

Sintomatologia Psicopatológica em População Adita

Versão Final Após Defesa

Tiago Emanuel Monteiro Pereira Cardoso Alves

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Sintomatologia Psicopatológica em População Adita

Versão Final Após Defesa

Tiago Emanuel Monteiro Pereira Cardoso Alves

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Maria de Fátima de Jesus Simões
Co-orientador: Prof. Doutor Paulo Joaquim Fonseca da Silva Farinha
Rodrigues; Prof. Doutora Carla Sofia Lucas do Nascimento; Prof. Doutor Luís
Alberto Coelho Rebelo Maia

julho de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Tiago Emanuel Monteiro Pereira Cardoso Alves, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M7814 de/o Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridade da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 23/07/2024

Dedicatória

Em memória de:

José Maria Teixeira Cardoso Alves (n.1944 – f. 2021)

Manuel Tomé Monteiro (n.1941 – f.2020)

Anabela de Jesus Monteiro (n.1967 – f.2018)

Agradecimentos

E assim, ao fim de tantos anos, posso dizer que esta etapa foi concluída. Agradeço a todos os que cruzaram este meu caminho e que, de uma forma ou de outra, dele fizeram parte. Foi um caminho longo e árduo em que muitas batalhas foram travadas e que, sem a Vossa ajuda, não teria sido vitorioso.

Começo por agradecer à Professora Doutora Fátima Simões por toda a ajuda que me proporcionou ao longo do caminho e por ainda hoje ser a minha orientadora quando muitos já teriam desistido. De igual forma agradeço a todos os outros co-orientadores, ao Prof. Doutor Paulo Rodrigues, à Prof. Doutora Carla Nascimento e ao Prof. Doutor Luís Maia por também eles estarem presentes. Por todos os seus conselhos e sugestões, sem os quais não teria sido possível entregar esta dissertação.

Agradecer também àquela que foi a minha casa nos últimos 8 anos, a comunidade terapêutica Casas de Santiago. Não só pelo caminho profissional que pude lá percorrer, mas também por me terem permitido tantas aprendizagens e experiências, bem como, efetuar a recolha de dados. Em particular, à Alexandra Tracana pela oportunidade e à Paula Santos pelos anos de amizade e apoio que me foi prestando ao longo dos anos.

Agradecer à minha namorada pelo incansável que foi a apoiar-me e a dar-me força quando mais duvidava de mim. Pela paciência quando me tornava chato pelo tempo a passar ou para me motivar quando começava a desmotivar-me.

À minha grande amiga Ruge por toda a amizade e carinho desde 2011. Por toda esta jornada que já passámos até aqui e por tudo o resto que há-de vir. Por estar sempre a “dar-me na cabeça” pela demora e atraso na escrita desta dissertação, mas acima de tudo por sempre ter acreditado em mim.

Ao João pelos seus conselhos e amizade e por não me ter deixado desistir. A todos os outros que sempre me ajudaram e apoiaram. Agradeço também a todas as pessoas que se cruzaram no meu caminho e que por um motivo ou outro já não estão.

Agradecer a toda a minha família. A todos sem exceção, pela constante motivação e força para que eu concluísse mais uma etapa. Apenas agradecer de forma especial ao meu pai por todo o carinho e inspiração que me deu e à minha avó Ermelinda por ser a pedra basilar de todos nós e por ser sempre o nosso “cantinho” de refúgio.

Também não posso deixar de agradecer ao meu avô por tudo aquilo que me ensinou e por ter sido a minha maior fonte de motivação ao longo de todo este percurso. Infelizmente, não pode assistir a mais esta etapa terminada, mas se todo este processo foi concluído, muito o devo a ele. A todos os seus ensinamentos, a todo o carinho e amizade. Por isso, fico grato por ser o meu farol guia ao longo de toda esta jornada.

Resumo

O presente estudo pretendia perceber se existiam diferenças de sintomatologia psicopatológica entre a população adita e a população normativa. Para tal, foi aplicado o instrumento SCL-90-R, adaptado para a população portuguesa, a aditos em internamento, numa comunidade terapêutica.

Anteriores estudos apontam para que os aditos tendam a ter presentes um maior número de sintomas psicopatológicos, bem como, a literatura o confirma. Estas diferenças entre aditos e não aditos estão muito ligadas pelos efeitos causados pelo consumo de drogas, quer seja pelos danos físicos causados pelo consumo, quer seja pelos danos psicológicos associados ao consumo de substâncias psicoativas. O uso de drogas acaba por se tornar numa doença progressiva e mortal com danos devastadores para o cérebro. Por norma, a população adita tende a demonstrar maiores sinais de compulsão, hostilidade, obsessão, ideação paranóide e depressão do que a população normativa, ou não adita.

Os resultados obtidos por este estudo demonstram que os aditos obtiveram pontuações superiores à população normativa de forma estatisticamente significativa. Entre as dimensões do SCL-90-R em que a população adita pontuou de forma superior tem de se destacar as dimensões da Depressão (M=1.677), Ideação Paranóide (M=1.524) e Obsessão Compulsão (M=1.483).

Palavras-chave

Sintomatologia Psicopatológica; Adição; Depressão; Ideação Paranóide; Modelo Minnesota.

Abstract

The present study aimed to understand whether there were differences in psychopathological symptoms between the addicted population and the normative population. To this end, the SCL-90-R instrument, adapted for the Portuguese population, was applied to inpatients in a therapeutic community.

Previous studies indicate that addicts tend to have a greater number of psychopathological symptoms and the literature confirms this. These differences between addicts and non-addicts are closely linked to the effects caused by drug consumption, whether due to the physical damage caused by consumption of drugs or the psychological damage associated with the consumption of psychoactive substances. Drug use ends up becoming a progressive and deadly disease with devastating damage to the brain. As a rule, the addicted population tends to show greater signs of compulsion, hostility, obsession, paranoid ideation and depression than the normative or non-addicted population.

The results obtained by this study demonstrate that the addicts obtained scores higher than the normative population in a statistically significant way. As a highlight, among the dimensions of the SCL-90-R in which the addicted population scored higher, there are the dimensions of Depression (M=1,677), Paranoid Ideation (M=1,524) and Obsession Compulsion (M=1,483).

Keywords

Symptomatology Psychopathology;Addiction;Depression;Paranoid Ideation;Minnesota Model.

Índice

Capítulo 1 – Enquadramento teórico.....	1
Introdução	1
Entendendo a Adição.....	3
Tipos de tratamento.....	7
Modelo Comportamental.....	8
Modelo Psicossocial ou Cognitivo.....	8
Modelo Neurobiológico	9
Modelo de Tratamento Integrado.....	9
Modelo Minnesota	10
Sintomatologia Psicopatológica.....	11
Sintomatologia Psicopatológica em aditos	12
Objetivos	13
Capítulo 2 – Metodologia	15
Participantes	15
Instrumentos	16
Procedimentos	16
Capítulo 3 - Resultados.....	19
Discussão de Resultados.....	24
Conclusão.....	29
Bibliografia	31

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Estatística Descritiva da Média de Idades	15
Tabela 2 - Teste de Normalidade (Shapiro-Wilk)	15
Tabela 3 - Teste de normalidade (Shapiro-Wilk) para os resultados das dimensões do SCL-90-R.....	16
Tabela 4 - Teste T de uma Amostra para Somatização	19
Tabela 5 – Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Somatização na população adita	19
Tabela 6 - Teste T de uma Amostra para a dimensão Obsessão Compulsão	20
Tabela 7 - Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Obsessão Compulsão na população adita	20
Tabela 8 - Teste da dimensão Sensibilidade Interpessoal.....	20
Tabela 9 - Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Sensibilidade Interpessoal na população adita	20
Tabela 10 - Teste T de uma Amostra para a dimensão Depressão	21
Tabela 11 - Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Depressão na população adita.....	21
Tabela 12 – Teste T de uma Amostra para a dimensão Ansiedade	21
Tabela 13 - Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Ansiedade na população adita.....	22
Tabela 14 - Teste T de uma Amostra para a dimensão Hostilidade	22
Tabela 15 - Estatística Descritiva da Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Hostilidade na população adita	22
Tabela 16 - Teste T de uma Amostra para a dimensão Ansiedade Fóbica.....	23
Tabela 17 - Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Ansiedade Fóbica na população adita	23
Tabela 18 - Teste T de uma Amostra para a dimensão Ideação Paranóide	23
Tabela 19 - Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Ideação Paranóide na população adita	23
Tabela 20 - Teste T de uma Amostra para a dimensão Psicoticismo	24
Tabela 21 - Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão do Psicoticismo na população adita	24

Lista de Acrónimos

CT	Comunidade Terapêutica
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SCL-90-R	Sympton Cheklist 90 Revised
WHO	World Health Organization

Capítulo 1 – Enquadramento teórico

Introdução

O tema desta dissertação tem por base a problemática da adição, as consequências da mesma na vida do indivíduo, as problemáticas psicopatológicas associadas e os modelos de tratamento que actuam sobre a adição. Os tratamentos para a adição vão desde bases assentes em espiritualidade a bases médicas, por todas as patologias concomitantes que advêm da adição. Assim, pretende-se entender de que forma a sintomatologia psicopatológica se manifesta em adictos.

A investigação científica sobre a adição, tradicionalmente, tem um foco sobre o abuso de substâncias. Contudo, o termo adição é mais abrangente e engloba também adições comportamentais sem uso de substâncias como por exemplo, o jogo ou videojogos e internet. Assim, o conceito de adição, pode ser entendido como um conjunto de comportamentos, pensamentos e sentimentos desadaptativos que condicionam o indivíduo a viver sob o efeito da dependência psicológica (Seabra & Sá, 2011; Cruz, 2020).

