



TRAUMA E CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS: O PAPEL D ANEDONIA

ANDRÉ FILIPE MARTINS SOEIRO

Orientador de Dissertação:

JORGE MARTINS

Professor do Seminário de Dissertação:

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2024/2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Jorge Simões Martins, apresentada no ISPA - Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre em Psicologia na especialidade de Psicologia Clínica

Agradecimentos

A presente dissertação marca o fim de um percurso de cinco anos, marcado por desafios. Ainda assim, foi um caminho que me deu imenso prazer e contribuiu significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional. Tenho, no entanto, plena consciência de que este percurso não teria sido possível sem o apoio, a presença e a força de várias pessoas, às quais expresso o meu mais sincero agradecimento.

Ao Professor Jorge Simões Martins, que me orientou e guiou nesta última etapa. Gostaria de agradecer pela orientação, disponibilidade constante e ajuda contínua ao longo deste percurso letivo, que não teria sido possível realizar sem o seu contributo.

Aos meus pais, que sempre me encorajaram a seguir os meus sonhos e a estudar aquilo que mais amo, deixo a minha mais profunda gratidão e admiração. À minha mãe, por tudo - pelo amor e por acreditares sempre em mim mesmo quando eu não acreditava, sem o teu apoio não teria sido capaz de iniciar este percurso. Ao meu pai, agradeço por todo o amor, pela força e pelo suporte constante não só neste percurso da minha vida, mas ao longo da minha vida inteira.

À minha pessoa, a Inês, que sem dúvida nenhuma é a pessoa que mais me apoiou em tudo ao longo da minha vida. Nestes vinte anos a crescer ao teu lado, foste sempre uma fonte inesgotável de força para mim. Quando não acreditava em mim, estavas lá para me ajudar a reerguer e seguir em frente. Contigo aprendi a ver a vida de uma perspetiva diferente e sei que, sem o teu apoio, nunca teria sido capaz de chegar até aqui. Obrigado não só por estes últimos cinco anos, mas por todo o apoio que me deste ao longo da minha vida inteira, por me ajudares a tornar-me na pessoa que hoje sou. Tu és o núcleo da minha existência, a razão pela qual nunca vejo muros intransponíveis.

À Neuza, sem dúvida uma das pessoas que mais me ajudou ao longo destes cinco anos. Obrigado por todo o apoio, pelas conversas e pelos desabafos partilhados. Pelas imensas horas em que me ouviste falar da minha dissertação e por estares sempre presente quando precisava de desabafar. És uma pessoa muito importante na minha vida, e a tua presença é algo que valorizo profundamente. Obrigado por tudo.

À Mariana, com quem iniciei este percurso no ISPA. Sem dúvida, és uma das coisas mais importantes que este curso me deu. Estes dois anos partilhados contigo fizeram-me crescer imenso enquanto pessoa. Obrigado pelas tuas palavras nos momentos em que mais precisava e por seres sempre alguém em quem podia contar.

À Diana, obrigada por partilhares comigo um interesse genuíno pelos temas que fui estudando e por os alimentares sempre com entusiasmo e curiosidade. Obrigada por todas as palavras de encorajamento e carinhosas ao longo deste percurso da minha vida.

Ao Francisco, pela paciência infinita com que me ouviste desabafar sobre este percurso académico — sobretudo nesta fase final — e pelas tuas palavras sempre certas e pelo teu ombro amigo, que tantas vezes foram o apoio de que precisava.

A todos os que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo, o meu mais sincero obrigado.

Resumo

Objetivo: Vários estudos mostram que experiências traumáticas podem levar ao consumo de álcool e outras drogas. No entanto, os mecanismos subjacentes a esta relação ainda são pouco conhecidos. Assim, o presente estudo procura identificar quais os fatores responsáveis que levam indivíduos a recorrer ao consumo de substâncias após a vivência de experiências traumáticas. O objetivo deste estudo centra-se na análise do papel da anedonia enquanto variável explicativa da relação entre o trauma e o consumo de álcool e outras drogas. **Método:** A amostra do presente estudo foi composta por 107 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. Os participantes preencheram um questionário contendo um questionário sociodemográfico e de caracterização clínica, o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*, o *Impact of Event Scale (IES-R)*, o *Post Traumatic Stress Disorder Checklist For DSM-V (PCL-5)* e *Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS)*. **Resultados:** Os resultados indicam a existência de um efeito direto por parte do trauma no consumo de álcool e outras drogas. Contudo, este efeito foi mediado pelos sintomas de anedonia. Desta forma, foi possível verificar que quanto maior for a exposição a experiências traumáticas, maior são os níveis de anedonia experienciados, o que, por sua vez, promove um maior consumo de álcool e outras substâncias. **Conclusão:** O presente estudo permite compreender melhor a relação existente entre trauma e o consumo de substâncias. De facto, os resultados obtidos mostram que a influência do trauma no consumo de substâncias é, pelo menos em parte, explicada pela influência que o trauma assume nos sintomas de anedonia. Os resultados obtidos sustentam o papel determinante da anedonia na relação entre trauma e consumo de substâncias. Sendo assim, os resultados sugerem que a anedonia deve assumir-se como foco principal no desenvolvimento de estratégias de intervenção e programas de tratamento dirigidos a indivíduos com experiências traumáticas passadas e em risco de consumo de álcool e outras drogas ou risco de desenvolver dependência de substâncias.

Palavras-Chave: Anedonia; Trauma; Consumo de Substâncias e Álcool.

Abstract

Objective: Several studies show that traumatic experiences can lead to alcohol and drug use. However, the mechanisms underlying this relationship remain poorly understood. Therefore, the present study aims to identify the factors that lead individuals to engage in substance use following traumatic experiences. Specifically, the study focuses on analyzing the role of anhedonia as an explanatory variable in the relationship between trauma and the consumption of alcohol and other drugs. **Method:** The sample of the present study consisted of 107 participants, aged between 18 and 65 years. Participants completed a questionnaire including a sociodemographic and clinical questionnaire, the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), the Impact of Event Scale-Revised (IES-R), the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5), and the Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS). **Results:** The results indicate a direct effect of trauma on alcohol and other drug use. However, this effect was mediated by anhedonia symptoms. Thus, it was possible to verify that the greater the exposure to traumatic experiences, the higher the levels of anhedonia experienced, which, in turn, promotes greater alcohol and other substance use. **Conclusion:** The present study contributes to a better understanding of the relationship between trauma and substance use. The findings suggest that the influence of trauma on substance use is, at least in part, explained by its effect on anhedonia symptoms. These results underscore the pivotal role of anhedonia in the trauma–substance use relationship, suggesting that it should be a central focus in the development of intervention strategies and treatment programs aimed at individuals with past traumatic experiences who are at risk of alcohol and drug use or of developing substance dependence.

Keywords: Anhedonia; Trauma; Alcohol and Drug Consumption, *Alcohol*.

Índice

Introdução	9
Trauma e risco para o consumo de substâncias aditivas	10
Trauma, anedonia e risco para o consumo de substâncias aditivas.....	11
O Presente Estudo	12
Método	13
Amostra	13
Procedimentos	15
Instrumentos e Medidas	16
Questionário Sociodemográfico	16
Caracterização Clínica do Consumo de Substâncias e Álcool	16
Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	17
Impact of Event Scale (IES-R).....	18
Post Traumatic Stress Disorder Checklist For DSM-V (PCL-5).....	18
Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS).....	18
Plano de Análise de Dados	19
Resultados	19
Discussão	21
Referências Bibliográficas	27
Anexos	32
Anexo A. Revisão de Literatura	32
Anexo B. Projeto de Investigação	44
Anexo C. Autorização para recolha de dados	49
Anexo D. Consentimento Informado	50

Anexo E. Questionário Sociodemográfico.....	52
Anexo F. Questionário de Caracterização Clínica.....	54
Anexo G. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST).....	56
Anexo H. Impact of Event Scale (IES-R)	63
Anexo I. Post Traumatic Stress Disorder Checklist For DSM-V (PCL-5)	70
Anexo J. Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS)	76

Introdução

De acordo com um relatório do *United Nations Office on Drugs and Crime* de 2022, é estimado que cerca de 292 milhões de pessoas em todo o mundo tenham consumido drogas. Dados mais recentes indicam que o consumo de álcool e outras drogas tem aumentado, estimando-se que cerca de 316 milhões de pessoas consomem drogas com regularidade, o que representa um crescimento de 20% apenas na última década (World Drug Report, 2024). De referir que este aumento do consumo de álcool e outras drogas é particularmente preocupante, uma vez que o consumo de substâncias se encontra associado a diversas consequências para o indivíduo (como, por exemplo, risco de diversas patologias como hipertensão, depressão, psicose, entre outros), mas também para a sociedade em geral (Formánek et al., 2022).

Deve salientar-se que vários estudos têm demonstrado que a vivência de experiências traumáticas constitui um importante fator de risco para o consumo problemático e o risco de desenvolver dependência por consumo de álcool e outras drogas (Mills et al., 2006; Challa, 2022). De facto, vários estudos empíricos têm demonstrado uma maior incidência de um consumo excessivo de substâncias entre indivíduos com histórico de experiências traumáticas (Mills et al., 2006). Por exemplo, Grice e colaboradores (1995) reportaram que mais de 60% dos indivíduos com hábitos de consumo ou dependência de substâncias apresentam um historial de abuso físico ou sexual durante a infância. Mais recentemente, Nguyen e colaboradores (2022) estimaram que mais de 70% dos indivíduos em centros para o tratamento de trauma apresentam pelo menos um sintoma de perturbação ou dependência de substâncias.

Tendo o acima referido em consideração, o presente estudo procurou os mecanismos subjacentes à relação entre vivências traumáticas ou trauma e o maior risco de desenvolver um consumo de substâncias e de desenvolver dependência por consumo de álcool e outras drogas. Mais concretamente, este estudo procurou identificar quais os fatores responsáveis que levam indivíduos a recorrer ao consumo de substâncias após a vivência de experiências traumáticas. O foco deste estudo centra-se na análise do papel da anedonia enquanto variável explicativa da relação entre o trauma e o consumo de álcool e outras drogas. Assim, a tese central do presente estudo assenta na hipótese que, após serem vivenciadas experiências traumáticas, os indivíduos tornam-se mais vulneráveis ao consumo de álcool e outras drogas, dado que tais experiências podem resultar em anedonia (ou seja, a incapacidade de um indivíduo experienciar emoções positivas em situações que deveriam provocá-lo) o que, por sua vez, conduz à procura e consumo

de substâncias como forma de compensar esta incapacidade de experienciar satisfação e prazer através da realização de atividades recompensantes não relacionadas com o consumo de álcool e outras drogas. Assim, a melhor compreensão do papel que a anedonia desempenha na relação entre o trauma e consumo de substâncias revela-se essencial para o desenvolvimento de intervenções e programas de prevenção mais eficazes, esforços esses mais ajustados às reais necessidades e características dos indivíduos pertencentes a esta população vulnerável.

Trauma e risco para o consumo de substâncias aditivas

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA, 2013), o trauma pode ser definido enquanto “experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física” (American Psychiatric Association, 2013, p. 271). Vários estudos realizados nas últimas décadas sugerem que a exposição a situações traumáticas constitui, por si só, um importante fator de risco para diversas condições de saúde mental, incluindo perturbações associadas ao consumo de substâncias e álcool (Bhalla et al., 2017; Challa, 2022). Por exemplo, Mills e colaboradores (2006) identificaram que os indivíduos expostos a situações traumáticas apresentavam um maior risco de consumir álcool e outras drogas em excesso e, como consequência, apresentam também um risco mais elevado de desenvolver perturbações ou dependência por consumo de substâncias (Challa, 2022). Pensa-se que esta relação entre trauma e consumo de substâncias é, pelo menos em parte, explicada pelo facto de quanto maior a exposição de um indivíduo a situações traumáticas, mais comprometida fica a sua capacidade de responder de forma funcional ao trauma, o que consequentemente se traduz numa menor flexibilidade nas estratégias de *coping* (Challa, 2022). Assim, pensa-se que indivíduos com vivências de experiências de trauma recorram ao consumo de substâncias com estratégia mal adaptativa para lidar com as dificuldades ou desafios psicológicos resultantes do processamento das vivências traumáticas.

De destacar a existência de estudos que demonstram que os indivíduos que consomem várias substâncias aditivas tendem a apresentar um historial de maior exposição a situações traumáticas, principalmente na infância como, por exemplo, abuso sexual (Pietrzak et al., 2011). Estes resultados sugerem que indivíduos que vivenciaram experiências traumáticas mais marcadas tendem a recorrer com maior frequência ao consumo de álcool e outras drogas como mecanismo de mitigação sintomatologia mais severa de perturbações psicológicas como, por exemplo, perturbação de stress pós-traumático ou PTSD (Jeffirs et al., 2019; Challa 2022). Este

resultado é suportado por alguns estudos centrados no impacto que o trauma assume para o consumo de álcool e outras drogas. Por exemplo, Khoury e colaboradores (2010) identificaram uma associação robusta entre experiências traumáticas e consumo de substâncias. Neste estudo, os autores demonstram que os consumidores de cocaína e marijuana apresentavam um marcado histórico de abuso sexual na infância, enquanto vítimas de abuso físico no mesmo período apresentavam níveis de consumo elevado de outras substâncias como álcool, tabaco e heroína. Desta forma, o referido estudo sugere que diferentes tipos de trauma parecem ter impacto no consumo e padrões de consumo de substâncias aditivas específicas (Khoury (et al., 2010).

Trauma , anedonia e risco para o consumo de substâncias aditivas

Tendo em consideração os resultados acima apresentados, levanta-se a questão de qual o mecanismo subjacente que leva os indivíduos que experienciaram eventos traumáticos a apresentarem uma maior tendência para recorrer ao consumo de substâncias. Neste contexto, destaca-se a anedonia como plausível variável explicativa da relação existente e comprovada entre experiências traumáticas e consumo de substâncias aditivas. Por anedonia deve entender-se a incapacidade generalizada em experienciar satisfação, prazer ou mesmo emoções positivas em situações que seria de esperar, em condições normais (Ribot, 1896). Este conceito tem sido largamente investigado em estudos relacionados com o estudo de patologias como, por exemplo, os estados depressivos e esquizofrenia. Mais recentemente, a anedonia começou a ser também considerada como um constructo relevante em condições como a perturbação de stress pós-traumático e condições ou estados resultantes de experiências traumáticas (Stamatovich, 2022; Acheson et al., 2022). De facto, diversos estudos demonstram que indivíduos com vivências marcadas por trauma apresentam uma redução na capacidade de experienciar emoções positivas como, por exemplo, felicidade ou satisfação (Frewen et al., 2012; Acheson et al., 2022). Estes indivíduos relatam, muitas vezes, déficits hedónicos, ou seja, uma diminuição da capacidade de sentir prazer ao realizar atividades que, anteriormente, eram gratificantes, enquanto apresentavam marcadas emoções de carácter negativo (Frewen et al., 2012). Este padrão de funcionamento representa de forma clara a sintomatologia característica da anedonia.

