continuar a satisfazer, reduzindo a vivência a momentos efémeros de prazer que vão sorrateiramente envolver e levar o indivíduo a uma condição de dependência e vazio.

Se entendermos os consumos recreativos numa lógica sociocultural, é possível perceber-se que as drogas fazem parte de lógicas de diversão e lazer de determinados atores sociais. Vivemos hoje numa sociedade onde o lazer, para muitos, tomou um caráter mítico, desempenhando, por vezes, um papel absolutamente central na vida das pessoas. Segundo este ponto de vista, o consumo recreativo de drogas (sejam elas legais ou ilegais, sintéticas ou naturais) é um subfenómeno do atual modelo de sociedade, assente no consumo, na imagem e na publicidade (Calado, 2006) pg.6

O consumo de drogas constitui-se assim num meio de conseguir satisfação e prazer fácil e urgente, na busca de uma felicidade que a sociedade não consegue garantir, pois faltam alternativas, sociais, morais, afetivas e espirituais. Deste modo, o que é oferecido é uma felicidade artificial, rápida e momentânea, que baseia-se somente nos diferentes modos de consumo.

De acordo com (Nunes & Nunes, 2004) a falta de valores de referência, é um forte preditor para a dependência química, pois para estes autores grande parte dos jovens e adultos centram as suas vidas em falsos absolutos ou falso sucesso, que consiste em possuir coisas e obter prazer. Canalizam seus esforços para conseguir afirmação pessoal de forma fácil e agradável, quando não conseguem aquilo que entendem como necessário, enfrentam uma grande frustração. “Uma vez que esses ‘absolutos’ se não conseguem, a vida perde sentido e envereda-se então por soluções de facilidade onde cabem as ‘habilidades’, a corrupção ou os consumos. “É claro que o consumo de drogas é uma forma de alienação e fuga, quando se esgotaram outras maneiras de alcançar o sucesso esperado” (p. 67).

Seguindo a mesma linha de pensamento (Fleming, 2001) reforça que, sendo o dependente químico fruto de uma sociedade onde as relações afetivas são cada vez mais desvalorizadas, o consumo de substâncias é assumido como caminho de felicidade, de tal modo que impede o indivíduo de reconhecer a sua verdadeira necessidade, procurando assim relações, onde a aceitação, a estima, a pertença, a reciprocidade não são devidamente valorizados, gerando deste modo uma falsa independência que na realidade está apenas a camuflar a dependência que cada vez aumenta mais.

De acordo com o (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011) apenas 20% dos milhares de utentes que anualmente procuram ajuda nas unidades de atendimento do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), têm sucesso no processo de recuperação, o que significa que, um grande número dos consumidores que recorrem às unidades, continuam a ser reincidentes. Isto apesar do esforço desenvolvido na prevenção e no tratamento de casos novos. Para os resultados são considerados casos de sucesso, os de pessoas que continuam abstinentes 5 anos após o tratamento e que iniciaram o seu processo de reinserção social.

Relativamente ao consumo, o relatório anual mostra que a cannabis é a droga com taxas mais elevadas de prevalência de consumo em Portugal, seguida da cocaína e do ecstasy. A heroína ainda continua a ser a droga associada aos casos mais crónicos de consumo. Para tais casos, a estratégia do centros do IDT visa principalmente aumentar a esperança e a qualidade vida dessas pessoas.

Num estudo realizado com 845 adultos (Peterson, Park, & Seligman, 2005) investigaram diferentes orientações para a felicidade e sua ligação com a satisfação com a vida em três aspetos diferentes: felicidade orientada por meio do prazer, através do engajamento, e através de significado. Os resultados obtidos no estudo impulsionam à reflexão acerca da diferença entre uma vida plena e com significado e uma vida vazia. O estudo citado revelou que as orientações para felicidade são distinguíveis, não são incongruentes e, desta forma, possíveis de serem perseguidos paralelamente, mais revelou que cada um está ligado individualmente com satisfação com a vida, os autores sugerem que, uma orientação para envolvimento distingue-se das orientações para o prazer ou para o significado, e que uma orientação ao prazer por si só não é um forte preditor de satisfação com a vida, quando comparado com orientações ao envolvimento ou significado.

O interesse por esta temática surgiu no sentido de estudar a Felicidade no contexto da dependência química, abordando aspetos da psicologia positiva para promoção do florescimento no processo de abstinência, uma vez que prevenir a recaída é das maiores preocupações do indivíduo e de profissionais que atuam nesta área. A psicologia positiva envolve a perceção das formas por meio das quais os indivíduos desenvolvem significado e emoções positivas, e encontram significado e um propósito de vida, provavelmente eleva a felicidade e o grau de satisfação em relação à vida (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005). Tendo em conta que o dependente químico encontra-se afetado físico, emocional e psicologicamente, muitas vezes esse estado prolonga-se após a reabilitação e no processo de abstinência, por esta razão é que parece prudente promover o interesse por uma vida com significado, bem como estratégias e habilidades para enfrentar situações adversas, habilidades estas que na verdade tornam-se tão relevantes para permanência do indivíduo no seu novo caminho, rumo a uma vida plena e sem vícios. Este tipo de habilidades na maioria das vezes é oferecida no contexto das comunidades terapêuticas que potencializam o indivíduo como ser humano, valorizam a espiritualidade, promovem o bem-estar, de maneira a dar significado as suas vidas, que outrora viviam para satisfazer as suas necessidades de uma forma efémera e

hedónica. A dependência química não deve ser vista apenas no âmbito da psicopatologia, psicologia ou medicina, é preciso uma visão mais alargada, a fim de compreender o problema em seus vários aspetos como o desenvolvimento pessoal, o auto conhecimento, e a perceção dos seus recursos, bem como ao nível das alterações sociais necessárias à retoma dos valores humanos e sociais, que respondam às necessidades e aspirações de bem-estar, satisfação, realização e felicidade. Assim, com este trabalho de investigação pretendeu-se comparar a felicidade entre não dependentes, dependentes e ex dependentes, bem como verificar as relações entre as variáveis inerentes ao consumo e tratamento e a felicidade nos grupos em estudo.

CAPÍTULO I- PSICOLOGIA POSITIVA

1.1 História e desenvolvimento da Psicologia Positiva

Os Estados Unidos da América, referência mundial a nível da psicologia, na segunda metade do século XX, teve a sua investigação voltada para as doenças mentais. No entanto, dois fatos relevantes motivaram a preferência por esta área de investigação, o primeiro fato foi a fundação da (Veterans Administration) Administração para Veteranos de Guerra, e o segundo foi a fundação do (National Institute of Mental Health) Instituto Nacional de Saúde Mental. Estes fatos favoreceram psicólogos e investigadores na investigação sobre doenças mentais, trazendo benefícios profissionais, sociais e económicos, de forma a melhorar a perspectiva no âmbito das patologias (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Para (Gable & Haidt, 2005) mesmo com grandes progressos, esses contributos acabaram por reforçar uma psicologia com base no modelo médico, deixando de parte objetivos importantes, como proporcionar uma vida mais feliz e produtiva aos indivíduos, ou mesmo ajudá-los a descobrir e desenvolver seus talentos, para estes autores, nesse período foram mais valorizados os estudos sobre as perturbações, do que aspetos como o que faz a vida ter sentido, por exemplo. Neste prisma a Psicologia Positiva nasce do reconhecimento desse desequilíbrio, e surge de um desejo de impelir a investigação nessas áreas outrora negligenciadas. Sobre a importância da Psicologia Positiva (Rivero & Marujo, 2011) destacaram que:

Sendo um domínio recente dentro da Psicologia, tem vindo a defender que, a par de ser extraordinariamente importante estudar e criar condições para ajudar as pessoas quando estão em sofrimento e desequilíbrio- deprimidas, ansiosas, hiperativas, suicidas, alcoólicas...- é igualmente fulcral saber o que faz as pessoas estarem felizes; o que as torna mais criativas; o que as faz ter coragem, superar situações traumáticas e crescer com essas experiências; que efeitos tem desenvolver o sentido de humor, a alegria, a compaixão, o altruísmo, ou quais os ganhos individuais e coletivos dos atos de generosidade, de gratidão ou de perdão (p.47).

Para as autoras é preciso se aprofundar ainda mais nos aspetos que impelem os indivíduos a experimentarem uma vida preenchida, satisfatória e com significado. De acordo com (Pais Ribeiro, 2006) a Psicologia Positiva compreende-se no estudo científico das experiências positivas e das características individuais positivas, bem como das dimensões que promovem este desenvolvimento. (Cunha, Rego, & Cunha, 2007) afirmaram que “a Psicologia Positiva dedica-se portanto à construção de qualidades positivas, em vez de dirigir o seu esforço para o processo de reparação de danos” (p.101). Existem três níveis distintos que se relacionam entre si, nos quais o campo da Psicologia Positiva deve focar-se, são eles: o nível subjetivo que inclui o contentamento, bem-estar, satisfação, felicidade, esperança e optimismo; o nível individual que está associado aos traços individuais positivos, a sabedoria e o talento; o nível grupal que refere-se aos atributos cívicos e valores que levam os

indivíduos a exercerem uma maior responsabilidade, altruísmo e tolerância (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

1.2. Objetivos e relevância da Psicologia Positiva

Dentre os objetivos da Psicologia Positiva está o estudo e intervenção nas emoções positivas, a fim de perceber como trabalhar sentimentos construtivos e adaptativos, e desenvolvê-los no cotidiano do indivíduo. É também objetivo deste ramo da psicologia, estudar as virtudes e forças humanas, tal como elas se apresentam e na forma como o indivíduo se relaciona com a vida, destas virtudes podem se destacar a coragem, a generosidade, o autocontrole, compaixão e a integridade (Rivero & Marujo, 2011).

Relativamente à relevância da Psicologia positiva, (Seligman & Peterson, 2003) destacam os seguintes aspectos associados à resiliência e a potencialidade no desenvolvimento humano: conhecimento e sabedoria, amor, justiça, coragem, e transcendência. Os autores também reforçam a importância no destaque da prevenção no processo de psicoterapia, por exemplo, a atenção à implicação otimista como modo de evitar a depressão e a ansiedade tanto em crianças como em adultos. A prática da Psicologia positiva ultrapassa o sistema de saúde e propõe impelir o desenvolvimento do potencial positivo inerente ao indivíduo e sugere o investimento em intervenções nesse sentido. Todos estes aspectos parecem relevantes no contexto da dependência química, uma vez que já existe uma preocupação em atenuar os danos deixados pelo consumo aos níveis físicos e sociais, e pouco ainda se faz para prevenir e/ou promover os aspectos mais emocionais e humanos dos indivíduos dependentes e ex dependentes.

CAPÍTULO II- FELICIDADE

(Martin, 2007) sugere que a felicidade seria o produto do empenho em objetivos, práticas, atividades e relações, e não consequência do investimento em si própria, ou seja, investir na felicidade para conseguir ser feliz. Segundo (Emmons, 2003) as pessoas sentiriam-se felizes, preenchidas e com significado, através da realização de objetivos, sonhos, desejos e projetos futuros.

Relativamente a origem da felicidade, os estudos realizados revelam de um modo global que a felicidade é influenciada em 40% por fatores pessoais, por meio da habilidade de interagir socialmente e de alcançar objetivos; 50% pela genética, por meio de uma inclinação para o afeto positivo e 10% decorrem das circunstâncias de vida, do casamento, de um amplo suporte social, das crenças, entre outros (Sheldon & Lyubomirsky, 2007); (Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005); (Fernández-Abascal, 2009).