O uso de substâncias psicoactivas tem sido um flagelo a nível mundial, levando a inúmeras medidas preventivas, programas educacionais e de tratamento, de forma a mitigar e, tentar evitar, os problemas de saúde e sociais que advêm do consumo de droga, álcool e das adições comportamentais. Importa ainda referir que, embora cientificamente o álcool seja considerado uma droga, o seu uso e acesso fácil fazem com que na sociedade não seja visto como uma droga (Sommer, 2006; Cruz, 2020). Ou seja, atualmente, e embora esta noção esteja em fase de mudança na sociedade, o álcool e o seu uso é muitas vezes equiparado ao tabaco e ao café. Daí, muitas vezes, quando se fala do conceito de adição utiliza-se o consumo de álcool e drogas. Ao mesmo tempo, serve também como ferramenta para ajudar a quebrar a negação de um alcoólico que, por a sua droga ser socialmente aceite tende a rejeitar ou minimizar a sua problemática por se pôr em comparação com um adito que utilize Cocaína ou Heroína, por exemplo. Geralmente, um adito, tem um padrão de policonsumo muito característico em que utiliza mais que uma substância psicoactiva e que, em última análise, leva ao desenvolvimento de comorbilidades físicas e psíquicas e ao seu isolamento social e familiar (Sousa et al., 2013).

Apesar de existirem alguns estudos sobre a existência de sintomatologia psicopatológica em aditos, esses mesmos estudos, ainda são escassos. Assim, tornou-se premente a investigação desta tese, de forma a tentar ser mais um contributo para se entender a influência da adição na sintomatologia psicopatológica presente nesta população.

Para se conseguir entender na sua plenitude a definição de sintomatologia psicopatológica, torna-se de soberba importância explorar-se o conceito de sintoma e de psicopatologia. Os

sintomas psicopatológicos não constituem, isoladamente, a definição de uma patologia. Pelo contrário, devem ser vistos no seu conjunto, ou seja, devem ser enquadrados na presença de outros sintomas, nas experiências do indivíduo e no “comum” da sua cultura, bem como, a intensidade dos sintomas e o grau de interferência na sua vida quotidiana (Lemos, 2017).

Entendendo a Adição

O conceito de dependência surgiu na civilização ocidental aquando do Iluminismo, pelas noções de racionalidade e autonomia. Quando nos afastamos destas noções, ao mesmo tempo, aproximamo-nos de estados temidos de irracionalidade e dependência. Podemos entender de que forma a sociedade moderna e a dependência se fizeram um para o outro, ainda que ambos sofram alterações ao longo do tempo. Desta forma, o conceito de dependência é um efeito do tempo (Fraser et al., 2014; Sedgwick, 1993).

Cardoso (2001) defende que o termo toxicodependência é utilizado para se designar estados crónicos de intoxicação do organismo, que são causados pelo consumo de uma ou mais drogas, quer elas sejam sintéticas ou naturais. A procura constante por estes estados causam danos ao indivíduo e à sociedade, causando, nomeadamente, a doença da adição. Esta doença causa um desejo e necessidade de continuar a consumir (Cardoso, 2001). Em regra geral, um adicto apresenta comportamentos desajustados socialmente que provocam muitas vezes consequências do ponto de vista médico, psicológico e jurídico (Machado et al., 2005).

O consumo de álcool e drogas é actualmente um flagelo em Portugal, como em muitos outros países, que está a tentar ser combatido pelas entidades governamentais quer seja através de programas de prevenção e educação quer seja através de medidas de tratamento. Tais medidas de tratamento e prevenção da problemática, urgem-se necessárias pelos graves problemas de saúde e sociais provocados pelo consumo de substâncias psicoactivas (Cruz, 2020).

O mundo da adição é muitas vezes associado a cenários de doença, insegurança e criminalidade, desvios comportamentais, entre outros. Embora seja um fenómeno disperso um pouco por todo o país, é nas áreas metropolitanas que esta problemática é mais visível quer pela facilidade de acesso às substâncias quer pelo aglomerado populacional (Cardoso, 2001). Cardoso (2001) já alertava para padrões de comportamento aditivo preocupantes entre a população jovem que poderia levar a um aumento da incidência da doença da adição. Estudos recentes, elaborados pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) em 2022, publicado em 2023, verifica-se que apesar das medidas governamentais o consumo de álcool e drogas em Portugal continua a ser um problema latente na sociedade e com prevalência a aumentar. No mais recente estudo, a prevalência do consumo de substâncias psicoativas aumentou de 7,8%, em 2001, para 12,8% em 2022 (SICAD, 2023). Em especial, junto dos jovens, o consumo de álcool tem sido a maior problemática nomeadamente através do “binge”, ou seja, consumo de bebidas alcoólicas de forma rápida e excessiva. O consumo destas substâncias é muitas vezes em contexto de politoxicodependência, o que significa que uma parte importante dos consumidores dependentes utilizam mais do que uma substância em simultâneo. A utilização das mais diversas substâncias pode levar à dependência (adição) quer física e psicológica, no caso da heroína, álcool, cocaína, LSD, etc, quer a dependência psíquica, no caso do haxixe (Cardoso, 2001).

A dependência física é caracterizada pela necessidade fisiológica do indivíduo de consumir a sua droga, como acontece por exemplo com a cocaína, a heroína e o tabaco. A dependência física advém da necessidade do indivíduo de sentir estados de euforia ou de prazer imediato. Como são drogas que atuam sobre os receptores dopaminérgicos do cérebro, inevitavelmente acabam por alterar a estrutura molecular dos mesmos o que leva a que, ao se consumir, sejam enviados “sinais” de prazer ao indivíduo (Fagerström, 2006). À medida que o tempo vai passando e o indivíduo continua a usar, mais forte se torna a sua compulsão para consumir e maior é a quantidade consumida uma vez que a tolerância do organismo aumenta. Então é necessário, para um adito, aumentar a dose de consumo para sentir o mesmo efeito e satisfação que sentia antes (Leshner, 2007). Já a dependência psicológica é quando o indivíduo consome como forma de se aliviar, ou seja, a pessoa consome como forma de fugir ao que sente, para aliviar o stress ou apenas para a substância, preencher um vazio sentido pela pessoa ou para “servir” de companhia. Ao contrário da dependência física, onde o adito pode consumir para aliviar ou parar com sintomas de abstinência, no caso da dependência psicológica não é necessário o adito estar em síndrome de abstinência para consumir (Meirelles, 2009).

Não se pode falar de necessidades de saúde dos adictos sem se entenderem plenamente as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Assim, conseguimos entender a influência do padrão, cada vez maior, do policonsumo; das comorbidades físicas e psíquicas; o envelhecimento e problemas de base social, como por exemplo o desemprego, a marginalidade e relações familiares e afetivas. Estas determinantes afetam a percepção do adito sobre o estado funcional, autocuidado, segurança e gestão de sintomas, que representam as variáveis para a compreensão das necessidades de saúde (Seabra & Sá, 2011).

A adição é muitas vezes descrita como uma desordem cerebral crónica que se caracteriza pela compulsão, entre a procura e uso de droga, pelo descontrolo associado ao seu uso, comumente acompanhado por um estado emocional negativo quando o acesso às substâncias é proibido (Leshner, 2007). O uso compulsivo provoca alterações de humor e promove o envolvimento do indivíduo em comportamentos aditivos, não obstante as consequências adversas nas várias dimensões do sujeito. Segundo Angres (2008), existem diversos fatores para a adição. Por um lado, existem estudos que comportam uma predisposição biogenética para o consumo de substâncias químicas e/ou comportamentos aditivos. Por outro lado, existem evidências que traumas numa fase precoce da vida do sujeito podem, em conjunto com a exposição a substâncias viciantes, provocar vulnerabilidade e risco face ao vício. Diversos estudos já demonstraram que uma única exposição a uma substância pode causar alterações duradouras a nível cerebral, afetando a memória e criando um processo patológico de aprendizagem, ou seja, aprende-se a ansiar os efeitos provocados pelo uso de substâncias (Cruz, 2020).

Todas as drogas, em abuso, são potencialmente capazes de alterar informações afetivas ou emocionais e comportamentos mal adaptativos, em diferentes medidas e direções. Existem evidências que suportam que alterações induzidas pelo uso de drogas na transmissão

dopaminérgica são as principais responsáveis pela dessensibilização do caminho para a recompensa e o aumento da força da procura constante pelo reforço condicionado pelo uso (Fattore & Diana, 2016).

Diversas deficiências cognitivas como, por exemplo, a pobre tomada de decisão, a perda de controlo dos impulsos e a memória prejudicada têm sido associadas ao consumo crónico de drogas. Este consumo traduz-se, muitas vezes também, em desajuste comportamental a contingências ambientais, muito provavelmente causado por desinibição sobre respostas comportamentais. Estes défices podem ser recuperados a longo prazo em indivíduos que se mantenham abstinentes, contudo, podem também persistir durante toda a vida podendo ainda desencadear esquizofrenia ou outras doenças psicológicas demenciais (Fattore & Diana, 2016).

O consumo excessivo de substâncias provoca alterações no sistema de resposta ao stress e leva a comportamentos compulsivos e repetitivos dos indivíduos que, por sua vez, leva a efeitos adversos na vida de cada pessoa. O padrão da adição é, por si só, bastante complexo e complicado que, quando se adiciona a personalidade de cada indivíduo e os seus mecanismos de defesa, adicionam complexidade. A negação surge como o mecanismo de defesa mais vincado num adito, uma vez que este mecanismo não permite ao indivíduo reconhecer a sua doença, reforçando-a pela recompensa do uso e pelos déficits que o indivíduo pode já apresentar a nível da aprendizagem, memória e tomada de decisão (Angres & Bettinardi-Angres, 2008). Segundo Fleming (2005) um adito lida com as suas dores psíquicas através do consumo de substâncias, de forma a silenciar esse sofrimento que fica mascarado pelos químicos sob a capa da negação.

