

Efeitos Preditores da Perspectiva de Tempo e da Regulação Emocional nos Sintomas de Pós-Stress Traumático em Toxicodependentes

José Miguel dos Santos Almeida

Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professor Doutor José Carlos Rocha

setembro 2013



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

José Miguel dos Santos Almeida

**Efeitos Preditores da Perspetiva de Tempo e da Regulação Emocional nos
Sintomas de Pós-Stress Traumático em Toxicodependentes**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob orientação do Professor Doutor José Carlos Rocha

Departamento Ciências da Educação e do Património



UNIVERSIDADE
PORTUGALENSE

setembro 2013

AGRADECIMENTOS

No momento em que concluo esta etapa, faço uma breve retrospectiva do percurso percorrido e das pessoas que tornaram possível, direta ou indiretamente, a realização deste meu objetivo, a quem agradeço de forma sentida e sincera.

Agradeço ao meu orientador de dissertação, Professor Doutor José Carlos Rocha, pela compreensão, confiança e disponibilidade que demonstrou ao longo deste percurso, pelo apoio que me concedeu, bem como pelo estímulo de “ir sempre mais além” que sempre fomentou nas nossas reuniões de orientação.

Agradeço à administração e equipa técnica da Clínica do Outeiro, particularmente à Dra. Elisa Marques pela disponibilidade e apoio que me concedeu, no acesso à recolha de dados, bem como aos utentes que participaram na presente investigação.

Agradeço à Doutora Isabel Janeiro e ao Dr. Victor Ortuño a autorização de uso e a informação disponibilizada relativamente aos instrumentos da Perspetiva de Tempo.

Agradeço aos meus colegas de Mestrado com os quais interagi e com os quais partilhei experiências e vivências ao longo deste percurso.

Agradeço aos meus pais, ausentes fisicamente, mas sempre presentes no meu coração e que criaram as bases em que sempre me apoio para enfrentar os meus desafios.

Agradeço à minha mulher e à minha filha Inês, pelo apoio, compreensão e tolerância face às minhas ausências.

A todos, muito obrigado!

Efeitos Preditores da Perspetiva de Tempo e da Regulação Emocional nos Sintomas de Pós-Stress Traumático em Toxicodependentes

Resumo

Dada a relevância clínica da coocorrência da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) entre toxicodependentes em tratamento, bem como o facto de esta perturbação (PTSD) ser frequentemente subdiagnosticada nesta população, torna-se relevante investigar ligações entre fatores que possam estar implicados na PTSD. Uma publicação recente enfatiza a relevância da Perspetiva do Tempo nas estratégias de tratamento da PTSD. Também pesquisas recentes sugerem que as Dificuldades de Regulação Emocional pode contribuir para o desenvolvimento, manutenção e exacerbação de PTSD entre os toxicodependentes. É nosso objetivo avaliar a importância dos constructos estudados, a fim de integrá-los, se justificável, no programa de tratamento terapêutico.

Amostra constituída por 72 toxicodependentes em tratamento numa Comunidade Terapêutica que receberam um questionário composto por uma secção sociodemográfica e as versões Portuguesas do ZTPI-R, TFTPS, IPT-Subescala Futuro Negativo, EDRS e IES-R.

A frequência dos participantes com resultados IES-R acima do valor de corte (35) foi de 71%. As dimensões da Perspetiva de Tempo, em particular, Perspetivas Passadas, em regressão múltipla predizem 35,5% da IES-R. Além disso, as Dificuldades de Regulação Emocional revelaram-se de grande importância, o modelo que inclui as dificuldades de Clareza Emocional e de Estratégias apresenta $R^2 = .343$. Adicionalmente, são observadas várias correlações significativas entre Pós-Stress Traumático, Dificuldades de Regulação Emocional e dimensões da Perspetiva de Tempo. Os resultados presentes suportam a existência de efeitos pervasivos sobre a forma como estes pacientes consideram suas experiências passadas e colocam em evidência a necessidade realizar a triagem da PTSD na avaliação de rotina, bem como a relevância da Perspetiva de Tempo e das Dificuldades de Regulação Emocional no momento da definição do tratamento.

Palavras-chave: Perspetiva de Tempo, Dificuldades de Regulação Emocional, PTSD, Toxicodependência, Stress Traumático, Comunidade Terapêutica

PREDICTORS EFFECTS OF TIME PERSPECTIVE AND OF THE EMOTION REGULATION DIFFICULTIES ON PTSD SYMPTOMS IN SUBSTANCE ABUSERS

Abstract

Given the clinical relevance of the co-occurrence of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) among substance abusers in treatment, as well as the fact that PTSD is frequently underdiagnosed in this population, becomes relevant to research connections between factors that may be implicated in PTSD. A recent publication highlights the relevance of Time Perspective in PTSD treatment strategies. Also, recent research suggests that Emotion Regulation Difficulties may contribute to the development, maintenance, and exacerbation of PTSD among substance abusers. We aim to assess the importance of the studied constructs in order to integrate them, if justifiable, in the therapeutic program treatment.

Sample composed by 72 substance abusers being treated in a Therapeutic Community, who received a questionnaire composed by a socio demographic section and the Portuguese versions of the ZTPI-R, TFTP, IPT-Negative Future Subscale, DERS and IES-R.

The frequency of participants with IES-R results above the cutoff value (35) was 71%. Time Perspective dimensions, in particular, Past Perspectives, on stepwise multiple regression predict 35.5% of IES-R. Furthermore, Emotional Regulation Difficulties have also revealed of high importance, Emotional Clarity and Strategies model has $R^2 = .343$. In addition, several significant correlations between Post Traumatic Stress, Emotional Regulation Difficulties and Time Perspective dimensions are observed. Present findings support the existence of pervasive effects on how these patients consider their past experiences and put in evidence the need to perform screening of PTSD in routine assessment, as well as the relevance of Time Perspective and Difficulties in Emotion Regulation, when defining treatment.

Keywords: Time Perspective, Emotional Regulation Difficulties, PTSD, SUD, Traumatic Stress, Therapeutic Community

SUMÁRIO

Parte 1 - Enquadramento teórico

Introdução.....	8
Capítulo 1. A relação entre PTSD e a Dependência de Substâncias	9
1.1. A comorbilidade PTSD e Dependência de Substâncias	9
1.2. Epidemiologia dos diagnósticos isolados e em comorbilidade	11
1.3. Aspectos nosológicos da PTSD e da Toxicodependência	11
1.3.1. A Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD)	11
1.3.2. Toxicodependência	12
1.4. Modelos de compreensão da coocorrência PTSD/ Toxicodependência	13
1.5. Diferenças clínicas nos resultados do tratamento	14
1.6. Dilemas e tendências na escolha de tratamento	16
Capítulo 2. Conceitos subjacentes à Perspetiva Temporal	19
2.1. A medida subjetiva do Tempo.....	19
2.2. Enquadrando o Tempo na vida real	20
2.3. O estudo científico do Tempo Psicológico.....	21
2.4. O Passado, os Comportamentalistas e Freud.....	24
2.5. A reconstrução do Passado	24
2.6. As Perspetivas de Tempo mais comuns no mundo ocidental	25
2.6.1. A relevância da Orientação Temporal focada no Passado.....	25
2.6.2. A relevância da Orientação Temporal focada no Presente	26
2.6.3. A relevância da Orientação Temporal focada no Futuro	30
2.7. A Orientação Temporal e a PTSD.....	33
Capítulo 3. Conceitos subjacentes à Regulação Emocional.....	34
3.1. Conceitos teóricos inerentes à Regulação Emocional.....	34
3.2. A relação entre a Regulação Emocional e a PTSD	36
3.3. A relação entre a Regulação Emocional e Toxicodependência	37
3.4. Dificuldades de Regulação Emocional na PTSD/Toxicodependência	38
Perspetiva Integradora.....	39

Parte 2 - Estudo Empírico

Capítulo 4 - Objetivos e Método	40
4.1. Contexto da amostra - O Modelo “Comunidade Terapêutica”	40
4.2. Objetivos.....	41
4.3. Hipóteses.....	42
4.4. Método.....	42
4.4.1. Amostra	42
4.4.2. Caracterização sócio demográfica da amostra	42
4.4.3. O histórico de consumos.....	44
4.4.4. O histórico de tratamentos anteriores	45
4.4.5. Antecedentes judiciais	45
4.4.6. Instrumentos de avaliação	46
4.5. Procedimentos e análise estatística	49
Capítulo 5. Resultados.....	49
5.1. A prevalência de sintomas de Pós-Stress Traumático	49
5.2. Efeito da Temporalidade nos sintomas de PTSD	50
5.3. Efeito da Regulação Emocional nos sintomas de PTSD	50
5.4. Efeito da Perspetiva de Tempo na Regulação Emocional.....	51
5.4.1. A Temporalidade e a dimensão Estratégias.....	51
5.4.2. A Temporalidade e a dimensão Não-aceitação.....	52
5.4.3. A Temporalidade e a dimensão Consciência	52
5.4.4. A Temporalidade e a dimensão Impulsos	52
5.5.5. A Temporalidade e a dimensão Objetivos.....	53
5.5.6. A Temporalidade e a dimensão Clareza	54
Capítulo 6. Discussão dos resultados	54
Limites e possíveis linhas de investigação futura.....	56
Conclusão.....	57
Bibliografia.....	59
Anexo 1 - Tabela de correlações	69
Anexo 2 - Protocolo	71
Anexo 3 – Publicação no <i>European Journal of Psychotraumatology</i>	74
Anexo 4 – Poster: <i>13th European Conference on Traumatic Stress</i>	75

Introdução

Dado a toxicodependência se tratar de um fenómeno que ao longo dos tempos se tem vindo a manifestar de forma complexa, com repercussões cujos contornos se observam em vários níveis, têm sido vários os modelos explicativos que procuram contribuir para a sua compreensão, no entanto, nenhum destes modelos ou abordagens se consegue constituir como sistema único, integrando as múltiplas facetas e significações envolvidas, nem esgotar toda a complexidade subjacente a este tema, visto que a toxicodependência se pode definir como um fenómeno plurifatorial que envolve componentes genéticos, biológicos, psicológicos, familiares, comportamentais, socioculturais e políticos (Ferros, 2011).

Integrando esta complexidade é frequente a coocorrência de outros diagnósticos, cuja diferenciação importa estabelecer, dadas as especificidades que cada um destes duplos diagnósticos incorpora, emergindo a PTSD como o diagnóstico que mais frequentemente coocorre com a toxicodependência (Najavits, 2005), embora seja frequentemente despercebida e subdiagnosticada nesta população (Gielen et al, 2012). Tomando consciência da relevância clínica e das múltiplas causas que possam estar envolvidas neste duplo diagnóstico, a investigação de relações entre fatores que possam estar implicados na PTSD nos indivíduos toxicodependentes emerge como pertinente.

Concetualizando a integração de dois constructos, a Perspetiva de Tempo e a Regulação Emocional, como potencialmente importantes para esta problemática e integrando os resultados descritos na literatura destes constructos, quer relativamente à toxicodependência quer à PTSD, poder-se-á concluir a importância de perceber a relação entre estas variáveis. Desconhecendo-se até à data investigação que tenha feito uso desta conceptualização com os contornos seguidamente definidos, será de supor que os resultados e conclusões possam auxiliar uma melhor compreensão de um problema, cuja etiologia se sabe multifatorial e contribuir para a definição de estratégias terapêuticas mais eficazes.

A presente Dissertação encontra-se dividida em capítulos distribuídos em duas partes, sendo a primeira parte relativa à teoria que suporta o desenvolvimento concetual da investigação e a segunda parte, a investigação empírica realizada no âmbito deste trabalho.

Capítulo 1. A relação entre PTSD e a Dependência de Substâncias

1.1. A comorbilidade PTSD e Dependência de Substâncias

A PTSD é um dos diagnósticos que mais frequentemente coocorre com a toxicod dependência, sendo o trauma *per se* experienciado pela maioria dos toxicod dependentes (Najavits, 2005). O sobrevivente de trauma é frequentemente um consumidor de álcool e outras drogas, pelo que se torna relevante para a prática clínica a compreensão da coocorrência entre o abuso de substâncias e PTSD, dado que por um lado o abuso de substâncias limita a capacidade de o indivíduo desenvolver estratégias de *coping* adaptativas, de se comprometer eficazmente com a terapêutica e de mobilizar suporte social em seu benefício e por outro lado a sintomatologia de PTSD poderá estar associada a resultados de tratamentos pouco efetivos e a recaídas precoces (Ruzek, 1998).

Um estudo de Gielen et al (2012) que envolveu 423 toxicod dependentes e 206 participantes saudáveis permitiu concluir a existência de Exposição a Acontecimento Traumático em 97,4% e de PTSD em 36,6% no grupo de toxicod dependentes, verificando-se que a PTSD passou frequentemente despercebida quando este diagnóstico dependia apenas do julgamento clínico, bem como foram identificadas mais frequentemente comorbilidades do Eixo I, particularmente Perturbações de Humor, no grupo dos toxicod dependentes. Desta forma os indivíduos com comorbilidade PTSD e Toxicod dependência revelam-se um subgrupo substancial e particularmente vulnerável em contextos de tratamento de toxicod dependência, que justificam a triagem sistemática de PTSD nestes contextos (Gielen et al, 2012).

Na literatura são descritas várias problemáticas adicionais associadas ao duplo diagnóstico de Toxicod dependência e de PTSD, como as altas taxas de ideação suicida e automutilação (Harned et al, 2006), bem como a associação de PTSD e Toxicod dependência de formas diversas, como o facto de indivíduos com doença mental severa, com exposição a Trauma ou comorbilidade PTSD apresentarem uma associação ao abuso de substâncias (Subica et al, 2013), ou a pertinência de ser aferido em investigações futuras como é que dissociação se integra na comorbilidade PTSD/Toxicod dependência, tendo em conta que se especula que o uso de substâncias e a sua abstinência pode ser confundida com sintomas dissociativos (Najavits & Walsh, 2012). Assim, múltiplas e distintas direções podem ser exploradas, pondo em

evidência o emaranhado de possíveis ligações e suas consequências, que a comorbilidade Toxicodependência e PTSD representa, pelo que a presente investigação abordará apenas uma parte desta complexidade.

Os contextos de tratamento intensivo de adições representam uma excelente oportunidade para aqueles que são simultaneamente sobreviventes ou vítimas de Trauma e Toxicodependentes, dado disponibilizarem habitualmente terapias de grupo, monitorização apertada pela equipa técnica e pares com quem o indivíduo se pode ligar, no entanto, apenas recentemente o Trauma se tornou aceite como foco legítimo para ser trabalhado, no contexto do tratamento de adições (Najavits, 2006a). Tendo em conta as condições favoráveis destes contextos de tratamento de Toxicodependência, importa também aferir a consciencialização que os terapeutas têm desta comorbilidade. Assim, pretendendo avaliar o grau de conhecimento dos terapeutas sobre o duplo diagnóstico PTSD e Toxicodependência, realizou-se um estudo antes e depois de formação intensiva neste tópico, envolvendo 225 clínicos, concluindo-se que o conhecimento de factos básicos sobre Trauma e PTSD eram conhecidos apenas por uma minoria da amostra, mesmo após treino intensivo, tornando-se pouco claro, quais os métodos educacionais que possam ser mais efetivos para a transmissão de conhecimento aos clínicos sobre PTSD e Toxicodependência (Najavits & Kanukollu, 2005), sendo desta forma colocado em foco a necessidade de desenvolver abordagens efetivas de transmissão de um corpo de conhecimentos, dirigido a profissionais da área, cujo conteúdo se baseie em aspetos centrais desta problemática.

Importa levar em conta a investigação já desenvolvida que destaca a frequência de diagnóstico de PTSD e Trauma na população toxicodependente, como o estudo que numa amostra de 558 dependentes de cocaína, identificou um número significativo de eventos traumáticos ao longo da vida, mesmo naqueles sem diagnóstico de PTSD, verificando-se que os indivíduos que apresentavam este diagnóstico, os sintomas ultrapassavam largamente (quase o dobro dos sintomas), os critérios necessários para ser estabelecido o diagnóstico de PTSD (Najavits et al, 2003). O duplo diagnóstico PTSD/Toxicodependência é percebido pelos clínicos como mais difícil de tratar do que cada uma das perturbações isoladamente, mas a gratificação no trabalho revela-se maior do que a dificuldade, permitindo concluir que gratificação e dificuldade se tratam de construtos independentes (Najavits, 2002), podendo desta forma o grau de gratificação constituir um estímulo para que os profissionais de saúde se empenhem no seu tratamento.

1.2. Epidemiologia dos diagnósticos isolados e em comorbilidade

De acordo com Najavits (2012) a prevalência de PTSD nos EUA, situa-se nos 10% nas mulheres e nos 5% nos homens, cerca de 1/3 dos indivíduos expostos a uma situação traumática desenvolvem PTSD. Caso permaneça sem tratamento a PTSD pode prolongar-se por décadas. Os resultados do primeiro estudo epidemiológico sobre a PTSD na população adulta em Portugal, permitiram concluir que a prevalência PTSD (globalmente e por sexo) é semelhante àquela verificada em outros países desenvolvidos (Albuquerque et al, 2003).

Relativamente à Toxicodependência, nos EUA, a prevalência ao longo da vida é de 35% nos homens e 18% nas mulheres (Najavits, 2012). Em Portugal, os dados disponíveis à data, relativos à população geral, são de 2007 e indicam o aumento da prevalência ao longo da vida de 7.8% para 12%, sendo o consumo de substâncias mais frequente nos homens do que nas mulheres (EMCDDA, 2013). Aguarda-se a publicação de dados relativos a 2012 (IDT, 2013).

No que diz respeito à comorbilidade dos dois diagnósticos, os dados dos EUA indicam-nos que, dos toxicodependentes (homens) atualmente em tratamento, 12% a 34% apresentam PTSD. Para as mulheres os valores variam entre 33% a 59%, verificando-se uma associação com drogas duras, bem como ao “Modelo da Automedicação” (Primeiro PTSD, depois Toxicodependência) (Najavits, 2012). Desconhecem-se em Portugal, dados sobre a comorbilidade destas duas patologias.