Para além do exposto, a anedonia é um constructo presente e marcado em indivíduos com hábitos de consumo problemático de álcool e outras drogas (cf. Destoop et al., 2019). Diversos estudos indicam que a anedonia se constitui como um importante fator preditivo de futuras recaídas em indivíduos em tratamento para dependências por consumo de substâncias

(Hatzigiakoumis et al., 2011). Vários autores têm sugerido que aquilo que é frequentemente diagnosticado com sintomatologia depressiva em indivíduos consumidores de álcool e drogas em excesso pode, na verdade, ser uma manifestação adquirida ou pré-existente de anedonia, a qual pode não estar exclusivamente associada aos efeitos decorrentes da abstinência (Jaffe et al., 1997). De facto, alguns estudos (Garfield et al. 2014; Destoop et al., 2019; Stamatovic, 2022) sugerem que os sintomas associados à anedonia podem constituir-se com fatores pré-existentes, presentes mesmo antes do início do consumo regular de substâncias aditivas. Tendo em consideração que a anedonia reflete uma condição caracterizada pela incapacidade de experienciar prazer e satisfação, torna-se possível considerar que os sintomas de anedonia sejam responsáveis por levar indivíduos com esta condição a recorrerem, com maior frequência, ao consumo de substâncias de forma a compensar a sua incapacidade de sentir satisfação e prazer, a qual, como já referido anteriormente, pode ser consequência ou resultar de experiências traumáticas vivenciadas ao longo da vida (Garfield et al., 2014).

Posto isto, torna-se possível considerar a anedonia enquanto uma vulnerabilidade adquirida após a experiência de eventos traumáticos, a qual pode assumir um papel determinante na procura e iniciação de consumo regular de substância aditivas, podendo mesmo resultar no desenvolvimento de eventuais quadros clínicos de dependência de álcool e outras substâncias (Destoop et al., 2019). Sendo assim, e atendendo ao facto de a anedonia representar uma incapacidade de experienciar emoções positivas e processar recompensas, este constructo pode constituir-se com um fator precipitante do consumo de substâncias e um obstáculo significativo durante o processo de tratamento de dependências em indivíduos com historial de trauma (Haro et al., 2023). Para além de precipitar o consumo de substâncias, é legítimo colocar a hipótese que a anedonia pode também dificultar as tentativas de reduzir o consumo e manter a abstinência, contribuindo desta forma para recaídas frequentes e recorrentes (Garfield et al., 2014).

O Presente Estudo

O presente estudo procurou contribuir para uma melhor compreensão dos fatores ou mecanismos responsáveis pelo facto de indivíduos que experienciam eventos traumáticos apresentarem uma maior tendência para consumir álcool e drogas em excesso. Mais concretamente, o objetivo do presente estudo centra-se em investigar o papel que a anedonia desempenha na relação entre experiências traumáticas e o consumo excessivo de álcool e outras drogas, partindo do pressuposto que experiências traumáticas resultam em anedonia, o que por

sua vez promove o consumo de álcool e outras drogas como forma de compensar artificialmente a incapacidade de sentir prazer ou satisfação após eventos traumáticos. Para tal, foram formuladas as seguintes hipóteses: (1) indivíduos que vivenciaram mais eventos traumáticos tendem a apresentar um consumo de álcool e outras drogas mais elevado; (2) indivíduos que vivenciaram mais eventos traumáticos tendem a apresentar sinais mais notórios de anedonia, ou seja, uma mais marcada dificuldade ou incapacidade de experienciar prazer ou satisfação; (3) quanto maior forem os níveis de anedonia, maior será também a predisposição para o consumo de álcool e outras drogas; e, por fim, (4) prevê-se que o impacto das experiências traumáticas no consumo de álcool e outras drogas seja, pelo menos em parte, explicado pelo facto de as experiências traumáticas resultarem em anedonia, que por sua vez, promove a procura e consumo de substâncias aditivas. Por outras palavras, espera-se que os indivíduos que vivenciaram mais eventos traumáticos apresentem níveis mais elevados de anedonia, níveis estes que promovem o consumo de álcool e outras substâncias, comportamento esse intrinsecamente motivado como forma de compensar a incapacidade ou dificuldade que estes indivíduos apresentam em sentir prazer, consumindo álcool e outras substâncias de forma para sentir essa satisfação e prazer.

Método

Amostra

A técnica de amostragem utilizada nesta investigação foi não-probabilística, tendo a amostra do presente estudo recolhida num contacto inicial por conveniência, sendo mais tarde utilizado o método *snowball* para ampliar a amostra. Adicionalmente, a recolha de dados para o presente estudo incidiu sobre dois tipos de amostras: uma amostra clínica composta por indivíduos com elevados níveis de consumo de álcool e/ou substâncias, e uma amostra comunitária composta por indivíduos com comportamentos de consumo moderados. No que concerne à recolha de dados, este foi realizado a partir de um questionário programado no Qualtrics. A amostra clínica foi recolhida através de um questionário online e em papel, enquanto a recolha de dados da amostra comunitária foi realizada por um questionário online.

Deste modo, a amostra deste estudo foi composta por 107 participantes, todos de nacionalidade portuguesa, dos quais 69 são mulheres (64.50%), 36 são homens (33.60%) e 2 são não-binários (1.90%), com idades entre os 18 e 65 ($M = 31.37$; $DP = 12.43$). Relativamente ao Estado Civil, a maior parte dos participantes referiram ser solteiros (56.10%), estarem em união de facto (22.40%) ou serem casados (14.00%). No que diz respeito ao nível de escolaridade, a

maior parte dos participantes (43.00%) completaram o Ensino Superior. Quanto à situação profissional, 67 participantes (62.60%) encontravam-se empregados, 25 participantes (23.40%) são estudantes e 15 participantes (14.00%) encontram-se atualmente desempregados. Relativamente aos rendimentos, 56 participantes (52.30%) indicaram receber entre os 1.521€ e os 2.280€. Por fim, quanto ao histórico familiar de problemas por consumo de substâncias aditivas, 55 participantes (51.40%) afirmaram que não ter nenhum histórico familiar, 44 participantes (41.10%) afirmaram que ter histórico familiar de problemas com substâncias aditivas e, por fim, 8 participantes (7.50%) omitiram a sua resposta.

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica da amostra

	n	%	Média	DP	Intervalo
Idade	107	-	31.37	12.43	18 - 65
Masculino	36	33.60	-	-	-
Feminino	69	64.50	-	-	-
Outros	2	1.90	-	-	-
Nacionalidade portuguesa	107	100	-	-	-
Solteiro	60	56.10	-	-	-
Casado	15	14.00	-	-	-
União factó	24	22.40	-	-	-
Divorciado	4	3.70	-	-	-
Viúvo	4	3.70	-	-	-
Primária (até 4º ano)	1	0.90	-	-	-
2º Ciclo (5º até 7º ano)	11	10.30	-	-	-
3º Ciclo (8º até 9º ano)	8	7.50	-	-	-
Secundária (10º até 12º ano)	46	43.00	-	-	-
Licenciatura	32	29.90	-	-	-
Mestrado	8	7.50	-	-	-
Doutoramento	1	0.90	-	-	-
Curso profissional	0	0	-	-	-
Desempregado	15	14.00	-	-	-
Empregado	67	62.60	-	-	-
Estudante	25	23.40	-	-	-
Nenhum rendimento	31	29.00	-	-	-
760€ ou menos	10	9.30	-	-	-
Entre 761€ a 1.520€	56	52.30	-	-	-
Entre 1.521€ a 2.280€	8	7.50	-	-	-
Entre 2.281€ a 3.800€	1	0.90	-	-	-
3.801€ ou mais	1	0.90	-	-	-
Prefiro não responder	1	0.90	-	-	-
Histórico familiar de problemas de consumo de substâncias					
Sim	44	41.10	-	-	-
Não	55	51.40	-	-	-
Omisso	8	7.50	-	-	-

Procedimento

Para a realização deste estudo optou-se por proceder à recolha de dados junto de duas populações distintas. Assim, a amostra do presente estudo foi composta por uma amostra comunitária composta por indivíduos sem comportamentos de consumo ou com comportamentos de consumo moderado de álcool e outras substâncias, e uma amostra clínica constituída por indivíduos ou pacientes com elevados níveis de consumo de álcool e/ou substâncias, de forma a prevenir efeitos de teto e garantir a variabilidade e heterogeneidade da amostra recolhida. Desta forma, procedeu-se, numa fase inicial, à recolha de dados amostra comunitária, através de um questionário estruturado e administrado na plataforma Qualtrics, em formato online. O link do questionário foi distribuído por diversos grupos no *WhatsApp* e publicado no *Instagram*, sendo adicionalmente solicitada a partilha do mesmo pelos participantes, com o propósito de aumentar o número de respostas. Adicionalmente também foi distribuído em fóruns online (e.g. *Uniarea*). Num segundo momento, e após a conclusão da recolha de dados na população comunitária, iniciou-se a recolha de dados na amostra clínica, através de uma abordagem presencial e online. Com o objetivo de realizar a recolha de dados presencialmente, efetuou-se primeiros contactos com diversos institutos e comunidades terapêuticas para o tratamento de quadros de dependência. Alguns dos participantes da amostra encontravam-se a frequentar centros ou comunidades para o tratamento de dependência por consumo de álcool e outras substâncias. Adicionalmente, alguns participantes incluídos na amostra clínica foram recrutados online através da partilha de um link para o questionário online em comunidades online anónimas (e.g. *Cocaína Anónimos Portugal*; *Alcoólicos Anónimos Portugal*, entre outros) e comunidades de apoio online presentes em diversas plataformas (e.g. *Reddit*).

Relativamente ao questionário realizado na plataforma Qualtrics, este foi estruturado para assegurar o cumprimento dos critérios de inclusão da população clínica, ao incluir os critérios estabelecidos conforme o DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) para a Perturbação por Consumo de Substâncias. Contudo, ao contrário do DSM-V que apenas considera o consumo como significativo no caso de serem manifestados sintomas nos últimos 12 meses, decidiu-se não incluir esse período temporal de forma a ser possível distinguir os indivíduos que consomem e os que deixaram de consumir através da aplicação do Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), dado que parte da amostra clínica foi composta por indivíduos em diferentes fases de tratamento, muitas vezes, superiores a 12 meses.

Instrumentos e Medidas

Questionário Sociodemográfico

Com o objetivo de recolher informação necessária para a caracterização da amostra do presente estudo, foi elaborado um questionário sociodemográfico. Este foi composto por 9 questões de forma a recolher dados sociodemográficos dos participantes como, por exemplo, idade, género, naturalidade, nacionalidade, estado civil, escolaridade, situação profissional, situação económica e histórico familiar de problemas por consumo de substâncias aditivas.

Caracterização Clínica do Consumo de Substâncias e Álcool

De forma a caracterizar a amostra em função dos comportamentos de consumo de substâncias e álcool e distinguir a amostra clínica da comunitária, foi desenvolvido um questionário com base nos critérios da Perturbação por Uso de Substâncias do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5). O questionário foi composto por 12 itens, que abordaram o consumo de substâncias em quantidades superiores ou por um período mais prolongado do que o pretendido, de acordo com o critério 1 (e.g. “Alguma vez consumiu uma substância em quantidades maiores ou durante mais tempo do que tinha planeado inicialmente?”), as tentativas de redução de consumo, de acordo com o critério 2 (e.g. “Já tentou reduzir ou controlar o consumo de substâncias, mas não foi capaz?”), o tempo despendido associado com as substâncias, de acordo com o critério 3 (e.g. “Passa muito tempo a encontrar, consumir ou recuperar dos efeitos do consumo de substâncias?”), o desejo intenso (*craving*), de acordo com o critério 4 (e.g. “Já alguma vez sentiu um desejo intenso ou uma vontade incontrolável de consumir?”), o incumprimento de responsabilidades, de acordo com o critério 5 (e.g. “Já alguma vez o consumo de substâncias interferiu com as suas responsabilidades no trabalho, na escola ou em casa?”), os problemas interpessoais recorrentes, em detrimento do consumo contínuo, de acordo com o critério 6 (e.g. “Já alguma vez continuou a consumir a substância apesar de saber que isso causava problemas nas suas relações interpessoais?”), o abandono de atividades em detrimento do consumo, de acordo com o critério 7 (e.g. “Já alguma vez deixou de participar em atividades devido ao consumo de substâncias?”), o consumo de substâncias em situações de risco, de acordo com o critério 8 (e.g. “Já alguma vez consumiu em situações de risco como, por exemplo, enquanto conduzia?”), problemas de saúde físico ou psicológicos em consequência do consumo, de acordo com o critério 9 (e.g. “Já alguma vez continuou a consumir, apesar de saber que isso aumentava ou lhe causava problemas físicos ou

psicológicos?”), a necessidade de aumentar a quantidade de consumo, de acordo com o critério 10 (e.g. “Repara que precisa de consumir quantidades maiores da substância para obter o mesmo efeito?”). No que concerne, o critério 11, foram construídas duas questões, a primeira questão aborda o consumo de substância de forma como forma de prevenir e/ou aliviar sintomas desagradáveis (e.g. Já alguma vez consumiu a substância para evitar ou aliviar estes sintomas desagradáveis?”), e a segunda questão aborda o surgimento de sintomas desagradáveis em consequência da redução ou interrupção do consumo (e.g. “Já sentiu sintomas desagradáveis quando tentou reduzir ou parar o consumo da substância?”).