Segundo Sommer (2006), é usual que um adito utilize a mesma substância várias vezes ou substâncias idênticas para atingir estados psíquicos diferentes ou complementares. Por norma, o consumo de álcool é transversal a todos os aditos por ser uma substância legal e de baixo custo, o que complica o tratamento, e acaba por ser para muitos indivíduos uma barreira para uma verdadeira recuperação. Torna-se pertinente referir que a doença da adição não tem uma “cura” mas sim uma “recuperação” que permite à pessoa aprender a lidar com os seus impulsos embora a sua predisposição para o consumo não desapareça. Ainda assim, torna-se claro que o indivíduo necessita de um alto controlo interno e externo rigoroso e contínuo que carece de acompanhamento (Sommer, 2006).

A população adita encontra-se nas franjas mais discriminadas e frágeis da sociedade uma vez que nesta população é onde se encontra o maior número de pessoas em estado físico, psicológico e social muito degradado, perturbado, débil emocionalmente, muitas vezes, com poucas habilitações socioeducativas e profissionais e que possuem um risco de morte prematura por *overdose* ou, como consequência direta do seu uso, de doenças infectocontagiosas (Silva, 2004).

A adição é uma doença que acaba, em última instância, a criar exatamente aquilo que o indivíduo pretende evitar, o sofrimento. Ao criar sofrimento no indivíduo, o mesmo vai procurar o alívio desse mesmo sofrimento, contribuindo para o progresso e processo aditivo. Ou seja, o

indivíduo ao sentir-se cada vez mais isolado e em sofrimento psicológico vai procurar refúgio usando drogas, procurando felicidade, sem conseguir compreender que esse mesmo consumo é o motivo de afastamento e do sofrimento que sente. Sendo a doença da adição uma doença de sentimentos e pensamentos, significa que antes da pessoa usar drogas ou álcool, já tinha anteriormente experienciado perdas de controlo a nível emocional permitindo que a sua personalidade dependente surgisse e ganhasse esse mesmo controlo, iniciando assim a personalidade adita que é controlada pelo processo de dependência (Albuquerque, 2005).

A nível psicológico a toxicodependência, ou adição, é vista como uma anormalidade comportamental psicológica e que, apesar dos tratamentos farmacológicos e do apoio psicossocial, continua a persistir ao longo do tempo (Fleming, 2005). Foi observado em observações pré-clínicas que a dependência representa a deterioração patológica dos processos neurais que servem ao funcionamento afetivo e cognitivo. Os principais elementos do uso de drogas de forma abusiva são supostos estruturais, celulares e moleculares que estão a sofrer mudanças duradouras em diversos circuitos do proencéfalo, que recebem entrada de neurónios dopaminérgicos do mesencéfalo, e estão envolvidos em mecanismos afetivos e cognitivos. A manipulação dos sistemas cerebrais de neuropeptídeos, e a direção farmacológica de recetores opióides e / ou metabolismo de fármacos podem ter efeitos benéficos a nível afetivo e cognitivo. Abordagens não-farmacológicas e altamente inovadoras, como a Estimulação Magnética Transcraniana, podem revelar um potencial insuspeito e prometem ser a primeira terapêutica baseada em neurobiologia da dependência (Fattore & Diana 2016).

Com o avanço da medicina e de outras indústrias é possível, atualmente, estudar o cérebro humano a um nível que permite a identificação dos mecanismos cerebrais. Estudos de cérebros não humanos permitiu estudar desde o nível celular, molecular e outros mecanismos íntimos não acessíveis em seres humanos. Assim, segundo Fattore & Diana (2016), integrando os estudos animais e humanos estão a permitir um conhecimento neurobiológico razoável que irá aprofundar a compreensão das condições fisiopatológicas da adição que poderão, no futuro, ser a base para técnicas terapêuticas e tratamentos mais eficazes.

Pode-se falar de tratamento quando um consumidor de substâncias entra em contacto com um técnico de saúde e, assim, o processo de tratamento é iniciado e o apoio continua através de intervenções específicas até se atingir o a saúde e bem-estar possível para o indivíduo. O tratamento e a reabilitação assentam no reconhecimento e identificação, assistência, cuidados de saúde e a integração da pessoa que apresenta problemas causados pelo uso (Rush, 2003).

A problemática da adição contempla várias dimensões envolvidas, como a dimensão biológica, psicológica e social, por exemplo, sendo esta doença considerada biopsicossocial. Assim, entende-se a necessidade de existirem diversificados tipos de intervenção e tratamentos que contemplem as diversas estratégias, para cada área, para se abordar a situação (Silva, 2004). Estas estratégias têm, por norma, a falta de motivação e baixa adesão dos aditos a tratamento. Por isso, entende-se que a motivação é um factor crucial para a eficácia e adesão a tratamento.

Uma das teorias que mais tem contribuído para se entender a motivação no tratamento é a do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (Transtheoretical Model of Change), desenvolvido por James Prochaska e colaboradores nos anos 1970 (Sousa et al., 2013).

Tipos de tratamento

De forma a melhor se entender o que cada tratamento oferece e de que forma o indivíduo é ajudado nos mais diversos níveis, nomeadamente a nível psicológico e, de que forma, isso afecta a sintomatologia psicopatológica, é importante falar-se sobre os diferentes tipos de tratamento que existem.

Modelo Transteórico da Mudança

Através de uma análise comparativa de mais de 29 teorias e de modelos das principais abordagens psicoterapêuticas, James Prochaska criou o modelo transteórico da mudança em 1979, onde o seu principal foco era a mudança. Através da análise das teorias cognitivo-comportamental, existencial e humanista, psicanálise e Gestalt, Prochaska chegou à conclusão de que todas elas apresentavam as suas limitações e de que nenhuma delas conseguia de forma clara responder ao processo de motivação para a mudança de cada indivíduo. Assim, nasce o conceito do modelo transteórico, tendo como principal pressuposto de que a auto mudança para ser eficaz e bem sucedida, depende da aplicação de estratégias e processos certos no estágio correcto. Dessa forma, ficou importante identificar e incorporar o que cada uma das anteriores teorias sugeria como explicações e factores contributivos para o processo de mudança da pessoa (Oliveira et al, 2008). Este modelo passa então a integrar o conceito de mudança intencional, ou seja, o indivíduo é que toma a decisão para a mudança, contrariamente ao que as outras teorias sugeriam, onde o foco seriam as influências sociais e/ou biológicas no comportamento. Segundo o modelo transteórico da mudança, esta, acontece ao longo do tempo onde a motivação do indivíduo não é estável e passa por diversos níveis. Estes níveis são então designados por estágios de motivação para a mudança, representando assim a dimensão temporal deste modelo, permitindo assim perceber quando determinadas mudanças, intenções e comportamentos podem realmente acontecer. Numa fase inicial, foram idealizados quatro estágios: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção (Szupszynski & Oliveira, 2008).

Conforme citado por Sousa et al. (Sousa et al., 2013), de acordo com Bittencourt (2009), no primeiro estágio não há intenção de mudança, nem mesmo uma crítica respeitante ao conflito Comportamento-problema. Neste caso, o sujeito utiliza a negação como mecanismo de defesa e o problema é completamente recusado. Já o segundo estágio, a contemplação, existe um início de consciencialização, por parte do indivíduo, para o problema existindo, no entanto, uma ambivalência para a mudança (Silva, 2004). No estágio da ação, o indivíduo inicia de forma consciente a modificação do comportamento-problema onde escolhe a estratégia para efectuar

essa mesma mudança, começando a tomar determinadas atitudes na direção desse mesmo objetivo. Este estágio, exige da pessoa muito foco, dedicação e energia e, por norma, as mudanças efetuadas neste estágio são muito mais visíveis que em qualquer outro. No quarto e último estágio, a manutenção, encontra-se o maior desafio do processo de mudança. A marca deste estágio caracteriza-se pela estabilização do comportamento. A partir daqui é necessário, ao indivíduo, um constante esforço para manter e consolidar os ganhos obtidos em todos os estágios, em especial, no da ação. Contudo, a mudança não é concretizada com a ação, pois não existindo um forte compromisso e esforço contínuos, no estágio da manutenção, poderão existir recaídas. Em regra geral, as recaídas são mais frequentes nos estágios da pré-contemplação e contemplação (Sousa et al., 2013).

Modelo Comportamental

O primeiro modelo descrito, foi o Modelo Comportamental e teve como base o condicionamento clássico, justificando que a manutenção do uso de drogas decorria da expectativa de efeito prazeroso aprendido na primeira experiência de consumo. Assim, o conceito de *craving* passa a ser entendido como uma resposta condicionada que foi estabelecida pela aprendizagem da associação entre estímulo e o prazer, enquanto resposta, ao uso de drogas. Para melhor entendimento da origem do desejo associado ao uso de drogas, os factores que mais contribuem para tal são a rede social relacionada ao uso, estímulos externos e a disponibilidade da substância, que também tem sido associada ao aumento de desejo (Araújo et al., 2008).

Modelo Psicossocial ou Cognitivo

Ao contrário do Modelo Comportamental, salienta-se a interpretação cognitiva da experiência e não das respostas fisiológicas relacionadas à experiência. Neste modelo, o desejo é explicado pela expectativa antecipada dos efeitos das substâncias, independentemente das anteriores experiências. A Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, foi tida como a base fundamental deste modelo, onde a ocorrência de um determinado comportamento sofre a influência da expectativa do resultado dessa mesma ação, do valor associado ao resultado trazido e da situação psicológica (Leshner, 1997). Em sentido inverso, caso o indivíduo, numa determinada situação específica, se sinta capaz de realizar um comportamento corretamente, denomina-se de auto-eficácia. No caso específico de dependentes químicos, esta auto-eficácia, varia de acordo com fatores emocionais positivos e negativos, situações de restrição ou proibição de consumo, horários ociosos, falta de prazer e *cravings*. Outros aspetos não devem ser negligenciados, por exemplo os aspetos psicológicos como o stress e variáveis da personalidade, aspetos motivacionais, processos cognitivos automáticos e não automáticos e ainda, aspetos relativos à memória dos efeitos do uso de drogas (Araújo et al. 2008).