Tomando como base o conceito de felicidade com caráter intrínseco, a Psicologia Positiva, apesar de não negar o efeito dos episódios externos, trabalha com a conceção de bem-estar subjetivo, que equivale à avaliação quer cognitiva quer afetiva que um indivíduo faz a respeito da sua própria vida (Diener, Oishi, & Lucas, 2002). Assim sendo, trata-se de um complexo conceito onde se inclui as experiências emocionais positivas, baixos níveis de sentimentos negativos e elevada satisfação com a vida. No que diz respeito a palavra felicidade, esta é empregada de uma forma abrangente que descreve o conjunto de objetivos da psicologia positiva, conforme relata Seligman:

A palavra em si não é um termo da teoria (ao contrário de prazer e *flow*, que são entidades quantificáveis com respeitáveis propriedades psicométricas, isto é, demonstrou certa estabilidade entre os observadores). Felicidade, enquanto termo, é como cognição, no campo da psicologia cognitiva, e como aprendizagem, dentro da teoria da aprendizagem: dão nome a um campo, mas não exercem qualquer papel nas teorias, dentro daqueles campos (Martin Seligman, 2004, p. 333)

Segundo (Diener et al., 2002) as teorias da felicidade podem ser divididas em três categorias: Teorias de satisfação de objetivos e necessidades, teorias de atividades e teorias de predisposição genética e personalidade. De acordo com os autores, a teoria da satisfação de objetivos e necessidades baseia-se na redução de momentos de tensão e satisfação de necessidades para chegar à felicidade, já a teoria da atividade é consequência do envolvimento em atividades específicas. E por fim, a teoria da personalidade, nesta teoria o bem-estar subjetivo é afetado por disposições de personalidade constantes, que demonstram uma inclinação do indivíduo para reagir emocional e cognitivamente relativamente às determinadas circunstâncias da vida.

Segundo (Galinha, 2008) a concepção de felicidade é genericamente abordada sob duas vertentes: a vertente hedônica e a vertente eudaimônica. A vertente hedônica está associada à realização dos desejos e a procura pelo prazer, já a vertente eudaimônica da felicidade argumenta que esta é a manifestação da virtude, numa diretriz mais espiritual. Contudo, a investigação que tem sido realizada a respeito da felicidade, propõe que a forma mais objetiva de defini-la é agregando aspectos das duas vertentes citadas anteriormente, fazendo desta forma uma abordagem da felicidade como sendo um fenômeno multidimensional. Corroborando com o pensamento anterior, (Keyes, 2005) defende uma abordagem que também aponta para uma integração dos elementos hedônicos e eudaimônicos para definir a felicidade.

2.1 Bem- Estar Subjetivo

O bem- estar subjetivo integra um campo de estudo novo e está inserido na psicologia positiva, abrangendo as dimensões cognitiva e afetiva. Reflete os agentes e os processos próprios à volubilidade da felicidade e da satisfação geral com a vida, ou em domínios específicos avaliados pelos indivíduos. É visto como um domínio que diz respeito ao bem-estar global do indivíduo, avaliado através da satisfação com a vida e da felicidade. Relativamente a felicidade, é normal combinar a intensidade e constância das emoções agradáveis (Novo, 2003).

Para (Sirgy, 2002) é um estado afetivo perdurável que é constituído por três elementos: a vivência acumulada de afeto positivo em áreas relevantes da vida, a vivência acumulada de afeto negativo em áreas relevantes da vida e a avaliação da satisfação com a vida global em áreas relevantes da vida. (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999) concentraram-se mais no significado dos processos próprios do bem-estar subjetivo, revelando um reconhecimento maior do papel principal dos desejos, objetivos, propensões dos indivíduos e resiliência, na qualidade de objeto de estudo. De uma forma breve, este modelo compreende o estudo dos agentes que constituem para uma boa vida em conformidade com as percepções dos indivíduos, deste modo, o significado de qualidade de vida muda de acordo com as estimativas que cada indivíduo tem para estabelecer se há ou não significado na sua vida. Assim sendo, para (Diener, 2000) o bem-estar subjetivo diz respeito às avaliações que os indivíduos fazem das suas vidas, tanto na dimensão afetiva como na cognitiva. Ainda seguindo a visão deste autor, o bem-estar é compreendido como o somatório das reações avaliativas resultantes do encontro do indivíduo com estímulos na situação que o envolve, o autor acrescenta que estas reações avaliativas aparecem com o objetivo de colaborar na

subsistência e reprodução humana, referente a dimensão afetiva, esta tem o intuito de conduzir os indivíduos de maneira a lidarem de maneira adaptativa com o mundo envolvente.

De acordo com (Diener, 1994) Mesmo que seja possível julgar o bem-estar, em seu formato mais simplificado, retratado por uma emoção de felicidade, no estudo e investigação da estrutura implícita ao bem-estar subjetivo convém evitar-se a palavra felicidade como sinónimo de bem-estar subjetivo, pois para o autor este domínio é mais complexo. Para (Albuquerque & Troccoli, 2004), Bem-estar e felicidade são vocábulos que se mesclam na literatura científica e, na maioria das vezes são julgados como sinónimos, o campo do bem-estar diz respeito ao estudo científico da felicidade.

2.1.1 Emoções Positivas

(Fredrickson, 2003) criou a teoria do alargamento e construção, de acordo com essa teoria as emoções positivas, contrariamente às negativas, não ajudam o indivíduo a solucionar situações de perigo, mas ajudam a solucionar questões relacionadas com o crescimento e desenvolvimento pessoal. Por meio de determinados estados mentais e comportamentais de emergência, os indivíduos se tornam mais aptos para situações futuras. Segundo a autora, as emoções positivas alargam o estado mental instantâneo do indivíduo, ajudando-o a desenvolver recursos pessoais prolongados. Esta teoria está baseada empiricamente em dados que corroboraram que a habilidade de alargamento do pensamento, associa-se a uma sequência de efeitos em sucessão que as emoções positivas têm sobre o pensamento. Deste modo e segundo a autora, as pessoas tornam-se mais criativas, abertas às novidades e mais flexíveis, quando se sentem bem.

(Fitzpatrick & Duckworth, 2008) sugerem que a importância da experiência pessoal vivida, equivale à compreensão da emoção, a avaliação pessoal da experiência, de modo que esta possa ser percebida como positiva ou negativa. Sendo de suma importância a oscilação emocional em contexto terapêutico. Os autores reconhecem três categorias em que o foco da experiência pessoal e o valor terapêutico podem se ajustar em contexto de terapia, são elas: a experiência negativa/valor positivo; experiência positiva/valor negativo; experiência positiva/valor positivo.

(Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) destacam o papel de certas variáveis psicológicas como protectoras do mal-estar e optimizadoras do bem-estar, segundo os autores as emoções positivas parecem impactar positivamente na qualidade e esperança de vida dos indivíduos.

2.2 Perspetiva Hedónica da Felicidade

A palavra hedonismo é proveniente da palavra grega *hedonê* que significa “prazer”. A filosofia caracterizava a Boa Vida pela experiência de maximização do prazer e minimização da dor, e neste sentido a felicidade surgiria como o resultado dos momentos hedónicos vivenciados pelo indivíduo (Peterson et al., 2005). (Ryan & Deci, 2001) também afirmaram que a felicidade é um aglomerado de todos os momentos hedónicos vividos pelo indivíduo, segundo estes autores, a noção de felicidade em que se apoia o bem-estar subjetivo é proveniente da tradição hedónica, os autores que adotam uma visão hedonista da felicidade sugerem que o bem-estar envolve a experiência de prazer *versus* desprazer, resultante de avaliações sobre os componentes positivos e negativos da vida.

Como abordagem de bem-estar, o hedonismo foi apresentado quer centrado especificamente em prazeres físicos, quer como uma abordagem mais vasta dos desejos e interesses próprios. Contudo, a vertente hedónica preponderante na psicologia, trata o bem-estar como felicidade subjetiva, relativamente à “experiência de prazer *versus* desprazer”, contendo a apreciação dos acontecimentos “bons e maus” da vida (Ryan & Deci, 2001, p. 144).

A constituição emocional do conceito de bem-estar subjetivo envolve uma harmonia entre duas dimensões emocionais: emoções positivas e emoções negativas. Para isso, é preciso resultar em uma ligação positiva entre a vivência de mais emoções positivas do que negativas ao longo da vida. Este conceito tem uma forte relação com a percepção hedónica de felicidade, na medida em que dá importância aos aspetos afetivos da vida (Keyes, 2002).

Afeto positivo pode ser entendido como um sentimento temporário, “um contentamento hedónico puro experimentado em um determinado momento como um estado de alerta, de entusiasmo e de atividade” (Albuquerque & Troccoli, 2004, p. 154). Do mesmo modo, o afeto negativo constitui um sentimento transitório que “inclui emoções desagradáveis como ansiedade, depressão, agitação, aborrecimento, pessimismo e outros sintomas psicológicos aflitivos e angustiantes” (Albuquerque & Troccoli, 2004, p. 154).

2.3 Perspetiva Eudaimónica da Felicidade

Na perspetiva eudaimónica o bem-estar é mais do que simplesmente felicidade, esta perspectiva agrega potenciais humanos e transmite a crença de que o bem-estar tem haver mais com a realização da verdadeira natureza do indivíduo, *daimon* ou verdadeiro *self*. Assim sendo, a expressão *eudaimonia* traz consigo uma especial importância, pois é aplicada para

relatar o bem-estar de um modo diferente da felicidade; enquanto esta é habitualmente definida hedonicamente, a perspetiva eudaimónica de bem-estar desafia o indivíduo a levar a vida conforme a sua verdadeira natureza, desta forma, na perspetiva eudaimónica a felicidade subjetiva não corresponde ao bem-estar (Ryan & Deci, 2001). No que diz respeito a qualidade de vida (Waterman et al., 2010) destacam que o bem-estar eudaimónico aparece como complemento, e até como oposição ao bem-estar subjectivo.

Eudaimonia estende-se no que toca à realização do potencial humano e dos propósitos basilares de vida. Em conformidade com estas novas abordagens teóricas, num estudo realizado por (Brdar, Wissing, Delle Fave, Freire, & Vella-Brodrick, 2011) com adultos de diversos países, no qual Portugal esteve incluído, procurou-se agregar estas duas definições do bem-estar. Os autores buscaram averiguar os significados e a experiência subjetiva de felicidade dos participantes, bem como os seus níveis de felicidade e de significado em diversas esferas da vida, os pontos mais relevantes das suas vidas, e a satisfação com a vida, recolhendo assim dados sobre elementos das perspetivas eudaimónica e hedónica da felicidade. O estudo realizou-se de uma forma inovadora, utilizando análises quantitativas e qualitativas, o que permitiu adquirir informação diversificada a respeito de ambas as perspetivas. Os resultados obtidos revelaram que a felicidade foi determinada primeiramente como uma circunstância do equilíbrio psicológico. As esferas de vida mais relacionadas ao significado e a felicidade foram as relações sociais e a família. O estudo revelou também que os construtos da felicidade, da satisfação com a vida e significado têm uma relação positiva entre si.

Apesar de termos observado um crescimento de estudos com base na eudaimonia, este é ainda um conceito pouco praticado e que tem sido evocado com variadas perspetivas, nem sempre consensuais. Ainda assim, diversos autores da Psicologia Positiva, tentam definir a felicidade eudaimónica relacionada a uma vida com sentido, ao desenvolvimento das virtudes humanas e a realização da verdadeira natureza de cada indivíduo.