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

Para avaliar o consumo de substâncias, utilizou-se o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST; WHO ASSIST Working Group, 2002). Este é um instrumento que foi desenvolvido por um conjunto de investigadores e especialistas em dependências por consumo de substâncias, sob a supervisão da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo utilizado para determinar o risco associado ao consumo de diferentes substâncias. O ASSIST é um questionário composto por x itens, divididos em 10 subescalas que avaliam o consumo de: (1) tabaco, (2) bebidas alcoólicas, (3) maconha, (4) cocaína, (5) estimulantes, (6) sedativos e hipnóticos (benzodiazepinas), (7) alucinógenos, (8) inalantes, (9) opioides e (10) outras drogas. Esta medida é composta por 8 itens que abordam o consumo de substâncias, com base em respostas numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos para as questões 2 a 5 (nunca; 1 ou vezes; mensalmente; semanalmente; diariamente ou quase diariamente) e de três pontos para as questões 6 e 7 (não, nunca; sim, nos últimos três meses; sim, mas não nos últimos três meses). A única exceção é a parte inicial do instrumento que é composta por uma questão de triagem para determinar se existe histórico de consumo de substâncias entre os participantes, enquanto identifica quais (e.g., “Na sua vida, qual destas substâncias você já usou (somente uso não prescrito por médico?”). Referentemente ao coeficiente alfa de Cronbach, salienta referir que, devido à sua natureza multidimensional, o ASSIST não apresenta um valor global de consistência interna. Em vez disso, o alfa de Cronbach é calculado separadamente para cada substância, apresentando valores adequados que variam entre $\alpha = 0.66$ e $\alpha = 0.86$ (WHO ASSIST Working Group, 2002).

Impact of Event Scale (IES-R)

Com o objetivo de avaliar o nível de impacto subjetivo de eventos específicos traumáticos ou indutores de stress na vida das pessoas, utilizou-se o *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R; Weiss & Marmar, 1997), recentemente validada e adaptada para a população portuguesa (Vieira et al., 2020). O IES-R é um questionário de autopreenchimento bastante utilizado para avaliar as percepções subjetivas do impacto de experiências traumáticas, sendo composto por 22 itens (e.g. “Qualquer recordação relativa ao acontecimento suscita em mim todas as emoções vividas nessa altura”), divididos em quatro subescalas: (1) intrusão, (2) evitamento, (3) anestesia emocional e (4) ativação fisiológica. Em cada um dos itens é solicitado aos participantes que respondam às questões em função de um acontecimento estressante específico (por exemplo, “Qualquer recordação relativa ao acontecimento suscita em mim todas as emoções vividas nessa altura”), respondendo numa escala de resposta do tipo *Likert* com cinco opções variando entre 1= “Nada” e 5= “Extremamente”. O coeficiente de alpha de Cronbach obtido ($\alpha = .96$), indica que esta escala apresenta uma consistência interna adequada (Weiss & Marmar, 1997).

Post Traumatic Stress Disorder Checklist For DSM-V (PCL-5)

Para avaliar sintomas da Perturbação de Stress Pós-traumático (PTSD) de acordo com os critérios do DSM-V, foi utilizada a versão portuguesa do *Post Traumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-5; Weathers et al. 2013) (Carvalho et al., 2019). O PCL-5 é um instrumento de autorresposta em que é solicitado aos participantes que respondam a um total de 20 itens associados aos sintomas de PTSD, com base num evento traumático que tenham experienciado (e.g. “Sentir-se, de repente, como se estivesse a reviver a experiência stressante (como se estivesse a acontecer novamente?”).. As respostas são obtidas através de uma escala de resposta do tipo *Likert* com 5 opções de resposta, variando entre 0 = “Nada” e 5 = “Extremamente”), sendo do que pontuações mais elevadas refletem um maior grau de incómodo causado pela experiência traumática no último mês. O coeficiente de alpha de Cronbach obtido ($\alpha = .94$), indica que esta escala apresenta uma consistência interna adequada (Weathers et al. 2013).

Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS)

Com o objetivo de avaliar a capacidade hedónica, utilizou-se a versão portuguesa do *Snaith-Hamilton Pleasure Scale* (SHAPS; Snaith et al. 1995) (Picoito et al., 2016). O SHAPS é um instrumento de autopreenchimento utilizado para avaliar diferenças entre indivíduos no que

diz respeito à capacidade hedônica, ou seja, permite avaliar a capacidade de um indivíduo sentir prazer ao realizar atividades diárias. Esta avaliação é realizada no contexto de domínios distintos como, por exemplo, passatempos, alimentos, interações sociais e experiências sensoriais. Este um questionário é composto por um total de 14 itens (e.g. “Eu sentiria prazer ao receber elogios de alguém”), em que os participantes respondem utilizando uma escala de resposta do tipo *Likert* com 4 opções de resposta, variando entre 1 = “Concordo totalmente” e 4 = “Discordo totalmente”). O coeficiente de alpha de Cronbach obtido ($\alpha = .91$), indica que esta escala apresenta uma consistência interna adequada (Snaith et al. 1995)

Plano de Análise de Dados

Após a recolha de dados, realizaram-se as análises estatísticas utilizando o IBM SPSS Software (versão 30, IBM Corp., 2024). Inicialmente, foi efetuado o cálculo das estatísticas descritivas para a descrição das características sociodemográficas da amostra. A seguir, foram calculadas as pontuações totais de cada um dos instrumentos utilizados através do cálculo da soma ou média aritmética das respostas aos itens correspondentes a cada instrumento ou medida. De seguida, foram calculadas as correlações de Pearson (r) para avaliar as magnitudes das associações entre as variáveis em estudo. Após o cálculo das correlações de Pearson, foram realizadas análises de mediação estatística recorrendo à Macro PROCESS, desenvolvida por Andrew F. Hayes (Hayes, 2018) para o SPSS IBM. Este modelo de mediação foi testado com o objetivo de avaliar o papel mediador da anedonia na relação entre o trauma (variável independente) e o consumo de substâncias e álcool (variável dependente).

Resultados

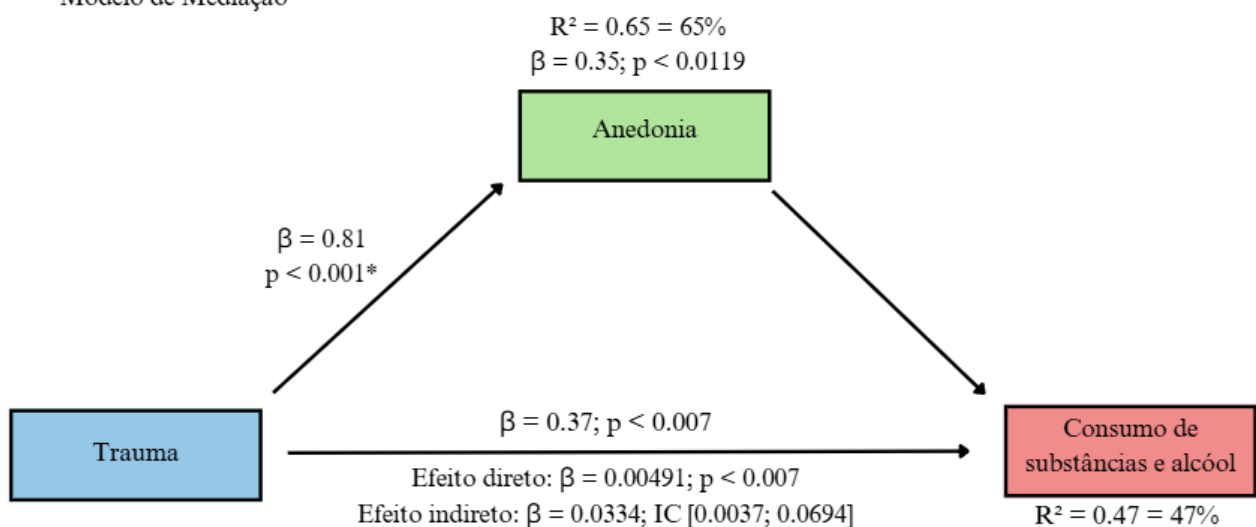
Tabela 2
Correlações de Pearson entre as variáveis em estudo

	1	2	3
1 - Anedonia	-	-	-
2 - Consumo de Substâncias e Álcool	0.66**	-	-
3 - Trauma	0.82**	0.66**	-

Nota: *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$

Como é possível observar na Tabela 2, verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a anedonia e o trauma ($r = 0.82$; $p < 0.010$), sugerindo que o trauma se encontra fortemente associado aos sintomas de anedonia. Quanto à relação entre anedonia e consumo de álcool e outras substâncias, também se verificou- uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($r = 0.66$; $p < 0.010$), indicando que níveis mais elevados de anedonia se encontram associados a um maior consumo de substâncias. Por fim, verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o trauma e consumo de álcool e outras substâncias ($r = 0.66$; $p < 0.010$), sugerindo que quanto maior for a experiências de situações ou eventos traumáticos, maior é o consumo de substâncias reportado.

Figura 1
Modelo de Mediação



Para testar se a anedonia desempenha um papel enquanto variável mediadora na relação entre o trauma e consumo de álcool e outras substâncias, foi testado um modelo estatístico de mediação. Neste modelo incluiu-se o trauma como variável independente (ou preditora), o consumo de substâncias como variável dependente e, por fim, a anedonia enquanto variável mediadora. Através deste modelo foi possível explicar 47% ($R^2 = 0.47$) do total da variância no consumo de álcool e outras substâncias. De referir que o efeito indireto desempenhado pela anedonia na relação entre trauma e consumo de substâncias revelou-se estatisticamente significativo ($b = 0.03$; IC [0.0037; 0.0694]), indicando que a anedonia desempenha um papel de variável mediadora da relação entre trauma e consumo de substâncias. Contudo, os resultados obtidos indicaram que, mesmo após a inclusão da variável relativa à anedonia, o trauma assume um efeito direto estatisticamente significativo no consumo de substâncias ($\beta = 0.00491$; $p <$

0.007), sugerindo que o efeito de mediação encontrado se trata de uma mediação parcial. Em suma, os resultados obtidos indicam a existência de um efeito direto do trauma no consumo de substâncias ($\beta = 0.37$; $p < 0.007$). Contudo, este efeito é em parte mediado ou explicado pela anedonia. Por outras palavras, o parte do impacto do trauma no consumo de substâncias é explicado pelo facto de o trauma levar a maiores níveis de anedonia ($\beta = 0.81$; $p < 0.001$), os quais, por sua vez, contribuem para um maior consumo de álcool e outras substâncias. ($\beta = 0.35$; $p = 0.0119$).

Discussão

O presente estudo procurou compreender quais os fatores responsáveis pelo facto de certos indivíduos sentirem a necessidade de recorrer ao consumo de álcool e outras drogas, após vivenciarem experiências traumáticas. Mais concretamente, o presente estudo centrou-se no estudo do papel da anedonia, ou seja, a incapacidade de um indivíduo experienciar emoções positivas em situações que deveriam provocá-las, enquanto variável mediadora na relação entre experiências traumáticas e o consumo de álcool e drogas. Assim, o presente estudo procurou investigar a hipótese segundo a qual indivíduos que vivenciaram experiências traumáticas encontram-se mais vulneráveis ao consumo de substâncias, devido ao facto dessas mesmas experiências traumáticas resultarem em anedonia, a qual leva indivíduos a procurarem o consumo de substâncias como forma de compensar a incapacidade que têm em sentir prazer ou satisfação após acontecimentos traumáticos.

Tendo em consideração este objetivo principal, foram formuladas quatro hipóteses: (1) indivíduos que vivenciaram mais experiências traumáticas tendem a apresentar um consumo mais elevado de álcool e outras drogas; (2) indivíduos que vivenciaram mais experiências traumáticas tendem a apresentar sinais mais notórios de anedonia ou menor capacidade de experienciar prazer ou satisfação; (3) quanto maior forem os níveis de anedonia, maior será também a predisposição para o consumo de álcool e outras drogas; e, por fim, (4) prevê-se que o impacto das experiências traumáticas no consumo de álcool e outras drogas seja explicado pelo facto de as experiências traumáticas resultarem em anedonia, que por sua vez, promove a procura e consumo de álcool e outras drogas. Por outras palavras, espera-se que os indivíduos que vivenciaram mais experiências traumáticas apresentem níveis mais elevados de anedonia, o que leva a um maior consumo de álcool e outras drogas, comportamento esse motivado como forma de compensar a incapacidade ou dificuldade que estes indivíduos apresentam em sentir prazer,

consumindo substâncias de forma instrumental para sentir essa satisfação e prazer. De modo geral, os resultados obtidos foram consistentes com as hipóteses formuladas, tendo-se observado que a anedonia desempenha um papel enquanto variável mediadora, ainda que de forma parcial, na relação entre experiências traumáticas e o consumo de álcool e drogas.

Em primeiro lugar, os resultados obtidos sugerem, tal como o esperado, uma associação entre mais experiências traumáticas e o consumo de álcool e outras drogas. Ou seja, verificou-se que indivíduos com maior exposição a experiências traumáticas demonstram também níveis mais elevados de consumo de álcool e outras drogas. Este resultado é consistente e corroborado por inúmeros outros estudos já publicados. Por exemplo, um estudo realizado por Kuksis et al., (2020) com o objetivo de compreender a relação entre a intensidade de exposição a traumas e o nível de consumo de substâncias demonstrou existir uma associação direta entre a exposição a traumas ao longo da vida e a intensidade de consumo de substâncias, parecendo irrefutável segundo os resultados que indivíduos que experienciaram situações traumáticas durante a infância e indivíduos com Perturbação de Stress Pós-Traumático apresentam um maior envolvimento e consumo de álcool e outras drogas. Acresce o facto de o referido estudo demonstrar que indivíduos diagnosticados com dependência por consumo de substâncias, devidamente comprovada através de registos clínicos, apresentarem uma maior incidência de eventos ou experiências traumáticas, sendo mesmo os indivíduos com quadros clínicos mais severos de dependência, aqueles que reportam maior frequência de experiências traumáticas (cf. Kuksis et al., 2020). De destacar ainda que a forma como os indivíduos lidam ou enfrentam as experiências traumáticas assume-se como fator determinante dos níveis de consumo apresentados. O que define a intensidade do consumo de substâncias não é o tipo de trauma (e.g. abuso sexual, abuso psicológico ou abuso físico), mas sim as estratégias adotadas para confrontar os efeitos do trauma. Segundo Kuksis e colaboradores (2020), de modo geral as mulheres com níveis elevados de trauma apresentam uma menor taxa de consumo de álcool e substâncias, quando comparadas com homens, devido ao facto de recorrerem a mais estratégias e mecanismos de *coping*. Por outro lado, homens tendem a manifestar uma menor taxa de utilização de recursos de enfrentamento para mitigar os efeitos pós-traumáticos, o que consequentemente faz com que apresentem taxas mais elevadas de consumo de substâncias e álcool.