Modelo Neurobiológico

De acordo com a literatura, o craving aparenta ter uma correlação positiva com os sintomas de abstinência, pois a intensidade do mesmo diminui depois das duas primeiras semanas em que não houve uso de substância. Desta forma, pode descrever-se o craving como um fenômeno de hipersensibilização que ocorre quando não existe droga (Albuquerque, 2005).

Existem ainda estudos que apontam existir uma relação entre o *craving* em aditos e fatores genéticos. Por exemplo, se um indivíduo que for dependente do tabaco experimenta uma maior intensidade de *craving* numa situação de stress, caso exista um historial tabágico familiar (Araujo et al., 2008). Outras investigações em vários sistemas de neurotransmissão, revelaram que existem variações nestes sistemas quando um adito inicia o comportamento pela procura de droga, refletindo assim como o mecanismo biológico é importante para o entendimento do desejo. Neste tipo de comportamentos há, a destacar, a função da dopamina uma vez que esta é indutora de reforços positivos no centro de recompensas cerebral que se ativa quando se consome substâncias psicoativas, estando assim ligado ao desejo (Araujo et al., 2008). Quando se fala de *cravings* em alcoólicos e dependentes de cocaína, percebe-se que a redução dos níveis de serotonina parecem ser os principais responsáveis, uma vez que esta exerce uma forte influência na libertação dopaminérgica. Num adito, a sua dependência, levou a uma neuroadaptação cerebral, alterando a memória de estímulos associados ao comportamento de usar. A exposição a estímulos de droga, levam à ativação de regiões cerebrais associadas à excitação, comportamentos compulsivos, memória e integração de estímulos sensoriais. Assim, a ativação destas regiões quando o indivíduo é exposto a estímulos de consumo, a sua vontade de consumir também aumenta (Araujo et al., 2008).

Modelo de Tratamento Integrado

O Modelo de Tratamento Integrado assenta numa abordagem biopsicossocial e constitui o principal eixo da abordagem multidisciplinar dos comportamentos aditivos. Nesta abordagem, os diferentes recursos terapêuticos são integrados e articulados em diferentes momentos do processo terapêutico ou, em simultâneo, dependendo das necessidades e capacidades de cada utente, família ou relativas ao seu prognóstico (Saúde, 2016). Desta forma, a relação terapêutica estabelecida entre utente e técnico de saúde é a base da rede de respostas aos comportamentos aditivos. Neste modelo, o processo de tratamento pode iniciar-se através de cuidados de saúde primários ou através de cuidados de saúde especializados nos comportamentos aditivos. Ao longo do processo terapêutico irão ocorrer outro tipo de intervenções terapêuticas, bem como, articulações com outras modalidades terapêuticas preconizadas no modelo integrado como consultas de psicologia, consultas de psicoterapia, consultas de enfermagem, consultas de crianças e jovens, consultas a grávidas, grupos de suporte terapêutico, programa de tratamento com antagonista de opiáceos, unidades de desabitação, comunidades terapêuticas, unidades de alcoologia, e serviços de saúde mental (Saúde, 2016).

Modelo Minnesota

O Modelo Minnesota tem a sua base nos princípios dos Alcoólicos Anônimos e visa o tratamento da adição para a abstinência total. Conforme indicado no artigo de Cook (1988), *“The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: miracle, method or myth? Part I. The Philosophy and the Programme”*, é defendido um conceito de doença por dependência de drogas e álcool com a promessa de recuperação, mas não de cura. É um programa intensivo de internamento não ambulatorio que contempla grupos de terapia, palestras e aconselhamento (Cook, 1988). Este modelo foi desenvolvido no final da década de 1940 e 1950, no Minnesota, Estados Unidos e a filosofia deste programa baseia-se em quatro elementos-chave: possibilidade de mudança; conceito de “doença”; Objetivos do Tratamento a Longo prazo; Objetivos de tratamento a curto prazo. No Modelo Minnesota, a possibilidade de mudança, é vista como um fator determinante uma vez que reforça, ao adito, que é possível modificar as suas crenças, comportamentos e atitudes (Albuquerque, 2005).

O conceito de “doença” é um conceito fundamental deste modelo pois, conforme citado por Anderson em 1982, a adição envolve componentes espirituais e fatores físicos, psicológicos e sociais. No caso do alcoolismo, segundo este modelo, é uma doença crônica, primária, progressiva e, potencialmente, fatal. Ou seja, a sintomatologia deverá ser o foco principal da intervenção, pois caso contrário poderá seguir um curso de deterioração e agravamento (Albuquerque, 2005).

Relativamente aos objetivos a longo prazo, os mesmos, passam pela melhoria do estilo de vida do indivíduo e a abstinência total de todos os químicos e substâncias alteradoras de humor. Para se conseguir atingir estes objetivos, utilizam-se os objetivos a curto prazo que servem como guias e indicadores da melhoria e/ou eficácia do tratamento. Nestes objetivos a curto prazo incluem-se o reconhecimento por parte do indivíduo da dependência química como uma doença e da sua problemática, bem como, ajudar o adito a arranjar estratégias de *coping* e nas mudanças necessárias para o desenvolvimetro de um novo estilo de vida (Araujo et al. 2008).

Para o Modelo Minnesota e, tendo em conta, a filosofia dos 12 passos, praticados pelos Narcóticos Anônimos, estes princípios têm uma ênfase espiritual de forma a ajudar o adito a ter mais algum conforto espiritual enquanto tenta reconstruir as suas relações sociais e familiares. Ao mesmo tempo, os grupos de auto-ajuda, como as reuniões de Narcóticos Anônimos e Alcoólicos Anônimos, fomentam também o sentido de pertença do indivíduo. Um outro princípio ligado a este modelo é o sentido de responsabilidade, uma vez que, após o tratamento, a escolha de se manter em “recuperação” é do indivíduo (Albuquerque, 2005). Fraser & Moore (2011), defendem que a criação de uma relação terapêutica mais informal e íntima com os indivíduos tem mais sucesso no Modelo Minnesota uma vez que este preconiza um tratamento individualizado (Fraser & Moore, 2011)

Sintomatologia Psicopatológica

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental não pode ser definida apenas pela ausência de uma doença ou perturbação mental, mas refere-se, sim, a um estado de bem estar físico, psíquico e social onde a pessoa consegue de forma eficaz lidar com o stress e reconhecer as suas capacidades reais (Alves & Rodrigues, 2010; WHO, 2004).

Embora este conceito tenha uma definição abrangente, é importante perceber que a saúde mental está também ligada a aspetos culturais e sociais que podem modificar as interpretações. Numa determinada cultura podem existir comportamentos considerados normativos, por essa mesma cultura, mas não serem saudáveis nem contribuir para a saúde mental do indivíduo (Vaillant, 2012).

Quando se procura compreender a expressão “sintomatologia psicopatológica”, torna-se relevante compreender os conceitos que a compõem, nomeadamente “sintoma” e “psicopatologia”.

Segundo o DSM-5 (APA, 2014, p.987), sintoma pode definir-se como “manifestação subjetiva de uma condição patológica. Os sintomas são relatados pelo indivíduo afetado em vez de observados pelo examinador.”. Um conceito frequentemente associado é o conceito “sinal”, que é definido pelo DSM-5 (APA, 2014, p.987) como “manifestação objetiva de uma condição patológica. Os sinais são observados pelo examinador, e não relatados pelo indivíduo afetado”. Ou seja, enquanto o sintoma é subjetivo e relatado pelo indivíduo, o sinal é uma manifestação objetiva, passível de ser observada por terceiros. Wilshire et al. (2019) definem sintoma de uma forma mais abrangente, no contexto da psicopatologia, e consideram que este consiste numa experiência subjetiva duradoura ou recorrente ou num padrão de comportamento, que indicam a presença de um problema de saúde mental. Os mesmos autores afirmam que no campo das doenças mentais, os problemas apresentados são geralmente sintomas autorrelatados e, muitas vezes, bastante inespecíficos, o que tem como consequência não fornecerem uma orientação clara sobre o que estará na sua origem (Wilshire et al., 2019).

Relativamente ao conceito de “psicopatologia”, segundo Schultze-Lutter et al. (2018), este é de origem grega e decompõe-se em três palavras: “psyche”, que em grego significa “alma” ou “espírito”; “pathos”, que em grego significa “sofrimento”; “logos”, que em grego significa “razão”, “discurso” ou “opinião”. Juntando os três conceitos, os autores definem psicopatologia como “o ensino sobre o sofrimento da alma” (p. 1). Este termo surgiu pela primeira vez em 1878, mas só se tornou uma disciplina científica em 1913, com a publicação do livro “Allgemeine Psychopathologie” de Karl Jaspers. Jaspers (1963, as cited in Heckers, 2014) considera que a psicopatologia é uma exploração científica de estados mentais anormais. Ceccarelli (2005) refere que a definição de psicopatologia foi mudando conforme cada contexto histórico-político e menciona os contributos por parte de Hipócrates, Platão, Freud, entre outros, nas tentativas de subdividir o sofrimento psíquico numa forma mais básica, de modo a ser possível

compreendê-lo, classificá-lo, estudá-lo e tratá-lo. Schultze-Lutter et al. (2018) refere que, em 2010, a Task Force on Nosology and Psychopathology of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) definiu três objetivos interrelacionados e parcialmente interdependentes da psicopatologia: psicopatologia descritiva – descrever e designar as experiências subjetivas e os comportamentos de forma que seja possível descrevê-los objetivamente, sem interpretações pessoais, culturais ou escolares; psicopatologia clínica – identificar sintomas significativos e agrupá-los em sistemas de classificação e descrição de doenças; psicopatologia teórica – estudar a etiologia ou patogénese (Schultze-Lutter et al. 2018).