Na perspectiva eudaimónica, a felicidade é um crescimento contínuo com ênfase na conquista de objetivos pessoais, significado, florescimento e propósito, mais do que prazer momentâneo ou diversão. Assim, como estado subjetivo, a eudaimonia engloba os sentimentos que ocorrem quando o indivíduo move-se em direção à auto-realização, com o objetivo de desenvolver as suas potencialidades e atribuir propósito e significado à sua vida (Baumeister, Vohs, Aaker, & Garbinsky, 2013). A Felicidade na perspetiva eudaimónica “ênfata os desafios que os indivíduos encontram ao procurar funcionar ao nível do seu

potencial e tomar consciência dos seus talentos únicos” (Giannopoulos & Vella-Brodrick, 2011, p. 95).

2.4.Florescimento Humano

A noção de Florescimento Humano surge do desenvolvimento e ampliação do campo teórico no estudo do Bem-estar e da Saúde Mental. Apresenta-se uma nova percepção de “boa vida” centrada em fatores de desenvolvimento do potencial humano e funcionamento óptimo e não só em emoções e experiências positivas (Keyes, 2002); (Seligman, 2011).

Atualmente, apesar de ser habitualmente reconhecido entre diversos autores que o Florescimento Humano equivale a um estado ótimo de saúde mental, ou seja, quando o indivíduo se sente bem e funciona bem, assumindo um estado ótimo de funcionamento positivo (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), contudo, existem discordâncias e também pontos comuns sobre os fatores que o compõe Keyes (2002); (Keyes, 2007); Seligman (2011). Deste modo, a consumação de um conceito como o de Florescimento Humano, tem gerado interesse por parte de alguns autores, que contemplam a oportunidade de dar resposta a questão que é o principal objetivo da Psicologia Positiva, perceber o que faz uma vida valer a pena e auxiliar não só indivíduos mas sociedades e comunidades a viverem vidas mais plenas e significativas Seligman & Csikszentmihalyi (2000).

2.4.1. Modelo de Florescimento de Corey Keyes

Na concepção de (Keyes & Haidt, 2003), considerando que o Florescimento e, este deve ser mensurado de acordo com as posições individuais em cada sintoma de Bem-estar emocional, psicológico e social. O bem-estar subjetivo consiste nas avaliações das próprias vidas sobre os seus estados afetivos e ao seu funcionamento psicológico e social, Keyes (2002) o define como um grupo de sintomas que expressa a frequência ou carência de sentimentos positivos em relação à vida. Para o autor, a saúde mental presume também um funcionamento positivo instrumentalizado por meio das seis dimensões do modelo de bem-estar psicológico de (Ryff, 1989). Entretanto, para existir tal funcionamento é fundamental a presença de outras regras de bem-estar, nomeadamente os aspetos definidos por (Keyes, 1998) relacionados às dimensões de bem-estar social, são eles: conformidade social, integração social, aceitação social, atualização social e contribuição social). Isto é, a saúde mental não se designa unicamente pela ausência de doença, nem unicamente pela presença de

bem-estar subjectivo, esta vai além do bem-estar psicológico segundo Keyes (2002, 2005, 2007).

Keyes (2002, 2007) descreve a saúde mental como um sucessivo que vai desde um estado de doença mental, transitando para um estado que o autor explica como uma vida vazia e déficit de saúde mental, passando por um estado moderado de saúde mental até um estado completo de saúde mental, designado de florescimento. O florescimento atua como um protetor face aos elementos *stressores* que possam aparecer na vida dos indivíduos e influenciar de forma negativa o seu estado de saúde, e promove não só benefícios ao nível individual mas também ao nível da sociedade (Keyes, 2002, 2005).

2.4.2. Modelo de Florescimento de Felicia Huppert e Timothy So

(Huppert & So, 2009) expõem outra proposta para o conceito de Florescimento Humano, os autores sugerem que existem três fatores fundamentais de Florescimento que são: emoções positivas; sentido e propósito; envolvimento e interesse. A estes fatores são associados outros seis fatores complementares – otimismo; resiliência; auto estima; auto-determinação; vitalidade; relações positivas. Posteriormente, a este modelo foi acrescentado o fator adicional estabilidade emocional. Neste modelo o indivíduo em florescimento é aquele que apresenta níveis positivos nos três fatores fundamentais e no mínimo em três dos fatores adicionais, ou ainda, um indivíduo em florescimento julga que a sua vida corre bem, e florescer é consequência de uma conciliação entre funcionar bem e sentir-se bem.

2.4.3. Crescimento após uma experiência negativa

O crescimento pessoal e as mudanças positivas após a adversidade há já algum tempo são reconhecidas nas mais distintas áreas como, violência física e sexual, doenças crónicas, acidentes de viação, catástrofes naturais, em casos crónicos de dependência química e etc. Estas mudanças têm em comum a luta contra a adversidade. É por meio deste processo de luta que se proporcionam as mudanças, e tais mudanças conduzem o indivíduo a um grau mais elevado de funcionamento em relação ao existente antes da adversidade, o crescimento pós-traumático consiste nas mudanças positivas e aprendizagens percebidas a partir das experiências mais negativas (Linley & Joseph, 2004).

(Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006) mostraram em estudo que indivíduos que enfrentaram diversos eventos traumáticos, apresentaram aspetos positivos onde obtiveram mudanças em suas vidas como consequência do evento negativo. Para descrever estas mudanças positivas, os autores referiram vários conceitos, dentre eles o crescimento pós-

traumático (*posttraumatic growth*), crescimento relacionado com o stress (*stress-related growth*) e, percepção de benefícios (*benefit-finding*) face ao trauma. Contudo, e segundo os autores, a melhor designação parece ser o de crescimento pós-traumático, pois o termo crescimento, evidencia que o indivíduo superou o seu nível de funcionamento anterior e, no entanto, o termo traumático salienta que o crescimento vem após um evento significativo, e não de outras fontes de stress ou como uma componente proveniente de um processo de desenvolvimento pessoal. Para (Vázquez, Castilla, & Hervás, 2008) são exemplos dessas mudanças: uma maior valorização da vida, uma maior percepção de força pessoal, evolução nas relações interpessoais e novas prioridades na vida.

Para (Tedeschi & Calhoun, 2004) indivíduos que passaram por situações graves que os afetaram de forma muito significativa, estão mais propensos a mais sintomas, porém, têm também mais possibilidades de crescer no processo de reparação e, portanto, de descobrir maiores benefícios na sua experiência, sentir-se mais forte e autoconfiante, com mais experiência e competência para enfrentar dificuldades futuras.

(Vázquez et al., 2008) sugerem que descobrir benefícios no contexto de uma situação adversa pode ter consequências positivas sobre o processo de superação dessa experiência. Assim sendo, a compreensão de benefícios surge como mais uma componente do processo que, simultaneamente com outros, permitiriam dotar o acontecimento de significado e dessa forma assimilá-lo de forma adaptativa.

2.4.4. Outros conceitos de Florescimento

A riqueza psicológica ou florescimento é consequência e depende da felicidade e da satisfação com a vida, bem como de outros fatores que possibilitam alcançá-las, vai além da ausência de depressão e ansiedade, é experimentar a vida com excelência e senti-la de forma gratificante, é experimentar o bem-estar e uma qualidade de vida elevada. Engloba satisfação com a vida, e a noção de uma vida repleta de significado, é uma sensação de envolvimento nas atividades, a busca por objetivos cruciais. Em suma, essas experiências psicológicas essenciais compõem a verdadeira riqueza, que quando existente na vida de um indivíduo, este poderá conquistar tudo que pretende da vida. Assim, a riqueza psicológica é constituída por: vida com significado e espiritualidade, satisfação com a vida e felicidade, emoções e postura positivas, relacionamentos sociais, atividades envolventes, objetivos de vida, saúde física e mental e materialmente ter as suas necessidades preenchidas (Diener & Biswas-Diener, 2008).

A teoria de (Seligman, 2012) originou seu modelo PERMA ou modelo ERRES como referido em Portugal, que compreende: emoções positivas, relações positivas, realização, envolvimento, significado. Segundo este modelo, o florescimento depende da existência destes cinco componentes na vida do indivíduo, isto é, é consequência de uma vida agradável, significativa, com experiências de fluxo que presume um completo envolvimento naquilo que faz, sentimentos de realização e êxito e relações interpessoais positivas.

(Fredrickson & Lousada, 2005) também compreendem o florescimento como um funcionamento humano ótimo que ultrapassa a felicidade, e que reúne também atitudes bondosas, resiliência e crescimento pessoal, postularam que deve existir um equilíbrio entre emoções positivas e negativas para obtenção do florescimento. Os estados afetivos positivos são “os ingredientes principais da receita do florescimento” afirma (Fredrickson, 2006, p. 57), assim, através das experiências positivas dos indivíduos, estima-se o florescimento. Ainda sobre a importância das emoções positivas no florescimento, (Fredrickson, 2001, p. 218) confirma que estas, além de indicadores, também “produzem” o florescimento.

CAPÍTULO III- DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A dependência química ou toxicodependência é um estado de dependência psicológica e/ou física causado pelo consumo frequente de uma substância psicoativa, que se caracteriza pelo consumo exagerado, compulsivo, descontrolado e persistente, apesar da percepção do indivíduo sobre as suas consequências devastadoras. A compulsividade é resultado dos efeitos agressivos da substância no funcionamento cerebral, o que afeta o comportamento e o equilíbrio emocional. Na maioria dos casos a dependência é crônica, de difícil tratamento; a probabilidade de recaída é bastante elevada, ainda que se consiga passar por um período alargado de abstinência (Negreiros, 1991).

No que diz respeito a etiologia,(Angel, Richard, & Valleur, 2002) refere que na infância podem surgir as primeiras predisposições para o aparecimento de comportamentos associados à dependência; um exemplo são os comportamentos disruptivos, que caracterizam-se pela agressividade, furtos, consumos de álcool, tabaco e substâncias ilícitas, além da sexualidade precoce. Contudo o fenómeno da dependência química começa com a decisão do indivíduo em consumir droga em determinado momento da vida; ao referido anteriormente é de ressaltar que a pressão que existe por parte do meio tem uma importância relevante para a o início e a manutenção do comportamento dependente. A adolescência torna-se uma fase crucial na vida social e emocional do indivíduo, pois é a fase em que através do processo de maturação, este faz a reintegração do seu passado, transitando da infância para a fase adulta; sendo que é nesta fase que se formam os valores e a personalidade. Grande parte dos adolescentes tem o seu primeiro contato com as substâncias psicoativas, como uma experiência partilhada num grupo de amigos, com o tempo este sentimento de partilha e de pertença a um grupo confere-lhe identidade, dando-lhe satisfação e autonomia, prolongando assim o tempo de consumo que pode se transformar num caso de dependência (Lopes, 2009).

Segundo a CID-10 (1995), os critérios para o diagnóstico de abuso e dependência química assentam em três sintomas básicos, visíveis durante os últimos meses anteriores ao diagnóstico, são eles: compulsão para o consumo de drogas; necessidade da substância psicoativa para diminuir os sintomas de abstinência; estado fisiológico de abstinência; evidência de tolerância (consumo de doses cada vez maiores); negligência progressiva pessoal e valorização das drogas; persistência no consumo, mesmo com a percepção das consequências; retorno ao uso, após período de abstinência, que o leva a voltar rapidamente à condição de dependente. A CID 10 parece ainda considerar a dependência química, não só como um conjunto de perturbações da consciência, dificuldades cognitivas e comportamentais, mas também uma perturbação que envolve os afetos, o que indica que é

preciso compreendê-la e estudá-la como um problema que engloba de forma geral e a vários níveis, as relações, o equilíbrio, o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo.

O (DSMIV, 2002) caracteriza a dependência de substâncias como um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, demonstrativos de que o indivíduo prossegue com o consumo, mesmo consciente das consequências danosas a ele associadas e apresenta também um padrão repetitivo de auto-administração que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo.