Os resultados obtidos indicaram também uma associação entre os níveis de anedonia e experiências traumáticas, sugerem que os indivíduos que vivenciaram experiências traumáticas apresentam maior predisposição para desenvolver anedonia. Tal resultado é consistente com

estudos anteriores. Por exemplo, num estudo composto por mulheres diagnosticadas com Perturbação de Stress Pós-Traumático e sem Perturbação de Stress Pós-Traumático, Frewen et colaboradores (2012) observaram que, em comparação com as mulheres sem Perturbação de Stress Pós-Traumático, as mulheres diagnosticadas apresentavam uma incapacidade evidente em experienciar emoções positivas quando expostas a estímulos positivos (e.g. alegria, satisfação, entre outros), mas experienciavam emoções negativas durante esses momentos. Acresce que, os autores verificaram que os sintomas de anedonia se encontravam associados com a exposição a eventos traumáticos, tendo encontrado correlações positivas, de elevada magnitude, entre a anedonia e a exposição a trauma. Por seu lado, Wan e colaboradores (2025) constatou, num estudo recente, que a anedonia se encontra associada com o diagnóstico da Perturbação de Stress Pós-Traumático, sugerindo que indivíduos com níveis mais elevados de anedonia apresentam uma maior tendência para apresentar mais sintomas de um quadro clínico de Perturbação de Stress Pós-Traumático. Deste modo, os resultados obtidos no presente estudo e aqueles obtidos nos dois estudos referidos, é possível entreter a hipótese que após os indivíduos experienciarem trauma, existe a probabilidade de desenvolver anedonia, consubstanciando uma ligação direta entre experiências traumáticas e sintomas claros e evidentes de um quadro severo de anedonia.

Os resultados obtidos indicaram ainda que, tal como seria de esperar, os níveis de anedonia encontram-se associados aos comportamentos de consumo de álcool e outras drogas (derivados de tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes, sedativos, alucinógenos, opioides). Ou seja, os nossos resultados indicaram que quanto maior os níveis de anedonia, maior é o consumo de substâncias. Este resultado vai ao encontro dos resultados verificados noutros estudos. Por exemplo, Hatzigiakoumis e colaboradores (2011) procuraram compreender a relação entre a anedonia e o consumo de substâncias, tendo sugerido que uma das razões pela qual indivíduos têm dificuldades em manter-se em abstinência encontra-se diretamente relacionado com os sintomas de anedonia experienciados durante a abstinência prolongada. Ou seja, devido aos efeitos de prazer imediato provocados pelo consumo de substâncias psicoativas, é comum indivíduos desenvolverem sintomas de anedonia quando esse consumo cessa. Pensa-se que este quadro se constitui como razão subjacente à necessidade de consumir durante uma abstinência prolongada, numa tentativa de ultrapassar um estado de incapacidade de sentir satisfação ou prazer, estado esse muitas vezes marcado por sintomas de ansiedade e depressão. Assim sendo, vários autores têm sugerido que a anedonia se constitui como uma das principais

causas que explicam episódios de recaída no processo de tratamento para a dependência por consumo de substâncias (Koob & Le Moal, 2001; Hatzigiakoumis et al., 2011).

Para além disto, os resultados obtidos mostram que a anedonia desempenha um papel enquanto variável mediadora, ainda que de forma parcial, na relação entre experiências traumáticas e o consumo de álcool e drogas. Ou seja, os nossos resultados sugerem que indivíduos com maior exposição a traumas apresentam níveis mais elevados de consumo de substâncias. No entanto, esta associação é parcialmente explicada pela anedonia. Por outras palavras, indivíduos com maior exposição a trauma apresentam níveis mais elevados de anedonia, os quais, por sua vez, promovem o consumo de álcool e drogas. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de em indivíduos com experiências traumáticas, o comportamento de consumo de substâncias possa ser motivado como forma de compensar a incapacidade ou dificuldade que estes indivíduos apresentam em sentir prazer e satisfação (Hatzigiakoumis et al., 2011). Cabe destacar, contudo, os nossos resultados sugerem que indivíduos com níveis elevados de exposição a traumas podem apresentar elevados níveis de consumo de substâncias, apesar de não mostrarem índices de anedonia, o que sugere que para além do impacto indireto através da anedonia, as experiências traumáticas exercem um impacto direto no consumo de substâncias, que não é explicado pelos sintomas de anedonia. Estes resultados são consistentes com os resultados obtidos em investigações anteriores (Takgbajouah et al., 2024).

O presente estudo encerra importantes implicações teóricas e práticas para a melhor compreensão do impacto do trauma no consumo de substâncias e para o desenvolvimento de intervenções eficazes e ajustadas centradas na diminuição do consumo de substâncias em indivíduos que vivenciaram experiências traumáticas. O presente estudo enfatiza o papel crítico que a anedonia poderá assumir no desenvolvimento de intervenções mais ajustadas e eficazes dirigidas a indivíduos com dependência de substâncias que tenham também vivenciado experiências traumáticas. Uma vez que as vivências traumáticas são impossíveis de eliminar, a anedonia assume-se como uma variável de eleição para programas de intervenção focados em reduzir o impacto dos sintomas de anedonia, de modo a reduzir a repercussão que o trauma exerce no consumo de álcool e outras drogas. Esta ideia é consistente com estudos recentes, os quais sugerem que intervenções focadas na redução de consumo de substâncias se devem centrar nas influências que a anedonia exerce, de modo a mais eficazmente reduzir o consumo de risco de dependência de substâncias. Esta perspetiva vai ao encontro de modelos e perspetivas teóricas sobre a dependência de substâncias que sugerem que anedonia se constitui como um dos

principais sintomas de um quadro clínico de dependência e uma das principais causas responsáveis para a ocorrência de recaídas (Koob e Le Moal, 2001; Hatzigiakoumis et al., 2011). Assim, atendendo ao facto de anedonia representar um défice no processamento de recompensas ou emoções positivas, intervenções apostadas na redução do consumo de álcool e outras substâncias em indivíduos com trauma devem focar-se no aumento do processamento de emoções positivas e satisfação geral, bem como na promoção de atividades capazes de promover essas mesmas emoções, que não estejam associadas ao consumo de álcool e drogas.

Apesar das suas contribuições, o presente estudo comporta algumas limitações, as quais carecem de discussão. Em primeiro lugar, e não obstante as estratégias adotadas para assegurar o recrutamento de uma amostra ampla e abrangente, a amostra utilizada no presente estudo revelou-se bastante homogénea no que concerne ao género. Vários estudos têm apontado para diferenças significativas entre mulheres e homens no que diz respeito à vivência de experiências traumáticas e consumo de substâncias (Mitral et al., 2021; Haro et al., 2023). De facto, a literatura demonstra que, em comparação com as mulheres, os homens tendem a apresentar níveis superiores de consumo de substâncias (Mitral et al., 2021). Por outro lado, vários estudos indicam que as mulheres tendem a apresentar mais vivências traumáticas que os homens, e tendem a apresentar quadros de trauma mais severos. Assim, torna-se imperativo, em estudos futuros, a utilização de amostra com boa representatividade de homens e mulheres com o objetivo de determinar se os resultados do presente estudo se aplicam a ambos géneros. Em segundo, a amostra do presente estudo foi composta maioritariamente por indivíduos com um consumo de substância ligeiro a moderado, ou seja, a amostra carece de representatividade de indivíduos com um consumo de substâncias excessivo ou problemático. Dada a associação existente entre anedonia e risco de recaída no tratamento de dependência por consumo de substâncias (Haro et al., 2023), estudo futuros devem replicar os resultados obtidos no presente estudo numa amostra clínica composta maioritariamente por indivíduos com dependência por consumo de substâncias devidamente comprovada, de modo a melhor compreender o papel que a anedonia poderá exercer na relação entre trauma e consumo de substâncias numa população com um consumo mais elevado e problemático de substâncias. Por fim, uma vez que o presente estudo utilizou uma metodologia transversal, em que os dados foram recolhidos num único momento, os nossos resultados não permitem estabelecer, de uma forma definitiva, qualquer relação causal entre as variáveis em estudo. Por outras palavras, o presente estudo não permite determinar a direção causal entre as variáveis. De acordo com Li (et al., 2023). Assim, estudos futuros deverão replicar

os nossos resultados utilizando uma metodologia longitudinal, de modo a possibilitar o estabelecimento da direção da causalidade entre as variáveis.

Em conclusão, o presente estudo permitiu compreender o impacto das experiências traumáticas no consumo de substâncias. Os resultados obtidos no presente estudo sugerem que a influência do trauma no consumo de substâncias é, pelo menos em parte, explicada pela influência do trauma nos sintomas de anedonia. Assim, os resultados obtidos indicam que a anedonia deve assumir-se como foco principal no desenvolvimento de estratégias de intervenção e programas de tratamento dirigidos a indivíduos com experiências traumáticas passadas e em risco de consumo de álcool e outras drogas ou risco de desenvolver dependência de substâncias. Ou seja, os resultados obtidos sugerem a necessidade de desenvolver intervenções centradas em promover respostas afetivas positivas (e.g. alegria, satisfação, etc.) em indivíduos com trauma, de modo a diminuir os sintomas de anedonia, e assim diminuir o risco de consumo de substâncias e o risco de desenvolver dependência de substância nesta população vulnerável.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A. d., 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* vol.16, 309-320. APA, A. P. (1980).
- Acheson, D. T., Vinograd, M., Nievergelt, C. M., Yurgil, K. A., Moore, T. M., Risbrough, V. B., & Baker, D. G. (2022). Prospective examination of pre-trauma anhedonia as a risk factor for post-traumatic stress symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2015949. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2015949>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 - 5th ed. American Psychiatric Association.
- APA Dictionary of Psychology. American Psychological Association.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., Haro, J. M., de Jonge, P., ... Zaslavsky, A. M. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Birnie, M. T., Kooiker, C. L., Short, A. K., Bolton, J. L., Chen, Y., & Baram, T. Z. (2020). Plasticity of the reward circuitry after early life adversity: Mechanisms and significance. *Biological Psychiatry*, 87(10), 875–884. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.12.018>
- Buscemi, J., Acuff, S. F., Minhas, M., MacKillop, J., & Murphy, J. G. (2021). Identifying Patterns of Alcohol Use and Obesity-Related Factors Among Emerging Adults: A Behavioral Economic Analysis. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 45(4), 828–840. <https://doi.org/10.1111/acer.14569>
- Bhalla, I. P., Stefanovics, E. A., & Rosenheck, R. A. (2017). Clinical Epidemiology of Single Versus Multiple Substance Use Disorders: Polysubstance Use Disorder. *Medical Care*, 55 Suppl 9, S24–S32. <https://doi.org/10.1097/MLR.000000000000073>

- Challa, Saankari Anusha, "Trauma and Alcohol/Substance Use: The Role of Self-regulation Flexibility" (2022). Dissertations. 1180.
<https://irl.umsl.edu/dissertation/1180>
- Craske MG, Meuret AE, Ritz T, Treanor M, Dour HJ. Treatment for anhedonia a neuroscience driven approach. *Depress Anxiety* (2016) 33(10):927–38.
- Destoop M, Morrens M, Coppens V and Dom G (2019) Addiction, Anhedonia, and Comorbid Mood Disorder. A Narrative Review. *Front. Psychiatry* 10:311. doi: 10.3389/fpsy.2019.00311
- Fan, J., Liu, W., Xia, J., Li, S., Gao, F., Zhu, J., Han, Y., Zhou, H., Liao, H., Yi, J., Tan, C., & Zhu, X. (2021). Childhood trauma is associated with elevated anhedonia and altered core reward circuitry in major depression patients and controls. *Human Brain Mapping*, 42(1), 286–297.
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., & Lanius, R. A. (2012). Assessment of anhedonia in psychological trauma: Psychometric and neuroimaging perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1), Article 8587.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.8587>
- Formánek, T et al. Mortality and life-years lost following subsequent physical comorbidity in people with pre-existing substance use disorders: a national registry-based retrospective cohort study of hospitalized individuals in Czechia. *The Lancet Psychiatry*; 3 Nov 2022
- Garfield JB, Lubman DI, Yucel M. Anhedonia in substance use disorders: a systematic review of its nature, course and clinical correlates. *Aust N Z J Psychiatry* (2014) 48(1):36–51. doi: 10.1177/0004867413508455
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Smith, S. M., & Huang, B. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757–766.
- Hatzigiakoumis, D. S., Martinotti, G., Giannantonio, M. D., & Janiri, L. (2011). Anhedonia and substance dependence: Clinical correlates and treatment options. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00010>

- Khoury, L., Tang, Y. L., Bradley, B., Cubells, J. F., & Ressler, K. J. (2010). Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depression and Anxiety*, 27(11), 1077–1086. <https://doi.org/10.1002/da.20751>
- Jaffe, H., Knappe, C. M., and Ciraulo, D. A. (1997). “Opiates: clinical aspects,” in Substance Abuse – A Comprehensive Textbook, 3rd Edn, eds J. H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, and J.G. Langrod (Baltimore, MD: Williams & Wilkins), 158–166.
- Kearns, N., Cloutier, R., Carey, C., Contractor, A., & Blumenthal, H. (2019). Alcohol and Marijuana Polysubstance Use: Comparison of PTSD Symptom Endorsement and Severity Patterns. *Cannabis*, 2(1), 39–52. <https://doi.org/10.26828/cannabis.2019.01.004>
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537–547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Ruscio, A. M., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). *Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis*. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97–129. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(00\)00195-0](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00195-0)
- Kuksis, M., Di Prospero, C., Hawken, E. R., & Finch, S. (2020). *The correlation between trauma, PTSD, and substance abuse in a community sample seeking outpatient treatment for addiction*. *Psychiatry Research*, 284, 112759. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112759>

- Li, X., Wang, Y., & Zhang, H. (2023). *Co-occurring experiences of traumatic events and substance use in a community sample of young people*. *Journal of Affective Disorders*, 319, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.005>
- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., & Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and substance use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 652–658. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.4.652>
- Mitral, M., Sharma, S., & Gupta, R. (2021). *Traumatic experiences and PTSD symptoms in substance use disorder patients: A cross-sectional study*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 82(5), 1–8. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13572>
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press
- O'Brien, K. J., Ered, A., Korenic, S. A., Olino, T. M., Schiffman, J., Mittal, V. A., & Ellman, L. M. (2023). Childhood trauma, perceived stress, and anhedonia in individuals at clinical high risk for psychosis: Multigroup mediation analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 223, 273–279. <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.185>
- Ribot, T. (1896). *La psychologie des sentiments [The psychology of feelings]*. Felix Alcan.
- Rogers, C. J., Forster, M., Sussman, S., Steinberg, J., Barrington-Trimis, J. L., Grigsby, T. J., & Unger, J. B. (2023). The impact of childhood trauma on problematic alcohol and drug use trajectories and the moderating role of social support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 2829. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042829>
- Snaith, R. P., Hamilton, M., Morley, S., Humayan, A., Hargreaves, D., & Trigwell, P. (1995). *A scale for the assessment of hedonic tone: The Snaith–Hamilton Pleasure Scale*. *The British Journal of Psychiatry*, 167(1), 99–103. <https://doi.org/10.1192/bjp.167.1.99>
- Stamatovich, S. N. (2022). Anhedonia and impulsivity in college alcohol use: A path analysis.