O comportamento psicopatológico possui sintomas com uma configuração e duração variáveis e têm uma fonte biológica (que leva a uma mudança do comportamento) e um aspeto psicossocial (que corresponde à interpretação dessa mudança comportamental pelo próprio indivíduo e por terceiros) (Berrios, 2012).

Sintomatologia Psicopatológica em aditos

Atualmente o consumo de drogas é um comportamento cada vez mais comum, muito em parte pela maior disponibilidade que existe e pela criação de novas misturas de substâncias que são nocivas e acarretam uma série de consequências para o indivíduo (Grant et al., 2010). Assim, nos últimos anos têm-se tentado estudar a relação entre sintomatologia psicopatológica e a personalidade de um adito. É sabido que, em regra geral, um adito apresenta comorbilidades com outras patologias e, pelo seu uso, muitas vezes entra em surtos e desenvolve patologias do foro psiquiátrico (Tuller et al., 2009).

Com o tempo, a “satisfação” e o “prazer” sentidos pelo uso de substâncias deixa de ser prazeroso e agradável e é substituído por uma sensação negativa, que pode ter associados sentimentos de culpa. Conforme o prazer vai desaparecendo o uso torna-se mais um hábito do que um comportamento agradável, então o indivíduo tem tendência a desenvolver comportamentos compulsivos e impulsivos (Grant, 2010). Estudos sugerem que aditos têm tendência a pontuar mais alto em escalas que meçam a impulsividade, ansiedade, psicoticismo, obsessão e compulsão (Coelho, 2016).

Apesar de em Portugal os estudos sobre a sintomatologia psicopatológica e a adição serem mais escassos, em regra geral todos apontam para uma maior prevalência de psicopatologia em aditos. Num destes estudos, ficou patente que cerca de dois terços dos participantes já tinham tido ou ainda sofriam de alguma perturbação mental. Também se demonstrou neste estudo que alguns dos participantes diagnosticados com perturbação mental crónica já tinham tido contacto com algum tipo de droga (Coelho, 2016).

De acordo com Cruz (2020), as perturbações mais frequentes que se encontram em população adita são a esquizofrenia, psicopatia, hostilidade, ideação paranóide, ansiedade, sensibilidade

interpessoal e obsessão compulsão (Cruz, 2020). Outros traços que são encontrados em aditos são as perturbações depressivas, a instabilidade afetiva e anti-sociais, encontrados em alguns estudos. Algumas investigações sugerem que o comportamento desadaptativo e desviante dos aditos pode estar associado a alguma perturbação de personalidade e que, conseqüentemente, promovem a continuação do seu uso (Grant et al. 2010).

Um dos testes utilizados para medir a sintomatologia psicopatológica é o *Symptom Checklist 90 Revised* (SCL-90-R) de Derogatis em 1977, que conta com a adaptação para a população portuguesa traduzida e adaptada por Baptista. Este é um questionário de autorrelato que avalia padrões de sintomatologia psicopatológica (Almeida & Machado, 2004).

O SCL-90-R é um instrumento de 90 itens em escala de Likert de 5 pontos, onde o (zero) é “nunca” e 4 (quatro) é “extremamente”. É composto por 3 escalas principais globais que são o Índice Geral de Sintomas, Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos. Este instrumento compreende ainda 9 subescalas, que são elas: Somatização; Obsessão compulsão; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Psicoticismo; Ideação Paranóide (Almeida & Machado, 2004).

A subescala da Somatização refere-se ao stress que resulta da percepção do indivíduo de disfunções fisiológicas. A dimensão Obsessão compulsão compreende pensamentos, impulsos e ações repetitivos e irresistíveis. A Sensibilidade Interpessoal foca-se em sentimentos de inadequação e inferioridade, bem como desconforto nas mais diversas interações sociais. Geralmente quando a pontuação nesta escala é alta, os indivíduos tendem a ter uma expectativa negativa sobre as interações. A dimensão da Depressão avalia as manifestações clínicas da depressão como o humor disfórico e isolamento (Santos, 2024). A subescala Ansiedade mede os sinais gerais como o nervosismo e a tensão, bem como ataques de pânico e o medo. A dimensão da Hostilidade avalia pensamentos, sentimentos e ações características da raiva e demonstra sentimentos de agressão irritabilidade e ressentimento. A Ansiedade Fóbica é definida como um medo irracional e de fuga a situações ou estímulos que são interpretados como medo patológico, pois a resposta a estes estímulos é desproporcional. A Ideação Paranóide avalia os distúrbios de pensamento e os comportamentos de tipo paranóide. Reflete ainda desorganização de pensamento e projeção, podendo também indicar grandiosidade e desconfiança. A subescala do Psicoticismo reflete padrões de relacionamento e isolamento social (Guerra, 2008).

Objetivos

O objetivo deste estudo é verificar se os aditos apresentam níveis de sintomatologia psicopatológica estatisticamente significativa quando comparados com a população normativa. Além disso, consiste também em comparar o número de sintomas positivos entre aditos e a média da população normativa e se esse número contribui para as pontuações obtidas no teste.

Assim, foram colocadas as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Somatização do que a população normativa;

H2: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Obsessões Compulsões do que a população normativa;

H3: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Sensibilidade Interpessoal do que a população normativa;

H4: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Depressão do que a população normativa;

H5: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Ansiedade do que a população normativa;

H6: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Hostilidade do que a população normativa;

H7: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Ansiedade Fóbica do que a população normativa;

H8: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Ideação Paranóide do que a população normativa;

H9: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Psicoticismo do que a população normativa;

Capítulo 2 – Metodologia

Participantes

A amostra é composta por 30 sujeitos que cumpriam o critério de inclusão: aditos em regime de internamento, sendo que para os critérios de exclusão considerou-se o abandono até à 3^a semana de internamento. Embora na clínica não exista uma idade máxima permitida, no período de recolha entre outubro de 2023 e abril de 2024 o participante mais velho tinha então 59 anos. Os participantes tinham entre os 18 e os 59 anos e a média de idades é de 41,03. Foi efetuado um teste de normalidade à idade onde se pode comprovar através do teste de Shapiro-Wilk que a amostra segue uma distribuição normal [$p > .050$] (c.f. Tabelas 1 e 2).

Tabela 1
Estatística Descritiva da Média de Idades

	AGE
Válido	30
Missing	0
Média	41.033
Desvio Padrão	10.301
Mínimo	18.000
Máximo	59.000

Tabela 2
Teste de Normalidade (Shapiro-Wilk)

	W	p
AGE	0.946	0.132

Também para cada uma das dimensões do SCL-90-R foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para se verificar a normalidade da distribuição dos resultados em cada uma. Assim, na dimensão da Obsessão Compulsão, podemos verificar que segue uma distribuição normal com um valor de .098 [$p > .050$]; O teste de normalidade na dimensão de Sensibilidade Interpessoal apresenta um valor de .258 [$p > .050$], confirmando assim uma distribuição normal; Quando olhamos para a variável da Depressão o resultado é de .914 [$p > .050$] o que nos diz que esta dimensão também segue uma distribuição normal; Relativamente às dimensões da Ideação Paranóide e Psicoticismo, podemos afirmar que esta seguem uma distribuição normal, pois os seus valores são .506 e .083 [$p > .050$], respetivamente; Na dimensão Ansiedade, verificamos que esta segue uma distribuição normal por apresentar um valor de .337 [$p > .050$]. Contudo, observando a dimensão da Ansiedade Fóbica, podemos inferir que a mesma não tem uma distribuição

normal, pois o seu valor é de .006 [$p < .050$]; A subescala da Hostilidade também não apresenta uma distribuição normal pois tem um valor de .049 [$p < .050$]; Por fim, na dimensão Somatização, podemos verificar que o pressuposto da normalidade não é cumprido com um valor de .030 [$p < .050$] (c.f. tabela 3).

Tabela 3

Teste de normalidade (Shapiro-Wilk) para os resultados das dimensões do SCL-90-R

	W	p
Som_T	0.922	0.030
OB_T	0.941	0.098
SI_T	0.957	0.258
Dep_T	0.984	0.914
ANX_T	0.961	0.337
Host_T	0.930	0.049
AF_T	0.892	0.006
ID_T	0.969	0.506
Psic_T	0.938	0.083

Instrumentos

Para mediar a sintomatologia psicopatológica, foi utilizado o teste Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) de Derogatis em 1977, que conta com a adaptação e tradução para a população portuguesa por Baptista (1993). Este é um questionário de autorrelato que avalia padrões de sintomatologia psicopatológica (Almeida & Machado, 2004).

O SCL-90-R é um instrumento de 90 itens em escala de tipo Likert de 5 pontos, onde o (zero) é “nunca” e 4 (quatro) é “extremamente”. É composto por 3 escalas principais globais: Índice Geral de Sintomas, Índice de Distúrbio de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos. Este instrumento compreende ainda 9 subescalas: Somatização, Obsessão Compulsão; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Psicoticismo e Ideação Paranóide (Almeida & Machado, 2004).