Uma vez que as drogas atuam diretamente no sistema nervoso, em relação aos aspectos neurobiológicos, aquelas alteram significativamente os processos de comunicação, integração e regulação, afetando internamente o funcionamento do organismo. O sistema de apetência é conhecido também como sistema de reforço positivo e está relacionado com as áreas do prazer, sistema que liga o córtex frontal ao mesencéfalo e às estruturas cerebrais laterais, áreas importantes na motivação do comportamento. A área dorsolateral, por exemplo, está ligada à associação das percepções pontuais em contextos que promovem ações direcionadas para a realização de um objetivo, já a área orbitofrontal está ligada à área dos domínios afetivos/emocionais e tomada de decisões a nível pessoal e social. Quando o córtex frontal está afetado, o indivíduo perde a noção de responsabilidade, a capacidade de concentração e abstração, pois o córtex está associado a diversos fatores da dependência química, fatores como as sensações e percepções, comportamentos e pensamentos complexos presentes no uso contínuo e descontrolado de substâncias. As substâncias psicoativas ativam profundamente determinadas áreas do cérebro que envolvem a motivação, sendo que, o cérebro programa uma combinação entre as implicações dos reforços positivos e negativos, o sistema límbico encarrega-se de dar um novo significado à experiência, através da ligação do sistema de recompensa ao sistema dopaminérgico, que está associado com a adaptação do organismo a eventos internos e externos (Corregiari, 2006).

(Dupont, 2005), afirmou que “quando são estimulados os centros de prazer ou de recompensa do cérebro, este transmite sinais fortes a fim de serem repetidos comportamentos que produzem prazer” (p.39).

Deste modo, o dependente químico que se encontra afetado nestas áreas, tem dificuldade em gerir estes reforços e de encontrar um novo significado adaptativo para a sua realidade, devido ao défice afetivo/emocional que o caracteriza, pelo que, acaba por voltar ao comportamento indesejável, pois aquando da tomada de decisão tende a inclinar-se para o reforço positivo que, para ele, consiste em aliviar os sintomas da abstinência, ou seja,

consumir droga torna-se a opção mais fácil e positiva no momento do dilema, pois o cérebro do dependente químico quer satisfazer os seus desejos mais urgentes, evitando as experiências de dor e repetindo as de prazer (Dupont, 2005). Na percepção do dependente, a vida fica sem sentido e os seus esforços são canalizados para conseguir a droga de forma a consumi-la com segurança. Os seus interesses mudam; competências, vida social, vivência familiar e crenças são desvalorizados em função do consumo. Deixa de ser uma pessoa com potenciais e satisfações comuns para assumir uma identidade escrava de um mercado frio e sombrio (Muller & Hammersley, 2006). Relativamente ao consumo da heroína (Seibel & Toscano, 2000) afirma que “ A dependência psíquica está ligada à lembrança da euforia experimentada por ocasião das primeiras experiências com a droga. Para os dependentes, os tóxicos tornam-se pouco a pouco a única fonte de prazer” (p.81).

3.1 Intervenção na Dependência Química

Para (Washton & Zweben, 2009) o tratamento mais favorável é baseado na aprendizagem, sujeitando os indivíduos a métodos e procedimentos que lhes proporcionem a aquisição de competências – “skills” – com o objetivo de os manter abstinente. Não são afastadas outras intervenções auxiliares, como o tratamento médico; este, contudo, está proposto para os danos físicos tal como a desintoxicação, deixando um vazio psicológico que precisa de ser preenchido, para que o indivíduo consiga ter suporte emocional para continuar a aderir ao tratamento e superar os desafios diários que surgem no caminho da abstinência. Assim sendo, no intuito do sucesso contínuo, aquando da recuperação do dependente químico, as diversas áreas e técnicas complementam-se para suprir possíveis lacunas, quer ao longo do processo, quer depois de recuperado, na sua reinserção na sociedade e no regresso a uma vida normal e sem dependências. Um exemplo de acordo com (Shearer, 2007), é a psicoterapia que deve auxiliada com intervenções na área social, pois na maioria dos casos de dependência o indivíduo se encontra numa situação de desemprego, ou de poucos recursos e fracos acessos a apoios de saúde e segurança social. É neste contexto que a psicologia positiva surge como potencial alternativa a somar às intervenções já utilizadas, visto que pretende canalizar o pensamento, sentimentos, comportamentos e crenças, para uma mudança pessoal profunda na busca de uma felicidade com significado; a felicidade Eudaimônica; sendo que ajuda o indivíduo na aquisição de um novo olhar sobre a vida, por forma a torná-los mais eficazes, felizes e autónomos com o passar dos anos.

As estratégias de prevenção de recaída incorporam uma variedade de técnicas cognitivo-comportamentais, psicoeducacionais e de apoio. O grande objetivo das estratégias de prevenção de recaída está em ensinar aos pacientes habilidades específicas, cognitivas, comportamentais, de resolução de problemas e acentuar a sua consciência em relação aos precipitantes, sinais de alerta e às “armadilhas mentais”, transformando-as em potencial para reduzir a probabilidade de retomarem o uso do álcool e drogas e para melhorar a qualidade geral das suas vidas (Washton & Zweben, 2009, p. 257).

Segundo (Araujo, Pansard, Boeira, & Rocha, 2010), num estudo realizado numa amostra de 35 sujeitos dependentes de *crack* internados para desintoxicação, com o objetivo de analisar as estratégias de coping utilizadas para lidar com o *craving*, verificou-se que as estratégias mais utilizadas eram: a Aceitação de Responsabilidade, o Confronto e a Fuga-Evitamento. Cujos resultados, permitiram concluir que os pacientes mais motivados procuraram utilizar as estratégias mais abordadas no treino de competências, ou seja, os pacientes que foram ensinados a utilizar as estratégias de coping, estavam mais aptos para gerir situações de risco. No mesmo estudo constatou-se que o uso de tais estratégias para a manutenção da abstinência é crucial, bem como para a aquisição da auto-confiança necessária para enfrentar as situações de risco. As estratégias de autocontrolo foram mais utilizadas pelos indivíduos que possuíam um maior índice de motivação. Ainda no estudo apresentado concluiu-se que há relação entre o uso de estratégias de coping e a motivação para o abandono do uso de substâncias e, mostrou também, que os indivíduos mais motivados esforçam-se no sentido de controlar a privação e evitar a recaída utilizando as estratégias que lhes foram facultadas no âmbito do tratamento. Neste sentido, parece ser viável acrescentar a psicologia positiva no tratamento e na prevenção de recaída, visto que estas técnicas sendo ensinadas aos indivíduos têm a intenção de torná-los mais aptos para reagirem de forma positiva e equilibrada, quando se encontrarem em situações que coloquem em causa a continuidade da abstinência. É importante que estes indivíduos tenham auto- confiança, auto- conhecimento e motivação para assim recorrerem às estratégias mais adequadas em cada situação.

As terapias motivacionais e cognitivo-comportamentais têm procurado atuar nos mesmos processos de motivação e aprendizagem do cérebro que são afetados por substâncias psicoativas. Tais terapias procuram substituir a motivação para o consumo de substâncias pela motivação para se envolver noutros comportamentos e promover estratégias para lidar com esta mudança (Borges & Filho, 2007, p. 47).

Segundo (Washton & Zweben, 2009), entre os motivos que levam o dependente químico a procurar ajuda está a imposição da família, ou seja, as motivações para o tratamento geralmente são externas, o indivíduo não reconhece de todo o seu problema. Na maioria dos casos o indivíduo por si só não toma a iniciativa de começar a tratar-se, contudo, após concordar com o início de um programa de recuperação ou aceitar ser atendido por um

terapeuta, o dependente acaba por sentir-se apoiado e predispõe-se a prosseguir com as consultas. A postura do terapeuta em relação ao paciente é crucial para a continuidade do tratamento, este deve manter-se atento aos comportamentos, respeitar a sua sensibilidade e aproveitar os pontos fortes do paciente para implementar uma boa relação terapêutica, que acaba por ser uma componente muito importante para facilitar uma mudança positiva. Após a decisão do dependente químico em aderir ao tratamento e após uma avaliação multidimensional para explorar as dificuldades relacionadas, a prontidão e extensão do uso de substâncias no passado e na atualidade, o passo seguinte consiste na desintoxicação, supervisão médica ou internamento, sendo que, o mais prevalente é a admissão em clínicas de reabilitação, programas residenciais de 30 dias ou casas de recuperação como refere (Stuart Gilton, 2008). A recuperação é um processo evolutivo que vai além da privação da substância, o que quer dizer que só a desintoxicação não é suficiente para modificar a sua história no âmbito da sua recuperação, apesar de crucial na fase inicial, porque permite sobriedade ao indivíduo para repensar seu comportamento.

Dada a elevada taxa de abandono do tratamento, a maioria dos estudos sugerem a implementação de intervenções que promovam a continuidade e finalização de um programa terapêutico, ou seja, que o dependente químico seja encaminhado para um processo terapêutico que o apoie na desabituação à abstinência, na mudança de comportamentos e crenças equivocadas a respeito do abuso de substâncias.

3.1.1.Espiritualidade no Contexto da Intervenção.

A vertente espiritual/religiosa de algumas instituições sugere que esses fatores influenciam na conclusão do tratamento, podendo atuar como um fator positivo ou negativo. Apesar de pouco estudados no que diz respeito ao processo de recuperação da dependência química, os dados existentes mostram uma relação entre a orientação positiva em relação à vida e a espiritualidade, bem como resultados positivos em vários aspetos do funcionamento do indivíduo (Flynn, Joe, Broome, Simpson, & Brown, 2003). A literatura indica que, existe uma relação inversa entre participar de atividades religiosas ou valorizar determinadas crenças, e a probabilidade de se envolver com o abuso de substâncias no decorrer da vida, visto que das crenças e atividades religiosas advém o apoio social, o incentivo à moderação, a promoção de determinados valores e o preenchimento do tempo de lazer com práticas incongruentes com o consumo. Deste modo, tal relação parece apoiar a ideia de que o

envolvimento espiritual/religioso tem a sua importância para a cura da dependência bem como para a sua prevenção (Laudet, Morgen, & White, 2006).

Segundo (White & Kurtz, 2006), os programas de recuperação fundamentados na espiritualidade proporcionam cenários oportunos, para que os indivíduos envolvidos neste tipo de programa consigam ir além da independência das drogas, pois além do tratamento é trabalhado o enriquecimento das suas vidas de forma a dar continuidade ao processo de valorização e continuação da abstinência. As crenças espirituais/religiosas concedem aos indivíduos uma nova visão para enquadrarem os seus sofrimentos, de forma a vê-los como oportunidades de crescimento (Laudet & White, 2008).

(Paloutzian & Park, 2005) Afirmam que a espiritualidade fornece estratégias de coping eficientes, para que indivíduos que enfrentam problemas difíceis possam lidar com o *stress*, deste modo tais estratégias mostram-se importantes, se acrescidas às estratégias de coping facultadas no âmbito do tratamento da dependência química. Ainda segundo os autores, os conceitos de espiritualidade/ religiosidade desempenham um papel relevante na procura pelo significado, predispondo o indivíduo para o entendimento e interpretação do quadro em que o mesmo se encontra.

3.2.Recaída

Relativamente à abstinência, o mais difícil é dar continuidade ao processo de mudança, de acordo com (Rigotto & Gomes, 2007), reconhecer o problema é fundamental para a manutenção da abstinência, sendo que, a percepção de mudanças positivas obtidas com a abstinência, potenciam o interesse pela recuperação. Os mesmos autores afirmam que o reenquadramento ambiental e ocupacional, bem como a reestruturação das relações interpessoais, facilitarão o auto conhecimento dando um novo significado à sua nova condição.