- Takgbajouah, M., & Buscemi, J. (2022). Applying the developmental model of use disorders to hedonic hunger: A narrative review. *Journal of Addictive Diseases*, 40(1), 47–55. <https://doi.org/10.1080/10550887.2021.1926881>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World Drug Report 2024*.
- Wan, X., Zhang, Y., Li, J., & Liu, Z. (2025). How does drug abuse affect outcomes after trauma? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 145, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.02.003>
- Wang, P., Zhang, N., Ma, S., Kang, L., Wang, W., Zong, X., Bai, H., Li, R., & Liu, Z. (2022). Dysfunctional attitudes mediate the relationship between childhood emotional neglect and anhedonia in young adult major depression patients. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 791230. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.791230>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov>
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). *The Impact of Event Scale—Revised*. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). Guilford Press
- World Health Organization ASSIST Working Group. (2002). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility*. *Addiction*, 97(9), 1183–1194. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185>

Anexo A. Revisão de Literatura

Um estudo da *World Mental Health Survey Initiative*, realizado em 24 países, demonstrou que 70.4% da população experencia ao longo da vida pelo menos um evento traumático (Benjet et al., 2016). No que diz respeito a Portugal, apesar de não existirem dados concretos atuais, de acordo com um estudo realizado por Albuquerque (et al., 2003), estima-se que 75% da população portuguesa já foi exposta a pelo menos um evento traumático ao longo da vida. Esse elevado número pode ser justificado pela facilidade com que as pessoas são expostas a eventos traumáticos, os quais, segundo a *World Mental Health Survey*, podem ser categorizados em cinco categorias principais: morte ou lesão grave, perda inesperada de uma pessoa próxima, a vivência de uma doença com risco de vida, ser vítima de assalto ou por último estar envolvido em um acidente de automóvel de risco elevado (Benjet et al., 2016).

Adicionalmente, embora a maioria da população experiencie ao longo da vida pelo menos um evento traumático, apenas uma parcela chega a desenvolver perturbação de stress-pós traumático (PTSD) (Koenen et al., 2017). Reforçando esta ideia, um estudo realizado por Kilpatrick (et al., 2013) revelou que apesar de 90% da população ser exposta a eventos traumáticos, apenas uma percentagem inferior a 10% desenvolve perturbação de stress pós-traumático. Em relação a Portugal, de acordo com o estudo de Albuquerque (et al., 2003), estima-se que a taxa de prevalência da perturbação de stress-pós traumático seja cerca de 7,76%.

Ainda sobre o tema, a exposição a eventos traumáticos também tem se tornando cada vez mais associada a comportamentos aditivos, como o consumo de substâncias e álcool. Sendo sugerido, que a exposição a situações traumáticas torna os indivíduos mais suscetíveis à utilização de substâncias, sendo que através do efeito imediato causado pelas substâncias, os indivíduos acabam por favorecer comportamentos de consumo como formas de autorregulação ou *coping* no que toca aos efeitos duradouros do trauma (Takbajouah & Buscemi, 2022). Esta perspetiva pode ser reforçada pela Teoria da Economia Comportamental, uma abordagem que integra fundamentos da psicologia e economia para compreender os processos de tomada de decisão humana. Segundo esta abordagem teórica, as pessoas não são completamente racionais, dado que as suas decisões são influenciadas por uma série de limitações. Em consequência do mencionado, em diversos tipos de situações, como eventos traumáticos, os indivíduos recorrem a heurísticas para simplificar as suas decisões, o que pode resultar em vieses cognitivas capazes de distorcer a percepção da realidade. Com essa informação em consideração, é importante

destacar o papel do álcool e outras substâncias psicoativas, que ao oferecerem resultados imediatos acabam por ser tornar escolhas supervalorizadas, enquanto simultaneamente desvalorizam alternativas que oferecem benefícios a longo prazo, como comportamentos saudáveis (Buscemi et al., 2021).

Referentemente à relação entre o trauma e o consumo de substâncias, atualmente esta associação direta tem sido investigada na literatura, indicando consistentemente uma associação positiva entre ambos os conceitos. Todavia, os mecanismos que sustentam esta relação continuam a ser menos compreendidos, sendo então necessário expandir esta área de estudo. Entre os mecanismos analisados, destaca-se o papel da depressão como uma variável mediadora com um impacto significativo na relação entre o trauma e o consumo de substâncias e álcool. Porém, estes estudos revelam limitações ao concentrarem-se predominantemente na desregulação emocional, negligenciando outros potenciais fatores explicativos (Takbajouah & Buscemi, 2022). Desta forma, sugere-se a anedonia, um sintoma central da depressão associado à disfunção do sistema de recompensas, como um mecanismo alternativo e promissor a ser explorado nesta relação, em virtude de diversos estudos que sugerem que experiências de adversidade precoces e a exposição a traumas podem influenciar o funcionamento do ser humano, resultando no desenvolvimento de anedonia (Birnie et al., 2020).

A anedonia pode desempenhar uma função significativa na manutenção do consumo de substâncias e álcool, dado que indivíduos que experienciam este sintoma tendem a procurar atividades hedônicas, como por exemplo, o consumo de álcool ou substâncias psicoativas, na tentativa de compensar o prazer que não são capazes de receber em atividades do quotidiano (Takbajouah & Buscemi, 2022). Esta tentativa para alcançar bem-estar e satisfação pode resultar numa diminuição de atividades que não sejam associadas a substâncias, dado ao facto de não serem capazes de produzir efeitos imediatos, o que acaba por contribuir para a perpetuação do ciclo de consumo. Desta forma, destaca-se a importância de explorar especificamente a anedonia nesta relação, em vez de se abordar apenas conceitos mais amplos como a depressão.

Assim sendo, o presente estudo foca-se em investigar o papel mediador da anedonia na relação entre a exposição a eventos traumáticos e consumo de substâncias e álcool, contribuindo deste modo, para a expansão desta área da literatura.

Trauma e consumo de substâncias e álcool

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, trauma pode ser definido como “a experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física, ou a observação de um acontecimento que envolva morte, ferimento grave ou ameaça à integridade de outra pessoa, ou ter conhecimento de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo”. Esta exposição a tais experiências traumáticas pode, em alguns casos, levar ao desenvolvimento de uma perturbação de stress pós-traumático (PTSD). Todavia, mesmo na ausência de PTSD, a exposição ao trauma por si só, constitui um fator de risco crítico para várias condições de saúde mental, como perturbações associadas ao consumo de substâncias e álcool. Neste contexto, Mills (et al., 2006) destacou que indivíduos que relataram ter sido expostos a situações traumáticas apresentavam uma taxa de risco mais elevada no que concerne a utilização de substâncias psicoativas e álcool, o que pode levar ao desenvolvimento de perturbações de consumo de substâncias (Challa, 2022).

No que diz respeito às perturbações associadas ao consumo de substâncias e álcool, o Critério A, descrito no DSM-5, estabelece que a presença destas perturbações implica a existência de um padrão problemático, que resulta em comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, sendo este identificado pela presença de pelo o menos 2 dos critérios a seguir descritos, durante um período de 12 meses: desejo intenso (*craving*), consumo em quantidades superiores ou por um período mais longo do que inicialmente previsto, manifestação de sintomas de abstinência, quantidade de tempo utilizado para obter a substância e continuar a consumir, apesar de ter consciência dos possíveis prejuízos para a saúde física ou mental que estão associados à sua utilização. Adicionalmente, destaca-se que cerca de 27% indivíduos diagnosticados com uma perturbação de consumo de substâncias costumam apresentar taxas elevadas no que diz respeito ao uso de múltiplas substâncias (Bhalla et al., 2017).

Referentemente à literatura, grande parte concentra-se na compreensão dos motivos que levam indivíduos ao consumo de substâncias e álcool. Atualmente, o que se sabe é que os motivos associados ao consumo variam conforme a substância: marijuana, por exemplo, é consumida de forma a estimular experiências, já os opioides são utilizados no alívio da dor física e mental (Challa, 2022). O álcool, por sua vez, caracterizado como a substância mais comum entre a população geral, com uma prevalência estimada de 29% (Grant et al., 2015), é utilizado por

diversas razões como, por exemplo, para reduzir nervos, melhorar humor ou também em contextos sociais. Esta diversidade de razões no que concerne os motivos pelos quais as pessoas consomem evidencia a complexidade das perturbações associadas ao consumo de substâncias e ressalta a relevância da realização de mais estudos nesta área.

No que diz respeito à relação entre PTSD e perturbações associadas ao consumo de substâncias e álcool, vários estudos sugerem a existência de associações únicas entre diferentes substâncias e PTSD. Indivíduos com PTSD e perturbações relacionadas ao consumo de álcool, opioides, cannabis ou marijuana apresentam sintomas mais graves de hiperativação, um estado caracterizado por uma elevada ativação do sistema nervoso que ocorre como resposta a eventos traumáticos (Challa, 2022). Em contrapartida, indivíduos que consomem ansiolíticos ou sedativos relataram sintomas mais intensos associados a entorpecimento emocional, também conhecido como dormência afetiva, caracterizado por uma ausência ou redução de emoções. Adicionalmente, indivíduos que consomem simultaneamente marijuana e álcool relatam sintomas mais acentuados de hiperexcitação e cognições negativas associadas ao humor, quando comparadas com indivíduos que apenas consomem álcool (Kearn et al., 2019), o que acaba por reforçar os efeitos negativos associados ao uso múltiplo de substâncias (Challa, 2022). Adicionalmente, existem diversas investigações que relatam a existência de uma relação entre a sintomatologia encontrada na perturbação de stress pós-traumático e o consumo de substâncias. Por exemplo, a abstinência de álcool está relacionada a sintomas de hiperexcitação, que por sua vez também são encontrados na sintomatologia presente em PTSD. Consequentemente isto pode incentivar um indivíduo a manter o consumo, uma vez que a ingestão de substâncias proporciona um alívio de curto prazo dos sintomas.

Além do exposto, um vasto conjunto de investigações reforçam a existência de um elo significativo entre o trauma e as perturbações relacionadas ao consumo de substâncias e álcool. Por exemplo, um estudo conduzido por Khoury (et al., 2010) investigou a associação que existe entre traumas na infância, consumo de substâncias psicoativas e álcool, e sintomas relacionados com PTSD, de forma a avaliar se os níveis elevados de trauma infantil poderiam estar relacionados com uma taxa mais elevada de consumo e sintomas de PTSD. Para tal, foram avaliados 587 participantes acima dos 18 anos de idade, dos quais 359 eram mulheres e 228 homens através de um questionário baseado em diversas escalas padronizadas que avaliam PTSD, eventos traumáticos na infância e consumo de substâncias.

Em consonância com as expectativas dos autores, os resultados evidenciaram uma associação significativa entre experiências traumáticas, consumo de substâncias e PTSD, tendo sido especificamente verificado que o abuso físico na infância estava significativamente associado com todas as substâncias analisadas (marijuana, álcool, tabaco, cocaína, heroína), enquanto que o abuso sexual infantil demonstrou estar relacionado com o uso de cocaína e marijuana, sugerindo que diferentes tipos de eventos traumáticos podem influenciar diferentes padrões de consumo, como previamente relatado por Challa (2022). Além do exposto, o abuso emocional foi correlacionado apenas com o consumo de cocaína.

Ainda dentro do tema, Khoury (et al., 2010) observaram que PTSD funciona como um mediador no impacto que as experiências traumáticas na infância têm no consumo de substâncias, ao explicar a razão pela qual as pessoas que experienciaram essas adversidades na infância consomem substâncias. Adicionalmente, o estudo também revelou que indivíduos dependentes em cocaína obtiveram escores mais elevados de PTSD do que as outras substâncias. Esta diferença foi atribuída pelos autores às características farmacológicas da cocaína, que, por ser um estimulante, tende a intensificar os sintomas de hiperexcitação característicos do PTSD.

Um outro estudo, realizado por Challa (2022) teve como objetivo aprofundar o conhecimento dos sinais de trauma e consumo de substâncias na autorregulação da população. Simultaneamente, investigou o efeito de características relacionadas ao trauma, como o tipo e a intensidade da exposição, no contexto de sintomatologia associada a PTSD, consumo de substâncias e flexibilidade na autorregulação. Para tal, foram avaliados 359 participantes acima dos 18 anos de idade, dos quais 232 eram mulheres e 162 homens através de um questionário baseado em diversas escalas que avaliam o consumo de substâncias, exposição a trauma e autorregulação.

Referentemente aos resultados, estes indicaram que, quanto mais um indivíduo é exposto a situações traumáticas, mais comprometido fica a sua capacidade de lidar de forma adequada com o trauma, apresentando, desta forma, uma menor flexibilidade nas estratégias de coping. Adicionalmente, observou-se que indivíduos com histórico de trauma infantil tendem a experienciar PTSD de forma mais intensa do que outros. O trauma infantil também foi associado a uma menor flexibilidade nas estratégias adotadas para lidar com stress. Respetivamente às variáveis investigadas, apenas a exposição ao trauma e sintomas de PTSD emergiram como fatores significativos no que toca à sua relação com consumo de álcool e substâncias. Além disso,

o estudo também apontou que indivíduos com que consomem múltiplas substâncias apresentam níveis mais elevados de PTSD. Ainda dentro do tema, também foi observado que indivíduos que consomem múltiplas substâncias apresentam uma taxa mais elevada de exposição a situações traumáticas, sendo frequente o relato de trauma infantil e sexual, em comparação com indivíduos que consomem apenas uma. Isto sugere que indivíduos que consomem múltiplas substâncias tendem a apresentar experiências traumáticas mais complexas, que conseqüentemente leva ao desenvolvimento de sintomatologia mais grave de PTSD.

Outro estudo, realizado por Rogers (et al., 2023), observou de que forma experienciar trauma durante a infância influencia o consumo excessivo de álcool e substâncias em adolescentes e jovens adultos. Além disso, também se focou em observar de que forma o suporte social pode influenciar essa relação. Para tal, foi realizado um questionário baseado em escalas padronizadas relacionadas com o trauma, consumo de substâncias e suporte social em 1404 participantes, dos quais 834 eram mulheres e 570 eram homens.

Quanto aos resultados, estes apontaram que experiências traumáticas durante a infância apresentaram um aumento significativo no consumo problemático de álcool e substâncias psicoativas na transição para a vida adulta, em comparação a indivíduos que não foram expostos a trauma. No entanto, também foi relatado que o suporte social durante a fase de adolescência pode atenuar o impacto que o trauma tem no consumo de substâncias durante a fase adulta. Assim sendo, os autores foram capazes de sustentar a sua hipótese, que afirmava, que uma das razões pelas quais nem todas as pessoas expostas a trauma consomem substâncias de forma problemática é devido ao suporte social. Reforçando esta ideia, observaram uma taxa de consumo significativo em indivíduos expostos a trauma que apresentavam baixo nível de suporte social.

Em suma, as três investigações mencionadas sugerem uma correlação entre trauma, PTSD e o consumo de substâncias e álcool. Em todos os estudos, observou-se que quanto mais grave a exposição ao trauma, mais severo seria o PTSD, o que, por sua vez, levaria ao consumo de substâncias como forma de combater esta condição. Os resultados encontrados destacam a importância de compreender melhor os mecanismos envolvidos nesta relação, com o intuito de aprimorar a prevenção e tratamento desta problemática.

Trauma e anedonia

Em 1896, Ribot caracterizou a anedonia como uma incapacidade de um indivíduo experienciar emoções positivas em situações que, em condições normais, deveriam provocá-lo. Com isso em consideração, durante muito tempo, o papel da anedonia na literatura era apenas em estudos relacionados com depressão ou esquizofrenia. No entanto, sintomas de anedonia começaram a ser observados regularmente em indivíduos com perturbação de stress pós-traumático. Indivíduos diagnosticados com PTSD começaram a demonstrar uma redução na capacidade de sentir emoções positivas, como felicidade ou satisfação, para além do referido, também relataram déficits hedónicos, ou seja, uma diminuição nas suas capacidades em sentir prazer quando realizavam atividades que anteriormente eram gratificantes. Estes relatos vão de acordo com os critérios de diagnóstico para PTSD expostos pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002). Sujeitos diagnosticados com PTSD, apresentam uma diminuição de interesse ou participação em atividades previamente satisfatórias (Critério C4) e uma redução na capacidade de sentir emoções (Critério C5), indicando, desta forma, o papel central da anedonia neste diagnóstico.

Adicionalmente, a anedonia pode ser organizada em diferentes dimensões, cada uma abordando um aspeto específico das dificuldades em experienciar afetos positivos. A anedonia consumatória está associada à capacidade reduzida de sentir satisfação ao receber uma recompensa. Por sua vez, a anedonia antecipatória está correlacionada com o processo de indivíduos desejarem por uma recompensa. Já a anedonia recreativa está associada a indivíduos que não conseguem obter satisfação através de atividades relacionadas com comida, passatempos ou experiências sensoriais. Por fim, a anedonia social caracteriza-se pela incapacidade de sentir satisfação em atividades sociais ou nas relações interpessoais (Stamatovich, 2022). Destas categorias, destaca-se que indivíduos com PTSD apresentam uma resposta significativamente reduzida a recompensas e prazer no geral, quando comparados com indivíduos sem PTSD (Acheson et al., 2022). Além disso, a redução na motivação para obter recompensas encontra-se também relacionada a sintomatologia mais grave em PTSD. Estas evidências reforçam a anedonia como um fenótipo consistente, associado com a disfunção no processamento de recompensas observada em indivíduos com PTSD (Acheson et al., 2022).

Destaca-se também que além das dificuldades em experienciar prazer, indivíduos com PTSD frequentemente apresentam uma taxa elevada de emoções negativas, como por exemplo,

hiperexcitação ansiosa (Frewen et al., 2012). Tendo isso em consideração, McCullough et al. (2003) destacam a relevância de investigar se, para além de responderem de forma reduzida a estímulos positivos, estes indivíduos também demonstram um aumento na afetividade negativa, ou seja, para além da incapacidade em manifestar respostas afetivas positivas, é possível que indivíduos com PTSD também experienciam emoções negativas de forma mais intensa (Frewen et al., 2012).

Além do que já foi referido, existe um vasto conjunto de investigações que reforçam a existência de um elo significativo entre o trauma ou PTSD e a anedonia. Por exemplo, um estudo conduzido por Fan et al. (2019) investigou a possibilidade de o trauma infantil influenciar aspetos específicos da anedonia através das alterações no sistema de recompensas humano. De forma a realizar esta investigação, o estudo foi realizado a 123 pessoas diagnosticadas com depressão, contudo 66 pacientes estavam sem medicação, enquanto 57 estavam sob medicação.

Quanto aos resultados, estes apontaram que indivíduos diagnosticados com depressão, expostos a trauma de intensidade moderada a elevada, apresentam taxas elevadas de anedonia quando comparados a indivíduos com depressão que não apresentam sinais de trauma ou apenas apresentam níveis de trauma de intensidade leve. Os resultados apontaram também que os efeitos do trauma infantil foram observados apenas na anedonia, excluindo, desta forma, a ansiedade ou depressão-não anedonica. Isto vai de acordo, com a hipótese dos autores, que sugeriram que o trauma infantil pode influenciar os sintomas de anedonia relacionados à depressão major. Adicionalmente, os resultados da investigação também revelaram que o trauma infantil tem efeitos significativos em tipos específicos de anedonia. Especificamente, verificou-se que indivíduos com níveis de intensidade moderado a elevado de trauma, independentemente do diagnóstico de depressão major, apresentam taxas mais elevadas de anedonia física, social e antecipatória, quando comparados com indivíduos que não foram expostos a experiências traumáticas ou apenas apresentam níveis de intensidade baixos.

Outro estudo, realizado por Wang et al. (2019) investigou os efeitos que os diferentes tipos de trauma durante a infância em relação aos diferentes tipos de anedonia. Adicionalmente também se focaram em perceber o papel mediador que as atitudes disfuncionais têm na relação entre trauma na infância e anedonia. De forma a realizar este estudo, participaram 310 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 30 anos, diagnosticados com depressão.

Em respeito aos resultados, os autores foram capazes de evidenciar uma relação significativa entre a anedonia e os diferentes tipos de trauma infantil, sendo destacado o trauma emocional, mais especificamente, a negligência emocional, que apresentou uma correlação significativa com a anedonia na depressão. Adicionalmente, também foi observado que indivíduos que experienciaram trauma durante a infância apresentam índices de anedonia social, isto é, estes indivíduos demonstraram um nível de funcionamento social menor que o esperado em indivíduos que nunca passaram por situações traumáticas.

Adicionalmente, um outro estudo realizado por Acheson (2022), analisou os níveis de anedonia em 2.953 militares antes e após uma missão, de forma a investigar o papel da anedonia no desenvolvimento de PTSD. Em consonância com as expectativas dos autores, observou-se que os militares apresentavam uma taxa de anedonia mais significativa antes da realização de uma missão. Este fenômeno foi interpretado pelo autor como um sintoma relacionado à revivência do trauma, algo frequentemente observado em militares com PTSD. Adicionalmente, quando comparado com sintomas de depressão, os níveis de anedonia não apresentam uma relação tão significativa, como quando com PTSD.

Posteriormente, um levantamento conduzido por O'Brien (2023), explorou o papel mediador do stress na relação entre a exposição ao trauma na infância e tipos de anedonia. Além disso, examinaram a possibilidade desta relação existir em indivíduos com perturbações depressivas. De forma a realizarem este estudo, foi aplicado um questionário baseado em escalas padronizadas a 5.944 indivíduos, sendo que uma parcela destes participantes (807) ainda realizou entrevistas semiestruturadas presenciais.

Referentemente aos resultados, estes evidenciaram aumentos significativos nos níveis de stress, que podem servir como um mediador através do qual a exposição a trauma na infância contribui para o desenvolvimento de anedonia. Além do exposto, o autor revelou que esta relação é mais forte em pacientes com perturbações depressivas no contexto de anedonia antecipatória. Por outro lado, também observaram que a exposição de trauma na infância desencadeia o desenvolvimento de anedonia consumatória através do aumento significativo do stress. Por último, os resultados sugerem que intervenções precoces direcionadas à redução dos níveis de stress podem ter um efeito significativo em indivíduos expostos a trauma.

Em suma, as quatro investigações destacadas sugerem a existência de uma correlação entre a exposição ao trauma e a anedonia. Estes estudos destacaram que níveis significativos de

anedonia tendem a surgir como uma consequência da exposição a situações traumáticas durante a infância. De forma geral, os resultados demonstram a importância de aprimorar o estudo sobre a relação entre a anedonia e a exposição ao trauma.

Anedonia e consumo de substâncias e álcool

Caracterizada como sendo uma diminuição do interesse ou prazer em atividades que, em condições normais, deveriam provocá-lo, a anedonia é uma característica observada em indivíduos com dependências em substâncias psicoativas e álcool (Destoop et al., 2019). Além do exposto, tem sido reconhecida como uma característica trans diagnóstica central na composição fenotípica de diversas perturbações mentais, incluindo perturbações de humor, esquizofrenia e perturbações de consumo de substâncias, tornando-a num fator que contribui para a elevada prevalência de comorbidade entre perturbações de consumo de substâncias e depressão (Craske et al., 2016).

No que concerne especificamente às perturbações relacionadas ao consumo de substâncias e álcool, os sintomas característicos da anedonia têm sido relatados no contexto da abstinência. Diversos estudos indicam que a anedonia desempenha um papel crucial nas recaídas durante o tratamento de dependências de substâncias, especialmente em indivíduos que consomem álcool (Hatzigiakoumis et al., 2011). Adicionalmente, para além dos sintomas característicos de abstinência, a anedonia e o desejo intenso pelas substâncias manifestam-se de formas diferentes no que concerne intensidade ou progressão temporal devido a diferentes substâncias.

Ainda dentro do tema, no contexto da abstinência prolongada, aquilo que é frequentemente referido como depressão pode, na verdade, ser anedonia, que pode não estar exclusivamente associada aos efeitos psicológicos decorrentes da abstinência (Jaffe et al., 1997). Para além de surgir como um fenómeno presente durante o processo de tratamento, existem estudos que sugerem que a anedonia pode ser um fator pré-existente antes do início do consumo regular de substâncias. Considerando que a anedonia é uma condição caracterizada pela falta de prazer e satisfação, é possível que ela influencie os indivíduos a recorrerem ao uso frequente de substâncias ou álcool como uma forma de reforço para compensar esta incapacidade de experienciar prazer. Desta forma, a anedonia pode funcionar como uma vulnerabilidade prévia, que facilita a iniciação, consumo regular e a eventual dependência a substâncias (Destoop et al., 2019). Consequentemente, a dificuldade em sentir prazer pode tornar-se num obstáculo

significativo durante o processo de tratamento, uma vez que impede os indivíduos de alcançar satisfação sem recorrerem ao consumo de substâncias e álcool. Esta incapacidade pode dificultar a manutenção da abstinência, contribuindo desta forma para recaídas frequentes como previamente referido.

Além do mencionado, existe um diversificado conjunto de estudos que reforçam a existência de um elo significativo entre a anedonia e consumo de substâncias e álcool. Garfield (et al., 2014) realizaram uma revisão exploratória narrativa, com o propósito de investigar a correlação entre os níveis de anedonia e perturbações associadas ao consumo de substâncias. Assim sendo, após uma longa análise destacaram-se 32 artigos com informação acerca de diversas substâncias e as suas relações com a anedonia. Em respeito aos resultados, estes apontaram que indivíduos com perturbações de consumo de substâncias apresentam taxas de anedonia mais elevadas, quando comparadas a indivíduos que não consomem. Adicionalmente, foi evidenciado que a anedonia aparenta ser um obstáculo relevante na recuperação durante tratamento para dependência de substâncias. Por último, os autores destacaram que indivíduos com depressão que passaram por experiências traumáticas apresentam níveis de anedonia, reforçando a importância de aprimorar esta área de estudo.

Outro estudo, realizado por Destoop (et al., 2019), teve como objetivo examinar o papel da anedonia na manutenção e nas recaídas associadas às perturbações de consumo de substâncias. Adicionalmente, também analisaram o curso temporal da anedonia, de forma a compreender se a anedonia surge antes ou após o desenvolvimento da dependência de substâncias. De forma a realizar este estudo, os autores analisaram várias bases de dados e selecionaram 245 artigos, contudo a amostra final ficou reduzida a 32 artigos após um processo de seleção rigoroso.

Quanto aos resultados, estes apresentaram que, após a cessação do consumo de substâncias e álcool, os níveis de anedonia tendem a melhorar com o tempo, embora o ritmo dessa melhoria varie consoante o tipo de substância. No caso de indivíduos dependentes em álcool, apenas são observadas diferenças significativas nos níveis de anedonia após 30 dias de abstinência, enquanto indivíduos dependentes em cannabis, metanfetaminas ou nicotina apresentam uma melhoria significativa após 1 semana. Além do exposto, destacou-se o papel da anedonia como um obstáculo relevante durante o processo de recuperação, sendo frequentemente responsável por recaídas.

Outro estudo, realizado por Stamatovich (2022) investigou se diferentes tipos de anedonia (consumatória, antecipatória, social e recreativa) estão associados ao consumo de álcool. De forma a realizar este estudo, foi aplicado um questionário baseado em diversas escalas padronizadas associadas ao álcool e anedonia a 640 participantes, dos quais 57% eram do sexo masculino e 43% no sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos.

Quanto aos resultados, destacou-se que indivíduos que apresentam uma taxa elevada de anedonia consumatória e recreativa têm menos probabilidades de consumir álcool como forma de compensar a baixa afetividade positiva que sentem. Em contrapartida, indivíduos com elevados níveis de anedonia antecipatória e social apresentam taxas mais elevadas de consumo de álcool de forma a compensar a incapacidade que têm de experienciar emoções positivas. Além do exposto, estes indivíduos também demonstraram maiores níveis de impulsividade.

Em suma, as três investigações referidas destacam a existência de uma correlação significativa entre a anedonia e o consumo de substâncias, especificamente no que toca ao papel da anedonia como um obstáculo para a recuperação no tratamento de dependências de substâncias e álcool.

Levando em consideração o que foi exposto até agora, é possível verificar que as três variáveis mencionadas apresentam relações significativas entre si. Reforçando esta ideia, conforme mencionado por Garfield (et al., 2014), existe uma relação significativa entre a exposição a situações traumáticas e níveis elevados de anedonia em indivíduos que consomem substâncias, todavia a literatura focada nesta relação continua escassa. Neste contexto, surge o estudo atual, cujo propósito é investigar o papel mediador da anedonia na relação entre a exposição a eventos traumáticos e consumo de substâncias e álcool, conforme ilustrado na Figura 1. Espera-se que os indivíduos que vivenciaram experiências traumáticas apresentem níveis elevados de anedonia, os quais promovem o consumo excessivo de álcool e drogas, comportamento esse motivado como forma de compensar a incapacidade ou dificuldade que estes indivíduos apresentam em sentir prazer. Este estudo pretende contribuir para a expansão da literatura nesta área, de forma a compreender-se de forma mais aprofundada estas associações. Adicionalmente, os resultados poderão eventualmente ajudar no desenvolvimento de interações terapêuticas mais eficazes, ao reduzir o impacto da anedonia como obstáculo de forma prevenir recaídas durante o tratamento.

Anexo B. Projeto de Investigação

Título

Trauma e consumo de álcool e drogas: O papel da anedonia

Questão de investigação e hipóteses

O propósito do presente estudo centra-se na compreensão dos fatores responsáveis pelo facto de alguns indivíduos, após vivenciarem experiências traumáticas, sentirem a necessidade de recorrer ao consumo excessivo de drogas. Mais concretamente, o presente estudo procura estudar o papel da anedonia na relação entre experiências traumáticas e o consumo excessivo de álcool e drogas. Assim, investiga-se a possibilidade de o trauma e experiências traumáticas resultarem em anedonia (ou seja, uma condição psicológica caracterizada pela incapacidade de experienciar prazer ou satisfação), o que por sua vez pode levar os indivíduos a procurarem o consumo de álcool e drogas, como forma de compensar esta incapacidade de experienciar prazer ou satisfação após acontecimentos traumáticos. Para tal, o presente estudo propõe-se a testar o papel da anedonia enquanto variável mediadora da associação entre experiências traumáticas e consumo excessivo de álcool e drogas, oferecendo uma possível explicação para as causas do consumo em indivíduos que vivenciaram eventos traumáticos.

Assim, foram formuladas as seguintes hipóteses a testar na presente investigação:

Hipótese 1: Espera-se que os indivíduos que vivenciaram experiências traumáticas apresentem um consumo de álcool e drogas mais elevado

Hipótese 2: Espera-se que indivíduos que vivenciaram experiências traumáticas demonstrem sinais de anedonia ou maior incapacidade de experienciar prazer ou satisfação

Hipótese 3: Espera-se que quanto maior forem os níveis elevados de anedonia, maior será a predisposição para o consumo de álcool e drogas

Hipótese 4: Espera-se que o impacto das experiências traumáticas no consumo de álcool e drogas seja explicado pelo facto de as experiências traumáticas resultarem em anedonia, que por sua vez, promove a procura e consumo de álcool e outras drogas. Por outras palavras, espera-se que os indivíduos que vivenciaram experiências traumáticas apresentem níveis elevados de anedonia, os quais promovem o consumo excessivo de álcool e drogas, comportamento esse motivado

como forma de compensar a incapacidade ou dificuldade que estes indivíduos apresentam em sentir prazer.

Recolha de dados

- Os dados ainda não foram recolhidos para este estudo.

A recolha de dados para o presente estudo irá incidir sobre dois tipos de amostras: (1) amostra clínica composta por indivíduos diagnosticados com dependência de álcool ou drogas que estão ou já frequentaram centros ou comunidades terapêuticas para a dependência de substâncias, e (2) amostra não clínica composta por indivíduos com comportamentos de consumo moderados de forma a evitar que ocorra efeito teto (“ceiling effect”), que conseqüentemente poderia distorcer os resultados. Portanto, para garantir a abrangência do fenómeno em estudo, o questionário será aplicado a dois tipos de amostra com históricos diferentes de consumo de álcool e drogas. A recolha de dados junto da amostra clínica será realizada através de um questionário online e em papel, enquanto a recolha de dados junto da amostra não clínica será realizada por meio de um questionário online, programado através do Qualtrics. O Qualtrics é uma plataforma online, que permite a criação de questionários com diversos tipos de perguntas e opções de resposta como, por exemplo, escolha múltipla, escalas Likert, entre outras. Relativamente à sua estrutura, o questionário irá comportar três secções distintas. A primeira secção irá conter um conjunto de questões sociodemográficas (e.g., género, idade, situação laboral, nacionalidade e naturalidade) como o objetivo de recolher informações necessárias à caracterização das amostras.

A segunda secção do questionário irá conter os critérios do DSM-V, utilizados para diagnosticar a presença da Perturbação de Consumo de Substâncias (11 critérios específicos), que são divididos em 4 áreas principais: Uso Excessivo; Impacto Social e Funcional; Perda de Controlo; Sintomas Físicos e Psicológicos, baseados na escala de Likert (“Nunca”, “Às vezes”, “Frequentemente”, “Sempre”), onde os indivíduos serão solicitados a indicar a frequência ou intensidade com que vivenciam cada um dos sintomas.

A terceira secção corresponde à parte do questionário que abrange os instrumentos e medidas selecionadas para avaliar os constructos psicológicos de interesse no presente estudo: o Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), que avalia o consumo de substâncias psicoativas; o Impact of Event Scale (IES-R) que avalia o impacto de eventos traumáticos; o Post Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL) que avalia sintomas de PTSD;

Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) que avalia a anedonia. Esta seção do questionário será estruturada de forma a incluir os itens de cada um dos instrumentos mencionados, respeitando as suas escalas e opções de resposta. Por último, após a recolha de dados, as pontuações de cada instrumento serão calculadas com base nas instruções publicadas e todos os dados importados para o SPSS de forma a obter as estatísticas descritivas e realizar as análises estatísticas propostas. De referir que, foi necessário selecionar quais as substâncias incluir no presente estudo. Assim sendo, com base no relatório publicado em 2024 pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), foram selecionadas as seguintes substâncias: canábis; cocaína; heroína; haxixe; álcool.

Tipo de estudo

- Estudo transversal de observação

Variável dependente

A variável dependente do presente estudo é o consumo de álcool e drogas. Este consumo será avaliado através do Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). O ASSIST é uma escala desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de identificar o consumo de substâncias psicoativas e os problemas relacionados com esse consumo. Esta medida é composta por 8 itens, os quais abrangem diversos temas como o histórico de abuso, a intensidade do desejo de consumir, entre outros. A pontuação total do ASSIST classifica o consumo em três níveis de risco distintos, o nível de baixo risco, onde é classificado o paciente que não necessita de intervenção, o nível de risco moderado, onde é sugerido o aconselhamento breve e, por último, o nível de alto risco, que indica a necessidade de encaminhamento para tratamento especializado.

Variável independente

A variável independente deste estudo é o trauma ou experiências traumáticas, que será avaliada através de dois instrumentos: o Impact of Event Scale (IES-R) e o Post Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL). O IES-R é um instrumento de autopreenchimento utilizado para avaliar sintomas de stress pós-traumático em indivíduos que experienciaram situações traumáticas. Esta escala é composta por 22 itens que são agrupados em três subescalas que refletem os principais clusters de sintomas de PTSD. As três subescalas são a Intrusão, que reflete os sintomas associados com pensamentos intrusivos, flashbacks e sonhos recorrentes acerca do

evento traumático, o Evitamento, que está associado com comportamentos de evitação por parte do indivíduo de forma a evitar pensamentos, sentimentos ou situações associadas com o trauma. Já a terceira subescala, a Hiperestimulação, está associada a sintomas como Hiper vigilância, irritabilidade, dificuldade em dormir e problemas de concentração. Neste instrumento é solicitado aos indivíduos que avaliem a frequência ou intensidade de cada sintoma em relação à experiência traumática, utilizando uma escala com 5 opções de resposta, onde 0 = “Não ocorreu” e 5 = “Extremamente”.

No que diz respeito ao Post Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL), este instrumento possui quatro versões diferentes, sendo que, para o presente estudo, será utilizada a versão PCL-5, que reflete os critérios de diagnóstico do DSM-V. Assim sendo, o PCL-5 é composto por 20 itens, correspondentes aos critérios de diagnóstico da Perturbação De Stress Pós-Traumático, que estão organizados em quatro clusters de sintomas. Três desses clusters (Intrusão, Evitamento e Hiper ativação) são idênticos aos clusters presentes no IES-R. Já o quarto cluster, que se diferencia do instrumento referido, está associado com as alterações cognitivas e emocionais negativas, abrangendo sintomas como a culpa excessiva, memórias distorcidas e redução de interesse em atividades. Em relação à cotação do questionário, a pontuação total pode variar de 0 a 80, sendo que pontuações mais altas indicam maior gravidade dos sintomas.

Variável mediadora

O presente estudo propõe como variável mediadora a anedonia. A anedonia será avaliada através da Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS). A SHAPS é composta por 14 itens, sendo cada item caracterizado por uma afirmação relacionada com experiências ou atividades do cotidiano (e.g. comer, ouvir música). É solicitado ao participante que responda de acordo com o seu nível de concordância a cada uma das afirmações, onde 1= “Discordo Totalmente” e 4=“Concordo Totalmente”. A pontuação total da SHAPS é obtida através da soma das respostas, sendo que, quanto maior for a pontuação, menor são os níveis de anedonia, ou seja, maior é a capacidade de experienciar prazer e satisfação. Da mesma forma, pontuações totais mais baixas indicam níveis elevados de anedonia, ou seja, a presença de sintomas de anedonia ou incapacidade para sentir prazer ou satisfação.

Manipulação e condições experimentais

O estudo não apresenta manipulação experimental dado ao facto de ser um estudo meramente focado em observar o efeito de variáveis.

Análise estatística

1º Passo: Análise de correlação inicial:

Numa fase inicial será realizada uma análise de correlação para determinar a existência de associações significativas entre as variáveis em estudo, ou seja, trauma, anedonia e consumo de álcool e drogas.

2ª Passo: Análise de mediação com *PROCESS MACRO* (e bootstrap)

Após analisar as correlações entre as variáveis será realizada uma análise de mediação no SPSS através do *PROCESS*, uma macro do SPSS desenvolvida por Andrew F. Hayes, que é utilizada na realização de análises de mediação e moderação. O modelo a selecionar será o Modelo 4, o qual retrata um modelo de mediação simples com uma única variável mediadora. Este modelo irá permitir avaliar o efeito do trauma (VI) no consumo de substâncias e álcool (VD), bem como determinar se esse efeito é mediado pela anedonia (VM). A significância será determinada através do p-value <0.05 bem como do bootstrap de forma a calcular o intervalo de confiança dos efeitos indiretos.

População

O tipo de população escolhida para a amostra corresponde a portugueses com idades acima dos 18 anos. Como já foi referido anteriormente, a amostra será composta por dois tipos de amostra distintos: indivíduos diagnosticados com dependência e indivíduos com um consumo moderado.

Tamanho da amostra

TBA

Anexo C. Autorização para recolha de dados

Cc: Professor Doutor Jorge Martins

Ex.mo(a) Senhor(a)

O meu nome é André Filipe Martins Soeiro, sou finalista do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, do ISPA – Instituto Universitário e estou a desenvolver a dissertação sob orientação do Prof. Doutor Jorge Martins.

O meu projeto de dissertação centra-se na compreensão do papel da anedonia na relação entre as experiências traumáticas e consumo de álcool e psicoativos. Mais concretamente, este projeto tem como objetivo principal investigar a possibilidade de as experiências traumáticas resultarem em anedonia, o que por sua vez pode levar indivíduos a consumirem, como forma de compensar a sua incapacidade que têm de experienciar prazer ou satisfação.

Neste contexto, venho pedir autorização para recolher dados junto de XX utentes, os quais constituirão a amostra clínica deste estudo. São elegíveis para o estudo indivíduos maiores de 18 anos diagnosticados com dependência de álcool ou drogas, que estejam a frequentar centros ou comunidades terapêuticas para a dependência de substâncias e indivíduos com comportamentos de consumo moderados de forma a evitar que ocorra o efeito teto.

Apenas serão incluídos na recolha de dados os participantes que deem o seu consentimento informado e serão respeitados todos os procedimentos éticos característicos dos trabalhos científicos. A informação recolhida será tratada de forma confidencial, anónima e codificada para tratamento estatístico, não sendo possível a identificação de contributos singulares de cada participante. A colaboração neste estudo não acarreta qualquer risco e contribuirá para o melhor conhecimento das relações entre as variáveis em estudo.

Para melhor apreciação, junto o resumo do projeto de investigação.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

André Filipe Martins Soeiro

Anexo D. Consentimento Informado

Este documento tem como objetivo fornecer toda a informação necessária para que possa tomar uma decisão informada sobre a sua participação neste projeto. Note que, ao decidir participar, estará a indicar-nos que foi devidamente informado(a) sobre os objetivos, potenciais riscos e benefícios desta parte do estudo e que concorda em participar. Por favor, leia atentamente as informações que se seguem e solicite caso necessite de algum esclarecimento.

Introdução e Objetivo

Estamos a convidá-lo a participar no estudo *Trauma e consumo de álcool e drogas: O papel da anedonia*. Caso aceite participar, será solicitado que preencha alguns questionários breves. O objetivo deste estudo é investigar as relações entre experiências traumáticas, anedonia e o consumo de substâncias e álcool, procurando oferecer uma explicação para as causas do consumo de álcool e substâncias psicoativas em indivíduos que vivenciaram eventos traumáticos.

Riscos e Benefícios

A participação neste estudo não envolve riscos significativos. Não prevemos quaisquer riscos ou benefícios específicos associados ao preenchimento deste questionário.

Privacidade e Anonimato

As respostas que fornecer serão completamente anónimas e confidenciais. Os dados recolhidos são recolhidos, tratados e guardados nos termos do RGPD Lei nº 58/2019. Os dados recolhidos serão tratados de acordo com as normas éticas aplicáveis em investigações científicas, assegurando a confidencialidade.

Os seus direitos:

A participação nesta fase do estudo é completamente voluntária. Se em qualquer momento desejar interromper a sua participação, poderá fazê-lo sem qualquer penalização. Caso decida não continuar, os dados recolhidos até ao momento serão utilizados de forma anónima.

Contactos:

Se tiver alguma dúvida sobre este estudo ou questão relativa à sua participação, poderá contactar o Investigador Responsável André Soeiro através do e-mail (andre.felipe21@hotmail.com).

Obrigado pela sua participação.