Procedimentos

O presente estudo enquadra-se no grupo de investigação “GAIN – Grupo de avaliação e intervenção neuropsicológica”, no projeto “Cognição, Psicopatologia, Personalidade e Ritmos Circadianos em Adultos”, aprovado pela Comissão de ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI-Pj-2023-004). Após a aprovação do projeto deu-se início à recolha de dados, na Clínica de Internamento Casas de Santiago, cuja missão é o tratamento da adição, os participantes preencheram, em contexto de Terapia Individual, o questionário SCL-90-R entre a 3^a e 4^a semana de internamento, ou seja, após a fase de desabituação e de ressaca.

Todos os princípios éticos foram respeitados para a realização da recolha de dados. Antes de iniciarem o preenchimento do questionário, todos os participantes declararam o seu consentimento informado, estando estes elucidados dos objetivos da investigação e de acordo com a disponibilização das suas respostas para tratamento estatístico.

Posteriormente à recolha de dados, foi elaborada uma base de dados Microsoft Excel, através da qual foi criada a base de dados no software JASP Team (2024). JASP (Version 0.18.3)[Computer software], utilizada para realizar toda a análise estatística necessária.

Capítulo 3 - Resultados

Apesar de nem todas as subescalas utilizadas apresentarem uma distribuição normal, é possível utilizarem-se testes paramétricos uma vez que nesta amostra o $n=30$. Ou seja, para este estudo pode-se aplicar o Teorema do Limite Central que nos diz que quando uma amostra é composta por 30 ou mais sujeitos, então assume-se que a média tem uma distribuição normal.

H1: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Somatização do que a população normativa

Na dimensão da Somatização a média da população normativa é de .55, com um desvio padrão de .48, enquanto na população adita a média obtida é de 1.12 com um desvio padrão de .74.

A pontuação obtida pelos aditos nesta dimensão ($M=1.12$, $DP=.74$) e maior do que a da população normativa ($M=.55$, $DP=.48$) é estatisticamente significativa [$t(29)=4.21$, $p<.001$], levando-nos assim a rejeitar H_0 que teorizava sobre não existirem diferenças nas pontuações obtidas (c.f. tabela 4 e 5).

Tabela 4
Teste T de uma Amostra para Somatização

	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	Diferença de Média	d de Cohen	Erro Padrão de d de Cohen
Som_T	4.206	29	< .001	0.569	0.768	0.208

Tabela 5
Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Somatização na população adita

	<i>N</i>	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Coefficiente de Variância
Som_T	30	1.119	0.741	0.135	0.662

H2: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Obsessões Compulsões do que a população normativa

A pontuação obtida pelos aditos na dimensão das Obsessões Compulsões vai no sentido da hipótese formulada [$t(29)=3.49$, $p<.001$], sendo estatisticamente significativa. Os resultados recolhidos mostram que os aditos obtêm uma pontuação mais elevada ($M=1.48$, $DP=.79$) em relação à pontuação obtida pela população normativa ($M=.98$, $DP=.53$) (c.f. Tabelas 6 e 7).

Tabela 6*Teste T de uma Amostra para a dimensão Obsessão Compulsão*

	t	gl	p	Diferença de Média	d de Cohen	Erro Padrão de d de Cohen
OB_T	3.489	29	< .001	0.503	0.637	0.200

Tabela 7*Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Obsessão Compulsão na população adita*

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Coefficiente de Variância
OB_T	30	1.483	0.790	0.144	0.533

H3: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Sensibilidade Interpessoal do que a população normativa

Para a dimensão Sensibilidade Interpessoal verificamos que a hipótese formulada se aceita [$t(29)=5.05, p<.001$], o que indica que os aditos pontuam mais alto ($M=1.40, DP=.79$) do que a população normativa ($M=.73, DP=.54$) (c.f. Tabelas 8 e 9). Nesta subescala, a população normal tem uma média de .73 e um desvio padrão de .54, enquanto que os aditos pontuam 1.44 e um desvio padrão de .73.

Tabela 8*Teste T de uma Amostra da dimensão Sensibilidade Interpessoal*

	t	gl	p	Diferença de Média	d de Cohen	Erro Padrão de d de Cohen
SI_T	5.045	29	< .001	0.674	0.921	0.218

Tabela 9*Média e Desvio Padrão da Sensibilidade Interpessoal na população adita*

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Coefficiente de Variância
SI_T	30	1.404	0.732	0.134	0.521

H4: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Depressão do que a população normativa

Na dimensão da Depressão, a população adita (M=1.68, DP=.66) apresenta sintomas psicopatológicos mais elevados que a população normativa (M=.65, DP=.45) [$t(29)=8.51$, $p<.001$]. Assim, podemos rejeitar a hipótese nula que enfatiza que os aditos pontuariam de forma idêntica (c.f. Tabelas 10 e 11).

Tabela 10
Teste T de uma Amostra para a dimensão Depressão

	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	Diferença de Média	d de Cohen	Erro Padrão de d de Cohen
Dep_T	8.517	29	< .001	1.027	1.555	0.271

Tabela 11
Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Depressão na população adita

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Coefficiente de Variância
Dep_T	30	1.677	0.661	0.121	0.394

H5: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Ansiedade do que a população normativa

Na hipótese para a dimensão Ansiedade, foi utilizado o ponto de corte para a média da população normativa (M=.67, DP=.48) e verificou-se que os aditos pontuam mais alto nesta dimensão (M=1.31, DP=.68). Assim, os resultados vão ao encontro da hipótese apresentada [$t(29)=5.14$, $p<.001$] (c.f. Tabela 12 e 13).

Tabela 12
Teste T de uma Amostra para a dimensão Ansiedade

	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	Diferença de Média	d de Cohen	Erro Padrão de d de Cohen
ANX_T	5.138	29	< .001	0.641	0.938	0.219

Tabela 13*Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Ansiedade na população adita*

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Coefficiente de Variância
ANX_T	30	1.311	0.684	0.125	0.521

H6: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Hostilidade do que a população normativa

Para a dimensão Hostilidade, verificamos que a população normativa (M=.79, DP=.60) pontua de forma mais baixa do que a população adita (M=1.16, DP=.80). Com o resultado do teste *t* podemos afirmar que a população adita pontua de forma superior à população não adita, encontrando-se diferenças estatisticamente significativas [$t(29)=2.56, p=.008$] (c.f. Tabelas 14 e 15).

Tabela 14*Teste T de uma Amostra para a dimensão Hostilidade*

	<i>t</i>	gl	<i>p</i>	Diferença de Média	D de Cohen	Erro Padrão de <i>d</i> de Cohen
Host_T	2.555	29	0.008	0.373	0.467	0.192

Tabela 15*Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Hostilidade na população adita*

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Coefficiente de Variância
Host_T	30	1.163	0.800	0.146	0.688

H7: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Ansiedade Fóbica do que a população normativa

Conforme podemos verificar pela observação da Tabela 10, abaixo, podemos afirmar que H_0 é rejeitada [$t(29)=3.62, p<.001$], confirmando que os aditos pontuam (M=.68, DP=.60) mais alto na dimensão da Ansiedade Fóbica do que a população normativa (M=.29, DP=.38) (c.f. Tabelas 16 e 17).

Tabela 16*Teste T de uma Amostra para a dimensão Ansiedade Fóbica*

	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	Diferença de Média	d de Cohen	Erro Padrão de d de Cohen
AF_T	3.621	29	< .001	0.394	0.661	0.202

Tabela 17*Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Ansiedade Fóbica na população adita*

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Coefficiente de Variância
AF_T	30	0.684	0.596	0.109	0.872

H8: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Ideação Paranóide do que a população normativa

Quando olhamos para a subescala da dimensão Ideação Paranóide, vemos que a população adita (M=1.52, DP=.69) pontua com valores mais elevados do que a população normativa (M=.94, DP=.56) e encontraram-se diferenças estatisticamente significativas [$t(29)=4.62$, $p<.001$] (c.f. Tabelas 18 e 19).

Tabela 18*Teste T de uma Amostra para a dimensão Ideação Paranóide*

	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	Diferença de Média	d de Cohen	Erro Padrão de d de Cohen
ID_T	4.615	29	< .001	0.584	0.843	0.213

Tabela 19*Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão da Ideação Paranóide na população adita*

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Coefficiente de Variância
ID_T	30	1.524	0.693	0.126	0.455

H9: Os aditos apresentam maior pontuação na dimensão Psicoticismo do que a população normativa

Na subescala do Psicoticismo, apresenta-se a hipótese de que a população adita (M=.84, DP=.50) pontuaria mais alto do que a população não adita (M=.40, DP=.42). De facto, tal

verifica-se sendo a diferença estatisticamente significativa [$t(29)=4.85, p<.001$], conforme se pode verificar na Tabela 20 e na Tabela 21. Desta forma, confirma-se a hipótese apresentada e rejeita-se H_0 .

Tabela 20
Teste T de uma Amostra para a dimensão Psicoticismo

	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	Diferença de Média	d de Cohen	Erro Padrão de d de Cohen
Psic_T	4.853	29	< .001	0.444	0.886	0.215

Tabela 21
Estatística Descritiva da Média e Desvio Padrão do Psicoticismo na população adita

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Coefficiente de Variância
Psic_T	30	0.844	0.501	0.091	0.594

Discussão de Resultados

Estes resultados vão ao encontro de um estudo que sustenta que os aditos tendem a pontuar de forma superior em todas as dimensões quando se compara com a população não adita (Godinho, 2007). Da mesma forma, um estudo efetuado por Lopez e Becoña (2006) pretendeu analisar a presença de sintomatologia psicopatológica em aditos onde a substância principal era a Cocaína. Nesse estudo, verificou-se que os aditos pontuaram mais alto nas dimensões da Depressão e da Obsessão Compulsão. Na subescala da Depressão o valor da média foi de 1.03 e na subescala da Obsessão Compulsão foi de 1.01 (Lopez & Becoña, 2006). Numa investigação de Silva (2010), onde se avaliou uma população de 40 aditos, as mesmas escalas, Depressão e Obsessão Compulsão também se apresentaram como as mais elevadas, com médias de 1.53 e 1.51. Quando se olha para os resultados da subescala das Obsessões Compulsões, do presente estudo, também se verifica que a população adita tem mais tendência a apresentar comportamentos compulsivos que a restante população. De igual modo, para a dimensão da Obsessão Compulsão, os aditos são pessoas de “hábitos” e, muitas vezes, o ato de consumir está muito preso a todo o ritual envolvido no uso. Desde ir “ao bairro”¹ até ao ritual de preparar o material de consumo até ao ato em si. Ao longo do tempo, fui ouvindo relatos em que, muitas vezes, estes comportamentos são tão ou mais gratificantes que o próprio consumo. Da mesma forma, os aditos tendem a ter um tipo de uso compulsivo, criando uma obsessão pela própria substância (Sousa, 2010).