Um dos maiores desafios que um dependente de drogas enfrenta ao longo do seu tratamento é justamente se manter abstinente. Iniciar o processo de abstinência não parece ser uma tarefa difícil, sobretudo quando o indivíduo reconhece que as desvantagens de usar a substância são maiores do que as vantagens de manter o uso. No entanto, a manutenção da abstinência apresenta grande dificuldade, porque a ocorrência de estímulos de ordem cognitiva, emocional, física e social interfere na estabilidade dessa condição. Porém, após a opção do tratamento e sua realização, o dependente químico depara-se com um constante desafio, a probabilidade da recaída, que é de fato muito preocupante e é importante

compreendê-la, como forma de definir a melhor estratégia e abordagem terapêutica. (Marques, Lourenço, & Costa, 2011), procuraram identificar numa amostra composta por 56 homens e 9 mulheres, entre os 16 e os 59 anos, os fatores de risco que contribuíram para a recaída. Verificando-se que os indivíduos residentes na zona urbana, por estarem mais expostos a mais estímulos e estarem menos vulneráveis à pressão social, apresentavam maior risco de recaída, destacando os fatores interpessoais comparativamente aos intrapessoais. Os autores reforçam ainda que este dado deve ser levado em conta na abordagem terapêutica. Na compreensão da recaída é preciso ter em consideração alguns aspetos determinantes como estados emocionais negativos associados, estados físicos negativos, estados emocionais positivos, o auto controlo, o conflito interpessoal e a pressão social.

Relativamente a prevenção, a Psicologia Positiva assume um papel relevante através da extensão dos recursos do indivíduo e do fortalecimento da sua resiliência; o que pode influenciar positivamente por meio da prevenção direta de várias desordens emocionais e, a evolução benéfica da saúde do indivíduo (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000); (Diener et al., 1999). De acordo com (Sheldon & King, 2001) a investigação em Psicologia Positiva parece se encaixar de forma positiva no futuro; isso por se encontrar munida de novas perspectivas para aprimorar e melhorar a vida do indivíduo e desenvolver estratégias alternativas para intervir e prevenir. No contexto da dependência química parece bastante útil para a prevenção da recaída no processo de abstinência e ao longo da vida do indivíduo já recuperado, uma vez que existem poucos estudos que propõem alternativas para intervir com sucesso nessa problemática.

CAPÍTULO 4- CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

4.1. Objetivos e Hipóteses

O presente estudo teve como objetivo estudar a felicidade em dependentes químicos. Pretendeu-se estudar a felicidade num grupo de dependentes químicos, num grupo de ex dependentes e num grupo de indivíduos normais.

Este estudo permitiu recolher dados empíricos comparativos entre as perspetivas hedónica, eudaimónica e felicidade Subjetiva numa amostra que se divide em três grupos conforme referido na caracterização da amostra; é importante ressaltar a falta de estudos semelhantes, tanto em Portugal como no estrangeiro, que tenham sido realizados com ênfase na felicidade direcionada à dependência química.

As hipóteses elaboradas foram as seguintes:

Hipótese1- O florescimento deverá ser mais elevado nos ex dependentes em relação aos dependentes e aos indivíduos normais.

Hipótese 2- A felicidade subjetiva deverá ser mais elevada nos ex dependentes em relação aos dependentes e aos indivíduos normais.

Hipótese 3- As experiências negativas deverão ser mais elevadas nos dependentes em relação aos ex dependentes e aos indivíduos normais.

Hipótese 4- O tempo de abstinência está relacionado significativamente com florescimento e a Felicidade subjetiva dos ex dependentes.

4.2. Caracterização da amostra

Colaboraram na investigação um total de 186 sujeitos, dos quais 79 afetos ao grupo normal, 69 dependentes e 38 ex-dependentes. A análise da distribuição do género pelos grupos, indicaram uma percentagem maior do que o esperado de homens no grupo dos dependentes (90.0%) e de mulheres no grupo normal (36.7%), $\chi^2 (2) = 14.493, p = .001$. A comparação da média de idades revelou que o grupo dos dependentes é significativamente mais velho do que o grupo normal (42,24 anos vs 38,0 anos), $F(2.118.193) = 5.665, p = .004$. No que se refere à escolaridade, os grupos também não são equivalentes, $F(2.184) = 44.506, p = .001$, sendo que o teste de comparação múltipla a posteriori indicou que as diferenças entre grupos foram todas estatisticamente significativas. O grupo normal apresentou o nível de escolaridade mais elevado (12,7 anos) e o grupo de dependentes o que mostrou o menor nível de escolaridade (7,8 anos). Relativamente ao estado civil, as diferenças entre grupos foram significativas, $\chi^2 (6) = 70.998, p = .001$, notando-se percentagens maiores do que o esperado de solteiros (62,9%) e de viúvos (7,1%) no grupo dos dependentes, de casados no grupo dos

ex-dependentes (84,2%) e no grupo normal (60,8%). No que refere a religião, encontrou-se uma proporção mais elevada do que o esperado de evangelistas no grupo dos ex dependentes (86,8% e no grupo dos dependentes uma proporção elevada de sujeitos que professam uma religião não especificada, $\chi^2(8) = 118.886, p = .001$.

Relativamente ao consumo de substâncias no grupo dos dependentes e no grupo dos ex dependentes, a maioria dos ex dependentes consumia heroína (44,7%) enquanto a preferência dos dependentes foi o multiconsumo (heroína, cocaína, haxixe e outros).

Tabela 1.

Caracterização Sociodemográfica

	Grupo						Sig
	Normal		Dependentes		Ex dependentes		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Género							,001***
Masculino	50	63,3	63	90	29	76,3	
Feminino	29	36,7	7	10	9	23,7	
Estado civil							,004***
Solteiro	17	21,5	44	62,9	5	13,2	
Casado	48	60,8	8	11,4	32	84,2	
Divorciado	14	17,7	13	18,6	1	2,6	
Viúvo			5	7,1			
Religião							,001***
Sem religião	9	11,4	3	4,3			
Católica	35	44,3	1	1,4	1	2,6	
Adventista	5	6,3					
Evangelista	21	26,6	21	30,4	33	86,8	
Outra	9	11,4	44	63,8	4	10,5	
	M	DP	M	DP	M	DP	
Idade	38,04	9,62	38,41	10,22	42,24	5,43	,004***
Escolaridade	12,73	3,48	7,79	3,11	9,45	2,93	,001***

Tabela 2.

Consumo relativamente às substâncias

Consumo		Dependentes	Ex dependentes	Total
Heroína	N	6	17	23
	%	8,6	44,7	21,3
Cocaína	N	14	9	23
	%	20	23,7	21,3
Haxixe	N	6	2	8
	%	8,6	5,3	7,4
Outros	N	14	3	17
	%	20	7,9	15,7
Heroína e Cocaína	N	9	1	10
	%	12,9	2,6	9,3
Heróina, cocaína,Haxixe.	N	4	6	10
	%	5,7	15,8	9,3
Total	N	70	38	108
	%	100	100	100

A média de idade do início do consumo foi de 17,0 anos no caso dos dependentes e de 16,3 anos no caso do ex dependentes. Os dependentes apresentaram uma média de 18 anos de consumo e os ex dependentes de 12 anos.

Os ex-dependentes tiveram uma média de anos de consumo significativamente mais baixa (11,74 vs 17,96), $t(106) = 3.481, p = .001$. Os ex-dependentes apresentaram um tempo de abstinência significativamente mais elevado (149,11 vs ,20), $t(106) = -12.733, p = .001$.

Sobre o tempo de tratamento a média do tempo de tratamento em meses nos dois grupos variou entre os 11 e os 14 meses de tratamento. No grupo de ex dependentes a média do tempo de abstinência em meses foi de 149 meses

Tabela 3.

Significância relativamente a outros aspetos do consumo e tratamento

	Dependentes		Ex dependentes		t
	M	DP	M	DP	
Idade início de consumo	17,04	7,320	16,37	4,623	,608
Nº anos de consumo	17,96	9,776	11,74	6,860	,001***
Tempo tratamento (meses)	14,3	15,066	11,61	5,149	,178
Tempo abstinência (meses)	,20	,910	149,11	72,085	,001***

Em relação ao tipo de tratamento o programa terapêutico foi o mais referido quer pelos dependentes (85,7%) quer pelos ex dependentes (26,3%).

Tabela 4.

Frequências relativamente ao tratamento

Tratamento		Dependentes	Ex dependentes	Total
Não aplicável	N	7	7	14
	%	10	18,4	13
Desintoxicação	N	1	6	7
	%	1,4	15,8	6,5
Com medicação	N	0	1	1
	%	0	2,6	0,9
Sem medicação	N	1	9	10
	%	1,4	23,7	9,3
Programa Terapêutico	N	60	10	70
	%	85,7	26,3	64,8
Prog. Terapêutico, Desintoxicação	N	1	5	6
	%	1,4	13,2	5,6
Total	N	70	38	108
	%	100	100	100

4.3. Medidas

Questionário Demográfico

Numa investigação é essencial a aplicação de um questionário para caracterização demográfica, a fim de usar futuramente para análise estatística. Para este estudo foi elaborado um questionário para cada grupo, sendo que, para o grupo dos dependentes e ex-dependentes, foram acrescentadas questões relativamente ao consumo.

Escala de Florescimento (FS)

Este instrumento avalia o florescimento, mais especificamente o funcionamento humano no que diz respeito às relações, autoestima e propósitos de vida. Na sua versão original é uma medida de autoavaliação composta por oito itens no formato tipo *Likert* de 7 pontos que variam de 1 (“discordo fortemente”) a 7 (“concordo fortemente”), amplia-se entre os 8 e os 56 pontos. A sua cotação é feita através do somatório total dos itens, de forma que os indivíduos que elevam a sua pontuação na escala, apresentam uma auto- percepção positiva nas áreas de funcionamento consideradas essenciais. Relativamente aos dados psicométricos, esta escala demonstrou uma consistência interna de .87. O teste-reteste, feito um mês depois, demonstrou um coeficiente de estabilidade temporal de .71. As correlações inter-ítem, variaram entre .57 e .71. Desta forma, a escala apresentou boa validade convergente relativamente às escalas de bem-estar psicológico e às escalas de satisfação com a vida (Diener, Wirtz, Biswas, Tov, Prieto, Choi, Oishi, 2010).

Escala de Experiências Positivas e Negativas (SPANE)

A escala de Diener, Wirtz, Biswas, Tov, Prieto, Choi, Oishi (2010), foi desenvolvida com a finalidade de fazer a avaliação de sensações subjetivas de bem-estar e mal-estar, incluindo sentimentos característicos de culturas específicas. Esta escala avalia, além de diversas experiências e sentimentos negativos e positivos, outras condições, como o prazer físico e a envolvimento positiva, com base num período temporal de quatro semanas, em que esses sentimentos foram vivenciados.

A escala é composta por doze itens, sendo que, seis se referem aos sentimentos negativos e seis são relativos a sentimentos positivos. É uma escala do tipo Lickert, que varia entre 1 e 5 (1 = muito raramente ou nunca e 5 = muito frequentemente e sempre). A pontuação, devido à autonomia entre os dois tipos de sentimentos, é feita separadamente. Relativamente às qualidades psicométricas, para a medida total foi referida uma consistência interna elevada que variou entre .81 e .89 e a confiabilidade temporal foi moderadamente alta. A medida indicou validade convergente com a SWLS, a Happiness (medida de Fordyce) e a

PANAS. Um mês depois, o teste re-teste mostrou um coeficiente de estabilidade temporal que varia entre .63 e .68 revelando assim um bom desempenho no que diz respeito a confiabilidade e validade convergente com outras escalas. Para a SPANE-P, a medida descreveu 61% da variância dos itens da escala e mostrou correlações entre os itens com variação entre .55 a .74. Para a SPANE-N, a medida descreveu 53% da variância dos itens da escala e demonstrou correlações entre os itens com variação de .45 a .67. Há uma correlação significativa entre as duas dimensões ($r = -0,60$) (Diener et al., 2010).