Declaro que tenho mais do que 18 anos e aceitar participar no estudo:

X Sim

X Não

Declaro ter sido devidamente informado sobre a participação nesta investigação

X Sim

X Não

Anexo E. Questionário Sociodemográfico

Idade:

Género:

1. Masculino
2. Feminino
3. Outro

Naturalidade:

Nacionalidade:

Estado civil:

1. Solteiro
2. Casado
3. União facto
4. Divorciado
5. Viúvo

Escolaridade:

1. Sem escolaridade
2. Primária (até 4º ano) 2º Ciclo (5º até 7º ano)
3. 3º Ciclo (8º até 9º ano)
4. Secundária (10º até 12º ano)
5. Licenciatura
6. Mestrado
7. Doutoramento

8. Curso profissional

Situação profissional:

1. Desempregado
2. Empregado
3. Estudante

Situação económica:

1. Nenhum rendimento
2. 760€ ou menos
3. Entre 761€ a 1.520€
4. Entre 1521€ a 2.280€
5. Entre 2.281€ a 3.800€
6. 3.801€ ou mais
7. Prefiro não responder

Histórico familiar de problemas de consumo de substâncias:

1. Sim
2. Não
3. Prefiro não responder

Anexo F. Questionário de Caracterização Clínica

Nesta secção, ser-lhe-à solicitado que responda a um conjunto de questões relacionadas com as suas experiências pessoais no que diz respeito a comportamentos associados ao consumo de substâncias (como tabaco, cannabis, cocaína, entre outros). Pedimos-lhe que leia cuidadosamente cada item e selecione a opção que melhor descreve a sua situação.

1. Já alguma vez consumiu a substância para evitar ou aliviar estes sintomas desagradáveis?

Sim

Não

2. Alguma vez consumiu uma substância em quantidades maiores ou durante mais tempo do que tinha planeado inicialmente?

Sim

Não

3. Já tentou reduzir ou controlar o consumo de substâncias, mas não foi capaz?

Sim

Não

4. Passa muito tempo a encontrar, consumir ou recuperar dos efeitos do consumo de substâncias?

Sim

Não

5. Já alguma vez sentiu um desejo intenso ou uma vontade incontrolável de consumir?

Sim

Não

6. Já alguma vez o consumo de substâncias interferiu com as suas responsabilidades no trabalho, na escola ou em casa?

Sim

Não

7. Já alguma vez continuou a consumir a substância apesar de saber que isso causava problemas nas suas relações interpessoais?

Sim

Não

8. Já alguma vez deixou de participar em atividades devido ao consumo de substâncias?

Sim

Não

9. Já alguma vez consumiu em situações de risco como, por exemplo, enquanto conduzia?

Sim

Não

10. Já alguma vez continuou a consumir, apesar de saber que isso aumentava ou lhe causava problemas físicos ou psicológicos?

Sim

Não

11. Repara que precisa de consumir quantidades maiores da substância para obter o mesmo efeito?

Sim

Não

12. Já sentiu sintomas desagradáveis quando tentou reduzir ou parar o consumo da substância?

Sim

Não

Anexo G. *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*

Nesta secção, as questões abordam a sua experiência com o uso de álcool, derivados do tabaco e outras substâncias ao longo da sua vida e nos últimos 3 meses. Essas substâncias podem ser fumadas, ingeridas, cheiradas, inaladas ou injetadas. Algumas das substâncias listadas podem ser prescritas por um médico (como anfetaminas ou analgésicos). Não registaremos os medicamentos usados por prescrição do seu médico. No entanto, se você tomou esses medicamentos por outros motivos que não a prescrição, ou os tomou com mais frequência ou em doses mais altas do que as prescritas, pedimos-lhe que selecione a opção nos diversos itens.

1. Na sua vida, qual(is) destas substâncias você já usou (somente uso não prescrito por médico)?

	Não	Sim
Derivados do tabaco (cigarro, fumo de mascar, charuto, tabaco aquecido, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maconha (baseado, erva, haxixe, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sedativos ou hipnóticos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alucinogénos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opioides (morfina, codeína, ópio, heroína, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Durante os últimos 3 meses, com que frequência você utilizou essa(s) substâncias que mencionou?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente/Quase todos os dias
Derivados do tabaco (cigarro, fumo de mascar, charuto, tabaco aquecido, etc.)	0	0	0	0	0
Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados, etc.)	0	0	0	0	0
Maconha (baseado, erva, haxixe, etc.)	0	0	0	0	0
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	0	0	0	0
Anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA, etc.)	0	0	0	0	0
Inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, etc.)	0	0	0	0	0
Sedativos ou hipnóticos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, etc.)	0	0	0	0	0
Alucinogênos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, etc.)	0	0	0	0	0
Opioides (morfina, codeína, ópio, heroína, etc.)	0	0	0	0	0

3. Durante os últimos 3 meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir (a droga)?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente/Quase todos os dias
Derivados do tabaco (cigarro, fumo de mascar, charuto, tabaco aquecido, etc.)	0	0	0	0	0
Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados, etc.)	0	0	0	0	0
Maconha (baseado, erva, haxixe, etc.)	0	0	0	0	0
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	0	0	0	0
Anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA, etc.)	0	0	0	0	0
Inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, etc.)	0	0	0	0	0
Sedativos ou hipnóticos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, etc.)	0	0	0	0	0
Alucinogênos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, etc.)	0	0	0	0	0
Opioides (morfina, codeína, ópio, heroína, etc.)	0	0	0	0	0

4. Durante os últimos 3 meses, com que frequência o uso de (droga) resultou em problema de saúde, legal, social ou financeiro?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente/Quase todos os dias
Derivados do tabaco (cigarro, fumo de mascar, charuto, tabaco aquecido, etc.)	0	0	0	0	0
Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados, etc.)	0	0	0	0	0
Maconha (baseado, erva, haxixe, etc.)	0	0	0	0	0
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	0	0	0	0
Anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites, bifetamina, modérine, MDMA, etc.)	0	0	0	0	0
Inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, etc.)	0	0	0	0	0
Sedativos ou hipnóticos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, etc.)	0	0	0	0	0
Alucinogénos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, etc.)	0	0	0	0	0
Opioides (morfina, codeína, ópio, heroína, etc.)	0	0	0	0	0

5. Durante os últimos 3 meses, com que frequência você, por causa do uso de (droga), deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente/Quase todos os dias
Derivados do tabaco (cigarro, fumo de mascar, charuto, tabaco aquecido, etc.)	0	0	0	0	0
Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados, etc.)	0	0	0	0	0
Maconha (baseado, erva, haxixe, etc.)	0	0	0	0	0
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	0	0	0	0
Anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites, bifetamina, modérine, MDMA, etc.)	0	0	0	0	0
Inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, etc.)	0	0	0	0	0
Sedativos ou hipnóticos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, etc.)	0	0	0	0	0
Alucinogênos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, etc.)	0	0	0	0	0
Opioides (morfina, codeína, ópio, heroína, etc.)	0	0	0	0	0

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com o seu uso de (droga)?

	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
Derivados do tabaco (cigarro, fumo de mascar, charuto, tabaco aquecido, etc.)	0	0	0
Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados, etc.)	0	0	0
Maconha (baseado, erva, haxixe, etc.)	0	0	0
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	0	0
Anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA, etc.)	0	0	0
Inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, etc.)	0	0	0
Sedativos ou hipnóticos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, etc.)	0	0	0
Alucinogênos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, etc.)	0	0	0
Opioides (morfina, codeína, ópio, heroína, etc.)	0	0	0

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (droga), e não conseguiu?

	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
Derivados do tabaco (cigarro, fumo de mascar, charuto, tabaco aquecido, etc.)	0	0	0
Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados, etc.)	0	0	0
Maconha (baseado, erva, haxixe, etc.)	0	0	0
Cocaína (coca, crack, etc.)	0	0	0
Anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA, etc.)	0	0	0
Inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, etc.)	0	0	0
Sedativos ou hipnóticos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, etc.)	0	0	0
Alucinogênos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, etc.)	0	0	0
Opioides (morfina, codeína, ópio, heroína, etc.)	0	0	0

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (somente uso não prescrito pelo médico)?

Não, nunca

Sim, nos últimos 3 meses

Sim, mas não nos últimos 3 meses

Anexo H. *Impact of Event Scale (IES-R)*

Nesta secção, encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após acontecimentos de vida difíceis. Pedimos-lhe que leia cuidadosamente cada item e responda, assinalando a opção que melhor descreve como se sente atualmente em relação a uma situação em concreto.

1. Qualquer recordação relativa ao acontecimento suscita em mim todas as emoções vividas nessa altura

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

2. Tive dificuldades em dormir continuamente

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

3. Outras situações continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

4. Senti-me irritado(a) e enraivecido(a)

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

5. Tentava não ficar perturbado(a) quando pensava no acontecimento ou quando alguém me fazia recordá-lo

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

6. Surgiam-me pensamentos sobre o acontecimento mesmo quando não queria

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

7. Senti como se nada tivesse acontecido ou como se tudo o que aconteceu não fosse real

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

8. Evitei tudo o que me fizesse recordar o acontecimento

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

9. Imagens sobre o acontecimento apareciam de repente na minha cabeça

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

10. Estava com os nervos "à flor da pele"

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

11. Tentei não pensar sobre o sucedido

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

12. Tive consciência que ainda tinha dentro de mim imensos sentimentos relativos ao acontecimento, mas não lidei com eles

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

13. Sentia-me anestesiado em relação ao que aconteceu

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

14. Dei por mim a agir e/ou a sentir como se estivesse de volta ao tempo em que tudo aconteceu

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

16. Tive dificuldades em adormecer

Nada

- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

17. Tive fases em que vivi sentimentos muito fortes relativos ao acontecimento

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

18. Tentei apagar o acontecimento da minha memória

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

19. Tive problemas de concentração

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

20. Tudo o que me fazia recordar o acontecimento causava em mim reações físicas como, por exemplo, transpirar, dificuldades em respirar, náuseas ou taquicardia

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

21. Sonhei muitas vezes com coisas relativas ao acontecimento

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

22. Senti-me atento e/ou cauteloso

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

23. Tentei não falar sobre o que aconteceu?

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

24. Dificuldade em adormecer ou em dormir?

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

Anexo I. *Post Traumatic Stress Disorder Checklist For DSM-V (PCL-5)*

Nesta secção, ser-lhe-à apresentado uma lista de dificuldades que as pessoas podem experienciar após vivenciarem uma situação traumática. Com base no pior evento que já experienciou, pedimos-lhe que leia cuidadosamente cada item e assinale a opção que melhor reflete o quanto essa experiência lhe incomodou no último mês.

No último mês o quanto você se sentiu incomodado por:

1. Ter memórias repetitivas, perturbadoras e indesejadas da experiência stressante?

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

2. Ter sonhos repetitivos e perturbadores relacionados com a experiência stressante?

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

3. Sentir-se, de repente, como se estivesse a reviver a experiência stressante (como se estivesse a acontecer novamente)?

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

4. Sentir-se muito incomodado/a quando algo o/a fez lembrar da experiência stressante?

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

5. Ter reações físicas intensas quando algo o/a fez lembrar da experiência stressante (por exemplo, coração a bater forte, dificuldade em respirar, transpirar)?

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

6. Evitar memórias, pensamentos ou sentimentos relacionados com a experiência stressante?

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

7. Evitar coisas que o/a façam lembrar da experiência stressante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objectos ou situações)?

Nada

- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

8. Ter dificuldade em lembrar-se de partes importantes da experiência stressante?

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

9. Ter crenças negativas fortes sobre si, outras pessoas ou o mundo (por exemplo, pensar: Sou mau/má, há algo de muito errado comigo, ninguém é confiável, o mundo é completamente perigoso)?

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

10. Culpar-se ou culpar outra pessoa pela experiência stressante ou pelo que aconteceu depois dela?

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

11. Ter sentimentos negativos fortes, como medo, horror, raiva, culpa ou vergonha?

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

12. Perder o interesse em atividades de que gostava?

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

13. Sentir-se distante ou isolado/a de outras pessoas?

Nada

Um pouco

Moderadamente

Muitas vezes

Extremamente

14. Ter dificuldade em sentir emoções positivas (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou ter sentimentos amorosos em relação a pessoas próximas)?

Nada

- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

15. Ter um comportamento irritável, explosões de raiva ou atitude agressiva?

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

16. Assumir muitos riscos ou fazer coisas que podem ser prejudiciais para si?

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

17. Estar “super alerta”, vigilante ou sempre na defensiva?

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

18. Sentir-se nervoso/a ou assustar-se facilmente?

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

19. Ter dificuldade em concentrar-se?

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

20. Dificuldade em adormecer ou em dormir?

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muitas vezes
- Extremamente

Anexo J. *Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS)*

Nesta secção, encontra-se uma lista de situações que, por vezes, podem ser desafiantes para algumas pessoas no que diz respeito a experienciar prazer ou satisfação em diferentes áreas da vida. Pedimos-lhe que leia cuidadosamente cada item e responda, assinalando a opção que melhor descreve como se sente atualmente em relação a cada situação.

1. Eu sentiria prazer se pudesse assistir o meu programa favorito de TV

Concordo totalmente

Concordo

Discordo

Discordo totalmente

2. Eu sentiria prazer em estar com a minha família ou com meus amigos mais próximos

Concordo totalmente

Concordo

Discordo

Discordo totalmente

3. Eu encontraria prazer se pudesse praticar os meus hobbies e passatempos

Concordo totalmente

Concordo

Discordo

Discordo totalmente

4. Eu seria capaz de sentir prazer ao saborear a minha refeição preferida

Concordo totalmente

Concordo

Discordo

Discordo totalmente

5. Eu sentiria prazer em tomar um banho quente ou refrescante

Concordo totalmente

Concordo

Discordo

Discordo totalmente

6. Eu encontraria prazer no aroma das flores, no cheiro da brisa do mar ou de um pão fresco

Concordo totalmente

Concordo

Discordo

Discordo totalmente

7. Eu sentiria prazer em ver os rostos sorridentes de outras pessoas

Concordo totalmente

Concordo

Discordo

Discordo totalmente

8. Eu sentiria prazer em sentir-me elegante depois de ter feito esforço para melhorar minha aparência

Concordo totalmente

Concordo

Discordo

Discordo totalmente

9. Eu encontraria prazer em ler um livro, revista ou jornal

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente

10. Eu sentiria prazer ao saborear uma xícara de chá ou café ou a minha bebida favorita

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente

11. Eu seria capaz de sentir prazer em pequenas coisas, como um dia de sol ou um telefonema de um amigo

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente

12. Eu sentiria prazer ao apreciar uma linda paisagem ou vista

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente

13. Eu sentiria prazer se fizesse algo que pudesse ajudar outras pessoas

- Concordo totalmente

Concordo

Discordo

Discordo totalmente

14. Eu sentiria prazer ao receber elogios de alguém

Concordo totalmente

Concordo

Discordo

Discordo totalmente