¹ Nota do autor: Termo coloquial usado pelos aditos, que traduzida significa ir comprar droga a um *dealer*.

No estudo aqui apresentado, podemos verificar que a dimensão Depressão foi também a que apresentou pontuação mais elevada enquanto a dimensão da Obsessão Compulsão foi a terceira média mais elevada com um valor de 1.48. Ambos os valores estão idênticos aos desse estudo, com exceção da escala da Ideação Paranóide que, no estudo de Silva (2010) são a terceira média mais elevada com um valor de 1.35. Pode-se então verificar que sintomatologia psicopatológica é frequentemente encontrada em aditos.

Num outro estudo, onde se utilizou o SCL-90-R para determinar o humor em aditos, verificou-se que aditos tinham uma maior predisposição a apresentar sintomatologia depressiva de moderada a grave. Isto acontece porque o indivíduo ao procurar a redução dos sintomas depressivos através do consumo, acaba por se tornar dependente e, conseqüentemente, mais depressivo (Guimarães & Fleming, 2009). No caso de um indivíduo adito, o seu consumo constante leva, por norma, a tolerância ao efeito, abstinência, depressão, delírios e a uma obsessão pela droga de escolha e a um uso compulsivo (Sanabria et al., 2002).

Num estudo efetuado por Macias et al. (2000), onde utilizaram o SCL-90-R em população adita, os autores verificaram a existência de sintomatologia psicopatológica onde as subescalas mais pontuadas foram a Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Obsessão Compulsão e Ideação Paranóide. Este estudo foi realizado com a participação de 51 indivíduos que se encontravam internados num centro de tratamento para adições (Macias et al., 2000). Num outro estudo realizado em 2011 por Santos et al. (2011), tentou estudar a psicopatologia em aditos no Alentejo, num estudo com 226 participantes que estivessem integrados em programas de internamento. Neste estudo a dimensão da Depressão apresentou uma média de 1.23 e a dimensão da Obsessão Compulsão teve uma média de 1.20. Já a dimensão da Ideação Paranóide foi a que apresentou uma média mais alta com um valor de 1.49. (Santos et al., 2011). Estes referidos estudos parecem corroborar os resultados obtidos neste estudo.

Godinho (2007) fez um estudo com população adita que se encontrava em Centros de Acolhimento e no Centro de Atendimento ao Toxicodependente. Neste estudo, que contou com 60 participantes, todos dependentes de heroína e integrados em programas de substituição há pelo menos um mês. Os resultados deste estudo apontam para que todos os aditos tenham pontuado no SCL-90-R sempre acima da média, sendo que no grupo do Centro de Acolhimento a média mais baixa foi na Ansiedade Fóbica com um valor de .39 e, no grupo do Centro de Atendimento ao Toxicodependente a média mais baixa foi na mesma subescala mas com um valor de .74. No mesmo sentido, as subescalas da Obsessão Compulsão, Ideação Paranóide e Depressão, apresentaram valores superiores à média da população não adita com valores de 1.39, 1.38 e 1.23, quando analisado o grupo do Centro de Acolhimento. No que respeita ao grupo do Centro de Atendimento ao Toxicodependente, as subescalas mais elevadas são a Obsessão Compulsão, com um valor de 1.22; a Depressão, com valor de 1.15; e a Somatização com um valor de 1.12 (Godinho, 2007). Verificando estes resultados, é importante perceber que a população adita tende a somatizar mais a sua sintomatologia. A título de exemplo, quando

internados numa comunidade terapêutica costuma assistir-se a uma somatização de sintomatologia quando o médico de clínica geral se desloca ao centro de internamento ou quando são confrontados com uma situação desagradável. Os valores de média que obtivemos aparentam estar por isso suportados, também por este estudo, uma vez que nas dimensões mais pontuadas, também encontramos a Obsessão Compulsão, com um valor médio de 1.48, a Depressão, com um valor de 1.68 e a Ideação Paranóide com um valor de 1.52. Ao mesmo tempo, os valores obtidos na subescala da Somatização (1.12) também se aproximam dos encontrados noutros estudos existentes. Os resultados obtidos no presente estudo na dimensão da Somatização suportam um outro estudo e é necessário estar-se atento e perceber-se se os sintomas apresentados são de antes ou apenas uma exacerbação (Sousa, 2010).

Através da análise dos resultados do presente estudo, podemos verificar que de uma forma geral a população adita tende a pontuar acima da média de uma forma muito demarcada. De igual modo, na Sensibilidade Interpessoal, os aditos tendem a pontuar de forma superior, tal como na subescala da Ansiedade, podendo indicar que os aditos têm tendência a ser indivíduos com mais estados ansiogénicos. Quando olhamos para a subescala da Hostilidade, podemos conferir que também nesta dimensão os aditos pontuam de forma superior. Dessa forma, podemos inferir que é mais provável um adito demonstrar comportamentos mais hostis. Igualmente, na subescala da Ansiedade Fóbica, verifica-se que os aditos pontuam de forma significativamente superior à população não adita, indicando assim uma maior tendência dos aditos para comportamentos fóbicos. Também podemos verificar pelos resultados na subescala do Psicoticismo é possível que um adito apresente maior défice nas relações sociais, o que também pode refletir maiores dimensões a nível psicótico. As dimensões da Depressão e da Ideação Paranóide forma aquelas em que os aditos pontuaram com uma média superior, sendo a média da Depressão 1.68 e a média da Ideação Paranóide 1.52.

Um estudo realizado por Sousa (2010), obteve resultados semelhantes ao presente estudo. Esse estudo contou com a participação de 40 indivíduos aditos e ficou patente que um adito tende a ter maiores níveis de ansiedade, o que confirma muitas vezes o adiamento do internamento ou do tratamento. Este adiamento de internamento ou do pedido de ajuda acontece pelo medo da ressaca ou pela negação da problemática. Também se pode verificar que este medo aliado à ideia de ter de passar o resto da vida sem usar drogas cria no indivíduo uma tensão interior que leva ao consumo e a uma necessidade inexplicável de consumir (vontade de uso), suportando assim um estudo realizado por Sousa (2010).

A presença de valores mais elevados na dimensão da Hostilidade também vai ao encontro do que, normalmente, se verifica na população adita uma vez que em muitos casos existem comportamentos violentos e têm problemas judiciais, verificando-se também problemas com figuras de autoridade, que pode transformar-se numa Perturbação do Comportamento Desafiante. Em regra geral, os aditos tendem a ser mais hostis com familiares e pessoas próximas, seja por precisarem de dinheiro, seja por estarem sob o efeito de substâncias, ou seja,

por estarem no meio de consumo e, por isso, estão mais desconfiados e mais propensos a envolver-se em rixas (Sousa, 2010).

Na população adita é comum existirem delírios e em fases de consumo acharem que estão a ser constantemente vigiados por outros. Do mesmo modo, a vergonha que se instala nos aditos em uso prende-se com o facto de acharem que toda a gente sabe o que ele fez. Igualmente, quando são deparados com forças policiais ou com figuras de autoridade tendem a pensar que vão ser presos ou a criar um medo irracional por acharem que foram apanhados (Sousa, 2010).

Conclusão

O principal objetivo deste estudo era verificar se a população adita apresenta uma sintomatologia psicopatológica mais demarcada do que a população não adita. Deste modo, fomos permitido perceber que, a população adita, tende a pontuar de forma bastante superior à população normativa, representando assim, um risco à sua saúde mental.

Tendo sido cumprido o objetivo principal, pode considerar-se que este estudo acaba por ser mais um contributo para a investigação na população adita. De igual forma, permite avaliar de que forma os consumos condicionam as suas vidas e, quais as áreas mais afetadas, nomeadamente, a nível psicológico. Torna-se também, por demais evidente, a necessidade de reforçar os níveis de investigação nesta população. Este estudo foi realizado num ambiente de comunidade terapêutica, pelo que, não se deve considerar toda a população adita, uma vez que, uma população adita em uso ativo, poderá apresentar outros resultados. De igual forma, podemos verificar que, mesmo após algum tempo de tratamento e limpeza, ainda se verificam algumas alterações psicológicas. Assim, será importante perceber se a duração e o tipo de tratamento também têm algum tipo de influência nos resultados obtidos.