Escala de Felicidade Subjectiva (SHS)

Esta escala foi desenvolvida por (Lyubomirsky & Lepper, 1999), sendo composta por quatro itens, em que cada um deve ser respondido através de uma Escala de Lickert de sete pontos. Em dois dos itens os respondentes caracterizam-se a si próprios, comparando-se aos seus pares, quer em termos absolutos, quer em termos relativos. Os restantes itens, referem-se a descrições de felicidade e de infelicidade.

A avaliação da confiabilidade e validade desta escala foi obtida através de 14 amostras, recolhidas em diferentes períodos e locais. O resultado do teste alfa de Cronbach para a consistência interna dos quatro itens, variou entre .79 e .94 ($M = .86$). A validade da escala foi obtida através da correlação com outras escalas de felicidade e bem-estar validadas. Foram analisadas 3 amostras de estudantes universitários (uma da Rússia e duas dos EUA) e uma de reformados americanos, sendo que, as correlações obtidas entre a SHS e outras escalas de felicidade variaram entre .52 e .72 ($M = .62$). Estas correlações verificaram-se entre as quatro diferentes amostras. Concluindo, a escala revela excelentes propriedades psicométricas, boa consistência interna e estabilidade ao longo do tempo para as catorze diferentes amostras.

4.4. Procedimento

Considerando a caracterização da amostra como uma amostra de conveniência, para os grupos de dependentes e ex dependentes, a recolha dos dados foi realizada ao nível de comunidades terapêuticas (Desafio Jovem e Comunidade Vida e Paz) bem como através de abordagem direta a indivíduos que não estavam inseridos em contexto terapêutico ou clínico. Tendo em conta a dificuldade da população em si, nas comunidades terapêuticas foi solicitada a colaboração dos psicólogos e assistentes sociais das instituições, para que junto às atividades realizadas por eles, fosse separado um período para a aplicação dos questionários, de forma que a investigadora pudesse estar presente para dar as instruções e esclarecer

qualquer questão que pudesse surgir relativamente ao protocolo, nesse caso foi aplicado o questionário impresso em papel (Anexos I e II), para os indivíduos não institucionalizados também foi entregue o questionário impresso em papel e feito o levantamento quando os mesmos estavam respondidos. Para o grupo normal e parte do grupo de ex dependentes a recolha foi feita tanto em formato em papel (AnexoIII) como com o questionário *online*. Em todos os casos, aquando do pedido e distribuição do questionário, aos participantes foi comunicado o objetivo do estudo, e informado que a sua participação seria voluntária, anónima e confidencial, e que os dados seriam destinados exclusivamente ao estudo em questão e sujeitos a tratamento estatístico em grupo.

CAPÍTULO 5- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1. Análise comparativa entre os grupos

Quando comparados os valores obtidos pelos grupos na escala de florescimento, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, $F(2.184) = 5.896, p = .003$. O teste de comparação múltipla *a posteriori* indicou que as diferenças significativas encontraram-se entre os três grupos, sendo que os ex dependentes apresentaram índices mais elevados. A diferença entre os valores obtidos pelos indivíduos do grupo de ex dependentes e os obtidos pelos indivíduos do grupo dos dependentes não foi estatisticamente significativa. Quando comparados os valores obtidos pelos grupos na escala de experiências positivas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, $F(2.184) = 2.402, p = .093$. Do mesmo modo os valores obtidos pelos grupos na escala de experiências negativas não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, $F(2.184) = 2.1512, p = .119$.

Na análise comparativa da Felicidade Subjetiva, os valores obtidos pelos grupos nesta escala apresentaram diferenças estatisticamente significativas, $F(2.184) = 11.749, p = .003$. O teste de comparação múltipla *a posteriori* indicou que as diferenças significativas encontraram-se entre os indivíduos dos três grupos, sendo que os ex dependentes apresentaram índices mais elevados. A diferença entre os índices obtidos pelos indivíduos do grupo de ex dependentes e os obtidos pelos indivíduos do grupo dos dependentes não foi estatisticamente significativa.

Tabela 5.

Diferenças de médias entre os grupos nas escalas Florescer, Experiências Positivas, Experiências Negativas e Felicidade Subjetiva.

	Grupo Normal		Grupo Dependentes		Grupo Ex dependentes		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Florescer	38,32	6,65	38,55	6,47	42,28	3,34	5,893**
Experiências Positivas	21,92	3,99	21,64	4,74	23,44	3,64	2,402*
Experiências negativas	14,29	4,51	15,47	4,23	13,84	4,3	2,151
Felicidade Subjetiva	19,48	3,82	18,67	3,11	22,21	4,26	,001**

Nota: *** $p \leq ,01$ * $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$ *** $p \leq ,001$

5.2. Relações entre as escalas e variáveis relativas ao consumo e tratamento.

No grupo dos dependentes os coeficientes de correlação entre a idade do início do consumo, o número de anos de consumo, o tempo de tratamento e as escalas florescer, experiências positivas, experiências negativas e felicidade subjetiva não foram estatisticamente significativos.

Tabela 6.

Correlação entre a idade de início de consumo, n° de anos de consumo, tempo de tratamento e o Florescimento, experiências positivas, experiências negativas e Felicidade Subjetiva nos de dependentes.

	<i>Idade início consumo</i>	<i>N° anos de consumo</i>	<i>Tempo de tratamento</i>
Florescer	,044	,200	,123
Experiências positivas	,053	,171	-,038
Experiências negativas	-,008	,086	-,011
Felicidade Subjetiva	,010	,113	,108

No grupo dos ex-dependentes os coeficientes de correlação entre a idade do início do consumo, o número de anos de consumo, o tempo de tratamento, tempo de abstinência e as escalas florescer, experiências positivas, experiências negativas e felicidade subjetiva não foram estatisticamente significativos.

Tabela 7.

Correlação entre a idade de início de consumo, n° de anos de consumo, tempo de tratamento, tempo de abstinência e o florescimento, experiências positivas, experiências negativas e felicidade Subjetiva nos ex dependentes.

	<i>Idade início consumo</i>	<i>N° anos de consumo</i>	<i>Tempo de tratamento</i>	<i>Tempo de abstinência</i>
Florescer	-,178	-,007	,218	,033
Experiências positivas	-,241	-,085	-,075	,025
Experiências negativas	,210	-,054	-,068	,051
Felicidade Subjetiva	,183	-,014	,126	,019

CAPÍTULO 6- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo principal da investigação foi estudar a felicidade na dependência química, comparando os níveis de felicidade entre os grupos. A caracterização pormenorizada da amostra permitiu verificar alguns aspetos da população em estudo relativamente ao consumo e tratamento. Relativamente ao consumo, foi possível verificar que a maioria dos ex dependentes consumiram heroína e os dependentes em sua maioria consomem além da heroína, a cocaína, o haxixe e outros, confirmando a informação do IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011) que aponta a heroína como uma das drogas mais usadas em Portugal em casos de dependência crónica. Ainda sobre o consumo, as médias da idade de início de consumo tanto para os dependentes como para os ex dependentes, apontam para a adolescência como sendo a fase do primeiro contato com substâncias psicoativas, como sugere (Lopes, 2009). Sobre o tipo de tratamento o mais referido pelos dependentes e também pelos ex dependentes foi o programa terapêutico, corroborando com a literatura sobre a preferência por esse tipo de tratamento (Stuart Gilton, 2008).

A análise comparativa dos grupos relativamente ao florescimento, revelou diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, sendo que o nível de florescimento foi superior no grupo de ex dependentes confirmando assim a hipótese 1 de investigação- O florescimento deverá ser mais elevado nos ex dependentes em relação aos dependentes e aos indivíduos normais. A análise comparativa dos grupos relativamente a Felicidade Subjetiva também apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com os índices mais elevados no grupo de ex dependentes, confirmando assim a hipótese 2 de investigação- A felicidade subjetiva deverá ser mais elevada nos ex dependentes em relação aos dependentes e aos indivíduos normais. Parece oportuno comentar estes resultados de acordo com o que sugere (Lyubomirsky, 2013), que os indivíduos que superaram experiências associadas a emoções negativas são mais tendentes a uma vida mais feliz do que indivíduos que não vivenciaram experiências traumatizantes no passado, de acordo com a autora, passar por adversidades fortalece e capacita o indivíduo para enfrentar desafios vindouros, ajuda-o a entender e dar sentido aos desafios impostos pela vida para que, conforme as suas vivências, este possa estabelecer sua identidade e construir significado. A dependência química, dentro do que foi exposto anteriormente, torna-se para o indivíduo dependente, uma experiência bastante negativa, traumatizante e difícil de superar, tendo em conta que este encontra-se com os seus recursos afetados, desta forma e conforme a literatura, os resultados corroboram com um crescimento após uma experiência negativa nos ex dependentes, sendo que estes após superarem o processo de dependência e mantendo-se abstinentes, mostraram um

florescimento e Felicidade Subjetiva superior aos outros grupos. Analisando o significado do sofrimento na dependência química e no processo de reabilitação, (Chen, 2010) afirma que o significado da vida é um elemento central para o indivíduo e este pode ser encontrado em toda a vivência humana, inclusive no sofrimento. O autor define o sofrimento como “angústia psicológica que ameaça a integridade do indivíduo e o priva da auto-transcendência” (p. 367). Segundo o modelo proposto pelo autor, o sofrimento primário é determinado como um conjunto de défices emocionais que motivam o indivíduo para o consumo; e o sofrimento secundário é definido como sofrimento intolerável causado pela dependência, quando o indivíduo reavalia a sua vida a procura de significado.

Não foram verificadas diferenças significativas entre as experiências positivas e experiências negativas entre os grupos, infirmando assim a hipótese 3 de investigação - As experiências negativas deverão ser mais elevadas nos dependentes em relação aos ex dependentes e aos indivíduos normais.

Relativamente ao tempo de abstinência nos ex dependentes, não se constatou uma correlação significativa entre o mesmo e qualquer uma das dimensões avaliadas, infirmando a hipótese 4 de investigação- O tempo de abstinência está significativamente relacionado com o florescimento e a felicidade subjetiva.

A escassez de estudos semelhantes, comparando e relacionando as perspetivas de felicidade hedónica, eudaimónica e felicidade subjetiva, no que diz respeito ao modo e ao grau com que estas estão envolvidas na dependência química, torna inviável corroborar os resultados obtidos, classificando este estudo como exploratório, é importante referenciar que este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a população de dependentes químicos e ex dependentes, que é de difícil acesso, dificultando a obtenção de uma amostra mais significativa, o que poderia ter sido favorável na consecução dos resultados. Relativamente ao tipo de medidas utilizadas, destaca-se que constituem medidas de auto-relato, sugerindo a aplicação adicional de outras técnicas de avaliação, com a intenção de aumentar a validade dos resultados recolhidos. É pertinente considerar que, as medidas utilizadas podem ser afetadas por diversos agentes transitórios próprios da população em estudo, tais como o ambiente e o humor do respondente.