1.3. Aspetos nosológicos da PTSD e da Toxicodependência

1.3.1. A Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD)

De acordo com o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), a PTSD verifica-se quando o indivíduo experimenta, observa ou é confrontado com um evento traumático (como ameaça à integridade física, ferimento grave, ameaça de morte), cuja resposta envolve medo intenso, sentimento de desproteção ou horror e manifesta uma diminuição das habilidades funcionais como consequência experimentação de sintomas como intrusão, evitamento e ativação (American Psychiatric Association, 2002). O DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) inclui algumas mudanças nos critérios de diagnóstico de PTSD, sendo agora classificada numa nova classe

“Perturbações relacionadas com trauma e stressores” (*trauma and stressor-related disorders* - abandonando a classe de Perturbações de Ansiedade), bem como algumas alterações nos critérios de diagnóstico, como a divisão dos anteriores sintomas por cinco *clusters*, a inclusão de três novos sintomas, a eliminação do critério A2 “resposta envolve medo intenso, sentimento de desproteção ou horror após o trauma”, a inclusão de um novo subtipo “com sintomas dissociativos” e critérios de diagnóstico separados para crianças até aos seis anos, que podem implicar a revisão de alguns instrumentos de avaliação (American Psychiatric Association, 2013)

A distinção entre PTSD simples, que corresponde à exposição e um único evento, geralmente na idade adulta e a PTSD complexa, que resulta da exposição a múltiplos traumas, cuja ocorrência se verificou geralmente na infância é frequentemente aceite, embora não seja reconhecida pelo DSM-IV-TR (Najavits, 2012). São várias as situações de risco para o Trauma e PTSD, situações como os acidentes de viação, as situações de abuso na infância, os traumas vividos no segredo das famílias, a violência doméstica, o abuso sexual de menores, os maus tratos na infância, os crimes contra a integridade física, as violações, os acidentes pessoais e de trabalho, os incêndios nas florestas, explosões ou fogos em edifícios, as catástrofes naturais como cheias e desabamentos que provocam várias vítimas e danos consideráveis nas vidas de muitas pessoas. Para além da população civil, soldados portugueses que participam em missões de manutenção de paz em áreas de conflito como Angola, Kosovo e Timor e Iraque, enfrentam ocasionalmente situações de grande risco. Acrescem as potenciais vítimas indiretas como os bombeiros, pessoal das brigadas de trânsito e da emergência médica, que recorrentemente se vêm confrontados com a morte e o sofrimento, sendo frequentemente identificados em alguns destes grupo sinais de perturbação (Maia, 2004).

1.3.2. Toxicodependência

A Toxicodependência surge no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) sob a designação de Perturbações por Utilização de Substâncias englobando, quer o Abuso de Substâncias, quer a Dependência de Substâncias (forma mais severa, que inclui tolerância, abstinência ou um padrão de utilização compulsiva). No DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) esta distinção entre as duas formas, Abuso de Substâncias e Dependência de Substâncias é unificada, num *continuum* de

moderado a severo, passando a designar-se simplesmente por Perturbação por Utilização de Substâncias (American Psychiatric Association, 2013).

1.4. Modelos de compreensão da coocorrência PTSD/ Toxicodependência

De acordo com os modelos comportamentais de abusos de substâncias, o consumo de álcool e droga é encarado como um comportamento operante, que se estabelece e mantém através das consequências farmacológicas, cognitivas, emocionais, sociais e ambientais que lhe estão associadas, sendo particularmente importante o processo no qual o abuso de substâncias é reforçado negativamente, quando seguido pelo evitamento de estímulos aversivos (Ruzek, 1998). Os clínicos assumem frequentemente que os sobreviventes de um evento traumático, utilizam abusivamente álcool e drogas com o objetivo de reduzirem os sintomas de PTSD, podendo desta forma materializar uma tentativa de evitamento de memórias de abuso específicas e de respostas afetivas características da PTSD (Ruzek, 1998). O curso da PTSD prediz o uso de substâncias, com o potencial do Reforço Sistemático (*Contingency Management*) ser uma estratégia extraordinariamente eficaz para os pacientes que apresentam melhorias substanciais e duradouras no diagnóstico de PTSD (Burns et al, 2010).

De acordo com Schäfer & Najavits (2007), a coocorrência de PTSD e Toxicodependência pode ser observada devido a múltiplas relações causais, quer considerando que um evento ou experiência traumática pode conduzir ao abuso de substâncias, quer o contrário, levando ao desenvolvimento de várias explicações teóricas, como a “Teoria da Automedicação”, que hipotetiza o abuso de substâncias como uma forma de *coping* do indivíduo face aos sintomas de PTSD, ou a “Hipótese de Alto Risco”, que coloca como possibilidade, o próprio abuso de substâncias como um fator de risco, que poderá contribuir para o aumento da probabilidade de ocorrência de Trauma. Uma outra hipótese explicativa, a “Hipótese da Sensibilidade”, atribui à maior vulnerabilidade biológica e psicológica nos indivíduos toxicodependentes, a possibilidade desta condição poder conduzir a uma maior probabilidade de desenvolver PTSD após exposição ao evento traumático e finalmente a hipótese que sugere a relação PTSD/ Toxicodependência como podendo ser mediada por uma terceira variável, como *disconstraint* e défices de habilidades de *coping*.

Consistente com a Teoria da Automedicação, os resultados de um estudo que avaliou a relação entre a frequência dos sintomas de PTSD nas últimas duas semanas (face ao momento do estudo) e a motivação para o consumo de *cannabis*, revelam que a referida frequência prediz significativamente a estratégia de *coping* como motivação de uso (Bujarski et al, 2012), permitindo perceber o potencial de risco que o sujeito exposto a uma situação traumática apresenta.

1.5. Diferenças clínicas nos resultados do tratamento

O perfil clínico dos toxicod dependentes que apresentam simultaneamente PTSD é mais severo do que aqueles que apresentam um dos diagnósticos isoladamente, apresentam um início mais precoce no abuso de substâncias, com mais anos de uso problemático, maior severidade no consumo de substâncias e maiores índices de politoxicod dependência. Apresentam também uma maior probabilidade de preencher os critérios para outras perturbações psiquiátricas, sobretudo quadros de depressão e ansiedade, constatando-se que pacientes com Trauma Complexo de início precoce tendem a apresentar uma multiplicidade de outros problemas, como ideação suicida, impulsividade, comportamento auto destrutivo e vulnerabilidade para a “revitimização” (Schäfer & Najavits, 2007).

É reconhecida a maior severidade clínica e piores resultados de tratamento associados ao duplo diagnóstico, bem como a noção de que ambas perturbações precisam de ser tratadas (Najavits, 2005). A PTSD interfere com a capacidade dos pacientes em beneficiarem do tratamento da Toxicod dependência, tendo sido possível concluir, através de estudos com diferentes amostras de toxicod dependentes, que aqueles que apresentam simultaneamente o diagnóstico de PTSD, aderem menos à terapêutica, revelando consistentemente piores resultados em várias medidas e menor duração de abstinência, bem como uma maior probabilidade de serem readmitidos e utilizarem mais os locais de tratamento, sendo também percebidos pelos terapeutas como pacientes mais difíceis de tratar (Schäfer & Najavits, 2007). Apesar deste reconhecimento e da importância que tal representa, a PTSD é frequentemente subdiagnosticada, passando despercebida entre indivíduos toxicod dependentes (Gielen et al, 2012).

A noção de duplo diagnóstico incorpora o conceito de doença mental que coocorre com a Toxicod dependência, verificando-se uma tendência crescente para a

diferenciação de duplos diagnósticos específicos, sendo possível observar na comorbidade Toxicodependência/PTSD, a existência de semelhanças, bem como de diferenças, com outros duplos diagnósticos (Najavits, 2005). No que diz respeito às semelhanças, surgem desde logo as relações multicausais possíveis entre os dois diagnósticos, constituindo-se um como fator de risco para o outro ou vice-versa e cada um dos diagnósticos influenciando o curso do outro (Weiss et al, 1998). Os dois diagnósticos precisam ser tratados, independentemente de qual se instalou primeiro e os resultados de tratamento são piores quando comparados com diagnósticos simples (Ouimette & Brown, 2002).

Relativamente às especificidades da comorbidade entre PTSD e Toxicodependência, identifica-se a possibilidade dos sintomas de PTSD piorarem com a abstinência de substâncias, observando-se um aumento da intensidade emocional associadas às memórias do Trauma, que se encontravam num estado de letargia, devido a o consumo de substâncias (Najavits, 2005).

Embora pareçam existir fatores pré existentes (fatores biológicos, histórico na família de doença mental, estatuto sócio económico baixo) que influenciam a maior propensão que determinados indivíduos apresentam para o desenvolvimento de sintomas de PTSD, trata-se de uma perturbação cuja causa é conhecida e externa ao paciente, possibilitando desta forma um maior envolvimento do paciente no evento traumático específico e nas suas consequências (Najavits, 2005).

A PTSD poderá ser mais fácil de diagnosticar num contexto de Toxicodependência, na medida em que existem poucas sobreposições de critérios de diagnóstico que possam tornar difícil uma avaliação clara do diagnóstico, ao contrário do que acontece com outras perturbações (Najavits, 2005).

A PTSD apresenta características únicas que vão para além de um diagnóstico do DSM, e que decorrem de aspetos mais abrangentes de identidade que se podem traduzir em questões existenciais do paciente, automutilação, sentimento de culpa, problemas sexuais, dissociação e problemas de memória (Najavits, 2005).

A PTSD pode ser mais rejeitada e subdiagnosticada do que outras perturbações, por múltiplas razões que podem incluir o medo ou vulnerabilidade, o ato de culpar a vítima e o apoio excessivo aos detentores do poder, tornando-se assim uma perturbação facilmente sujeita à negação e à minimização por parte dos membros da família do

paciente, pela comunidade e até pelos técnicos de saúde mental. Apresenta também um potencial único de evocar sintomas da perturbação no terapeuta ou clínico, conhecida como Trauma Secundário ou Trauma Vicariante, que resulta na experienciação de sintomas de PTSD por parte do terapeuta caso este tenha estado exposto a muitos pacientes com Trauma (Najavits, 2005).

A PTSD pode beneficiar de uma abordagem terapêutica por fases (*Stage-Based Treatment*), correspondendo uma primeira fase de “Segurança”, particularmente nas situações mais severas, uma segunda fase de “Luto” / “Processamento do Trauma” / “Terapia de Exposição” e uma terceira fase de “Religação”, embora o desenvolvimento de capacidades de delinear e implementar estratégias de *coping* possa ser suficiente e preferível em alguns casos (Najavits, 2005).

1.6. Dilemas e tendências na escolha de tratamento

Qual a melhor forma de tratar a PTSD é uma questão de longa data (Najavits, 2012), verificando-se que a área da terapia para a PTSD se encontra ainda numa fase inicial, pelo que a procura de tratamentos que sejam clinicamente significativos para cada tipo de pacientes é um desafio constante (Najavits, 2012). Existem no entanto algumas constatações que importam considerar, nomeadamente a noção de que a maior parte das abordagens terapêuticas mostram ter mais efeito na PTSD do que na Toxicodependência, sugerindo que a Toxicodependência é mais difícil de tratar (Najavits, 2013) e que quanto mais um clínico tenha implementado determinado modelo de tratamento, mais útil o considera (Najavits et al, 2011). Assim, as estratégias de tratamento, para indivíduos toxicodependentes com PTSD, podem variar muito face a indivíduos com outras comorbilidades (Najavits, 2012).

Estudos comparativos de eficácia entre Terapias para a PTSD revelam que estas raramente se superam entre si, pelo que outros aspetos, para além da eficácia poderão ser tão ou mais importantes na escolha do tratamento, podendo desta forma ser considerada a preferência do clínico e do paciente, o custo e a intensidade da intervenção e o contexto clínico (Najavits, 2012). Assim, o tratamento da PTSD no contexto da Toxicodependência beneficiará de um tratamento integrado PTSD/ Toxicodependência ao mesmo tempo, preferencialmente pelo mesmo terapeuta ou programa, tentando assim aumentar as possibilidades de recuperação de ambas perturbações, acreditando-se ser esta forma mais custo-efetiva, permitindo capitalizar

melhorias em determinado domínio para estimular as melhorias de outro e contribuindo assim para uma maior motivação e envolvimento do paciente (Najavits, 2005).

É reconhecida a terapêutica a aprendizagem que pode ser feita pelo paciente sobre o seu diagnóstico (frequência de coocorrência, diferenças de género, sintomas relacionados com o Trauma), podendo contribuir para que este perceba como os seus comportamentos, incluindo o abuso de substâncias se pode enquadrar na sua história de Trauma, colocando-se assim em evidência a importância da psicoeducação (Najavits, 2005).

O abuso de substâncias é parcialmente percebido como uma tentativa errónea para lidar com eventos, sentimentos e relações (Maramallat & Gordon, 1985, cit por Najavits, 2005), a par com outras estratégias falhadas, ineficazes e inadequadas como a automutilação, a passividade (deixar as coisas simplesmente acontecerem), a falta de objetivos e perturbações relacionais (lutas de poder), pelo que a maior parte dos tratamentos enfatizam o desenvolvimento de novas estratégias de *coping* (Najavits, 2005).

Mesmo pessoal que não esteja envolvido na condução da terapia, como sejam administradores, auxiliares, e paraprofissionais, podem representar um papel importante no ambiente envolvente do tratamento, através da aprendizagem de alguns aspetos da PTSD e da forma como esta poderá estar relacionada com o abuso de substâncias, que se podem traduzir na adaptação de procedimentos que tenham em conta essa aprendizagem, no contexto do tratamento (Najavits, 2005).

Dada a complexidade deste duplo diagnóstico e dos vários problemas que por vezes poderão estar associados (sem-abrigo, pobreza, problemas médicos, VIH, relações parentais, familiares e de justiça), quantas mais modalidades de tratamento melhor (Najavits, 2005).

Um aspeto igualmente importante para o sucesso terapêutico, diz respeito à necessidade do terapeuta lidar com as suas respostas emocionais face ao paciente, dado o potencial das duas perturbações (PTSD/ Toxicodependência) em evocar respostas de contra transferência (Najavits, 2005).

No que diz respeito a psicoterapias específicas, a terapia *Seeking Safety* é uma terapia focada no presente que pretende possibilitar que o paciente possa alcançar a segurança, quer relativamente ao Trauma/PTSD quer à Toxicodependência, que consiste em vinte cinco tópicos que abordam os domínios cognitivos, comportamentais e interpessoais, proporcionando linhas de orientação clínica, para intervenções de formato individual e de grupo, numa variedade de contextos quer em regime ambulatorio quer de internamento, visando um alto grau de flexibilidade, tratando-se da terapia para Trauma/PTSD e Toxicodependência mais extensamente estudada e evidenciando resultados positivos (Najavits, 2005). A abordagem *Seeking Safety* parece ser reconhecida pelos clínicos, como altamente relevante e pelos pacientes como capaz de abordar necessidades específicas de uma forma que nenhum tratamento anterior conseguiu (Brown et al, 2007) e apresenta-se como uma terapeutica potencialmente benéfica para os pacientes e apelativa para os clínicos (Cook et al, 2006), sendo definido como o modelo de tratamento mais estudado, mostrando resultados positivos, simultaneamente no tratamento de PTSD/ Toxicodependência (Najavits, 2013).

Numa revisão da literatura sobre estudos que apresentam resultados de tratamento da comorbilidade entre PTSD/ Toxicodependência realizada por Najavits e Hien (2013), a terapia *Seeking Safety* surge como a mais estudada, apresentando 22 dos 35 estudos e sendo a única até à data que apresentou efeitos quer no Trauma/PTSD quer na Toxicodependência face a um grupo de controlo (estudos controlados ou aleatoriamente controlados). É de destacar a inexistência de um modelo (até à data ou em desenvolvimento próximo) que possa resolver de forma rápida esta comorbilidade, sendo sugerido que para Toxicodependência/PTSD complexa, um tratamento longo é percebido como necessário, destacando-se nesse sentido a Terapia Comportamental Dialética, uma das abordagens mais frequentemente adotada para populações complexas que se encontra desenhada para 182 horas de terapia individual e de grupo ao longo de um ano (Najavits e Hien, 2013).

Vários *Gold Standard* para o tratamento isolado da PTSD foram identificados como modelos de curta duração (12-20 sessões) indicados apenas para um conjunto reduzido de pacientes, sendo de supor que pacientes com a comorbilidade PTSD Complexo/Toxicodependência num grau mais severo poderão precisar de modelos que proporcionem suporte contínuo, ao invés de uma abordagem de duração limitada, provavelmente indicada em situações de menor severidade, sendo igualmente de realçar que os tratamentos de PTSD/ Toxicodependência são habitualmente mais

longos (do que os tratamentos para o diagnóstico de PTSD isolado) e focados no presente, verificando-se que alguns modelos com foco no passado incorporam também abordagens focadas no presente. Assim, o desenvolvimento de recursos para o tratamento de pacientes que apresentem uma maior complexidade poderá ser um objetivo de saúde pública (Najavits & Hien, 2013). Um estudo que pretendeu avaliar a posição do terapeuta face à terapia focada no presente vs focada no passado, envolvendo 133 clínicos, permitiu concluir uma maior propensão para a preferência pela terapia focada no presente do que no passado, mas um claro interesse em ambas e na sua combinação. Verificou-se que relativamente aos terapeutas que apresentaram valores relativamente mais altos de preferência pela terapia focada no passado, se encontravam características como história pessoal de Trauma ou Toxicodependência anterior e exercício profissional num contexto de Toxicodependência (Najavits, 2006b).

Integrando o constructo Perspetiva de Tempo no tratamento isolado da PTSD, surgiu recentemente Terapia de Perspetiva de Tempo (TPT), ainda com escassos dados publicados, mas com resultados encorajadores de um estudo piloto ainda em curso para testar a eficácia da TPT, tendo sido publicado em outubro de 2012 o livro intitulado *Time Cure*, no qual o casal Sword apresenta dados da sua prática clínica no Maui, com veteranos de guerra. A TPT é descrita como uma evolução da Terapia Cognitivo Comportamental com o objetivo de promover no paciente uma Perspetiva de Tempo equilibrada, pressupondo que o paciente vítima de Trauma/PTSD de alguma forma ficou “preso no tempo” e dessa forma reexperiencia repetidamente esse momento e todas emoções associadas (Zimbardo et al, 2012). Desconhecem-se dados relativos ao tratamento com esta abordagem terapêutica na comorbilidade PTSD/Toxicodependência.

Capítulo 2. Conceitos subjacentes à Perspetiva Temporal

2.1. A medida subjetiva do tempo

Uma abordagem cognitiva de processamento da informação faz sentido a partir de diferentes dados da experiência de tempo e em particular, da experiência de duração, seja através do prolongamento ilusório da duração sob a influência da administração de uma droga, sedativos ou estimulantes ou por via dos efeitos de uma experiência sentida para ser um sucesso ou através do efeito da privação sensorial no tempo. A

percepção do tempo é um processo cognitivo e por isso sujeito a “ilusões de ótica/temporais” (Zimbardo & Boyd, 2008). Não existindo uma forma correta de observar essas ilusões, existem razões subjetivas que tornam uma perspectiva preferível a outra, num mundo subjetivo complexo e social como aquele em que vivemos (Zimbardo & Boyd, 2008). Reconhecer os quadros de referência através dos quais nós vemos o tempo, poderá permitir perceber em que situações a Perspetiva de Tempo poderá representar um impedimento (Zimbardo & Boyd, 2010) e desta forma desenvolver um comportamento mais adaptativo face a cada situação. Alguns destes quadros de referência são impostos pela sociedade (religião, educação, classe social, enquadramento cultural), outros representam uma escolha pessoal (Zimbardo & Boyd, 2008). Crenças e práticas religiosas, limitações socioeconómicas, localização geográfica, ambiente educacional e cultural e instabilidade podem motivar o indivíduo a adotar uma das orientações temporais (Zimbardo & Boyd, 2008). O ser humano tem a capacidade de viajar mentalmente no tempo, através do passado, presente e futuro, podendo as Perturbações Emocionais ser compreendidas (pelo menos parcialmente), através da avaliação da forma como o indivíduo percebe e usa o tempo para conduzir as suas emoções e comportamento (Gruber et al, 2012).