Este estudo acaba por ser um estudo exploratório, uma vez que ainda se carece de bastante investigação neste tipo de população. A principal limitação está então diretamente relacionada com este facto, acabando assim por ainda existir uma falta de literatura que possa, de forma sólida, sustentar os resultados obtidos. Outra limitação, prende-se com o número de participantes, uma vez que, tendo este sido de apenas 30, acaba por limitar os resultados, pelo que teria sido importante conseguir-se obter uma amostra maior. Contudo, a necessidade de ter de existir algum tempo para a estabilização e desintoxicação de alguns utentes, de forma a conseguir os resultados o mais aproximados da realidade, leva a que nem sempre seja possível ter um N superior. Assim, seria também importante que estudos deste tipo pudessem ser feitos em mais do que um momento específico. Ou seja, não só numa primeira fase do internamento, mas também no final do tratamento. Embora nem sempre seja fácil conseguir-se avaliar a mesma pessoa em dois momentos distintos, devido à taxa de drop out e da imprevisibilidade do tratamento. Uma outra limitação que poderemos encontrar é o facto de não ter sido possível perceber se a substância consumida tem influência numa dimensão psicopatológica específica e, se diferentes substâncias, apresentam diferentes resultados, uma vez que sabemos que diferentes substâncias ativam diferentes partes do cérebro e ligam-se a diferentes recetores e, de igual forma, as diferentes substâncias apresentam consequências distintas. Daí, um contributo importante vindouro poderá passar pela realização de um estudo em que se divida também a população participante pela substância utilizada.

Em virtude desta problemática, considero importante advertir para a influência do consumo de substâncias na sintomatologia psicopatológica e da necessidade de uma exploração mais consistente e cautelosa. Desta forma, acredito na relevância de intervenções psicológicas individualizadas à população adita, tendo em conta o seu historial e o tipo de substância

consumida. Também marco como sendo de fulcral importância, a necessidade de uma maior investigação acerca deste tema e das suas implicações, uma vez que permite não só a comparação de resultados e posterior adequação de estratégias de intervenção, como também combater os níveis de *drop out* e imprevisibilidade do tratamento, pois sabemos que diferentes substâncias ativam diferentes partes do cérebro e ligam-se a diferentes recetores e, de igual forma, as diferentes substâncias apresentam consequências distintas.

Uma outra limitação que poderemos encontrar é o facto de não ter sido possível perceber se a substância consumida tem influência numa dimensão psicopatológica específica e, se diferentes substâncias, apresentam diferentes resultados. Daí, um contributo importante vindouro poderá passar pela realização de um estudo em que se divida também a população participante pela substância utilizada.

Bibliografia

- Albuquerque, J.P. (2005). Dependência do risco. *Revista Toxicodependências*, 11(1), Edição IDT.
- Almeida, V. & Machado, P. P. P. (2004). Somatização e Alexitimia: Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 285-298.
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 28(2), 127–131.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (5a ed.). Artmed.
- Angres, D. H., & Bettinardi-Angres, K. (2008). The Disease of Addiction: Origins, Treatment, and Recovery. *Disease-a-Month*, 54(10), 696–721. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2008.07.002>
- Araujo, R. B., Oliveira, M. D. S., Pedroso, R. S., Miguel, A. C., & De Castro, M. D. G. T. (2008). Craving e dependência química: Conceito, avaliação e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 57–63. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000100011>
- Berrios, G. E. (2012). Psicopatologia descritiva: aspectos históricos e conceituais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(1), 171–196. <https://doi.org/10.1590/s1415-47142012000100012>
- Bittencourt, S. A. (2009). *Motivação para a mudança: Adaptação e validação da escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para o comportamento de comer compulsivo* (Tese de Doutorado não publicada). Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Cardoso, C. M. (2001). *Droga: um problema de saúde pública*, Vol. III(n.04). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10216/6886>
- Ceccarelli, P. (2005). O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em estudo*, 10, 471-477. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300015>
- Coelho, A.J. (2016). *Avaliação da motivação para tratamento em comunidade terapêutica para aditos* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Lusófona.

- Cook, C. C. (1988). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? I. The philosophy and the programme. *British Journal of Addiction*, 83(6), 625–634. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1988.tb02591.x>
- Cruz, D. E. G. (2020). *Comportamentos aditivos e dependências-O perfil dos utilizadores dos serviços de tratamento especializados* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra
- Fagerström, K. (2006). *Uma breve apresentação da neurofarmacologia e fisiologia da dependência à nicotina*. Atualização no tratamento do tabagismo. *ABP Saúde*.
- Fattore, L., & Diana, M. (2016). Drug addiction: An affective-cognitive disorder in need of a cure. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 65, 341–361. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.04.006>
- Fleming, M. (2005). Dor mental e toxicod dependência. *Revista toxicod dependências Edição IDT*, 11(1).
- Fraser, S., & Moore, D. (Eds.). (2011). *The drug effect: Health, crime and society*. Cambridge University Press.
- Fraser, S., Moore, D., Keane, H. (2014). *Models of Addiction*. In: *Habits: Remaking Addiction*. Palgrave Macmillan, London. https://doi.org/10.1057/9781137316776_2
- Godinho, R. (2007). Estudo Comparativo Entre Uma População Toxicod dependente Sem-Abrigo E Uma População Toxicod dependente Domiciliada. *Revista Toxicod dependências Edição IDT*, 13(3), 3-14.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233-241.
- Guerra, A.S. (2008). *Institucionalização E Sintomas Psicopatológicos: O Comportamento Delinquente Na Adolescência E A Influência De Factores De Risco* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Guimarães, R. & Fleming, M. (2009). Dor que Consome. Para uma Compreensão da Dor Mental na Toxicod dependência. *Revista Toxicod dependência*, 15(2), 3-12.
- Heckers, S. (2014). Future in psychopathology research. *Schizophrenia Bulletin*, 40(2), 147-151. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt159>

- Lemos, I. (2017). *Indicadores de Saúde Cardiovascular, Personalidade e Sintomatologia de Ansiedade e Depressiva em Estudantes* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade da Beira Interior.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45–44.
- Leshner, A. I. (2007). Addiction is a brain disease. *Issues in Science and Technology*, 17, 75-80.
- López, A. & Becoña, E. (2006). Dependencia de la Cocaína y Psicopatología a través del SCL-90-R. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*
- Machado, P. P. P., Klein, J. M., & Farate, C. (2005). Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicodependências. *Psicologia: Teoria, Investigação E Prática*, 1(253), 19–29.
- Macías, J. A. G., Leal, F. J. V., Fernandez-Gil, M. A., Pacheco, D. P. & Aliño, J. J. L. (2000). Comorbilidad Psiquiátrica en Drogodependencias. *Psiquiatria.com.*, 4(4), 1-7.
- Meirelles, R. (2009). Tabagismo e DPOC – dependência e doença – fato consumado. *Atualizações Temáticas*, 1(1), 13-19.
- Oliveira, M. S., Andretta, I., Rigoni, M. S., & Szupszynski, K. P. R. (2008). A entrevista motivacional com alcoolistas: um estudo longitudinal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 261-266. doi: 10.1590/S0102-79722008000200011.
- Rush, B. (2003). The Evaluation of Treatment Services and Systems for Substance Use Disorders^{1,2}. *Revista Psiquiatria Do RS*, 25(3), 393–411. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000300002>
- Sanabria, M. A., Díaz, O., Varela, J. Braña, T. (2002). Relevancia para el Tratamiento de la Sintomatología Depressiva de los Pacientes Adictos. *Adicciones*, 14(1), 25-31.
- Santos, A. C. (2024). *A relação entre a ansiedade e as funções cognitivas em sujeitos toxicodependentes* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto Piaget.
- Santos, A., Calado, A., Coxo, D., Trindade, M. M., & Parente, M. (2011). Co-morbilidade psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo. *Toxicodependências*, 17(1), 33-41.
- Saúde, S. N. de. (2023). SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

- Schultze-Lutter, F., Schmidt, S. J., & Theodoridou, A. (2018). Psychopathology-a Precision Tool in Need of Re-sharpening. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 446. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00446>
- Seabra, P., & Sá, L. (2011). Factores Determinantes para as Necessidades em Saúde das Pessoas Consumidoras de Drogas: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5(5), 22–29. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Sedgwick, E. K. (1991) *Epidemics of the will*. Cultural Studies Project, Massachusetts Institute of Technology.
- Silva, J. A. (2004). Comunidades terapêuticas religiosas de tratamento de dependência química no estado do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (4), p. 243-252.
- Silva, T. (2010). *Consumos de Álcool em Toxicodependentes em Tratamento* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte.
- Silva, T. C. (2010) *Estudo de Caso Controlado em Pacientes internados em Comunidade Terapêutica para Tratamento de Adições: Impactos Psicológicos, Cognitivos e Personalísticos* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade da Beira Interior.
- Sommer, M. (2006). O tratamento da dependência química e o conceito de recuperação. *Revista Toxicodependência*, 9(2).
- Sousa, F. I. C. (2010). *A regulação emocional na toxicodependência* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte.
- Sousa, P. F., Claudino, L., Ribeiro, M., Rízia, J., De Melo, F., Maciel, S. C., & Oliveira, M. X. (2013). Dependentes Químicos em Tratamento: Um Estudo sobre a Motivação para Mudança Chemical Dependents in Treatment: A Study about the Motivation to Change. 21(1), 259–268. <https://doi.org/10.9788/TP2013.1-18>
- Szupszynski, K. P. D. R., & Oliveira, M. da S. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria E Prática*, 10(1), 162–173.
- Tuller, N. G. P., de Mello Rosa, D. T., de Polli, M. C. S. de, & Catelan-Mainardes, S. C. (2009). Os sofrimentos e danos biopsicossociais de dependentes químicos em recuperação. *Revista Cesumar: Ciências Humanas e Sociais Aplicadas*, 14(1), 137-174.

- Vaillant, G. E. (2012). Positive mental health: Is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry, 11*(2), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.006>
- WHO. (2004). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging *Evidence, Practice*. (D. of M. H. and S. Abuse, Ed.), [Http://Www.Who.Int/Mental_Health/Evidence/En/Promoting_Mhh.Pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf). Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2004.00268.x>
- Wilshire, C. E., Ward, T., & Clack, S. (2021). Symptom Descriptions in Psychopathology: How Well Are They Working for Us? *Clinical Psychological Science, 9*(3), 323-339. <https://doi.org/10.1177/2167702620969215>