Conclusão

A dependência química é um fato preocupante e um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. É um assunto atual, que tem resistido aos mais variados tipos de intervenções e que, por esta razão, merece atenção por parte dos investigadores, na busca de uma melhor compreensão sobre os seus efeitos subjetivos e o que provoca o seu apelante consumo. (Frankl, 2000, p. 139) declara que “A principal motivação do ser humano é a vontade e a necessidade que o indivíduo tem de encontrar e dar significado à sua vida”, para este autor é impossível entender a dependência química sem antes compreender o vazio existencial que se encontra por trás do consumo. Neste sentido, este estudo teve como objetivo estudar a felicidade em três perspectivas no âmbito da dependência química. Ao comparar os níveis entre os grupos, foi possível verificar que indivíduos que passaram pela experiência da dependência química e que conseguiram ter êxito no tratamento, considerando-se ex dependentes, demonstraram índices de florescimento e felicidade subjetiva mais elevados do que os grupos de dependentes e indivíduos normais.

Muitos profissionais assumem os benefícios da Psicologia Positiva para a saúde física e mental do indivíduo, assim como para o desenvolvimento saudável da comunidade; o que impõe, a realização de mais investigação acerca deste ramo da psicologia, e a conceção e desenvolvimento de novas habilidades de intervenção e de prevenção, assim, promover a felicidade no âmbito da intervenção e continuação da abstinência parece relevante. A investigação da felicidade proporciona um conjunto amplo de possibilidades de estudo, porém, considerando a escassez de elementos que buscam comparar o modo como as perspectivas hedónica, eudaimónica e felicidade subjetiva contribuem para a problemática do consumo de substâncias, e reconhecendo a pertinência da Psicologia Positiva para o bem-estar do indivíduo, sugere-se o desenvolvimento de investigações, acerca destas e outras perspectivas do bem-estar no que diz respeito à felicidade na dependência química.

Bibliografia

- Albuquerque, A. S., & Troccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153–164.
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000200008>.
- Angel, P., Richard, D., & Valleur. (2002). *Alcoolismo e Toxicomania Moderna*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araujo, R. B., Pansard, M., Boeira, B. U., & Rocha, N. S. (2010). As Estratégias de Coping para o Manejo da Fissura de Dependentes de Crack. *Clinical & Biomedical Research*, 30(1). Obtido de <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/11572>
- Association, A. P. (2002). *DSMIV -TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Tradução por José Nunes de Almeida... (et.al.)* (4ª edição Revisão de texto Climepsi). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., Aaker, J. L., & Garbinsky, E. N. (2013). Some key differences between a happy life and a meaningful life. *The Journal of Positive Psychology*, 8(6), 505–516. <http://doi.org/10.1080/17439760.2013.830764>
- Brdar, I., Wissing, M. P., Delle Fave, A., Freire, T., & Vella-Brodrick, D. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*, 100, 185–207.
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9632-5>
- Calado, V. G. (2006). Drogas sintéticas, mundos culturais, música trance e ciberespaço. Núcleo de Investigação/ODT/IDT.
- Chen, G. (2010). The meaning of suffering in drug addiction and recovery from the perspective of existentialism, buddhism and the 12-step program. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42, 363–375. <http://doi.org/10.1080/02791072.2010.10400699>

- Corregiari, F. (2006). *Neurociência do Uso e da Dependência de Substâncias Psicoativas*. São Paulo: Roca.
- Cunha, M. P., Rego, A., & Cunha, R. C. (2007). *Organizações positivas*. Lisboa: Edições D. Quixote.
- Diehl, A., Cordeiro, D., & Laranjeira, R. (2011). *Dependência química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103–157. <http://doi.org/10.1007/BF01207052>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2002). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. *Oxford Handbook of Positive Psychology*. <http://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0017>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin- PSICHOL BULL*, 125(2), 276–302. <http://doi.org/10.1037//0033-2909.125.2.276>
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas, R., Tov, W., Prieto, K., Choi, D., & Oishi, S. (2010). New Well-being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 97, 143–156. <http://doi.org/10.1007/s1105-009-9493-y>
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629–651.

Dupont, R. L. (2005). *O Cérebro Egoísta: Aprender com Dependências*. Lisboa: Instituto Piaget.

Emmons, R. A. (2003). Personal goals, life meaning, and virtue: Wellsprings of a positive life. Em C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 105–128). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Fernández-Abascal, E. [Coord. . (2009). *Emociones positivas*. Madrid: Ediciones Piramide.

Ferreira, C., & Filho, H. C. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2. Projecto Álcool, Tabaco, Drogas, Saúde: Usos, abusos e dependências*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fitzpatrick, M., & Duckworth, A. L. (2008). Integrating Positive Emotions Into Theory, Research, and Practice: A New Challenge for Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, APA, 18*(2), 248–258.

<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.18.2.248>

Fleming, M. (2001). *Família e toxicodependência* (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Flynn, P. M., Joe, G. ., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003). Looking back on cocaine dependence: Reasons for recovery. *The American Journal on Addictions, 12*, 398–411.

Frankl, V. E. (2000). *Man's search for ultimate meaning*. USA: Basic Books.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in Positive Psychology. *American Psychologist, 56*, 218–226. <http://doi.org/10.1037//0003-066X.56.3.218>

Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist, 91*, 330–335.

Fredrickson, B. L. (2006). Unpacking positive emotions: Investigating the seeds of human flourishing. *The Journal of Positive Psychology, 1*, 57–59.

<http://doi.org/10.1080/17439760500510981>

Fredrickson, B. L., & Lousada, M. L. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist, 60*, 678–686. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.60.7.678>

Gable, S., & Haidt, J. (2005). What (and Why) Is Positive Psychology? Review of General Psychology. *Educational Publishing Foundation., 9 n°2*, 103–110.

Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjetivo. Factores cognitivos, afetivos e contextuais*. (1ª Edição ed.). Lisboa: Quarteto.

Giannopoulos, V. L., & Vella-Brodrick, D. A. (2011). Effects of positive interventions and orientations to happiness on subjective well-being. *The Journal of Positive Psychology, 6*(2), 95–105. <http://doi.org/10.1080/17439760.2010.545428>

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 797–816. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>

Huppert, F. A., & So, T. C. C. (2009). What percentage of people in Europe are flourishing and what characterises them? Briefing document for the OECD/ISQOLS meeting «Measuring subjective well-being: an opportunity for NSOs?» 23/24 July, 2009, Florence, Italy. Obtido de http://www.isqols2009.istitutodeglinnocenti.it/Content_en/Huppert.pdf

Instituto da Droga e da Toxicodpendência I.P. (2011). Relatório Anual 2011 -A Situação do País em matéria de drogas e Toxicodpendências. Instituto da Droga e da Toxicodpendência, I. P.

- Jesus, S., & Resende, M. (2009). *Saúde e bem-estar. In Bem-estar e qualidade de vida: contributos da Psicologia da Saúde*. Lisboa: Textiverso.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, *61*, 121–140.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 207–222.
<http://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, *73* (3), 539–548. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health., *62*(2), 95–108.
<http://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Keyes, C., & Haidt, J. (2003). *Flourishing: Positive Psychology and the life well-lived*. Washington D.C: American Psychological Association.
- Laudet, A. B., & White. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction and stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse*, *43*(1), 27–54.
- Laudet, A., Morgen, K., & White, W. L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *24*(1-2), 33–73.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, *17*, 11–21.
<http://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>
- Lopes, C. (2009). *Consumo de Drogas e Distúrbios Psicológicos*. Portugal: Dianova.

- Lyubomirsky, S. (2013). The myths of happiness: What should make you happy, but doesn't, what shouldn't make you happy, but does. *Journal of Happiness Studies: an interdisciplinary forum on subjective well-being*, 16, 1635–1637.
<http://doi.org/doi:10.1007/s10902-014-9574-8>
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137–155.
<http://doi.org/doi:10.1023/A:1006824100041>
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111–131.
- Marques, M., Lourenço, P., & Costa, S. (2011). Risco de Recaída Numa Amostra de Adictos Portugueses; da Compreensão à Intervenção. *Revista Toxicodependencias*, 17(Edição IDT n°2), pp.77–83.
- Martin, M. W. (2007). Paradoxes of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 9(2), 171–184.
<http://doi.org/10.1007/s10902-007-9056-3>
- Muller, K., & Hammersley, R. (2006). Attempted cessation of heroin use among men approaching mid-life. *Drugs: education, prevention and policy*, 13 (1), 77–92.
- Negreiros, J. N. (1991). *Prevenção do Abuso do Álcool e Drogas nos jovens*. Porto: Instituto de Investigação Científica.
- Novo, R. F. (2003). *Para além da Eudaimonia: O Bem - Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada*. Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia/ Ministério da Ciência e do Ensino Superior: Coimbra: Dinalivro.
- Nunes, R., & Nunes, C. (2004). *Dependências individuais e valores sociais*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- Pais Ribeiro, J. R. (2006). *Relação entre a psicologia positiva e as variáveis protectoras e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis resultado: Perspectivas em psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality: Integrative themes in the current science of the psychology of religion*. New York: The Guilford Press.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. (2005). Orientations To Happiness and Life Satisfaction: The Full Life Versus The Empty Life. *Journal of Happiness Studies*, (6), 25–41. <http://doi.org/10.1007/s10902-004-1278-z>
- Rigotto, S., & Gomes, W. (2007). Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (Janeiro/Abril)(nº1), 95–106.
- Rivero, C., & Marujo, H. (2011). *Positiva-Mente: Viva o seu dia-a-dia com equilíbrio, bem-estar e optimismo*. (1.^a ed.). Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1009>
- Saúde, O. M. (1995). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (Vol. Décima Revisão). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Seibel, S., & Toscano, J. A. (2000). *Dependência de drogas*. (Vol. 1). São Paulo: Atheneu.

- Seligman, M. (2004). *Felicidade Autêntica: Usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seligman, M. (2011). Flourish: A New Understanding of Happiness and Well-Being - and How To Achieve Them. *The Journal of Positive Psychology*, 7(2), 159–161.
<http://doi.org/10.1080/17439760.2011.614831>
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M. E. P. (2012). *A vida que floresce*. Alfragide: Estrela Polar.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- Seligman, M., & Peterson, C. (2003). Positive clinical Psychology. In: A Psychology of human strengths: fundamental questions and future directions for a positive Psychology. (cap.1 p. 305–317). Washington: American Psychological Association.
- Shearer, J. (2007). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 41–52.
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *The American psychologist*, 56(3), 216–217. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.216>
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2007). Is It Possible to Become Happier? (And If So, How?). *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 129–145.
<http://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00002.x>
- Sirgy, M. J. (2002). *The Psychology of Quality of Life*. Virginia USA: Dordrecht:Klwer Academic Publishers.
- Stuart Gilton, M. D. (2008). *Transtornos Relacionados com ao Uso de Substâncias* (2.^a ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. P. (2004). Post-traumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry - PSYCHOL INQ*, 15, 1–18.
http://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Vázquez, C., Castilla, C., & Hervás, G. (2008). *Reacciones frente el trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento*. (En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las Emociones Positivas* (pp. 375-392)). Madrid: Pirámide.
- Washton, A. M., & Zweben, J. E. (2009). *Prática Psicoterápica Eficaz dos Problemas com Álcool e Drogas*. Porto Alegre: Artmed.
- Waterman, A. S., Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Ravert, R. D., Williams, M. K., Agocha, B., ... Donnellan, M. B. (2010). The Questionnaire for Eudaimonic Well-Being: Psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity. *Journal of Positive Psychology*, 5(1), 41–61. <http://doi.org/10.1080/17439760903435208>
- White, W., & Kurtz, E. (2006). The varieties of recovery experience. *International Journal of Self Help and Self Care*, 3(1-2), 21–61.