2.2. Enquadrando o Tempo na vida real

Zimbardo e Boyd investigam a psicologia do tempo há mais de trinta anos, focando a forma como aspetos do ambiente, como seja o caso do ritmo de vida na comunidade, são internalizados, aceites e difundidos, influenciando pensamentos, sentimentos e comportamentos. A atitude face ao tempo é largamente apreendida, constatando-se que a relação entre o indivíduo e o tempo é geralmente inconsciente e subjetiva, verificando-se a tendência para divisão do fluxo contínuo de experiências em quadros de tempo por forma a obter ordem, coerência e significado para os eventos, podendo estes quadros de tempo refletir padrões como a mudança de estações, o ciclo do mês, aniversários ou representarem eventos singulares como um acidente ou uma morte. Assim, a Perspetiva de Tempo é utilizada para codificar, armazenar, recordar experiências, para sentir, ser, delinear expectativas, objetivos, contingências e imaginar cenários (Zimbardo & Boyd, 2010).

A Perspetiva de Tempo representa um papel fundamental na forma como o indivíduo vive, tendendo a desenvolver e utilizar predominantemente uma Perspetiva de Tempo particular (foco no passado, presente ou futuro). O sujeito orientado para o futuro,

tende a alcançar maior sucesso acadêmico, a comer bem, a fazer exercício físico, a fazer exames médicos de rotina, contrastando com o indivíduo com orientação presente, que apresenta uma maior probabilidade de se envolver em comportamentos sexuais de risco, jogo, drogas e álcool, procurando o prazer imediato. Para o sujeito, cuja orientação temporal predominante é o passado, as memórias tanto podem ser preenchidas com momentos positivos e prazerosos, como com memórias negativas, falhas, arrependimentos. Estas atitudes divergentes face ao passado representam um papel crítico nas decisões diárias, na medida em que se tornam os quadros de referência à luz dos quais são tomadas decisões (Zimbardo & Boyd, 2010). Vários aspetos práticos tem sido avaliados pela investigação, sendo de referir, apenas para tornar perceptível o alcance destes aspetos, que Investigadores da Rice University concluíram que as pessoas tendem a interpretar os sons que aumentam e diminuem como mais longos, do que aqueles que se mantem contantes no tempo (Zimbardo & Boyd, 2008), bem como outra investigação que identificou o consumo de substâncias psicoativas como um caminho rápido para a orientação presente, uma vez que alteram a consciência e suspendem formas de pensamento racionais, colocando a mente num presente ilimitado (Zimbardo & Boyd, 2008). Em síntese, a forma como o indivíduo aborda e desenvolve a noção do seu passado e do seu futuro, exerce influência nas suas esperanças, medos, desejos e conseqüentemente nos seus comportamentos (Ortuño & Gamboa, 2008).

2.3. O estudo científico do Tempo Psicológico

As várias formas que o tempo assume, têm sido alvo de estudo por várias áreas do conhecimento científico, desde há muito tempo (Ortuño & Gamboa, 2008), verificando-se que em inumeras ocasiões, independentemente da abordagem teórica utilizada, o tempo tem sido considerado como uma dimensão significativa para a análise do comportamento humano (Ortuño & Gamboa, 2008). A importância do estudo da experiência subjetiva do tempo para a compreensão das cognições e comportamentos humanos, tem sido confirmada através da investigação sobre o tema nas últimas décadas (Ortuño & Janeiro, 2009), constatando-se que a investigação realizada suporta que a zona temporal dominante de um sujeito exerce forte influência nos seus comportamentos e cognições (Ortuño & Janeiro, 2010). Zimbardo & Boyd (2008) compilaram algumas das definições de Perspetiva de Tempo que acompanharam o desenvolvimento da Psicologia, que se apresentam em seguida.

“A Perspetiva de Tempo é o conhecimento de alguma outra parte do fluxo, passado ou futuro, próximo ou remoto, que está sempre misturado com o conhecimento da coisa presente” (William James, cit por Zimbardo & Boyd, 2008, p. 51).

“A Perspetiva de tempo é a totalidade da visão do indivíduo do seu futuro psicológico e do seu passado psicológico que existem num dado momento” (Kurt Lewin, cit por Zimbardo & Boyd, 2008, p. 51).

“As nossas ações a determinado momento, não dependem unicamente da situação na qual nos encontramos nesse instante, mas também em tudo aquilo que já experienciamos e em todas as nossa expectativas futuras. Cada uma das nossas ações tem este apeto em consideração, algumas vezes de forma explícita, sempre de forma implícita...Podemos dizer que cada uma das nossas ações ocorrem numa perspetiva temporal, dependem do nosso horizonte temporal no preciso momento da sua ocorrência” (Paul Fraisse, cit por Zimbardo & Boyd, 2008, p. 51).

“A Perspetiva de Tempo é frequentemente uma atitude pessoal, não consciente, que cada um de nós possui face ao tempo e ao processo através do qual o fluxo contínuo da nossa existência é codificado em categorias de tempo por forma a permitir fornecer ordem, coerência e significado às nossas vidas” (Zimbardo & Boyd, 2008, p. 51).

William Wundt, William James e Kurt Lewin reconheceram a importância do tempo, tendo levado a cabo experimentações simples sobre o Tempo. No entanto poucos psicólogos fizeram do tempo, o foco principal do seu trabalho, e aqueles que se dedicaram a estudar a temporalidade definiram, mediram e abordaram o tempo de uma forma única (para cada um deles), sem uma atitude colaborativa para alcançar um consenso com os colegas e assim criarem uma plataforma de trabalho comum, passível de ser partilhada pelos investigadores. Assim, a investigação revela múltiplas dimensões da Perspetivas de Tempo teoricamente não relacionadas, pelo que se tornou necessário a criação de uma a medida consistente e de vocabulário comum, para discutir o tempo, dando o Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI), resposta a essa necessidade (Zimbardo & Boyd, 2008).

No que diz respeito a investigação envolvendo a Perspetiva de Tempo em contextos que podem ser úteis para o presente trabalho, são de referenciar dois estudos conduzidos por Keough et al (1999), que avaliaram os indivíduos orientados para a Perspetiva Temporal Presente (PTP) como apresentando uma maior probabilidade de

uso de drogas, álcool e tabaco. No estudo 1 ($N = 2672$, distribuídos por 15 amostras), a PTP apresentou uma relação com o uso mais frequente de drogas, álcool e tabaco e a Perspetiva Temporal Futura (FTP), ou seja o Futuro Positivo apresentou-se negativamente relacionada com o uso de drogas, álcool e tabaco, embora com uma relação mais fraca do que PTP, sugerido que as diferentes orientações temporais (Presente/Futuro) são constructos independentes. No estudo 2, a PTP revelou ser um constructo significativo no uso de substâncias, mesmo quando controlados traços de personalidade que foram identificados como relacionados com o aumento do uso de substâncias, permitido concluir que a Perspetiva de Tempo é um constructo importante que deverá ser considerado na avaliação de comportamentos de saúde, como o uso e abuso de substâncias, bem como nos planos de intervenção terapêuticos (Keough et al, 1999).

Outro estudo que pretendeu explorar a relação entre Perspetiva de Tempo (PT), uso de *cannabis* e percepção do risco associada a esta substância ($N = 198$), permitiu concluir que a PT é um fator preditor de uso de substâncias psicoativas e da frequência de consumo de *cannabis*, bem como a PT como variável moderadora entre consumo e percepção do risco, pelo que a PT deverá ser considerada uma variável significativa quando analisada a complexidade do contexto associado aos consumos (Apostolidis et al, 2006). Ainda neste tema, um estudo que envolveu 452 indivíduos, com o objetivo de avaliar o início precoce do consumo de substâncias (tabaco, álcool e *cannabis*) concluiu que a orientação temporal Presente apresenta uma relação positiva com o uso de substâncias e a orientação temporal Futuro, uma relação inversa (Wills et al, 2001). Desta forma importantes indicadores da relação entre Perspetiva Temporal e consumo de substâncias foram identificados.

Também em situações potencialmente de risco para o desenvolvimento de Trauma/PTSD a orientação temporal foi estudada. Assim, a Perspetiva de Tempo constitui-se como preditor de condução de risco, mesmo quando isoladas nove outras variáveis previamente associadas à condução de risco, como impulsividade e agressividade (Zimbardo & Boyd, 1997), particularmente importante para a PTSD, dado o elevado volume de acidentes que ocorrem anualmente, e o conseqüente risco de exposição a Trauma nos sobreviventes. No que diz respeito a indivíduos previamente expostos a uma situação traumática, num estudo que envolveu três amostras - vítimas de incesto, veteranos de guerra e vítimas de incêndio, a orientação temporal focada no passado, demonstrou estar associada a níveis elevados de *coping* desadaptativo, muito tempo depois de a situação traumática ter ocorrido, mesmo

quando controlando o grau de ruminação reportado (Holman & Silver, 1998). A desintegração temporal quando o trauma ocorre, traduz-se na constatação de que o momento presente fica isolado da continuidade passado e futuro, demonstrando estar associada a níveis mais altos de orientação para o passado, ao longo do tempo, sendo mais comum nos indivíduos que experienciaram uma perda severa, naqueles que vivenciaram previamente uma experiência traumática com carácter crónico, bem como nos que viram as suas identidades ameaçadas face à situação traumática (Holman & Silver, 1998).

2.4. O Passado, os Comportamentalistas e Freud

Jonh Watson e B. F. Skinner afirmaram de forma confiante que o comportamento humano é completamente determinado pelas recompensas e punições experienciadas no passado (Zimbardo & Boyd, 2008). Sob o ponto de vista de Freud, concepções do passado determinariam o presente, tendo-se dedicado a explorar experiências reprimidas passadas para as reinterpretar à luz do presente (Zimbardo & Boyd, 2008). Embora a moderna psicologia e psiquiatria tenha abandonado muitas das teorias de Freud, a sua escuta sensitiva, sem censura, continua a ser nuclear nos tratamentos terapêuticos atuais. As visões de Freud e dos comportamentalistas sobre o passado, conduziram-nos a desenvolver diferentes formas de psicoterapia. Para Freud, a terapia consistia numa exploração honesta do passado, enquanto para os comportamentalistas a manutenção de um comportamento indesejado teria por base uma recompensa (ainda que não explícita) no passado, pelo que poderia ser substituído por outro mais ajustado através do mecanismo de reforço positivo ou negativo (Zimbardo & Boyd, 2008).

2.5. A reconstrução do passado

As memórias não são um registo objetivo e permanente de eventos passados, antes são reconstruções influenciadas por atitudes presentes, crenças e informação disponível. Esta natureza reconstrutiva significa que a forma como o sujeito pensa e sente o momento atual influencia a sua memória sobre “o que realmente aconteceu” (Zimbardo & Boyd, 2008). Corroborando a natureza reconstrutiva da memória, Elizabeth F. Loftus desenvolveu vários estudos sobre o tema. Um desses estudos, *Reconstruction of Automobile Destruction* (1974), citado por Zimbardo & Boyd (2008), consistiu no visionamento de um filme sobre um acidente que envolveu dois

carros, seguido de um questionário a dois grupos acerca da forma como tinha ocorrido o acidente, modificando apenas as palavras utilizadas para formular as perguntas (e.g. “esmagar” em vez de “bater”). Assim, constatou-se que a manipulação de perguntas é uma das formas possíveis de distorcer os conteúdos da memória, seja através da lembrança de factos que não ocorreram, como eventos imaginários ou falsos, que são recordados como se de facto tivessem sido experienciados. Não é possível saber quantas das memórias recuperadas são verdadeiras ou falsas, no entanto, constata-se que as memórias negativas magoam, quer sejam verdadeiras ou não (Zimbardo & Boyd, 2008).

2.6. As Perspetivas de Tempo mais comuns no mundo ocidental

2.6.1. A relevância da Orientação Temporal focada no passado

O determinismo psicológico afirma que qualquer pensamento, sentimento e comportamento do indivíduo é causado por eventos que ocorreram no passado. É objetivo da ciência descrever, compreender, prever e se possível exercer controlo (sobre o próprio ou sobre o mundo), idealmente, para melhor (Zimbardo & Boyd, 2008). Predições precisas requerem que relações identificadas no passado e no presente, sejam também válidas no futuro. Zimbardo e Boyd (2008) acreditam que a distinção entre um evento passado e a presente interpretação do mesmo, é crítica porque oferece uma esperança de mudança (mudança de atitude face ao que aconteceu). A investigação constata que pessoas que tem atitudes positivas face ao passado (baseadas em memórias precisas ou não) tendem a ser mais felizes, saudáveis e mais bem-sucedidas do que aquelas que apresentam uma atitude negativa face ao passado (Zimbardo & Boyd, 2008).

O passado providencia sentido e continuidade ao *self*. Para aqueles que têm atitudes positivas em relação ao passado este pode constituir uma fonte de felicidade, no entanto, quer a orientação seja positiva, podendo ter associado um sentido de segurança, ou negativa, significa que o sujeito está preso ao passado, sendo provavelmente menos propenso para correr riscos, encetar novas amizades, experimentar novos sabores, expor-se a novas formas de arte e música (Zimbardo & Boyd, 2008). Adicionalmente, se as pessoas de uma determinada cultura que utilizam o passado para avaliarem situações presentes, partilham um Trauma comum, muito provavelmente quererão vingança, envolvendo as novas gerações em “acertos de

contas” contra ofensas perpetradas contra os seus antepassados, com as consequências negativas que daí advêm (Zimbardo & Boyd, 2008).

Dois investigadores da Universidade da Califórnia, Berkeley surpreenderam-se com a constatação de que vários toxicodependentes (forma injetada) relatavam “não fazerem nada “ o dia todo, significando, “nada de novo”, “nada de importante”, “nada diferente”. Essencial para o processo de recuperação de um toxicodependente é a existência de uma programação diária, na qual o tempo é altamente estruturado. Também Goldberg & Maslach (1996) (cit por Zimbardo & Boyd, 2008), numa avaliação com 300 sujeitos procurando compreender ligações entre Passado e Futuro, concluíram que a forma como os indivíduos interpretam o seu passado está relacionada com a capacidade de imaginar o futuro (Zimbardo & Boyd, 2008). O Passado exerce a sua influência no sujeito através da mobilização de memórias de acontecimentos ou situações passadas que se integram no momento presente condicionando o seu comportamento (Zimbardo & Boyd, 1999).

A dimensão Passado Positivo captura atitudes face ao passado, não sendo um registo objetivo de bons ou maus eventos. Uma atitude positiva face ao passado pode refletir eventos positivos que o indivíduo realmente experienciou ou atitudes positivas que lhe permitem tirar o melhor partido de uma situação difícil. Psicologicamente, o que o indivíduo acredita ter acontecido no passado, influencia os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, mais do que o que aconteceu factualmente. Assim o sujeito que experiencie eventos aversivos, mas que os recorda de uma forma positiva poderá tornar-se resiliente e otimista (Zimbardo & Boyd, 2008).

A dimensão Passado Negativo, tal como na anterior, avalia a atitude face a eventos que ocorreram no passado. Atitudes negativas podem dever-se à factual experiência de eventos negativos ou à presente reconstrução de eventos anteriores que possam ter sido benignos. Se por um lado ninguém tem a capacidade de alterar eventos que ocorreram no passado, está no domínio de cada um (*locus* de controlo) alterar crenças e atitudes face aos mesmos (Zimbardo & Boyd, 2008).

2.6.2. A relevância da Orientação Temporal focada no presente

A orientação para o presente tem inúmeros aspetos positivos associados, no entanto, como modo de orientação dominante, os custos poderão superar os benefícios e

assim observa-se um paradoxo do tempo: Alguma orientação para o presente é necessária para desfrutar a vida, no entanto, orientação excessiva para o presente pode retirar a felicidade à vida (Zimbardo & Boyd, 2008). Os Hedonistas (indivíduos tendencialmente orientados para o Presente Positivo) vivem vidas ativas e intensas, preenchidas com novidades, excitação e espontaneidade. Envolvem-se em várias atividades, desportos, *hobbies*, aprendem a fazer amigos e a ser facilmente bem-sucedidos nas relações amorosas. Caso tenham recursos financeiros adequados, podem tirar grande partido da vida, apreciando a natureza, animais e pessoas à sua volta, sendo pessoas com quem geralmente se gosta de estar (Zimbardo & Boyd, 2008). Refletindo sobre o que pode acontecer de errado com quem é impulsivo, espontâneo, agressivo, disposto a correr riscos, que age sem antecipar consequências, que não aprende com insucessos passados, que raramente faz uma análise custo-benefício das suas decisões antes de agir e que é incapaz de adiar a recompensa, surge desde logo o comprometimento com a saúde na medida em que raramente farão *check-ups* médicos regulares, serão menos propensos a comer comida saudável caso não gostem do seu sabor, a sua vida intensa e enérgica é acompanhada geralmente por poucas horas sono. Tem uma maior probabilidade vs outras orientações temporais para fumar, beber excessivamente, conduzir de forma arriscada (Zimbardo & Boyd, 2008). Apresentam risco para qualquer comportamento aditivo, seja através de drogas, álcool, jogo, sexo, comida, dado que como matriz comum o comportamento aditivo proporciona um êxtase imediato e frequentemente uma excitação biológica e social (Zimbardo & Boyd, 2008).

O conhecimento abstrato acerca de consequências futuras não influenciam decisões presentes e ações concretas, ficando relegadas para uma probabilidade vaga considerada irrelevante do ponto de vista pessoal. O pensamento probabilístico e a análise custo-benefício de longo prazo não estão presentes (Zimbardo & Boyd, 2008). Num estudo com dependentes de heroína concluiu-se que estes apresentavam valores significativamente mais altos vs grupo de controlo na orientação Presente Hedonista e Fatalista (Zimbardo & Boyd, 2008), demonstrando-se insensíveis a consequências futuras para várias das suas ações (Zimbardo & Boyd, 2008). Numa experiência com um jogo, os dependentes de heroína jogaram de uma forma que lhes permitia um ganho imediato, mas que resultava numa perda adiada, não conseguindo antecipar o efeito futuro das suas decisões atuais (Zimbardo & Boyd, 2008). Outro estudo que envolveu mais de 400 indivíduos com média de idade de 12 anos, que pretendia comparar o consumo precoce de substâncias com a perspetiva de tempo e outras medidas de *coping*, os investigadores concluíram que a orientação para o futuro

estavam habitualmente relacionados com níveis de resultados adaptativos mais elevados, como controlo percebido, bem-estar positivo e dimensões de *coping* adaptativo, particularmente comportamental. Em contraste, a orientação presente estava relacionada com eventos negativos recentes, falta de controlo percebido, e dimensões de *coping* inadequadas incluindo raiva, evitamento e desamparo (Zimbardo & Boyd, 2008). O Presente é condicionado por variáveis situacionais, sensoriais, biológicas e sociais que se impõe ao sujeito, pelo que a natureza quantitativa e qualitativa dos estímulos no momento que o sujeito vivencia a experiência exercem sobre ele uma importante influência (Zimbardo & Boyd, 1999).

Os enormes custos envolvidos nos comportamentos aditivos para os próprios, para as suas famílias e para o erário público, levaram a que vários países implementassem campanhas publicitárias e programas de prevenção anti comportamentos aditivos nomeadamente relativos ao tabaco e às drogas. Nos EUA dois dos mais conhecidos e caros programas para este efeito foram aplaudidos pelos vários intervenientes, no entanto constatou-se que os seus efeitos se revelaram um insucesso. De acordo com Zimbardo e Boyd (2008) estas campanhas colocam o foco nas consequências aversivas futuras que funcionam para indivíduos com orientação temporal futura, mas não para aqueles orientados para o presente, a audiência alvo. Colocam também o foco na força de vontade pessoal e carácter, falhando no reconhecimento do impacto de aspetos sociais e situacionais que influenciam Hedonistas e Fatalistas, mais do que outros (Zimbardo & Boyd, 2008).

Contextualizando a dimensão Presente Hedonista, poder-se-á recorrer à ideia de que a nossa vida começa com um foco natural no aqui e agora. Enquanto bebés, o cérebro ainda não desenvolveu a sua capacidade de armazenar e recordar, nem o córtex frontal está suficientemente desenvolvido para planificar eventos e imaginar cenários futuros. Um bebé é um pequeno Hedonista orientado para o presente que quer apenas evitar a dor e ter prazer (Zimbardo & Boyd, 2008). Alguns indivíduos no entanto, dão continuidade na idade adulta, a este foco no presente respondendo apenas a estímulos e eventos que acontecem no seu ambiente físico e social imediato (Zimbardo & Boyd, 2008). O sujeito orientado para o presente não faz uso de um simples “se...em seguida”, estando em desvantagem numa situação negocial, numa resolução de conflito, no contexto académico e profissional (Zimbardo & Boyd, 2008). Indivíduos com menos instrução poderão ser mais propensos para serem orientados para o presente. A educação ajuda a desenvolver a noção de futuro, através do estudo para testes e notas que determinam o sucesso ou fracasso e pela necessidade de

adiar a gratificação. Sociedades que ofereçam menos oportunidades de educação terão provavelmente mais indivíduos limitados à orientação presente (Zimbardo & Boyd, 2008).

Os Hedonistas disfarçarão de atividades prazerosas, procurando-as de forma ativa. As suas escolhas de vida refletem isso mesmo, na medida em que se rodeiam de atividades e relacionamentos estimulantes, novos e excitantes, focando-se na gratificação imediata. Revelam ser lúdicos e impulsivos em qualquer idade, evitando situações entediantes e que requeiram esforço. Pelo lado negativo provavelmente terão tendência a preferir a inconsistência das suas vidas, a ter menos controle de impulsos, a serem menos conscienciosos e menos estáveis emocionalmente do que outros. Pelo lado positivo são geralmente bons amigos, amantes e convidados. Desfrutam das outras pessoas como fonte de estimulação, desde que estes não sejam entediantes, algo que eles consideram comum em professores e chefes (Zimbardo & Boyd, 2008).

Relativamente à dimensão Presente Fatalista, recorrendo a uma situação imaginária de uma família, supondo uma mãe ou um pai com pouca instrução, tentando sobreviver no limiar da pobreza com empregos precários, os filhos apresentam um baixo rendimento escolar, um deles começou a consumir drogas, a filha adolescente está grávida, a renda está em atraso, entre outros possíveis problemas, torna-se provável que com o passar do tempo quem vive uma situação destas acredite que nada do que possa fazer fará diferença no futuro, ou seja que o seu comportamento não produz ou influencia os resultados desejados, gerando um sentimento de resignação, esperando simplesmente que a sorte possa mudar (*locus* de controlo externo) (Zimbardo & Boyd, 2008).

Crenças religiosas centradas na predestinação podem também conduzir o indivíduo para uma orientação presente fatalista, uma vez que o que tiver que acontecer acontecerá independentemente da ação individual, uma vez que está predeterminado (Zimbardo & Boyd, 2008). A investigação tem concluído que esta orientação temporal se encontra também entre indivíduos em que parecem não existir motivos claros para que isso aconteça, como por exemplo entre estudantes universitários, nos quais se constata que quanto mais intensa é a sua orientação presente fatalista, maior agressividade, ansiedade, depressão, menor controlo do ego, menos energia, baixa autoestima e menos estabilidade emocional se observam (Zimbardo & Boyd, 2008).

2.6.3. A relevância da Orientação Temporal focada no futuro

Nos sujeitos com esta orientação temporal a saúde e bem-estar são desde logo favorecidos pela maior atenção concedida a *check-ups* médicos, verificando-se menores índices de depressão, dado que não perdem tempo a ruminar em experiências passadas negativas (foco no amanhã). Os investigadores concluíram que a orientação para o futuro (positivo) estava mais habitualmente relacionada com níveis de resultados adaptativos mais elevados, como controlo percebido, bem-estar positivo e dimensões de *coping* adaptativo, particularmente comportamental. Em contraste a orientação presente estava relacionada com eventos negativos recentes, falta de controlo percebido e dimensões de *coping* inadequadas incluindo raiva, evitamento e desamparo (Zimbardo & Boyd, 2008). O futuro traduz a capacidade do sujeito antecipar situações, construir cenários hipotéticos e formular expectativas com recurso a uma análise custo-benefício relativamente a cada situação (Zimbardo & Boyd, 1999).

O futuro, tal como o passado nunca é experienciado diretamente. É um estado psicológico construído mentalmente, a partir das nossas esperanças, medos, expectativas, aspirações revelando-se essencial para o sucesso académico e profissional, acrescentando disciplina, perseverança e sentido de eficácia pessoal ao talento e inteligência, igualmente necessários para o sucesso (Zimbardo & Boyd, 2008). Ao tornar-se orientado para o Futuro (positivo), o indivíduo abdica do prazer imediato e das certezas do aqui e agora para um mundo de opções imaginárias, de probabilidades, de “se...então”. Nesta orientação o passado é encarado como um reservatório de erros a corrigir e de sucessos a serem repetidos e expandidos, existindo pouco espaço para conduzir o presente por impulso. A antecipação de ganhos e perdas de amanhã subordinam as decisões e ações de hoje e mentalmente são construídos cenários, recompensas e sucessos. O sucesso da civilização ocidental nos últimos séculos pode ser rastreado através da prevalência de orientação para o futuro em várias civilizações (Zimbardo & Boyd, 2008). As crenças e expectativas face ao futuro determinam o que acontece no presente, através da contribuição para a forma como o indivíduo pensa, sente e se comporta (Zimbardo & Boyd, 2008).

São conhecidos os efeitos das expectativas e das profecias autorrealizáveis, particularmente o Efeito Pigmalião que resultou do estudo conduzido por Robert Rosenthal (1968), que concluiu que as expectativas dos professores influenciavam o desempenho dos alunos (Zimbardo & Boyd, 2008), bem como a influência das nossas

expectativas no nosso comportamento e das expectativas dos outros em nós, assim como a noção de que se as nossas expectativas residem no futuro, para que possam influenciar o nosso comportamento tem de ser levadas em conta no presente (Zimbardo & Boyd, 2008).

Ninguém nasce com esta orientação temporal, no entanto existem algumas condições predisponentes, que podem atuar como variáveis moderadoras para que tal aconteça. Desde logo o clima, na medida em que a preparação para mudanças sazonais implica planear e modificar comportamentos para os adequar à mudança de estação. Em contraste, viver em climas tropicais agradáveis é quase viver sempre na mesma estação com mais ou menos chuva (Zimbardo & Boyd, 2008). Viver numa família, sociedade, nação estável, na medida em que ao prever benefícios ou desvantagens que possam resultar de alguma ação, se assume a estabilidade possível para que essa avaliação seja concretizável, pelo que são estes ambientes estáveis os mais favoráveis para que tal aconteça (Zimbardo & Boyd, 2008).

Como igualmente importante surge o nível de instrução, já que na escola se aprende a adiar a recompensa, a estabelecer objetivos, a realizar análises custo-benefício, bem como o desenvolvimento do pensamento abstrato (Zimbardo & Boyd, 2008). Também o facto de o sujeito se encontrar na idade adulta, já que a experimentação e refinamento ocorrem sobretudo nesta fase (de jovem adulto até final dos 50), verificando-se a ocorrência de maiores desafios académicos, profissionais e pessoais, como o casamento ou relacionamento estável, a planificação e surgimento da descendência familiar e todas as mudanças e planos que tal implica. (Zimbardo & Boyd, 2008). Assim como ter uma profissão significativa, já que o sentido de autoidentidade gera orgulho nos esforços e torna possível estabelecer contactos para além da rede habitual e mais importante, permite a criação de uma estrutura temporal para cada dia e o cultivo da autodisciplina, num ambiente em que idealmente possa possibilitar oportunidades para o desenvolvimento pessoal, realização de ambições, bem como alcançar independência e segurança económica (Zimbardo & Boyd, 2008).

Adicionalmente, também o uso regular de tecnologia se manifesta favorável ao desenvolvimento desta orientação temporal, já que possibilita a poupança de tempo e o desempenho de múltiplas tarefas, bem como o aproveitamento do manancial de oportunidades que a internet oferece, tornando indispensável a sua utilização (Zimbardo & Boyd, 2008). Ser bem-sucedido, já que representa a recompensa do esforço, permite perceber na prática como acontece e disciplina, na medida em que

reforça a noção de que determinada ação pode conduzir a um resultado desejável (Zimbardo & Boyd, 2008). Ter modelos de pessoas orientadas para o futuro, sejam pais, professores ou amigos poderão ajudar a modelar características fundamentais importantes para o desenvolvimento da atitude face ao futuro (Zimbardo & Boyd, 2008).

Um estudo que pretendeu avaliar a existencia de uma relação bidirecional ou longitudinal entre a Perspetiva de Tempo Futuro (positivo) e o consumo de substancias (álcool, tabaco, *cannabis* e drogas duras) envolvendo 1310 individuos, permitiu concluir que o Futuro Positivo se revela como factor protetor relativamente a todas as substancias, exceto ao álcool (Barnett et al, 2013). Um outro estudo que envolveu 276 adolescentes franceses, permitiu confirmar a dimensão Futuro (positivo), como protetora, no uso de *cannabis* (Apostolidis et al, 2006). Ainda em resultado de uma investigação conclui-se que as intervenções com o objetivo de promover uma orientação temporal futura poderão ser efetivas na diminuição do consumo perigoso de álcool (Beenstock, 2011).

Relativamente à dimensão Futuro Negativo, em contraposição com a dimensão anterior, o futuro pode ser percebido como pouco promissor ou mesmo ameaçador. A estruturação cognitiva dos acontecimentos futuros relaciona o conteúdo das projeções no futuro refletindo o conteúdo das antecipações ao nível da vida mental do sujeito. Também é atribuída a esta dimensão a componente afetiva/motivacional, sendo considerada como tendo impacto determinante no comportamento e na motivação presente do sujeito. Assim, a Visão Negativa de Futuro (VNF) está relacionada com as incertezas, angústias e preocupações que podem advir da conceptualização do futuro, representando uma visão ansiosa ou negativa do futuro, uma tendência para pensar no futuro de forma negativa, como algo imprevisto e ameaçador (Janeiro, 2012). Não integrando a conceptualização de Zimbardo & Boyd (2008) da Perspetiva de Tempo, esta dimensão apresenta-se menos estudada, contudo a Visão Negativa de Futuro foi identificada como um importante preditor da autoestima (Ortuño et al, 2011), parecendo fazer todo sentido ser uma dimensão a avaliar numa investigação que envolva a orientação temporal, numa ótica de complementaridade.

No que diz respeito à dimensão Futuro Transcendental, sabe-se que a crença na vida para além da morte, as recompensas e punições associadas podem influenciar o comportamento presente do indivíduo (Zimbardo & Boyd, 2008). O Futuro Transcendental engloba diferentes eventos que podem incluir o julgamento divino, a

reunião com familiares e amigos que morreram anteriormente, a vida eterna, a reencarnação e o fim da dor e sofrimento. Assim, verifica-se tratar-se de um futuro não documentado (não verificável), sem feedback fiável, sem evidência contraditória usualmente ignorado ou minimizado, por esses motivos, pela psicologia (Zimbardo & Boyd, 2008). A religião, a espiritualidade e a crença na vida após a morte relacionam-se com este segmento de temporalidade. Os nossos objetivos, medos e esperanças “vivem” no futuro, pelo que a crença no Futuro Transcendental poderá ser considerada equivalente à crença num futuro mundano, podendo as teorias da motivação ser alargadas para lá do ponto da morte e utilizadas para explicar aquilo que é frequentemente visto como um comportamento incompreensível (Zimbardo & Boyd, 2008). Para indivíduos sem sucesso material, a sua existência pode tornar-se mais tolerável e até com significado através da crença no futuro transcendental. Aqueles que tenham uma Visão de Futuro Transcendental secular, podem ser motivados a fazer “o que está certo” para as futuras gerações. Aqueles motivados por crenças religiosas poderão fazer “o que está certo” para bem da sua alma, mesmo em detrimento do próprio, no presente. A fama, o prazer e o dinheiro não são valorizados nesta vida, já que a morte trará a recompensa na “próxima vida” (Zimbardo & Boyd, 2008). As cognições e comportamentos de um sujeito podem ser fortemente influenciados pela crença relativa à possibilidade da existência de vida para além da morte, apresentando-se o Futuro Transcendental conceptualmente como uma dimensão que integra a crença sobre um futuro eterno que terá início após a morte física (Ortuño et al, 2013).

2.7. A Orientação Temporal e a PTSD

A PTSD é uma perturbação de ansiedade que começa com um trauma, um evento terrível como um acidente, trauma continuado em resultado de abuso verbal ou físico que ocorre continuamente ou na sequência de um evento terrível em que o indivíduo tenha participado, como uma guerra, na sequência de uma experiência como cuidador, como médico ou enfermeiro num serviço de urgência ou como voluntário numa missão de ajuda humanitária (Zimbardo et al, 2012). O que quer que tenha desencadeado a PTSD, esse terrível evento impede o sujeito de lidar de forma adaptativa na sua vida diária e pode conduzir a vários tipos de sintomas, como desconfiança, hipervigilância, hiperirritabilidade, que representam apenas uma pequena parte do tumulto que ocorre internamente, com a reexperiência do evento e das emoções associadas, colorindo passado, presente e futuro com o negro de medo

(Zimbardo et al, 2012). O termo *Post-Trauma* é claro, mas de alguma forma o sujeito é incapaz de deixar o evento para trás e seguir em frente, revivendo-o uma e outra vez, através de pesadelos que tornam o sono impossível e de *flashbacks* que o fazem ficar preso nesse momento passado (Zimbardo et al, 2012). Dessa forma não é surpreendente que o sujeito procure no tempo presente, evitar tudo o que lhe possa lembrar o trauma, desde pessoas, a lugares, barulhos e cheiros, bem como evitar a possibilidade de ter de falar do evento traumático podendo desta forma tornar-se socialmente isolado (Zimbardo et al, 2012). As estratégias de *coping* para lidar com situações diárias são substituídas por irritabilidade, evitamento e alienação, regressando o sujeito repetidamente à experiência traumática, que permanece tão real como no momento em que a viveu no passado, independentemente do tempo decorrido, tornando-se esse estado aceite como natural e o único real (Zimbardo et al, 2012).

Capítulo 3. Conceitos subjacentes à Regulação Emocional

3.1. Conceitos teóricos inerentes à Regulação Emocional

Nas duas últimas décadas observaram-se importantes avanços na teoria e investigação sobre Regulação Emocional, particularmente um conhecimento aprofundado da sua trajetória de desenvolvimento, neuroanatomia, influências genéticas e ambientais, e interface com a cognição. O papel que os problemas da regulação das emoções desempenham no desenvolvimento e manutenção de transtornos psiquiátricos e comportamentos desajustados, tem sido frequentemente especulado por psicopatologistas, constatando-se que de facto, a maioria dos transtornos encontrados no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), incluem pelo menos um sintoma que reflete uma perturbação na emoção. Verifica-se um maior suporte empírico de apoio a teorias de como a regulação emocional se manifesta, se mantém e contribui para problemas psiquiátricos estimulando desta forma o desenvolvimento do tratamento (Gross, 2006). A Regulação Emocional é particularmente importante no contexto de consumo de substâncias (Wills et al, 2011), constatando-se que os tratamentos focados na Desregulação Emocional poderão ser eficazes na redução de comportamentos impulsivos em toxicodependentes com PTSD (Weiss et al, 2012).

A Regulação Emocional surge definida como um processo através do qual a ativação de determinado domínio de resposta atua para alterar, modular ou titular a ativação de outro domínio de resposta, verificando-se o alargamento destas fronteiras por Garber & Dodge (1991) que postulam o posicionamento da Regulação Emocional na direção interpessoal (colocando ênfase na interação com o meio) e interdomínio (a modelação da resposta de um aspeto por outro no mesmo domínio), clarificando o conceito, definindo-o como o conjunto de fatores intra e extra orgânicos através dos quais a excitação emocional é redirecionada, controlada, modulada e modificada com o propósito de possibilitar um funcionamento adaptativo do indivíduo quando este é confrontado com situações emocionalmente excitantes. Assim, a Regulação Emocional permite manter o equilíbrio interno ótimo para um desempenho adaptativo, proporcionando informação fundamental para o *self* e para os outros sobre o seu estado interno, permitindo flexibilizar as expressões afetivas de acordo com a situação em causa (Garber & Dodge, 1991). A regulação dos sistemas de resposta surge através de um processo de aquisição, pelo que as possibilidades de falhas nesse processo são inúmeras e observáveis quando o sofrimento persiste ou determinados comportamentos/resposta se tornam debilitantes para o sujeito, podendo esta falhas ser percebidas como desregulação do sistema de resposta (Garber & Dodge, 1991).

A Regulação Emocional refere-se ao heterogéneo conjunto de processos (intrínsecos e extrínsecos) através do qual as emoções são reguladas, quer seja de forma automática ou controlada, consciente ou inconscientemente e pode manifestar os seus efeitos em um ou mais pontos do processo de geração de emoções, podendo intensificar, atenuar ou simplesmente manter as emoções dependendo dos objetivos do sujeito (Gross, 2007). Perceber a Regulação Emocional remete para três características centrais da emoção, desde logo a possibilidade do sujeito poder regular quer emoções negativas, quer positivas (aumentando-as ou diminuindo-as), em segundo lugar a Regulação Emocional percebida como um *continuum* começando por ter um carácter consciente, controlado e dependente do esforço empreendido para um conjunto de processos inconscientes, não voluntários e não dependentes de qualquer esforço. Em terceiro lugar, a possibilidade dos processos de Regulação Emocional podem ser utilizados para tornar as coisas melhores ou piores, dependendo do contexto (Gross, 2007).

Gross (2007) sugere um modelo no qual coloca em destaque cinco aspetos na sequência de processos envolvidos na geração de emoções, cada um dos quais constituindo-se com potencial alvo de regulação, desde a seleção da situação,

modificação da situação, desenvolvimento da atenção, mudança cognitiva e modelação de respostas, podendo a regulação ocorrer simultaneamente em qualquer dos aspetos destacados. A Terapia Comportamental Dialética (TCD) identifica a Desregulação Emocional como central para a impulsividade perigosa e para o uso de substâncias, tendo assim como mecanismo primário de mudança a melhoria da Regulação Emocional. Na tentativa de avaliar a relação entre esta melhoria e o consumo de substâncias após terapia (TCD), foi conduzido um estudo que concluiu sobre a eficácia da TCD no controlo comportamental de pacientes toxicodependentes, pelo que se sugere a exploração da Regulação Emocional como potencial mecanismo de mudança em intervenções clínicas (Axelrod et al, 2011).

3.2. A relação entre a Regulação Emocional e a PTSD

As dificuldades de Regulação Emocional na sequência da exposição a um evento traumático têm sido alvo de atenção por parte de investigadores e clínicos, constatando-se que poderão representar um alvo terapêutico chave após experiencição de um evento traumático (Goldsmith et al, 2013). De acordo com Ehring & Quack (2010), na literatura são descritas duas diferentes hipóteses relativamente à relação entre Regulação Emocional e PTSD. Uma dessas hipóteses sugere que as Dificuldades de Regulação Emocional são parte de uma complexa sequela que resulta da exposição crónica a um evento traumático com início precoce (infância), pelo que são menos comuns quando se trata de exposição a um único evento ou de ocorrência mais tardia no ciclo de vida. A outra refere a PTSD de um forma geral como estando associada a Dificuldades de Regulação Emocional. Tendo em conta esta duas hipóteses, uma investigação pretendeu avaliar o papel do tipo de trauma e a severidade dos sintomas de PTSD nas dificuldades de Regulação Emocional numa amostra de sobreviventes de trauma ($N = 616$), concluindo-se que a severidade dos sintomas de PTSD estava significativamente associada a todas as variáveis que avaliam as Dificuldades de Regulação Emocional, bem como foram identificados cotações mais elevadas nos sobreviventes de exposição traumática crónica de início precoce vs sobreviventes de um único evento ou cuja exposição ao trauma se verificou mais tardiamente, verificando-se resultados mais robustos na variável Falta de Clareza Emocional (Ehring & Quack, 2010).

Badour et al (2012) concluiu que o Evitamento (como estratégia de *coping*) pode predizer uma resposta de tratamento mais fraca, em indivíduos sujeitos a tratamento

para a PTSD e que a maior gravidade dos sintomas de PTSD no final do tratamento pode também prever um aumento de Evitamento após tratamento, pondo em evidência a provável natureza bidirecional destes constructos. Constatou-se que as estratégias de Regulação Emocional podem mediar a reconhecida ligação entre Vinculação e sintomas de PTSD (Benoit et al, 2010) e que o contexto da PTSD é altamente relevante, dado implicar o aumento da reatividade ao stress, a diminuição na capacidade de diferenciar e compreender emoções e a dependência de formas inadequadas de *coping* relativas à Regulação Emocional (Boden, 2012). Numa tentativa de perceber melhor os fatores explicativos para a relação positiva (descrita na literatura) entre a severidade dos sintomas de PTSD e o uso de *cannabis* como estratégia de *coping*, conclui-se que as Dificuldades de Regulação Emocional medeiam completamente esta associação (Bonn-Miller et al, 2011). A literatura enfatiza ainda o papel das Dificuldades de Regulação Emocional em múltiplas formas de estratégias de *coping*, após exposição a um evento traumático (Goldsmith et al, 2013), bem como o efeito direto exercido pelo abuso na infância nos sintomas de Pós-Stress Traumático e o efeito indireto através das Dificuldades de Regulação Emocional (Stevens et al, 2013).

3.3. A relação entre a Regulação Emocional e Toxicodependência

A Desregulação Emocional surge com uma importância central para o risco de abuso de substâncias/toxicodependência, verificando-se que melhorias na Regulação Emocional estão associadas à redução da frequência de consumo (Axelrod et al, 2011). Um estudo que pretendeu avaliar a relação entre a abstinência de cocaína, as Dificuldades de Regulação Emocional e o controlo de impulsos, numa amostra de toxicodependentes ($n = 60$) “recém abstinentes” de cocaína em dois momentos distintos, um na primeira semana e outro, três a quatro semanas mais tarde, permitiram concluir (vs grupo de controle, $n = 50$) que o grupo dependente de cocaína apresentou dificuldade em lidar e compreender as suas emoções, bem como no controlo da impulsividade, mantendo-se com a continuidade da abstinência, apenas as dificuldades de controlo de impulsividade, o que pode sugerir uma maior vulnerabilidade para a recaída (Fox et al, 2007). Um outro estudo com um desenho idêntico a este, que pretendeu comparar uma amostra de alcoólicos “recém abstinentes” ($n = 50$) e um grupo que apenas bebia “socialmente” ($n = 62$), na primeira semana de abstinência e após cinco semanas, permitiu também concluir as

dificuldades de controlo de impulsos dos "recém abstinentes", mesmo após abstinência prolongada (Fox et al, 2008).

De acordo com Wilens et al (2013), os mecanismos de autorregulação surgem como etiologicamente operantes na toxicod dependência, embora pouco se saiba sobre o papel dos défices de Regulação Emocional e a sua relação com o abuso de substâncias. Assim, um estudo que avaliou 203 famílias com este propósito, permitiu concluir que os sujeitos com Dificuldades de Regulação Emocional, apresentavam uma maior probabilidade de se envolverem no abuso de substâncias ($p < 0.001$), verificando-se desta forma diferenças significativas face aos que não apresentavam Dificuldades de Regulação Emocional (Wilens et al, 2013). Verifica-se que os dependentes de cocaína em abstinência demonstraram dificuldades em lidar e compreender as suas emoções, bem como no controle de impulsos, particularmente na fase inicial da abstinência (Fox et al, 2008) e que as Dificuldades de Regulação Emocional revelaram constituir um fator preditor de comportamento sexual de risco numa amostra de 177 toxicod dependentes (Tull et al, 2012).

3.4. Dificuldades de Regulação Emocional na PTSD/Toxicod dependência

Relativamente à população em causa na presente investigação constata-se um crescente interesse, manifesto através de recentes investigações. Assim, um estudo pretendeu examinar associações entre PTSD e facetas da desregulação emocional numa amostra de toxicod dependentes em tratamento residencial ($N = 205$), emergindo a Desregulação Emocional como um preditor significativo de PTSD, sugerindo que este constructo poderá contribuir para desenvolver, manter e/ou exacerbar a PTSD, devendo por isso tornar-se um aspeto a valorizar nesta população (Weiss et al, 2013). Uma outra investigação examinou associações entre abuso na infância, desregulação emocional e provável PTSD numa amostra de toxicod dependentes em tratamento residencial ($N = 93$). Constatou-se a existência de níveis significativamente mais elevados de Desregulação Emocional global e nas dimensões específicas, relacionadas com Comportamentos Orientados por Objetivos, Impulsividade, Acesso Limitado a Estratégias e Falta de Clareza Emocional (Weiss, 2013). Investigações recentes demonstraram que a PTSD está associada a uma variedade de comportamentos impulsivos, verificando-se numa amostra de 206 sujeitos, que nos indivíduos que apresentavam a comorbilidade PTSD e Toxicod dependência se

observava um número de comportamentos impulsivos significativamente superior aos verificados nos toxicodependentes sem PTSD (Weiss et al, 2012).

Perspetiva Integradora

O diagnóstico de PTSD é altamente prevalente na população toxicodependente, está consistentemente associado a piores resultados de tratamento da toxicodependência e relacionado com distintas barreiras para o tratamento (Ouimette et al, 1998). Verifica-se que a comorbilidade PTSD/Toxicodependência está associada a um espectro de resultados clínicos negativos, como a recaída, suicídio, infeção VIH e até problemas legais (Tull et al, 2009), pelo que todos os toxicodependentes em tratamento deveriam ser sujeitos a uma triagem e avaliação cuidadosa relativamente a Trauma e a PTSD (Ouimette et al, 1998). No entanto este duplo diagnóstico passa frequentemente despercebido, sendo por isso subdiagnosticado (Gielen et al, 2012), existindo a noção de que profissionais de saúde na área têm um grau de conhecimento reduzido relativamente a aspetos básicos da PTSD (Najavits, 2002), bem como a noção de que os contextos de tratamento da Toxicodependência constituem-se como uma excelente oportunidade para o tratamento da PTSD (Najavits, 2002). Os Tratamentos especializados e efetivos para a PTSD existem, embora não divulgados e disponíveis de forma ampla em contextos clínicos (Karlin et al, 2010).

O Tempo, mais concretamente a Perspetiva Temporal exerce uma grande influência nas cognições e comportamentos humanos (Ortuño & Gamboa, 2008). Reconhecer como a Perspetiva de Tempo influencia pensamentos, sentimentos e ações (comportamentos) e desenvolver flexibilidade e agilidade na escolha da Perspetiva de Tempo parecem constituir aspetos centrais para desenvolver uma atitude de mudança no sujeito, objetivo frequentemente perseguido em contexto terapêutico. A constatação da existência de várias ligações significativas entre a Perspetiva de Tempo e o Uso de Substâncias (Fieulaine & Martinez 2010), à PTSD (Holman & Silver, 1998) e a situações potencialmente de risco para PTSD (Zimbardo & Boyd, 1997), colocam a Orientação Temporal como potencialmente importante para a problemática em estudo.

As Dificuldades de Regulação Emocional podem ser potencialmente influenciadoras da severidade dos sintomas de PTSD (Badour et al, 2013), constituindo atualmente um foco de investigação com interesse crescente e constatando-se a existência de ligações à problemática da toxicodependência (Axelrod et al, 2011). Uma investigação

recente que identificou este constructo como um preditor significativo de PTSD numa amostra de toxicodependentes, permitindo concluir que poderá ter um importante papel no desenvolvimento, manutenção e exacerbação na PTSD nesta população (Weiss et al, 2013).

Assim, parece estar reunida a fundamentação para desenvolver o estudo, cujo objetivo principal é a procura de relações possíveis entre dois constructos (Perspetiva de Tempo e Dificuldades de Regulação Emocional) e a PTSD na população toxicodependente, na expectativa de que as suas conclusões possam ser utilizadas na definição do programa terapêutico, independentemente da abordagem teórica subjacente.

Parte 2

Estudo Empírico

Capítulo 4 - Objetivos e Método

4.1. Contexto da amostra - O Modelo “Comunidade Terapêutica”

As raízes das comunidades terapêuticas remetem-nos para os anos 40, quando o termo Comunidade Terapêutica é utilizado por Maxwell Jones e Harold Bridger, para definir uma terapia de grupo para doentes psiquiátricos, pondo em evidência que os efeitos do grupo teriam um impacto terapêutico superior às práticas convencionais. A utilização do conceito na problemática da Toxicodependência começa por se basear no modelo utilizado com os doentes psiquiátricos, sofrendo uma evolução até aos nossos dias, procurando ser um espaço que tenta promover o crescimento daqueles que a constituem, os residentes, a quem é facultada a possibilidade de desempenharem um trabalho produtivo e responsável através da participação na gestão diária da comunidade, podendo desta forma desenvolver os seus interesses e competências (Gomes et al, 2001).

A promoção do crescimento pessoal numa Comunidade Terapêutica é baseada em aspetos como a identidade ou conhecimento de si próprio, tendo noção da existência de um tempo passado e um tempo presente que é necessário considerar, bem como no conceito de maturidade, integrando responsabilidade e liberdade, possibilitando a

adesão do indivíduo a um processo de socialização, onde se espera que exista a rutura com padrões sociais inadequados, implicando assim um processo de reaprendizagem desenvolvida num contexto social dinâmico. Um outro aspeto considerado é a capacidade de tomar decisões e favorecer o *locus* de controlo interno, sendo para tal possibilitada de forma progressiva a capacidade optar, responsabilizando-se pelas consequências dessas opções possam resultar. Assume-se assim que para lidar com situações de risco de forma adequada, o sujeito precisa interiorizar regras, critérios, valores, atitudes e sentimentos de culpa (Gomes et al, 2001).

A metodologia da Clínica do Outeiro baseia-se num modelo de Comunidade Terapêutica que resultou da adaptação para a realidade portuguesa do *Portage Program for Drug Dependencies*, que procura criar um ambiente onde os indivíduos possam refletir sobre si próprios, aprendendo a lidar com os seus sentimentos e simultaneamente adotem um estilo de vida produtivo, autossuficiente e responsável (Gomes et al, 2001). Valoriza particularmente o conceito de autoajuda, pressão positiva de pares e a influência de um meio do tipo familiar, sendo a partilha da história de vida essencial. Pressupõe uma mudança de dentro para fora, ou seja uma mudança nas cognições e subseqüentes comportamentos associados (de acordo com a terapia cognitivo-comportamental) em que primeiramente se assume o trabalho de características comportamentais erróneas, passando com a evolução terapêutica a comportamentos considerados adaptativos, levando-os a aceitar a sua patologia sem descrédito ou minimizações (Gomes et al, 2001).

4.2. Objetivos

O objetivo geral da presente investigação é contribuir para a clarificação e compreensão da comorbilidade entre PTSD e Toxicodependência, procurando identificar de que forma a Perspetiva de Tempo e as Dificuldades de Regulação Emocional se podem constituir como variáveis a considerar nesta relação. Assim procura-se:

- A) Identificar a prevalência de sintomas de Pós-Stress Traumático numa amostra de toxicodependentes

- B) Identificar o potencial efeito preditor da Perspetiva de Tempo e das Dificuldades de Regulação nos sintomas de Pós-Stress Traumático nessa amostra.
- C) Identificar possíveis relações entre os dois constructos (Perspetiva de Tempo e Dificuldades de Regulação Emocional).

4.3. Hipóteses

H_1 - A Perspetiva de Tempo e as Dificuldades de Regulação Emocional predizem a sintomatologia de Pós-Stress Traumático na População Toxicodependente.

H_2 - A Perspetiva de Tempo prediz as Dificuldades de Regulação Emocional na População Toxicodependente.

4.4. Método

4.4.1. Amostra

Composta por 72 participantes, com idades compreendidas entre 18 e 57 anos ($M = 32.76$, $DP = 8.53$), 8.3 % são do sexo feminino e 91.67% são do sexo masculino. Os participantes são indivíduos toxicodependentes que se encontram integrados num programa terapêutico, em regime de internamento, numa instituição privada com protocolo com o ministério da saúde, que tem como objetivo o tratamento e reabilitação de indivíduos toxicodependentes adotando o modelo de Comunidade Terapêutica.

4.4.2. Caracterização sócio demográfica da amostra

Na tabela 1 encontra-se a distribuição da amostra por sexo, classes de idades, estado civil e habilitações literárias dos participantes.

Tabela 1*Distribuição em função do sexo, idade, estado civil e habilitações*

Dados sóciodemográficos	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo				
Feminino	6	8.33		
Masculino	65	91.67		
Idade			32.76	8.53
20-30	31	43.6		
30-40	21	29.6		
40-60	19	26.8		
Estado civil				
Solteiro	45	63.4		
Casado/ União de facto	11	15.5		
Divorciado/Separado	15	21.1		
Habilitações Literárias				
1º Ciclo	3	4.2		
2º Ciclo	18	25		
3º Ciclo	19	26.4		
Ensino secundário	24	33.3		
Ensino universitário	8	11.1		

A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo masculino (91.7%), que apresentam uma média de idade de 32.76, verificando-se uma grande variabilidade de idades entre os participantes (20-60), sendo a faixa etária entre os 20 e os 40 anos a mais representativa (73.2%). Mais de metade (59.75%) apresenta habilitações académicas entre o 3º ciclo e o ensino secundário e apenas 15.5% se encontram envolvidos numa relação estável (casado ou união de facto) - ver tabela 1.

4.4.3. O histórico de consumos

A Tabela 2 apresenta a caracterização dos consumos que conduziram à necessidade de tratamento (definidos como “consumo atual”), bem como a substância que esteve na origem do primeiro consumo e a distribuição por classes de idades desse consumo.

Tabela 2

Distribuição em função dos consumos, idade de início e tratamentos anteriores

Dados de consumos	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Consumo atual*				
Álcool	8	11.3		
<i>Cannabis</i>	3	4.2		
Heroína	2	2.8		
Cocaína	9	12.7		
Politoxicod dependência	50	69		
Idade 1º consumo			16.28	5.513
7-10	1	1.4		
10-15	28	42		
15-20	26	39		
20-25	7	10		
>25	5	7.2		
Substância 1º consumo				
Álcool	13	20.6		
<i>Cannabis</i>	37	58.7		
Heroína	2	3.2		
Cocaína	4	6.3		
Outros	1	9.5		

*Antes de iniciar programa terapêutico

Através da observação da tabela 2, observa-se que na maioria dos participantes (69%) é identificado o poli consumo de substâncias prévio ao início do tratamento. Na faixa etária entre os 10 e 20 anos encontra-se maioritariamente o primeiro consumo (81%), estando sobretudo o *cannabis* (58.7%) e o álcool (20.6%) na origem desse consumo.

4.4.4. O histórico de tratamentos anteriores

Tabela 3

Distribuição em função dos tratamentos anteriores

Tratamentos anteriores	<i>n</i>	%
Nenhum	16	23.5
Um	19	27.9
Dois	16	22.1
Mais do que dois	18	27.6

Maioritariamente os participantes manifestam o potencial de recaída da Toxicodependência. Do total de participantes 77.6% já tinham realizado pelo menos um tratamento anterior.

4.4.5. Antecedentes judiciais

Tabela 4

Distribuição em função dos antecedentes judiciais

Situação face à justiça	<i>n</i>	%
“Com antecedentes”	53	73.6
“Sem antecedentes”	19	26.4

Observa-se a existência de antecedentes judiciais na maioria dos participantes (73.6%).

Relativamente à constituição da amostra, destaca-se a predominância de participantes masculinos (91.7%), o que reflete a maior propensão de consumo de substâncias por parte dos homens verificada nesta população descrita na literatura. A variabilidade de

idades (20 a 60 anos) poderá refletir o curso mais ou menos longo da Toxicodependência nestes participantes, reforçada pela elevada participação em tratamentos anteriores (77.6%), pondo em evidência a dificuldade em alcançar o sucesso terapêutico, o risco de recaída e a cronicidade que esta problemática pode assumir.

No que diz respeito estado civil, apenas uma minoria (15.5%), declara uma relação estável (casamento ou união de facto), o que parece enfatizar a dificuldade destes indivíduos em estabelecerem relações duradouras, bem como a importância da vinculação no adulto nesta população. As habilitações literárias apontam para um domínio do 3º ciclo e do ensino secundário (59.7%), não sendo negligenciável que 29.2% se situa a este nível no 1º e 2º ciclo, podendo este facto ser indiciador da existência de dificuldades de percurso de vida pré existentes ao consumo de substâncias.

O início do percurso aditivo da amostra, revela a importância de uma intervenção preventiva e precoce eficaz, uma vez que o primeiro consumo se verifica na faixa etária entre os 10 e os 15 anos (42%) e na faixa etária entre os 15 e os 20 (39%), estando sobretudo o *cannabis* (58%), mas também o álcool (20.6%), na génese desta problemática. A evolução de consumos revela-se preocupante, na medida em que maioritariamente (69%) a amostra apresenta como motivo de tratamento o poli consumo de substâncias, traduzindo acrescentada dificuldade ao sucesso terapêutico. Adicionalmente a existência de antecedentes judiciais, presentes em 73.6% dos participantes, encontra suporte na literatura e parece ser reveladora da extensão das repercussões e interações que esta problemática pode assumir.

4.4.6. Instrumentos de avaliação

Questionário Sócio Demográfico

Questionário construído para a presente investigação, permitindo a recolha de dados caracterizadores da amostra, nomeadamente, sexo, idade, estado civil, nº de relações anteriores, nº de filhos, habilitações académicas, ocupação profissional, consumo de substâncias, idade do primeiro consumo, tipo de substância consumida, número de tratamentos anteriores e problemas com a justiça.

ZTPI-R; *Zimbardo Time Perspective Inventory – Revised* (Zimbardo & Boyd, 1999;
adaptado por Ortuño & Gamboa, 2009)

O *Zimbardo Time Perspective Inventory – ZTPI* (Zimbardo & Boyd, 1999) avalia cinco dimensões da temporalidade subjetiva, Passado Negativo, Passado Positivo, Presente Hedonista, Presente Fatalista e o Futuro, através de uma escala de *likert*, constituída por 56 itens, pontuados em 5 níveis de 1 a 5 (1= Nunca é verdadeiro, 3 = Neutro, 5 = Sempre é verdadeiro). De acordo com Ortuño (2009), no instrumento são apresentadas afirmações que refletem crenças, preferências e valores relacionados com a temporalidade de diferentes experiências pessoais e sociais. Na versão Portuguesa, constata-se através da sua estrutura fatorial, grandes similitudes com os resultados obtidos por Zimbardo & Boyd (1999), utilizando o instrumento original constatando-se que das medidas de fiabilidade utilizadas todos os fatores apresentam resultados satisfatórios (Ortuño, 2009).

TFTPS - *Transcendental Future Time Perspective Scale*

(Zimbardo & Boyd, 1997; adaptado por Ortuño et al, 2013)

A *Transcendental-Future Time Perspective Scale – TFTPS* (Boyd & Zimbardo, 1997) avalia exclusivamente uma dimensão da temporalidade subjetiva, o tempo após a morte, tendo sido formulada pelos autores, sob uma perspetiva laica, para que dessa forma não sejam refletidas aspetos conceptuais e considerações associados a uma religião específica. Trata-se assim de uma escala de *likert*, constituída por 10 itens, pontuada de 1 a 5, de forma análoga à observada no ZTPI, que avalia a dimensão temporal subjetiva de Futuro Transcendental. Na adaptação Portuguesa, através da análise fatorial exploratória foi encontrado um único fator que explica 65.94% da variância total, com uma consistência interna de .872. Os resultados psicométricos obtidos através da versão portuguesa permitem a sua utilização como instrumento adequado para a medição da dimensão em causa (Ortuño, 2009).

IPT-SE-FN; Inventário de Perspetiva Temporal, Subescala Futuro Negativo

(Janeiro, 2006)

O Inventário de Perspetiva Temporal (IPT) foi construído no âmbito de um estudo português com o objetivo de avaliar as diversas dimensões da Perspetiva Temporal em estudantes do ensino básico e secundário. De acordo com Ortuño & Janeiro (2009), concetualmente o questionário tomou como referências teóricas sobre a

estrutura da perspectiva temporal de futuro de Nutin & Lens (1985) e de Ringle & Savickas (1983), assim como a investigação sobre a independência estrutural das três zonas de orientação temporal de Zimbardo & Boyd (1999). Os resultados obtidos com as diversas versões experimentais permitiram organizar a versão final do IPT em quatro subescalas com um total de 32 itens.” A subescala de Visão Negativa do Futuro, utilizada no protocolo, é unidimensional avaliando exclusivamente as percepções negativas ou ansiosas em relação ao futuro, através de uma escala de *likert*, constituída por quatro itens, pontuados de 1 a 7 (1 = Não concordo nada, 7 = Concordo totalmente). Foi considerada a complementaridade que esta subescala pode representar, à administração do ZTPI, na avaliação da temporalidade subjetiva (Ortuño & Janeiro, 2010).

EDRS - Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

(Gratz & Roemer, 2004; adaptado por Coutinho et al, 2010)

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (versão portuguesa da escala *Difficulties in Emotional Regulation Scale* - DERS) avalia seis dimensões, através de uma escala de *likert*, composta por 36 itens (a cada dimensão corresponde uma subescala), que pode ser pontuada em níveis, desde 1 (quase nunca se aplica a mim) até 5 (aplica-se quase sempre a mim). A escala avalia os níveis habitualmente associados a desregulação em seis domínios: não-aceitação de emoções negativas, incapacidade de se comprometer com comportamentos guiados por objetivos caso experiencie emoções negativas, dificuldades em controlar comportamento impulsivo quando experiencia emoções negativas, acesso reduzida capacidade de definir estratégias de regulação emocional que sejam percebidas como efetivas, falta de consciência emocional e falta de clareza emocional. A consistência interna ($\alpha = .93$) da escala, bem como a fidelidade teste reteste, revelam a adequação quanto à validade de constructo e preditiva, verificando-se uma estrutura fatorial semelhante à versão original (Coutinho *et al*, 2010).

IES-R; *Impact of Event Scale – Revised* (Weiss & Marmar, 1997; adaptado por Castanheira et al, 2007)

Esta escala surge como resultado da revisão realizada por Weiss e Marmar (1997) da *Impact of Event Scale* - IES (Horowitz et al, 1979), avaliando 3 dimensões (Hiperativação, Intrusão e Evitamento), através das quais se pretende determinar o impacto de situações traumáticas no indivíduo e é constituída por 22 itens distribuídos

numa escala de *likert*, cuja pontuação assume valores de 0 (Nunca) a 4 (extremamente). A versão portuguesa revelou boa consistência interna (alfa =.94) na escala total, verificando-se que as propriedades psicométricas desta versão são adequadas e comparáveis à versão original (Castanheira et al, 2007). O ponto de corte para a população portuguesa é definido no valor 35 de acordo com Lopes et al (2013).

4.5. Procedimentos e análise estatística

Após ter sido solicitada autorização para a recolha de dados realizou-se a administração do protocolo em grupos de dimensão variável, nas instalações da Clínica do Outeiro, tendo sido explicado a todos os participantes o propósito da investigação, fornecidas explicações para auto preenchimento, bem como explicitado o carácter voluntário, anónimo e confidencial da participação detalhando os termos do consentimento informado, permitindo a livre escolha de participação ou não participação, que resultou na aceitação de 72 indivíduos entre 106 possíveis. O preenchimento dos protocolos foi realizado sempre na presença do investigador tendo sido pedido a resposta sincera às questões apresentadas e esclarecidas dúvidas respeitantes à compreensão dos itens, sempre que solicitado.

A introdução dos dados e o seu tratamento estatístico foi realizado através do recurso à versão 18 do *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS. Foram realizadas vários modelos de regressão múltipla (método *stepwise*), utilizando quer as sete dimensões de Perspetiva de Tempo, quer as seis dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional, como variáveis predictoras de PTSD/Trauma (IES-R, *cutoff* = 35) em cada modelo. Adicionalmente, realizou-se também o mesmo procedimento estatístico utilizando as sete dimensões da Perspetiva de Tempo como variáveis predictoras de cada uma das seis dimensões da escala das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRS).

Capítulo 5. Resultados

5.1. A prevalência de sintomas de Pós-Stress Traumático

Descrição dos Resultados relativos à presença de sintomas de Pós-Stress Traumático, aferida pelos resultados da escala IES-R, utilizando o ponto de corte de 35

Tabela 5*Distribuição em função da sintomatologia de PTSD*

IES-R	<i>n</i>	%
“Com PTSD”	49	71
“Sem PTSD”	20	29

A frequência de participantes com resultado de IES-R acima do valor de corte (35) foi 71%.

5.2. Efeito da Temporalidade nos sintomas de PTSD

Foram submetidas todas as dimensões da Perspetiva de Tempo numa regressão múltipla (método *stepwise*), como variáveis potencialmente predictoras de sintomatologia de PTSD (aferida através dos resultados obtidos acima do ponto de corte (35) da IES-R).

Tabela 6*Efeito da Perspetiva de Tempo nos Sintomas de Pós-Stress Traumático*

Variáveis	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Passado Negativo	13.76	4.37	.369	3.147	.003
Passado Positivo	-7.47	2.72	-.322	-2.74	.008

Constata-se que as dimensões de Perspetiva de Tempo, Passado Positivo e Passado Negativo, numa regressão múltipla (*stepwise*), predizem 35,5% do IES-R.

5.3. Efeito da Regulação Emocional nos sintomas de PTSD

Foram submetidas todas as dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional numa regressão múltipla (método *stepwise*), como variáveis potencialmente predictoras de sintomatologia de PTSD (aferida através dos resultados obtidos acima do ponto de corte (35) da IES-R).

Tabela 7*Efeito da Regulação Emocional nos Sintomas de Pós-Stress Traumático*

Variáveis	B	SE B	β	t	p
Estratégias	8.66	2.55	.401	3.39	.001
Clareza	5.94	2.57	.273	2.31	.024

Constata-se, que as Dificuldades de Regulação Emocional também se revelam de grande importância. O modelo Clareza Emocional e Estratégias, apresentou $R^2 = .343$.

5.4. Efeito da Perspetiva de Tempo na Regulação Emocional

Tendo como objetivo aferir o carácter preditor da Perspetiva de Tempo nas Dificuldades de Regulação Emocional, foram realizadas regressões para cada uma das dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional.

5.4.1. A Temporalidade e a dimensão Estratégias

Descrição do modelo obtido após introdução de todas as variáveis da Perspetiva Temporal, tendo como variável dependente a dimensão Estratégias, que traduz a reduzida capacidade de definir estratégias de regulação emocional que sejam percebidas como efetivas.

Tabela 8*Efeito da Perspetiva de Tempo na dimensão Estratégias*

Variáveis	B	SE B	β	t	p
Passado Positivo	-.381	.100	-.361	-3.811	.000
Presente Fatalista	.650	.131	.473	4.965	.000
Fut. Transcendental	-.264	.081	-.299	-3.238	.002

Do modelo obtido observa-se que a dimensão Presente Fatalista apresenta uma correlação positiva e que as dimensões Passado Positivo e Futuro Transcendental, uma correlação em sentido inverso. Neste modelo o $R^2 = .454$.

5.4.2. A Temporalidade e a dimensão Não-aceitação

Descrição do modelo obtido após introdução de todas as variáveis da Perspetiva Temporal, tendo como variável dependente a dimensão Não-aceitação, que traduz na não-aceitação de emoções negativas.

Tabela 9

Efeito da Perspetiva de Tempo na dimensão Não-Aceitação

Variáveis	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Passado Positivo	-.304	.142	-.252	-2.137	.037
Presente Fatalista	.470	.187	.296	2.509	.015

Observa-se uma Correlação positiva na dimensão Presente Fatalista e em sentido inverso na dimensão Passado Positivo, num modelo com $R^2 = .162$.

5.4.3. A Temporalidade e a dimensão Consciência

Descrição do modelo obtido após introdução de todas as variáveis da Perspetiva Temporal, tendo como variável dependente a dimensão Consciência, que traduz a falta de consciência emocional.

Tabela 10

Efeito da Perspetiva de Tempo na dimensão Consciência

Variável	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Futuro Positivo	-.413	.125	-.385	-3.308	.002

Neste modelo com $R^2 = .148$, o Futuro Positivo apresenta uma correlação negativa com a dimensão Consciência.

5.4.4. A Temporalidade e a dimensão Impulsos

Descrição do modelo obtido após introdução de todas as variáveis da Perspetiva Temporal, tendo como variável dependente a dimensão Impulsos, que traduz as dificuldades em controlar comportamento impulsivo quando o sujeito experiencia emoções negativas.

Tabela 11

Efeito da Perspetiva de Tempo na dimensão Impulsos

Variáveis	B	SE B	β	t	p
Passado Positivo	-.345	.124	-.315	-2.788	.007
Presente Fatalista	.302	.168	.212	1.800	.077
Presente Hedonista	.436	.179	.278	2.431	.018
Futuro Negativo	.208	.068	.372	3.079	.003
Fut Transcendental	-.371	.090	-.406	-4.118	.000

As dimensões Presente Fatalista e Hedonista, bem como Futuro Negativo apresentam correlações positivas. As dimensões Passado Positivo e Futuro Transcendental apresentam correlações em sentido inverso. Neste modelo estas dimensões da Perspetiva de Tempo predizem 48.5% da Impulsividade.

5.5.5. A Temporalidade e a dimensão Objetivos

Descrição do modelo obtido após introdução de todas as variáveis da Perspetiva Temporal, tendo como variável dependente a dimensão Objetivos, que traduz incapacidade de se comprometer com comportamentos guiados por objetivos caso experiencie emoções negativas.

Tabela 12

Efeito da Perspetiva de Tempo na dimensão Objetivos

Variáveis	B	SE B	β	t	p
Presente Fatalista	.357	.172	.248	2.078	.042
Futuro Negativo	.239	.070	.248	2.078	.042
Fut. Transcendental	-.316	.102	-.344	-3.097	.003

Presente Fatalista e Futuro Negativo apresentam correlações positivas e Futuro Transcendental correlação em sentido inverso, num modelo com $R^2 = .307$.

5.5.6. A Temporalidade e a dimensão Clareza

Descrição do modelo obtido após introdução de todas as variáveis da Perspetiva Temporal, tendo como variável dependente a dimensão Clareza, que traduz a falta de clareza emocional do indivíduo.

Tabela 13

Efeito da Perspetiva de Tempo na dimensão Clareza

Variáveis	B	SE B	β	t	p
Passado Positivo	-.312	.119	-.302	-2.629	.011
Futuro Positivo	-.356	.135	-.271	-2.640	.010
Futuro Negativo	.166	.057	.315	2.935	.005

A dimensão Futuro Negativo apresenta uma correlação positiva e as dimensões Passado Positivo e Futuro Positivo correlações no sentido inverso, um modelo que prediz 41.9% da dimensão “Clareza”.

Adicionalmente aos resultados apresentados várias correlações significativas entre Pós-Stress Traumático, Dificuldades de Regulação Emocional e Perspetiva de Tempo foram observadas (Tabela 14 - anexo 1).

Capítulo 6. Discussão dos resultados

Tendo em conta os objetivos da investigação, emerge em primeiro lugar a pertinência de realizar a triagem de PTSD nesta população, confirmando-se a elevada coocorrência PTSD e Toxicodependência, descrita na literatura, pelo que tendo em conta a maior severidade que este duplo diagnóstico representa, dever-se-ão mobilizar esforços no sentido de definir estratégias terapêuticas que abranjam os dois diagnósticos, tendo consciência da provável circularidade causa/efeito entre os dois, tendo em conta os dados de efetividade descritos na literatura.

Não menos importante, a Perspetiva de Tempo sobressai como um constructo que deve ser considerado, dado que na presente investigação as duas dimensões da Perspetiva de Tempo Passado revelaram grande importância. Assim o Passado Negativo constitui-se como um fator de risco para os sintomas de PTSD e o Passado Positivo como fator protetor, dando desta forma suporte à noção da existência de efeitos perversivos na forma como estes sujeitos consideram as suas experiências passadas.

Tendo consciência que nada pode ser feito para mudar eventos passados, constitui-se no entanto como oportunidade a reconstrução e reprocessamento e não necessariamente a aceitação passiva de uma descrição objetiva e estática de eventos traumáticos. Nesse sentido a forma como o sujeito representa o seu passado poderá ser reenquadrada, promovendo a substituição de quadros negativos por outros mais positivos e saudáveis, podendo desta forma contribuir para evitar que o indivíduo permaneça preso entre o evitamento e a reexperiência de eventos passados e facilitando assim a mudança de cognições, emoções e comportamentos.

Adicionalmente, tendo em conta as estratégias terapêuticas focadas no passado, no presente ou em ambos, assim como as preferências do terapeuta, descritos na literatura, os presentes resultados poderão contribuir para uma clarificação que apoie a definição e implementação de estratégias adequadas, considerando as especificidades desta população.

As Dificuldades de Regulação Emocional também se revelaram de grande importância, particularmente as dimensões Clareza Emocional (falta de clareza emocional) e Estratégias (capacidade reduzida de definir estratégias de regulação emocional) constituem-se como importantes preditores de Pós-Stress Traumático nesta população, o que pode contribuir para clarificar a necessidade específica de incluir aspetos da Regulação Emocional em manuais para o tratamento de drogas.

Adicionalmente a Perspetiva de Tempo revelou um efeito preditor em várias dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional, pondo em evidência a importância do desenvolvimento de uma orientação temporal equilibrada.

Reportando-nos às dimensões que se revelaram preditores de sintomatologia traumática, na dimensão Estratégias (que traduz a reduzida capacidade de definir estratégias de regulação emocional que sejam percebidas como efetivas), o Presente

Fatalista apresenta-se como um fator de risco, observando-se o carácter protetor do Passado Positivo e do Futuro Transcendental, o que faz sentido à luz da literatura. Relativamente à dimensão Clareza, que mede a falta de clareza emocional, verifica-se o efeito protetor do Passado Positivo e do Futuro Positivo, pondo em evidência a importância do desenvolvimento de uma orientação temporal futura.

Particularmente importante nesta população, a dimensão Impulsos (dificuldades em controlar comportamento impulsivo quando o sujeito experiencia emoções negativas) é predita (48.5%) pela Perspetiva Temporal, particularmente as dimensões Presente Fatalista e Hedonista, bem como Futuro Negativo revelam-se preditores desta dimensão, observando-se no sentido inverso o papel do Passado Positivo e do Futuro Transcendental (à semelhança do que se verifica na dimensão Estratégias), podendo estes resultados serem integrados à luz daquilo que é descrito na literatura.

No que diz respeito às dimensões Não-aceitação (não-aceitação de emoções negativas), Consciência (falta de consciência emocional) e Objetivos (incapacidade de se comprometer com comportamentos guiados por objetivos caso experiencie emoções negativas), verificou-se que o carácter preditivo da Perspetiva de Tempo encontra compatibilidade explicativa na literatura, o que parece contribuir para reforçar a robustez deste constructo.

Limites e possíveis linhas de investigação futura

Como limitações da presente investigação identifica-se o tamanho da amostra, a severidade da toxicodependência aferida pelos consumos anteriores, na origem da necessidade de tratamento, bem como o número de tratamentos anteriores realizado pela maioria dos participantes, que podem contribuir para uma maior contenção na generalização dos resultados para situações menos severas e por fim, o contexto do tratamento, dado por um lado ter implícito a noção de que cada elemento da amostra se encontraria em fases distintas do tratamento, podendo inclusivamente algumas dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional estarem já a ser alvo de intervenção terapêutica. Investigação futura deverá ter em consideração estes aspetos.

No que diz respeito à Perspetiva de Tempo e às Dificuldades de Regulação Emocional, dada a importância revelada na presente investigação, poderá ser útil a

exploração de outras eventuais interações neste contexto, nomeadamente a possibilidade do desempenho de uma delas como variável moderadora da outra.

Conclusão

Tendo em linha de conta a complexidade e a natureza multifatorial na base etiológica da Toxicodependência, assim como a interação de variáveis exógenas e endógenas, particularmente o carácter de reversibilidade que muitas destas variáveis assumem, ou seja, o facto de assumirem de forma alternada o papel de causa e efeito, independentemente de se integrarem na dimensão biológica, psicológica ou social, constata-se a inexistência de uma abordagem ou modelo que se constitua como um sistema único capaz de integrar toda esta complexidade (Ferros, 2011), tornando desta forma pertinente a exploração de aspetos que aparentemente desligados ou negligenciados, possam contribuir para descodificar eventuais interações com a Toxicodependência.

Desta forma, a comorbilidade entre Toxicodependência e PTSD, descrita na literatura e aferida na presente investigação, suporta a necessidade de integrar a triagem da PTSD e de Trauma no processo de avaliação de rotina, uma vez que este duplo diagnóstico representa um quadro mais severo, está associado a piores resultados de tratamento, podendo a abstinência de substâncias conduzir ao exacerbamento de sintomas de PTSD, pondo por um lado em foco a provável circularidade causa efeito e por outro dificultando o tratamento. De acordo Najavits (2005), o tratamento desta comorbilidade beneficiará se for realizado abrangendo simultaneamente os dois diagnósticos, integrado no mesmo programa terapêutico e realizado preferencialmente pelo mesmo terapeuta, representando os locais de tratamento de Toxicodependência uma excelente oportunidade para o efeito.

No que diz respeito à Perspetiva de Tempo, encontra-se na literatura a descrição do efeito protetor da dimensão Futuro Positivo para uma diversidade de comportamentos de risco, bem como da importância do desenvolvimento de um Perspetiva Temporal equilibrada para o funcionamento adequado e adaptativo do sujeito, pelo que parece existir um padrão que têm vindo a ser consistentemente confirmado, o que aconteceu também na presente investigação. Desconhecendo-se investigação que tenha integrado este constructo na comorbilidade PTSD e Toxicodependência, os resultados

obtidos por um lado encontram suporte explicativo na literatura e por outro poderão constituir um ponto de partida para aprofundar o tema.

Relativamente às Dificuldades de Regulação Emocional, consta-se um interesse crescente por parte da investigação, desconhecendo-se no entanto investigação que tenha integrado simultaneamente este constructo e a Perspetiva de Tempo nesta população, pelo que também aqui, por um lado os resultados observados encontram suporte na literatura e por outro poderão constituir a possibilidade do desenvolvimento de uma visão mais abrangente. A interação Perspetiva de Tempo e Dificuldades de Regulação Emocional poderão ser alvo de uma exploração mais aprofundada, tendo em conta os resultados observados.

Conclui-se assim a importância de realizar a triagem da PTSD na população Toxicodependente e de integrar quer a Perspetiva de Tempo, quer as Dificuldades de Regulação emocional, no momento da definição do plano terapêutico.

Bibliografia

- Albuquerque, A.; Soares, C.; Jesus, P.; Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Apostolidis, T.; Fieulaine, N.; Soule, F. (2006). Future time perspective as predictor of cannabis use: exploring the role of substance perception among French adolescents. *Addict Behav*, 31(12), 2339-2343. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.03.008
- Apostolidis, Themis; Fieulaine, Nicolas; Simonin, Laurent & Rolland, Geraldine (2006). Cannabis use, time perspective and risk perception: Evidence of a moderating effect. *Psychology & Health*, 21(5), 571-592. doi: 10.1080/14768320500422683
- Axelrod, S. R.; Perepletchikova, F.; Holtzman, K. & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 37(1), 37-42. doi: 10.3109/00952990.2010.535582
- Badour, C. L.; Blonigen, D. M.; Boden, M. T.; Feldner, M. T.; & Bonn-Miller, M. O. (2012). A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. *Behav Res Ther*, 50(10), 610-616. doi: 10.1016/j.brat.2012.06.006
- Badour, C. L. & Feldner, M. T. (2013). Trauma-related reactivity and regulation of emotion: associations with posttraumatic stress symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 44(1), 69-76. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.07.007

- Barnett, E.; Spruijt-Metz, D.; Unger, J. B.; Rohrbach, L. A.; Sun, P. & Sussman, S. (2013). Bidirectional associations between future time perspective and substance use among continuation high-school students. *Subst Use Misuse*, 48(8), 574-580. doi: 10.3109/10826084.2013.787092
- Beenstock, J.; Adams, J. & White, M. (2011). The association between time perspective and alcohol consumption in university students: cross-sectional study. *Eur J Public Health*, 21(4), 438-443. doi: 10.1093/eurpub/ckp225
- Benoit, M.; Bouthillier, D.; Moss, E.; Rousseau, C. & Brunet, A. (2010). Emotion regulation strategies as mediators of the association between level of attachment security and PTSD symptoms following trauma in adulthood. *Anxiety Stress Coping*, 23(1), 101-118. doi: 10.1080/10615800802638279
- Boden, M. T.; Bonn-Miller, M. O.; Kashdan, T. B.; Alvarez, J. & Gross, J. J. (2012). The interactive effects of emotional clarity and cognitive reappraisal in Posttraumatic Stress Disorder. *J Anxiety Disord*, 26(1), 233-238. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.11.007
- Bonn-Miller, M. O.; Vujanovic, A. A.; Boden, M. T. & Gross, J. J. (2011). Posttraumatic stress, difficulties in emotion regulation, and coping-oriented marijuana use. *Cogn Behav Ther*, 40(1), 34-44. doi: 10.1080/16506073.2010.525253
- Boyd, J. & Zimbardo, P. (2005). Time Perspective, Health, and Risk Taking. . In A. J. Strathman, J. (Ed.), *Understanding behavior in the context of time: Theory, research, and application* (pp. 85-107). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Brown, V. B.; Najavits, L. M.; Cadiz, S.; Finkelstein, N.; Heckman, J. P.; Rechberger, E. & Seeking Safety, Group. (2007). Implementing an evidence-based practice: Seeking Safety Group. *J Psychoactive Drugs*, 39(3), 231-240.
- Bujarski, S. J.; Feldner, M. T.; Lewis, S. F.; Babson, K. A.; Trainor, C. D.; Leen-Feldner, E.;...Bonn-Miller, M. O. (2012). Marijuana use among traumatic event-exposed adolescents: posttraumatic stress symptom frequency predicts coping motivations for use. *Addict Behav*, 37(1), 53-59. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.08.009

- Burns, M. N.; Lehman, K. A.; Milby, J. B.; Wallace, D. & Schumacher, J. E. (2010). Do PTSD symptoms and course predict continued substance use for homeless individuals in contingency management for cocaine dependence? *Behav Res Ther*, 48(7), 588-598. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.010
- Castanheira, C., Vieira, V.; Glória A; Afonso A. & Rocha J.C. (2007). *Impact of Event Scale - Revised (IES-R): Portuguese Validation*. Paper presented at the European Congress of Traumatic Stress, Opatija, Croacia.
- Cheetham, A.; Allen, N. B., Yucel, M. & Lubman, D. I. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clin Psychol Rev*, 30(6), 621-634. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.005
- Cook, J. M.; Walser, R. D.; Kane, V.; Ruzek, J. I. & Woody, G. (2006). Dissemination and feasibility of a cognitive-behavioral treatment for substance use disorders and posttraumatic stress disorder in the Veterans Administration. *J Psychoactive Drugs*, 38(1), 89-92.
- Coutinho, J.; Ribeiro, E.; Ferreirinha, R. & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151.
- Ehring, T. & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: the role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behav Ther*, 41(4), 587-598. doi: 10.1016/j.beth.2010.04.004
- EMCDDA (2013). Country overview: Portugal - Drug use among the general population and young people. Retrieved 17-08-2013, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/pt#gps>
- Ferros, Lúgia (2011). *Toxicodependência: Afetos e Psicopatologia*. Porto: Livpsic - Legis Editora.
- Fieulaine, N. & Martinez, F. (2010). Time under control: time perspective and desire for control in substance use. *Addict Behav*, 35(8), 799-802. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.03.022

- Fox, H. C.; Axelrod, S. R.; Paliwal, P.; Sleeper, J. & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug Alcohol Depend*, 89(2-3), 298-301. doi: 10.1016/j.drugalcddep.2006.12.026
- Fox, H. C.; Hong, K. A. & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addict Behav*, 33(2), 388-394. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.10.002
- Garber, J. & Dodge, K. (1991). *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation (Cambridge Studies in Social and Emotional Development)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gellert, P.; Ziegelmann, J. P.; Lippke, S. & Schwarzer, R. (2012). Future time perspective and health behaviors: temporal framing of self-regulatory processes in physical exercise and dietary behaviors. *Ann Behav Med*, 43(2), 208-218. doi: 10.1007/s12160-011-9312-y
- Gielen, N.; Havermans, R. C.; Tekelenburg, M. & Jansen, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: it is higher than clinicians think it is. *Eur J Psychotraumatol*, 3. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.17734
- Goldsmith, R. E.; Chesney, S. A.; Heath, N. M. & Barlow, M. R. (2013). Emotion regulation difficulties mediate associations between betrayal trauma and symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety. *J Trauma Stress*, 26(3), 376-384. doi: 10.1002/jts.21819
- Gomes, M.F.; Morgado, R. & Souto, M.T. (2001). *A Clínica do Outeiro e o seu programa para o Tratamento das Toxicodependências*. Porto: Clínica do Outeiro.
- Gross, J. (2006). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: The Guilford Press.
- Gruber, J.; Cunningham, W. A.; Kirkland, T. & Hay, A. C. (2012). Feeling stuck in the present? Mania proneness and history associated with present-oriented time perspective. *Emotion*, 12(1), 13-17. doi: 10.1037/a0025062

- Guthrie, L. C.; Lessl, K.; Ochi, O. & Ward, M. M. (2013). Time perspective and smoking, obesity, and exercise in a community sample. *Am J Health Behav*, 37(2), 171-180. doi: 10.5993/AJHB.37.2.4
- Harned, M. S.; Najavits, L. M. & Weiss, R. D. (2006). Self-harm and suicidal behavior in women with comorbid PTSD and substance dependence. *Am J Addict*, 15(5), 392-395. doi: 10.1080/10550490600860387
- Holman, E. A. & Silver, R. C. (1998). Getting "stuck" in the past: temporal orientation and coping with trauma. *J Pers Soc Psychol*, 74(5), 1146-1163.
- IDT (2013). Relatório Anual 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Retrieved 17-08-2013, from <http://www.idt.pt/PT/Estatistica/Paginas/TendenciasporDrogas.aspx>
- Janeiro, I. (2012). O Inventário de Perspectiva Temporal: Estudo de validação. *RIDEP*, 1, 117-132.
- Karlin, B. E.; Ruzek, J. I.; Chard, K. M.; Eftekhari, A.; Monson, C. M.; Hembree, E. A. & Foa, E. B. (2010). Dissemination of evidence-based psychological treatments for posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration. *J Trauma Stress*, 23(6), 663-673. doi: 10.1002/jts.20588
- Keough, K.; Zimbardo, P. & Boyd, J. (1999). Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21(2), 149-164.
- Lopes A.; Rocha J.; Bastos V.; Frade B; Ferreira E., Afonso F. & Pacceco D. (2013). Validity of Impact of Event Scale-6 Portuguese version. *European Journal of Psychotraumatology* 4(52-53).
- Maia, Ângela (2004). Trauma, PTSD e Saúde. In A.-A. d. D. d. F. Armadas (Ed.), *Trauma, PTSD e Saúde*.

- Miller, N. A. & Najavits, L. M. (2012). Creating trauma-informed correctional care: a balance of goals and environment. *Eur J Psychotraumatol*, 3. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.17246
- Moreira, P. (2004). *Para uma Prevenção que Previna*. Coimbra: Quarteto.
- Najavits, L. (2004). Treatment for the dual diagnosis of posttraumatic stress and substance use disorders. *Directions in Addiction Treatment and Prevention*(8), 1-11.
- Najavits, L. (2005). Theoretical Perspective on PTSD and Substance Use Disorder. *Australian Psychologist*, 49(2), 118-126. doi: DOI: 10.1080/00050060500094621
- Najavits, L. (2006a). Managing trauma reactions in intensive addiction treatment environments. *Journal of Chemical Dependency Treatment*(8), 153-161.
- Najavits, L. (2006b). Present- versus past-focused therapy for PTSD / substance abuse: A study of clinician preferences. *Brief Treatment and Crisis Intervention*.
- Najavits, L. (2007). Seeking Safety: An evidence-based model for substance abuse and trauma/PTSD. In K. M. Witkiewitz , G. (Ed.), *Therapists' Guide to Evidence-Based Relapse Prevention: Practical Resources for the Mental Health Professional* (pp. 141-167). San Diego: Elsevier Press.
- Najavits, L. & Kanukollu, S. (2005). It can be learned, but can it be taught? Results from a state-wide training initiative on PTSD and substance abuse. *Journal of Dual Diagnosis*, 1, 41-51.
- Najavits, L. M. (2002). Clinicians' views on treating posttraumatic stress disorder and substance use disorder. *J Subst Abuse Treat*, 22(2), 79-85.
- Najavits, L. M. (2012). Expanding the boundaries of PTSD treatment. *JAMA*, 308(7), 714-716. doi: 10.1001/2012.jama.10368

- Najavits, L. M. & Hien, D. (2013). Helping vulnerable populations: a comprehensive review of the treatment outcome literature on substance use disorder and PTSD. *J Clin Psychol*, 69(5), 433-479. doi: 10.1002/jclp.21980
- Najavits, L. M.; Norman, S. B.; Kivlahan, D. & Kosten, T. R. (2010). Improving PTSD/substance abuse treatment in the VA: a survey of providers. *Am J Addict*, 19(3), 257-263. doi: 10.1111/j.1521-0391.2010.00039.x
- Najavits, L. M.; Runkel, R.; Neuner, C.; Frank, A. F.; Thase, M. E.; Crits-Christoph, P. & Blaine, J. (2003). Rates and symptoms of PTSD among cocaine-dependent patients. *J Stud Alcohol*, 64(5), 601-606.
- Najavits, L. M. & Walsh, M. (2012). Dissociation, PTSD, and substance abuse: an empirical study. *J Trauma Dissociation*, 13(1), 115-126. doi: 10.1080/15299732.2011.608781
- Najavits, Lisa M.; Kivlahan, Daniel & Kosten, Thomas (2011). A national survey of clinicians' views of evidence-based therapies for PTSD and substance abuse. *Addiction Research & Theory*, 19(2), 138-147. doi: 10.3109/16066350903560176
- Ortuño, V. & Janeiro, I. (2009). *Estudo comparativo de duas medidas de Perspectiva Temporal: IPT e ZTPI em foco*. Paper presented at the Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, Braga: Universidade do Minho.
- Ortuño, V. & Janeiro, I. (2010). *Análise das diferenças na Perspectiva Temporal em vários grupos etários através do IPT e do ZTPI*. Paper presented at the Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Portugal.
- Ortuño, V. & Gamboa, V. (2009). Estrutura factorial do Zimbardo Time Perspective Inventory – ZTPI numa amostra de estudantes universitários portugueses. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 21-32.
- Ortuño, V. & Gamboa, V. (2008). Estudo Preliminar de Adaptação ao Português do Zimbardo Time Perspective Inventory – ZTPI. *Actas da XIII Conferencia Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*.

- Ortuño, V.; Paixão, M. & Janeiro, I. (2013). Tempus Post Mortem? Adaptação Portuguesa da Transcendental-Future Time Perspective Scale – TFTPS. *Revista Latinoamericana de Psicologia*.
- Ouimette, P. C.; Brown, P. J. & Najavits, L. M. (1998). Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Addict Behav*, 23(6), 785-795.
- Pluck, G.; Lee, K. H.; Lauder, H. E.; Fox, J. M.; Spence, S. A. & Parks, R. W. (2008). Time perspective, depression, and substance misuse among the homeless. *J Psychol*, 142(2), 159-168. doi: 10.3200/JRLP.142.2.159-168
- Ruzek, Josef I.; Polusny, Melissa A. & Abueg, Francis R. (1998). Assessment and treatment of concurrent posttraumatic stress disorder and substance abuse. . In V. M. R. Follette, Josef I. ; Abueg, Francis R. , (Ed.), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* (pp. 226-255). New York, US: Guilford Press.
- Santiago, P. N.; Ursano, R. J.; Gray, C. L.; Pynoos, R. S., Spiegel, D.; Lewis-Fernandez, R.; . . . Fullerton, C. S. (2013). A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PLoS One*, 8(4), e59236. doi: 10.1371/journal.pone.0059236
- Schafer, I. & Najavits, L. M. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Curr Opin Psychiatry*, 20(6), 614-618. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f0ffd9
- Smith, S. D.; McIver, T. A.; Di Nella, M. S. & Crease, M. L. (2011). The effects of valence and arousal on the emotional modulation of time perception: evidence for multiple stages of processing. *Emotion*, 11(6), 1305-1313. doi: 10.1037/a0026145
- Stevens, N. R.; Gerhart, J.; Goldsmith, R. E.; Heath, N. M.; Chesney, S. A. & Hobfoll, S. E. (2013). Emotion regulation difficulties, low social support, and interpersonal violence mediate the link between childhood abuse and

posttraumatic stress symptoms. *Behav Ther*, 44(1), 152-161. doi: 10.1016/j.beth.2012.09.003

Subica, A. M.; Claypoole, K. H. & Wylie, A. M. (2012). PTSD'S mediation of the relationships between trauma, depression, substance abuse, mental health, and physical health in individuals with severe mental illness: evaluating a comprehensive model. *Schizophr Res*, 136(1-3), 104-109. doi: 10.1016/j.schres.2011.10.018

Tull, M. T.; Trotman, A.; Duplinsky, M. S.; Reynolds, E. K.; Daughters, S. B.; Potenza, M. N. & Lejuez, C. W. (2009). The effect of posttraumatic stress disorder on risk-taking propensity among crack/cocaine users in residential substance abuse treatment. *Depress Anxiety*, 26(12), 1158-1164. doi: 10.1002/da.20637

Tull, M. T.; Weiss, N. H.; Adams, C. E. & Gratz, K. L. (2012). The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. *Addict Behav*, 37(10), 1084-1092. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.05.001

Weiss, N. H.; Tull, M. T.; Anestis, M. D. & Gratz, K. L. (2013). The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress disorder among substance dependent inpatients. *Drug Alcohol Depend*, 128(1-2), 45-51. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.07.017

Weiss, N. H.; Tull, M. T.; Davis, L. T.; Dehon, E. E.; Fulton, J. J. & Gratz, K. L. (2012). Examining the association between emotion regulation difficulties and probable posttraumatic stress disorder within a sample of African Americans. *Cogn Behav Ther*, 41(1), 5-14. doi: 10.1080/16506073.2011.621970

Weiss, N. H.; Tull, M. T.; Viana, A. G.; Anestis, M. D. & Gratz, K. L. (2012). Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *J Anxiety Disord*, 26(3), 453-458. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.01.007

Weiss, R. D.; Griffin, M. L.; Gallop, R. J.; Najavits, L. M.; Frank, A.; Crits-Christoph, P.; . . . Luborsky, L. (2005). The effect of 12-step self-help group attendance and

participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients. *Drug Alcohol Depend*, 77(2), 177-184. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.012

Wilens, T. E.; Martelon, M.; Anderson, J. P.; Shelley-Abrahamson, R. & Biederman, J. (2013). Difficulties in emotional regulation and substance use disorders: A controlled family study of bipolar adolescents. *Drug Alcohol Depend*. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.01.015

Wills, T. A.; Pokhrel, P.; Morehouse, E. & Fenster, B. (2011). Behavioral and emotional regulation and adolescent substance use problems: a test of moderation effects in a dual-process model. *Psychol Addict Behav*, 25(2), 279-292. doi: 10.1037/a0022870

Wills, T. A.; Sandy, J. M. & Yaeger, A. M. (2001). Time perspective and early-onset substance use: a model based on stress-coping theory. *Psychol Addict Behav*, 15(2), 118-125.

Zimbardo, P. & Boyd, J. (1997). Present time perspective as a predictor of risky driving. *Personality and Individual Differences*(23), 1007-1023.

Zimbardo, P. & Boyd, J. (1999). Putting Time in Perspective: A valid, reliable individual differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*(77), 1271-1288.

Zimbardo, P. & Boyd, J. (2008). *The Time Paradox*. London: Ryder.

Zimbardo, P.; Sword, R. & Sword, R. (2012). *The Time Cure*. San Francisco: Jossey-Bass.

Anexo 1

Tabela de correlações

Tabela Correlações

Dimensões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.IES-R Total														
2.Passado Negativo	.529**													
3.Passado Positivo	.489**	-.444**												
4.Presente Fatalista	.358**	.369	-.218**											
5.Presente Hedonista	-.024	.018	.336**	.379**										
6.Futuro	-.248*	-.081	.398**	-.435**	-.190									
7.Futuro Negativo	.463**	.487**	-.478**	.461**	-.052	-.184								
8.Futuro	.154	.357**	-.033	.136	.106	.119	.353**							
Transcendental	.522**	.363**	-.463**	.525**	.081	-.411**	.420**	-.212						
9.Estratégias	.391**	.167	-.330**	.362**	.052	-.203	.246*	.757	-.049					
10.Não aceitação	.084	.065	-.315	.173	-.068	-.392	.253	.218	.072	-.143				
11.Consciência	.464**	.343**	-.419**	.513**	.168	-.452**	.459**	-.180	.842**	.635**	.223			
12.Impulsos	.505**	.353**	-.354**	.415**	.120	-.295*	.411	-.171	.865*	.652**	.105	.859**		
13.Obetivos	.465**	.439**	-.560**	.256*	-.047	-.425**	.506**	-.020	.511**	.272*	.562**	.513**	.464**	

* $p < .05$ ** $p < .01$

Anexo 2

Protocolo

O objetivo deste questionário é reunir informação que integrará uma investigação científica, a decorrer na Universidade Portucalense no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pelo que a sua colaboração é muito importante para permitir uma melhor compreensão das problemáticas associadas aos comportamentos aditivos, podendo constituir desta forma um importante suporte para delinear abordagens terapêuticas eficazes.

Consentimento Informado

Foram-lhe explicados os propósitos e metodologias da presente investigação e teve/tem oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas junto do responsável presente na sala. A sua participação é voluntária e todas as respostas que der têm um carácter **anónimo** e **confidencial**, não podendo ser utilizadas para outros fins, que não os anteriormente anunciados, bem como a não participação não acarretará nenhum tipo de consequência.

Informação Sócio Demográfica

Sexo: F M

Idade: ____ Anos

Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

União de facto

Divorciado(a)/separado(a)

Viúvo(a)

Nº de relações amorosas anteriores ____

Nº de filhos: ____

Habilitações Académicas:

1º Ciclo incompleto/sem escolaridade

1º Ciclo (4º ano)

2º Ciclo (6º ano)

3º Ciclo (9º ano)

Ensino Secundário (12º ano)

Ensino Superior

Outras qualificações _____

Ocupação Profissional:

Sem ocupação/desempregado/pensionista

Ocupação indefinida/trabalho precário

Trabalhador indiferenciado

Trabalhador qualificado

Trabalhador altamente especializado

Estudante

Outros

Consumo de substâncias (antes início tratamento):

Álcool Haxixe Heroína Cocaína

Anfetaminas Ecstasy Outras

Idade no 1º consumo: ____ Substância _____

Fez tratamentos prévios?

Sim Quantos? ____ Não

Situação face à Justiça

Condenações Quantas? ____

Processos em tribunal

Processos já resolvidos

Nunca tive processos

Instrumentos adicionais utilizados

ZTPI-R (Zimbardo & Boyd, 1999; adaptado por Ortuño & Gamboa, 2009)

TFTPS (Zimbardo & Boyd, 1997; adaptado por Ortuño et al, 2013)

IPT-SE-FN (Janeiro, 2006)

EDRS (Gratz, & Roemer, 2004; adaptado por Coutinho et al, 2010)

IES-R (Weiss & Marmar, 1997; adaptada por Castanheira et al, 2007)

Anexo 3

Publicação no *European Journal of Psychotraumatology*

The effect of time perspective and of the emotional regulation difficulties on the PTSD symptoms among substance abuse inpatients (M. Almeida¹ and J. Rocha²)

¹Universidade Portucalense Infante D. Henrique, DCEP, Porto, Portugal; ²Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte, CESPU-UnIPSa-CICS, Porto, Portugal

Given the clinical relevance of the co-occurrence of post traumatic stress disorder (PTSD) among substance abuse inpatients, as well as the fact that PTSD is frequently underdiagnosed in this population, becomes relevant to research connections between factors that may be implicated in PTSD. Furthermore, recent publications highlight the relevance of time perspective in PTSD treatment strategies. Also, recent research suggests that emotion regulation difficulties may contribute to the development, maintenance, and exacerbation of PTSD among substance abusers. We aim to assess the importance of the studied constructs in order to integrate them, if justifiable, in the therapeutic program treatment. Sample consists of 72 substance abuse inpatients being treated in a therapeutic community, who received a questionnaire composed by a socio demographic section and the Portuguese versions of the Zimbardo Time Perspective Inventory-Revised, Transcendental Future Time Perspective Scale, Temporal Perspective Inventory-Negative Future Subscale, Difficulties in Emotion Regulation Scale and Impact of Event Scale-Revised. The frequency of participants with IES-R results above the cutoff value (35) was 71%. Time perspective dimensions, in particular, past perspectives, on stepwise multiple regression predict 35.5% of IES-R. Furthermore, emotional regulation difficulties have also revealed of high importance, Emotional Clarity and Strategies model has $R^2 = .343$. In addition, several significant correlations between traumatic stress, emotional regulation difficulties, and time perspective dimensions are observed. Screening PTSD should be integrated in routine assessment and both time perspective and emotional regulations difficulties are relevant when defining treatment plans. The present findings support the existence of pervasive effects on the way patients consider their past experiences.

Anexo 4

Poster - 13th European Conference on Traumatic Stress

Bolonha 2013



UNIVERSIDADE
PORTUCALENSE

The Effect of Time Perspective and of Emotional Regulation Difficulties on the PTSD Symptoms among Substance Abuse Inpatients

M. Almeida ¹, J. Rocha ²

¹Universidade Portucalense Infante D. Henrique, DPCE, Porto,

²Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, CESPU – UnIPsa-CICS, Porto

Introduction

The co-occurrence of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Substance Use Disorder (SUD) may be observed due to multiple causal relationships, either considering that a traumatic experience may lead to substance abuse, either the opposite, given rise to several theoretical explanations, such as the "self medication" theory, that hypothesizes that substance abuse may be a way of coping with PTSD symptoms or the "high risk hypothesis" considering SUD itself as a risk factor to increasing the likelihood of trauma and consequently risk of PTSD (Schäfer & Najavits, 2007). Furthermore, the dual diagnosis is associated with increased clinical severity and poorer outcomes when compared with single diagnosis leading to the widely accepted notion that that both disorders need to be treated (Najavits, 2005). Nevertheless, despite this importance, PTSD appears to be often underdiagnosed, frequently going unnoticed among individuals with SUD (Gielen et al., 2012).

Being aware of the clinical relevance and the multiple causes involved in this dual diagnosis appears to be relevant the research of connections between factors that may be implicated in PTSD among SUD individuals.

Time Perspective (TP) is a cognitive process organized through frames of reference whereby we understand subjective time. Recognizing the way this frames of reference can influence thoughts, cognitions and behaviors could play an important role in developing adaptive coping strategies to deal with a variety of problems (Zimbardo & Boyd, 2008). Findings reported in literature emphasize the importance of development a balance sense of Time Perspective (particularly a positive future sense of temporality), then TP can be hypothesized as an important psychological construct that can be integrated in different psychological approaches, such as Cognitive Behaviour and/or Systemic therapy. Furthermore, a recent publication highlight the relevance of Time Perspective in PTSD treatment strategies (Zimbardo et al., 2012).

Also recent research suggests that Emotion Regulation Difficulties may contribute to the development, maintenance, and exacerbation of PTSD among SUD individuals (Weiss et al., 2013), leading us to believe that may be important to realize the implications and relations of this constructs in order to integrate them, if justifiable, in the therapeutic program treatment.

Discussion

1) In first place, it emerges the pertinence of screening PTSD among this population, confirming the high co-occurrence rates PTSD/SUD described in literature. Being aware of the greater severity that this dual condition represents, efforts should be taken to address both, bearing in mind the likely circularity cause / effect.

2) Not least, Time Perspective arises as a construct that deserve to be considered, as in the present research, Past Perspective Dimensions revealed, either the Negative Past Perspective as increasing risk, either the Positive Past Perspective as a protective factor. These evidences support the existence of pervasive effects on the way patients consider their past traumatic experiences.

3) Being aware that nothing can be done to change past events, it remains a opportunity for reconstruction or reprocessing and not necessarily the passive acceptance of an objective and static description of past traumatic events. In that sense, the way patients represent their past can be reframed, suggesting the replacement of negative frames by others more positive and healthier. It may stop patients to get stuck between avoidance and re-experience of past events, easing emotional, cognitions and behaviours change related to drug consumption.

4) Additionally Emotional Regulation Difficulties have also revealed of high importance, particularly Emotional Clarity and Strategies dimensions are important predictors of traumatic stress on these patients, which may enlight the specific need to include emotional regulation aspects on treatment manuals for drug addiction.

5) Summing up, screening PTSD should be integrated in routine assessment and both Time Perspective and Emotional Regulations Difficulties are relevant when defining treatment plans.

References

- Najavits LM (2005). Theoretical Perspective on PTSD and Substance Use Disorder. *Australian Psychologist*, 40, 118-126.
- Schäfer, I., Najavits, L. M. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with PTSD and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 514-516.
- Najavits, L.M. (2005). Managing trauma reactions in intensive addiction treatment environments. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 8, 105-107.
- Gielen, N., Havermans, W. C. J., Teekenhouwer, M. J., & Jansen, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: is it higher than clinicians think it is? *Psychiatry Research*, 1. doi:10.1016/j.psychres.2012.05.17734
- Zimbardo, P., & Boyd, J. (2008). *The Time Paradox*. London: Ryder.
- Zimbardo, P., & Boyd, J. (1999). Putting Time in Perspective: A valid, reliable individual differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271-1285.
- Zimbardo, P., Sweet, K., & Sweet, K. (2012). *The Time Cube*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ortuno, V., & Gamboa, V. (2008). Estudo Preliminar de Adaptação ao Português do Zimbardo Time Perspective Inventory – ZTRI. Actas do XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Braga: Universidade do Minho.
- Ortuno, V. & Janeiro, I. (2009). Estudo Comparativo de duas Medidas de Perspectiva Temporal: IPT e ZTRI EM FOCQ. Actas do X Congresso Internacional Galgo-Português de Psicopedagogia, Braga: Universidade do Minho.
- Ortuno, V. & Janeiro, I. (2010). Análise das dimensões da Perspectiva Temporal em vários grupos etários através do IPT e do ZTRI. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Portugal.
- Wells, N. H., Tra, M. T., Arntz, M. D., & Craske, M. L. (2011). The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress disorder among substance-dependent patients. *Drug Alcohol Depend*, 128(1-2), 45-51. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.07.017

Method

Sample - Composed by 72 participants, with ages between 18 and 57 years old ($M = 32.76$, $S.D. = 8.53$), 8.3 % are female and 91.67% are male. The participants are SUD inpatients carrying out a therapeutic program at Outeiro Clinic, a private institution with a Health Ministry protocol, aimed the treatment and rehabilitation of SUD individuals, adopting a Therapeutic Community model.

Consumption Data	n	%	M	SD
Actual Consumption*				
Alcohol	8	11.1		
Cannabis	3	4.2		
Heroin	2	2.8		
Cocain	9	12.7		
Polysubstance	50	69		
First Consumption Age				
<10	1	1.4	16.28	5.513
10-15	18	25		
15-20	26	36		
20-25	7	10		
>25	5	7.2		
First Consumption Substance				
Alcohol	13	18.1		
Cannabis	17	23.6		
Heroin	2	2.8		
Cocain	4	5.6		
Others	1	1.4		
Previous Treatments				
0	16	22.2		
1	18	25		
2	16	22.2		
>2	18	25		

*Within-staying treatment

Instruments – All data was collected using the following instruments: a questionnaire composed by a socio demographic section and the Portuguese versions of the Zimbardo Time Perspective Inventory – Revised (Zimbardo & Boyd, 1999; Ortuno Gamboa, 2008), Transcendental Future Time Perspective Scale (Boyd & Zimbardo, 1997; Ortuno, Paixão & Janeiro, 2011) Temporal Perspective Inventory – Negative Future subscale (Janeiro, 2006), Difficulties in Emotion Regulation Scale (Grazt, K & Roemer, L., 2004; Vaz et al., 2010) and Impact of Event Scale – Revised (Weiss & Marmar, 1997; Rocha et al., 2006). All instruments present good psychometric characteristics.

Procedures and Statistical Analysis – After being requested authorization for questionnaires administration, the data was collected inside Outeiro Clinic facilities. To all participants has been explained the purpose of the research and also the terms of the inform consent, allowing the free choice of participating or not, which resulted in the acceptance of 72 individuals in treatment, among 106 possible.

Several Multiple Regression Models were performed (Stepwise Method) using either the 7 dimensions of Time Perspective, either the 6 dimensions of Emotional Regulation Difficulties, as predictor variables of PTSD/Trauma (IES-R, $cut-off = 35$) in each model. In addition was also carried out, the same statistical procedure using the 7 dimensions of TP as predictor variables of Emotional Regulation Difficulties (each dimension of EDRS scale).

Sociodemographic Data	n	%	M	SD
Sex				
Female	6	8.3		
Male	66	91.7		
Age				
20-30	11	15.3	32.76	8.53
30-40	11	15.3		
40-50	19	26.4		
Marital Status				
Single	41	56.9		
Married/Informal union	11	15.3		
Divorced/Separate	15	21.1		
Academic Qualification*				
1st Cycle (9 years)	3	4.2		
2nd Cycle (12 years)	18	25		
3rd Cycle (15 years)	19	26.4		
High School (12 years)	14	19.4		
University	8	11.1		

*According Portuguese Levels

Results

A. The frequency of participants with IES-R results above the cutoff value (35) was 71%.

IES-R	n	%
"With PTSD"	49	71
"Without PTSD"	20	29

IES-R Cut-off = 35; 19 < 35; missing = 3

B. Time Perspective dimensions, in particular, both Past Perspectives positive and negative, on stepwise multiple regression, predict 35.5% of IES-R.

Variable	B	SE B	B	t	p
Negative Past	11.76	4.17	369	5.147	.003
Positive Past	-7.47	2.72	-222	-2.74	.008
Emotion Present	—	—	357	4.432	.000
Emotion Future	—	—	409	4.89	.000
Positive Future	—	—	-137	-1.028	.305
Negative Future	—	—	11.66	1.137	.256
Transcendental Future	—	—	-0.16	-1.05	.286

R² = .355 (N = 72)

C. Furthermore, Emotional Regulation Difficulties have also revealed of high importance, Emotional Clarity and Strategies model has R² = .343.

Variable	B	SE B	B	t	p
Strategies	0.66	2.55	401	1.39	.001
Clarity	5.96	1.57	279	3.81	.004
Non-acceptance	—	—	0.07	0.74	.081
Compassion	—	—	-1.70	-1.38	.175
Impulsivity	—	—	-0.03	-0.18	.862
Objectivity	—	—	0.01	0.02	.958

R² = .343 (N = 72)

D. In addition, several significant correlations between Traumatic Stress, Emotional Regulation Difficulties and Time Perspective dimensions are observed.

miguelalmeida.j@gmail.com and jose.rocha@iscsn.cespu.pt