ANEXOS

Anexo I- Protocolo não dependentes

Versão: A. Baptista 2012

Data ____/____/____

Solicitamos a sua colaboração para uma investigação que tem como objectivo estudar o comportamento emocional.

As suas respostas são confidenciais e anónimas, sendo submetidas a tratamento estatístico em grupo. Agradecemos a sua colaboração.

I- INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

1. Nome do estabelecimento de ensino que estuda ou Empresa onde trabalha

2. SEXO: ₁ Masculino ₂ Feminino

3. ESTADO CIVIL: ₁ Solteiro(a) ₂ Casado(a) / União de Facto ₃ Divorciado(a) / Separado(a) ₄ Viúvo

4.IDADE:_____Anos 5.PROFISSÃO:_____

6.N.ºANOS DE ESCOLARIDADE:_____ 7. CURSO: _____

8.RELIGIÃO:_____ 9. ETNIA: _____

I - Apresentam-se seguidamente 8 frases com as quais pode concordar ou discordar.

Utilize a escala de 1 a 7 para, à frente de cada frase, indicar o seu grau de concordância com a mesma. Responda fazendo uma cruz (X) em cima do número que considerar adequado.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Fortemente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Não Discordo Nem Concordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Fortemente

1	Levo uma vida com objectivos e significado	1	2	3	4	5	6	7
2	Os meus relacionamentos sociais apoiam-me e recompensam-me	1	2	3	4	5	6	7
3	Estou envolvido e interessado nas minhas actividades diárias	1	2	3	4	5	6	7
4	Contribuo activamente para o bem-estar e a felicidade dos outros	1	2	3	4	5	6	7
5	Sou capaz e competente nas actividades que são importantes para mim	1	2	3	4	5	6	7
6	Sou uma boa pessoa e levo uma vida boa	1	2	3	4	5	6	7
7	Sou optimista a propósito do futuro	1	2	3	4	5	6	7
8	As pessoas respeitam-me	1	2	3	4	5	6	7

II - Pense como se tem sentido nas **últimas quatro semanas** e avalie até que ponto experimentou os seguintes sentimentos que se descrevem no questionário. Utilize a escala de 1 a 5 para fazer a sua avaliação, e responda fazendo uma cruz em cima do número que melhor representa os seus sentimentos.

1	2	3	4	5
Muito Raramente ou Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente ou Sempre

1. Positivo.....	1 2 3 4 5	7. Feliz.....	1 2 3 4 5
2. Negativo.....	1 2 3 4 5	8. Triste.....	1 2 3 4 5
3. Bem	1 2 3 4 5	9. Medroso.....	1 2 3 4 5
4. Mal	1 2 3 4 5	10. Alegre.....	1 2 3 4 5
5. Agradável	1 2 3 4 5	11. Zangado.....	1 2 3 4 5
6. Desagradável.....	1 2 3 4 5	12. Contente.....	1 2 3 4 5

III - Responda a cada frase assinalando com uma cruz (X) o número que melhor corresponde ao seu grau de concordância com a frase. Utilize a escala de 1 a 7 apresentada por baixo de cada frase.

1. Normalmente, considero-me uma pessoa:

1 2 3 4 5 6 7
 Não muito feliz Muito feliz

2. Comparando-me com a maioria dos meus colegas, considero-me uma pessoa:

1 2 3 4 5 6 7
 Menos feliz Mais feliz

3. Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Gozam a vida, independentemente do que esteja a acontecer, tirando o máximo proveito de tudo. Até que ponto se identifica com esta descrição?

1 2 3 4 5 6 7
 Nada Muiíssimo

4. Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem tão felizes como poderiam estar. Até que ponto se identifica com esta descrição?

1 2 3 4 5 6 7
 Nada Muiíssimo

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo II- Protocolo dependentes

Versão: A. Baptista 2012

Data ____/____/____

Solicitamos a sua colaboração para uma investigação que tem como objectivo estudar o comportamento emocional. As suas respostas são confidenciais e anónimas, sendo submetidas a tratamento estatístico em grupo. Agradecemos a sua colaboração.

I- INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

1. Se está em tratamento qual a Instituição em que está inserido: _____

2. SEXO: ₁ Masculino ₂ Feminino

3. ESTADO CIVIL: ₁ Solteiro(a) ₂ Casado(a) / União de Facto ₃ Divorciado(a) / Separado(a) ₄ Viúvo

4. IDADE: ____ Anos 5. PROFISSÃO: _____

6. N.º ANOS DE ESCOLARIDADE: _____ 7. CURSO: _____

8. RELIGIÃO: _____ 9. ETNIA: _____

10. Em relação ao consumo, qual a principal substância que utiliza.

HEROÍNA COCAÍNA HAXIXE OUTROS _____

11. IDADE DE INÍCIO DO CONSUMO: _____

12. N.º DE ANOS DE CONSUMO: _____

13. TIPO DE TRATAMENTO: _____

14. TEMPO DE TRATAMENTO: _____

I - Apresentam-se seguidamente 8 frases com as quais pode concordar ou discordar.

Utilize a escala de 1 a 7 para, à frente de cada frase, indicar o seu grau de concordância com a mesma. Responda fazendo uma cruz (X) em cima do número que considerar adequado.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Fortemente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Não Discordo Nem Concordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Fortemente

1 Levo uma vida com objectivos e significado 1 2 3 4 5 6 7

2 Os meus relacionamentos sociais apoiam-me e recompensam-me 1 2 3 4 5 6 7

3 Estou envolvido e interessado nas minhas actividades diárias 1 2 3 4 5 6 7

4	Contribuo activamente para o bem-estar e a felicidade dos outros	1	2	3	4	5	6	7
5	Sou capaz e competente nas actividades que são importantes para mim	1	2	3	4	5	6	7
6	Sou uma boa pessoa e levo uma vida boa	1	2	3	4	5	6	7
7	Sou optimista a propósito do futuro	1	2	3	4	5	6	7
8	As pessoas respeitam-me	1	2	3	4	5	6	7

II - Pense como se tem sentido nas **últimas quatro semanas** e avalie até que ponto experimentou os seguintes sentimentos que se descrevem no questionário. Utilize a escala de 1 a 5 para fazer a sua avaliação, e responda fazendo uma cruz em cima do número que melhor representa os seus sentimentos.

	1	2	3	4	5
	Muito Raramente ou Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente ou Sempre
1. Positivo.....	1	2	3	4	5
2. Negativo.....	1	2	3	4	5
3. Bem	1	2	3	4	5
4. Mal	1	2	3	4	5
5. Agradável	1	2	3	4	5
6. Desagradável.....	1	2	3	4	5
7. Feliz.....	1	2	3	4	5
8. Triste.....	1	2	3	4	5
9. Medroso.....	1	2	3	4	5
10. Alegre.....	1	2	3	4	5
11. Zangado.....	1	2	3	4	5
12. Contente.....	1	2	3	4	5

III - Responda a cada frase assinalando com uma cruz (X) o número que melhor corresponde ao seu grau de concordância com a frase. Utilize a escala de 1 a 7 apresentada por baixo de cada frase.

1. Normalmente, considero-me uma pessoa:	1	2	3	4	5	6	7
	Não muito feliz			Muito feliz			
2. Comparando-me com a maioria dos meus colegas, considero-me uma pessoa:	1	2	3	4	5	6	7
	Menos feliz			Mais feliz			
3. Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Gozam a vida, independentemente do que esteja a acontecer, tirando o máximo proveito de tudo. Até que ponto se identifica com esta descrição?	1	2	3	4	5	6	7
	Nada			Muitíssimo			
4. Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem tão felizes como poderiam estar. Até que ponto se identifica com esta descrição?	1	2	3	4	5	6	7
	Nada			Muitíssimo			

Anexo III- Protocolo ex dependentes

Versão: A. Baptista 2012

Data ____/____/____

Solicitamos a sua colaboração para uma investigação que tem como objectivo estudar o comportamento emocional. As suas respostas são confidenciais e anónimas, sendo submetidas a tratamento estatístico em grupo. Agradecemos a sua colaboração.

I- INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

1. Se esteve em tratamento qual a Instituição em que esteve inserido? _____

2. SEXO: ₁ Masculino ₂ Feminino

3. ESTADO CIVIL: ₁ Solteiro(a) ₂ Casado(a) / União de Facto ₃ Divorciado(a) / Separado(a) ₄ Viúvo

4.IDADE:____Anos 5. PROFISSÃO: _____

6. N.º ANOS DE ESCOLARIDADE:_____ 7. CURSO: _____

8. RELIGIÃO: _____ 9. ETNIA: _____

10. Em relação ao consumo/dependência, coloque uma cruz na opção escolhida.

HEROÍNA COCAÍNA HAXIXE OUTROS _____

11. IDADE DE INÍCIO DO CONSUMO:_____

12. Nº DE ANOS DE CONSUMO:_____

13. TIPO DE TRATAMENTO:_____

14. TEMPO DE TRATAMENTO:_____

15. TEMPO DE ABSTINÊNCIA: _____

I - Apresentam-se seguidamente 8 frases com as quais pode concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 7 para, à frente de cada frase, indicar o seu grau de concordância com a mesma. Responda fazendo uma cruz (X) em cima do número que considerar adequado.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Fortemente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Não Discordo Nem Concordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Fortemente

1	Levo uma vida com objectivos e significado	1	2	3	4	5	6	7
2	Os meus relacionamentos sociais apoiam-me e recompensam-me	1	2	3	4	5	6	7
3	Estou envolvido e interessado nas minhas actividades diárias	1	2	3	4	5	6	7
4	Contribuo activamente para o bem-estar e a felicidade dos outros	1	2	3	4	5	6	7

5	Sou capaz e competente nas actividades que são importantes para mim	1	2	3	4	5	6	7
6	Sou uma boa pessoa e levo uma vida boa	1	2	3	4	5	6	7
7	Sou optimista a propósito do futuro	1	2	3	4	5	6	7
8	As pessoas respeitam-me	1	2	3	4	5	6	7

II - Pense como se tem sentido nas **últimas quatro semanas** e avalie até que ponto experimentou os seguintes sentimentos que se descrevem no questionário. Utilize a escala de 1 a 5 para fazer a sua avaliação, e responda fazendo uma cruz em cima do número que melhor representa os seus sentimentos.

1	2	3	4	5
Muito Raramente ou Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente ou Sempre

1. Positivo.....	1	2	3	4	5	7. Feliz.....	1	2	3	4	5
2. Negativo.....	1	2	3	4	5	8. Triste.....	1	2	3	4	5
3. Bem	1	2	3	4	5	9. Medroso.....	1	2	3	4	5
4. Mal	1	2	3	4	5	10. Alegre.....	1	2	3	4	5
5. Agradável	1	2	3	4	5	11. Zangado.....	1	2	3	4	5
6. Desagradável.....	1	2	3	4	5	12. Contente.....	1	2	3	4	5

III - Responda a cada frase assinalando com uma cruz (X) o número que melhor corresponde ao seu grau de concordância com a frase. Utilize a escala de 1 a 7 apresentada por baixo de cada frase.

1. Normalmente, considero-me uma pessoa:	1	2	3	4	5	6	7
	Não muito feliz			Muito feliz			
2. Comparando-me com a maioria dos meus colegas, considero-me uma pessoa:	1	2	3	4	5	6	7
	Menos feliz			Mais feliz			
3. Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Gozam a vida, independentemente do que esteja a acontecer, tirando o máximo proveito de tudo. Até que ponto se identifica com esta descrição?	1	2	3	4	5	6	7
	Nada			Muitíssimo			
4. Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, nunca parecem tão felizes como poderiam estar. Até que ponto se identifica com esta descrição?	1	2	3	4	5	6	7
	Nada			Muitíssimo			

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO