



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM
PSICOLOGIA, NA ÁREA DE PSICOLOGIA CLÍNICA.

**Estudo de Caso Controlo em Pacientes internados em Comunidade Terapêutica para
Tratamento de Adicções: Impactos Psicológicos, Cognitivos e Personalísticos.**

Tânia Coelho da Silva

Covilhã, 2010



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À
UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO
PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM
PSICOLOGIA, NA ÁREA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

**Estudo de Caso Controlo em Pacientes internados em Comunidade Terapêutica para
Tratamento de Adicções: Impactos Psicológicos, Cognitivos e Personalísticos.**

Tânia Coelho da Silva

Covilhã, 2010.

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do
Prof. Doutor Luis Alberto Coelho Rebelo Maia
apresentada à Universidade da
Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia, registado na DGES sob o 9463

Agradecimentos

Antes de qualquer agradecimento quero sublinhar que esta tese é totalmente dedicada ao meu Pai

Ao terminar esta investigação de mestrado resta-me assinalar os meus sinceros agradecimentos às individualidades que de várias formas foram contribuindo para que este trabalho se tornasse numa realidade.

Em primeiro lugar não posso deixar de agradecer ao meu orientador Professor Doutor Luis Maia, pela disponibilidade e apoio fornecido com que orientou a elaboração desta tese, promovendo de forma responsável a minha autonomia de investigação. Agradeço a cooperação, a partilha do saber, as suas valiosas contribuições e o incentivo crescente que me foi impondo à medida que caminhava para a conclusão deste trabalho.

Agradeço às Casas de Santiago por me terem recebido. Alexandra, Cristina, Ana, Paula, Fernando, o meu muito obrigado. Pela cordialidade, simpatia e a disponibilidade com que sempre me habituaram.

Um profundo agradecimento a todos os pacientes adictos constituintes da minha amostra. Com eles aprendi a olhar para a vida de uma forma especial, sem eles a concretização deste trabalho nunca seria possível.

Agradeço também a todos os outros elementos que participaram na amostra deste estudo, que prescindiram do seu precioso tempo para responder aos questionários. Obrigada pela paciência, compreensão e ajuda que me dispensaram.

Um obrigado muito especial ao Luís, pela ajuda e compreensão nos momentos mais difíceis. Agradeço pelo apoio inestimável que me deu na construção deste trabalho, pelo carinho e por tudo o que representa para mim.

Agradeço à minha irmã, servindo sempre como um exemplo de vida para mim, de ânimo, força e coragem. Obrigada pelo incentivo recebido ao longo destes anos.

A todos os meus familiares pelo apoio incondicional que me difundiram, em particular quero agradecer aos meus pais pela educação, incentivo, coragem, transmitindo-me confiança necessária para a concretização dos meus sonhos.

Resumo

O consumo de substâncias psicoativas verifica-se desde cedo nas civilizações e representa um problema social que assume contornos preocupantes nos indivíduos dependentes. Embora a extensão deste problema esteja ainda longe de uma caracterização rigorosa, é consensual a presença de alterações que se verificam em termos psicológicos e personalísticos devido ao seu consumo crónico. Desta forma, o **objectivo** da presente investigação prendeu-se com avaliar as características psicopatológicas e personalísticas de uma amostra de pacientes adictos institucionalizados, em comparação com população controlo (sujeitos não consumidores). O delineamento do estudo é de natureza exploratória através de instrumentos tais como *MMSE*, *SCL-90-R* e *MMPI-2* numa amostra de 40 sujeitos inseridos numa comunidade terapêutica e 157 sujeitos controlo, sem consumo de substâncias ilícitas. Criou-se um sub-grupo de 40 sujeitos emparelhados com controlos por sexo, idade e escolaridade. Os **resultados** sugerem uma diferença estatisticamente significativa em todos os instrumentos aplicados, verificando-se que os pacientes adictos demonstram maiores índices psicopatológicos, com maior ênfase nas características depressivas, obsessões-compulsões, sintomatologia esquizofrénica, paranóia e psicoticismo. Assim, **conclui-se** da necessidade de identificação precoce, programas de prevenção eficazes, bem como intervenção que possibilitem a diminuição da incidência de uma patologia com consequências tão marcantes para o paciente, família e sociedade em geral.

Palavras-chave: Adicção, Psicopatologia, Personalidade.

Abstract:

The consumption of psychoactive substances is a fact since the early stages of civilization and represents a social problem which represents a concerning reality for those who are dependant. Although the extension of this problem is still far from a rigorous characterization, it is consensual that they represent significant changes personality wise and psychologically. The aim of this study was to assess and examine the psychopathological and personality characteristics in a sample of addict patients (in an institution) in comparison with a non consuming population. In this exploratory study was used the following instruments: *MMSE*, *SCL-90-R* and *MMPI-2*. A sample of 197 persons participated in the study, 40 are addict patients (in an institution) and 157 subjects are non consuming of illicit substances (population control). We have matched by sex, age and education, 40 addict patients with the population control. The results suggest a statistically significant difference in all tools, the addicted patients demonstrate more psychopathology indices, with more emphasis on depression, obsessive-compulsive, schizophrenia, paranoia and psychoticism characteristics. In this sense, the results of this study emphasize the importance of early identification and effective prevention programs that allow reducing the incidence of a disease with consequences for the patient, family and society in general.

Keywords: Addiction, Psychopathology, Personality.

I. Índice

	Pág.
1. Introdução	1
2. Prevalência de substâncias ilícitas em Portugal.....	3
3. Características da população adicta.....	6
4. Centros de reabilitação.....	8
5. Casas de Santiago.....	10
6. Metodologia.....	11
Amostra.....	11
Design do Estudo	12
Material e Métodos.....	12
Procedimentos.....	15
Tratamento dos dados.....	16
7. Análise dos Dados.....	17
8. Discussão dos Resultados.....	36
9. Conclusões.....	54
10. Reflexão Final.....	56
11. Referências Bibliográficas.....	58

II. Índice de Figuras

Pág.

Figura 1. - População Geral, Portugal - Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos): Prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga.....	4
Figura 2. - População Geral, Portugal: Prevalências de Consumo de <i>Qualquer Droga</i> ao Longo da Vida por Região.....	5

III. Índice de Tabelas

Tabela 1: Emparelhamento de 40 sujeitos adictos (casos) com sujeitos normais (controlo), de acordo com as variáveis idade (± 3 anos), escolaridade (± 3 anos) e sexo.....	17
Tabela2: Emparelhamento de 40 sujeitos adictos (casos) com sujeitos normais (controlo): Teste t para as diferenças médias nas variáveis Idade e Anos de Escolaridade.....	17
Tabela 3: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (caso) com sujeitos normais (controlo): Pontuações no MMSE.....	18
Tabela 4: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (caso) com sujeitos normais (controlo): Teste t para as diferenças médias nas pontuações no MMSE.....	18
Tabela 5: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (caso) com sujeitos normais (controlo): Chi-quadrado - Indicação de deterioro cognitivo no MMSE Crosstabulation.....	19
Tabela 6: Chi-Quadrdo para a diferença de deterioro cognitivo no MMSE.....	20
Tabela 7: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (caso) com sujeitos normais (controlo): Pontuações totais do SCL-90-R.....	20

Tabela 8: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (caso) com sujeitos normais (controle): Teste t para as diferenças médias nas pontuações no SCL-90-R.....	21
Tabela 9: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (casos) com sujeitos normais (controle): Pontuações da escala SCL-90-R.....	21
Tabela 10: Emparelhamento de 40 sujeitos adictos (casos) com sujeitos normais (controle): Teste t para as diferenças médias nas pontuações nas escalas do SCL-90-R.....	22
Tabela 11: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (casos) com sujeitos normais (controle): Pontuações dos resultados do MMPI.....	24
Tabela 12: Emparelhamento de 40 sujeitos adictos (casos) com sujeitos normais (controle): Teste t para as diferenças médias nas pontuações nas escalas do MMPI-2....	25
Tabela 13: Resultados globais dos 40 sujeitos adictos (casos) com os 157 normais (controle), de acordo com as variáveis idade e escolaridade.....	27
Tabela 14: Resultados dos 40 sujeitos adictos (casos) com os 157 sujeitos normais (controle): Teste t para as diferenças médias nas variáveis Idade e Anos de Escolaridade.....	27
Tabela 15: Pontuações no MMSE: diferenciação dos casos e controle.....	28
Tabela 16: ANOVA para as diferenças médias nas pontuações no MMSE.....	28
Tabela 17: Diferenciação dos sujeitos casos e controle: Indicação de deterioro cognitivo no MMSE Crosstabulation.....	28
Tabela 18: Qui-quadrado para a diferença de deterioro cognitivo no MMSE.....	29
Tabela 19: Total dos sujeitos casos e controle, resultados da escala SCL-90-R.....	30

Tabela 20: ANOVA para as diferenças médias nas pontuações no SCL-90-R.....	30
Tabela 21: ANOVA para as diferenças médias nas pontuações nas escalas do SCL-90-R.....	31
Tabela 22: Total dos sujeitos casos e controlo, resultados da escala MMPI-2.....	34
Tabela 23: ANOVA para as diferenças médias nas pontuações nas escalas do MMPI-2.....	35

Estudo de Caso Controlo em Pacientes internados em Comunidade Terapêutica para Tratamento de Adicções: Impactos Psicológicos, Cognitivos e Personalísticos.

1. Introdução

O recurso às drogas possui raízes históricas ancestrais, que atravessam vários períodos das civilizações. Antigos textos literários revelam que os seres humanos em diferentes épocas e lugares, usaram deliberadamente substâncias capazes de alterar o funcionamento do sistema nervoso, induzindo sensações corporais e estados psicológicos alterados (Casas, Guardia & Duro, 1996). Desde as épocas mais remotas que o homem procura em determinadas substâncias (álcool, tabaco, chá, café e plantas de todas as espécies), formas de alívio e cura do sofrimento físico (Cami & Farré, 2003; Jesus, 2006; Poiares, 1999 *in* Saavedra, 2004). Apesar disso, a adicção tornou-se um dos mais importantes problemas de saúde pública nos últimos anos (Çirakoglu & Isin, 2005; Jesus, 2006). Embora da sua definição tenha evoluído ao longo dos tempos (Ahmed, 2005), poderemos defini-la como *“Adicção vem do verbo “addicere” para vincular uma pessoa a uma coisa. Geralmente utilizado no domínio da droga para se referir ao uso crónico e compulsivo de substâncias que a pessoa não consegue interromper. Geralmente implica uma forte dependência física e psicológica, resultando numa síndrome de abstinência quando o uso de droga é interrompido”* (Nelso, 1982 *cit in* Le Moal & Koob, 2007, p. 377). A adicção é assim uma doença crónica na qual a administração de substâncias se torna o principal estímulo do comportamento, independentemente das consequências adversas que daí podem resultar (Cami, *et al.*, 2003; Feil, Sheppard, Fitzgerald, Yücel, Lubman, & Bradshaw, 2010; Shippenberg, 2007).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) utiliza a terminologia “Perturbações Relacionadas com Substâncias” para designar tanto os efeitos de medicamentos e exposição de toxinas quanto as perturbações por consumo de drogas de abuso. Assim, essa ampla categoria é dividida em dois grupos: Perturbações Induzidos por Substância (que inclui Intoxicação com Substância, Abstinência de Substância, *Delirium* Induzido por Substância, Demência Persistente Induzida por Substância, Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância, Disfunção Sexual Induzida por Substância e Transtorno do Sono Induzido por Substância) e Perturbações por Uso de Substâncias (é subdividido em

Dependência de Substâncias e Abuso de Substâncias). Pode observar-se, tanto na Dependência quanto no Abuso de Substâncias, um padrão de uso mal-adaptativo que gera prejuízos clinicamente relevantes, principalmente nos sistemas cognitivo, fisiológico e comportamental. A diferença essencial entre esses dois grupos está na manifestação da tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga.

Por tolerância poderemos considerar um estado de adaptação que se caracteriza por uma diminuição da resposta à mesma dose de droga, ou seja, torna-se necessário consumir drogas em quantidade cada vez maior para se alcançar os mesmos efeitos, obtidos antes com doses menores, pois os efeitos tornam-se menos acentuados se for mantida a mesma dose (Antón, 1998; Harrison, Geddes & Sharpe, 2002; Kaplan & Sadock, 1998). A abstinência é uma alteração comportamental desadaptativa, com concomitantes fisiológicos e cognitivos, que ocorre quando as concentrações tecidulares ou sanguíneas de uma substância diminuem num sujeito que manteve uma utilização prolongada e “maciça” de uma substância (American Psychiatric Association, 2002). No entanto, há que considerar que nem a tolerância nem a abstinência são necessárias ou suficientes para um diagnóstico de dependência de substâncias.

Vários esforços foram levados a cabo pelos profissionais dedicados neste campo para explicar como se alcança o estado de dependência de substâncias (Villa, 1998). Factores internos (*e.g.* genéticos, ansiedade, depressão, tédio, raiva, frustração, solidão, dor, fome, fadiga, inexistência de repertórios alternativos, baixa auto-estima, estilo de personalidade, entre outros) e externos (*e.g.* experiências iniciais de vida significativas, modelo familiar de abuso de drogas, conflitos interpessoais, pressão social, situações difíceis e incontrolláveis), podem constituir riscos para o consumo de substâncias. Holmes (2001) salienta ainda que a exposição a drogas e o uso leve inicial conduziria ao abuso das mesmas, no entanto esta exposição não seria necessária para explicar a dependência. Desta forma, surgem uma série de factores situacionais que podem contribuir (juntamente com a exposição) para o desenvolvimento de uma dependência. Muitas vezes os sujeitos recorrem ao consumo de substâncias para escapar à tensão e ao caos que se verifica no ambiente. Estas questões ambientais incluem a instabilidade financeira, as elevadas taxas de divórcio, a disfunção familiar, altas taxas de criminalidade por parte dos pais (incluindo o incesto), escolas inadequadas etc. (Greydanus & Patel, 2005). As características familiares durante a infância predis põem também os indivíduos ao abuso de substâncias. Factores citados com frequência são modelos pobres, falta de disciplina e stress na forma de desorganização familiar, curiosidade, influência de outros, pelo prazer imediato que produzem (Holmes, 2001; Santos

& Duarte, 2009). Adicionalmente, surgem explicações fisiológicas para o abuso de substâncias e dependência em que alguns indivíduos são predispostos ao consumo porque têm necessidades fisiológicas diferentes ou porque processam as drogas de formas distintas (Holmes, 2001).

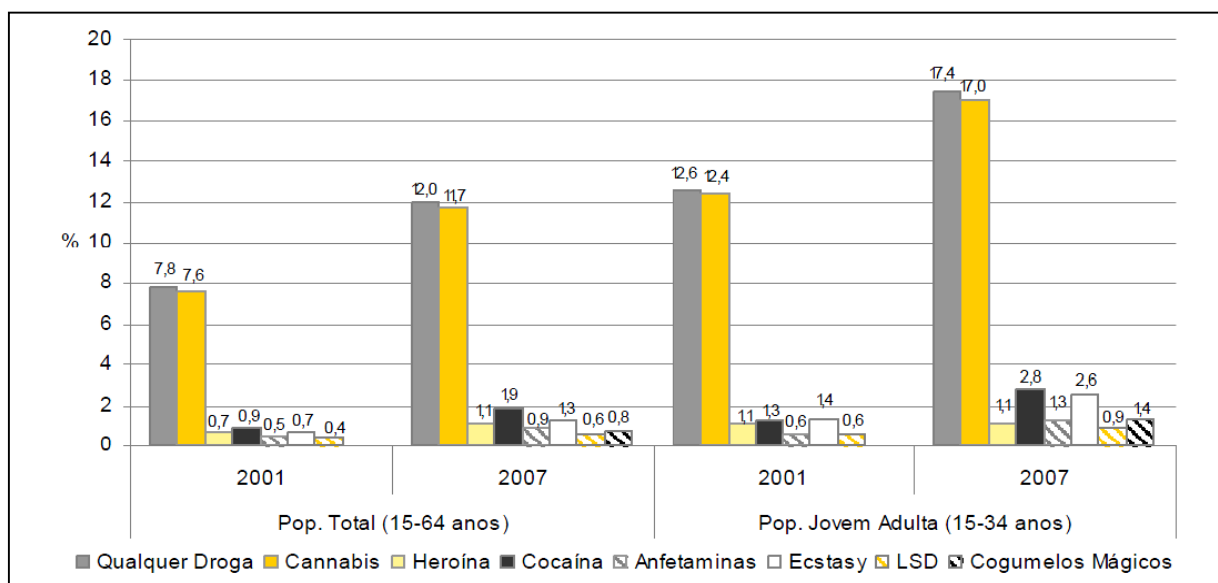
São muitas as nomenclaturas que a literatura apresenta em relação ao agrupamento das classes de substâncias. Estes consumos poderão ser divididos em três componentes fundamentais, nomeadamente os depressores (que provocam um efeito sedativo geral), estimulantes (exercem um efeito excitante geral) e psicodislépticos (exercem um efeito de distorção sobre as experiências sensoriais). Por depressores entendemos substâncias como o Álcool, Hipnóticos (barbitúricos e não barbitúricos), Ansiolíticos, Analgésicos (ópio e seus derivados: Morfina, Codeína e Heroína) e antipsicóticos. Fazem parte dos estimulantes, substâncias como Anfetaminas, Cocaína, Cafeína e Nicotina. Dos psicodislépticos podem ser considerados os Alucinogénios (nomeadamente o LSD e Ecstasy) e derivados na Cannabis (Marijuana, Haxixe) (Antón, 1998; Holmes, 2001). Mais tipicamente, poderemos afirmar que estamos perante um fenómeno biopsicossocial polideterminado, onde a interacção de distintos factores contribui para a criação de condições que favorecem o aparecimento deste fenómeno (Espinho & Sousa, 2001; Ferros, 2003).

2. Prevalência de substâncias ilícitas em Portugal

O consumo de substâncias psicoactivas é um fenómeno amplamente difundido. A nível europeu o OEDT (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência) advertiu para o “aumento contínuo de jovens a experimentar drogas”. As taxas de prevalência do consumo de substâncias ilícitas na população portuguesa dos 15 aos 64 anos permanecem, contudo, globalmente inferiores às médias europeias (Balsa, Farinha, Urbano, & Francisco, 2004 *in* Cruz, Machado & Fernandes, 2010). De facto, em Portugal a maioria das estimativas sobre a extensão da utilização de drogas sugere entre 50,000 e 60,000 consumidores, de entre uma população total de cerca de 10 milhões de habitantes

Em 2007, foi realizado em Portugal o segundo *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral* (Instituto de Drogas e Toxicodependência, 2008) (decorridos seis anos da realização do primeiro), cujos resultados se verificam seguidamente:

Figura 1 - População Geral, Portugal - Total (15-64 anos) e Jovem Adulta (15-34 anos): Prevalências de consumo ao longo da vida, por tipo de droga.



Fonte: Balsa *et al.*, 2008 in Instituto de Drogas e Toxicodependência, 2008

De entre os resultados obtidos podemos constatar que a **cannabis** tem surgido sempre como a droga de eleição, apresentando as prevalências de consumo mais elevadas. Esta substância registou as maiores prevalências de consumo quer na população total (15-64 anos) quer na população jovem adulta (15-34 anos). Entre 2001 e 2007, registou-se um aumento das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida - de 7,6% para 11,7% na população total e de 12,4% para 17% na jovem adulta de 2,4% para 2,4% na população total e de 4,4% para 4,7% na jovem adulta (Instituto de Drogas e Toxicodependência, 2008).

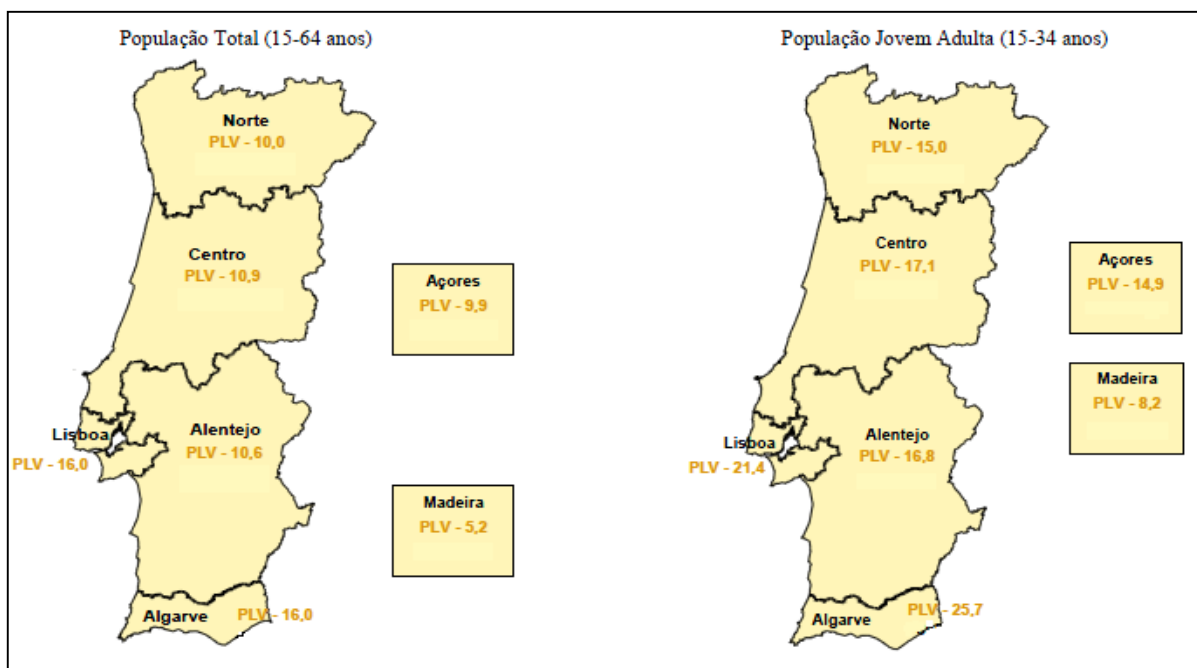
De acordo com o mesmo inquérito, a **cocaína** surge como a segunda droga preferencialmente consumida pelos portugueses. Esta tem vindo a adquirir cada vez mais visibilidade. No contexto dos consumos problemáticos, a cocaína e a base da cocaína assumem um papel de relevo, surgindo frequentemente também associadas ao consumo de heroína.

O **ecstasy** surge posteriormente como a terceira droga mais consumida pela população portuguesa. Verificando-se um aumento das prevalências de consumo desta substância ao longo da vida na população total (de 0,7% para 1,3%) e na jovem adulta (de 1,4% para 2,6%).

O consumo de *heroína*, por sua vez, tem vindo a perder relevância comparativamente a outras drogas, sendo no entanto de registar nos estudos mais recentes, uma estabilidade e até alguns aumentos nas respectivas prevalências de consumo. Adicionalmente, verifica-se prevalências de consumo de *anfetaminas* e de *alucinogénios* muito próximas às de heroína. A análise por género demonstra que, tanto na população total como na jovem adulta, o grupo masculino apresentou prevalências de consumo ao longo da vida mais elevadas do que o grupo feminino, para qualquer das substâncias ilícitas consideradas (Matos, 2003).

De uma forma geral, a nível de todo o território nacional, podemos constatar quer para a população total quer para a população adulta, são essencialmente as regiões do Algarve e de Lisboa, as que apresentam as mais elevadas prevalências de consumo de qualquer droga:

Figura 2 - População Geral, Portugal: Prevalências de Consumo de *Qualquer Droga* ao Longo da Vida por Região



Fonte: Balsa *et al.*, 2008 in Instituto de Drogas e Toxicodpendência, 2008

Por último e comparativamente aos resultados dos estudos de outros países europeus, é de referir que, mesmo sendo os resultados nacionais os mais recentes dos resultados europeus, Portugal mantém-se entre os países com as menores prevalências de consumo para a generalidade das substâncias.

3. Características da população adicta

O consumo de substâncias ocorre em todos os segmentos de todas as sociedades (Kaplan & Sadock, 1998). Este comportamento parece maior hoje do que no passado, provavelmente devido à maior disponibilidade de um número crescente de drogas que são submetidas a experimentação e uso (Andreasen & Black, 2009). Este consumo em maior escala, propicia uma série de consequências nocivas para os sujeitos. Desta forma, nas últimas décadas, têm sido em grande número os estudos realizados na tentativa de descrever as principais características típicas da população adicta, nomeadamente no que se refere à psicopatologia e personalidade existentes. O estudo de variáveis psicopatológicas e personalísticas na população toxicodependente torna-se de extrema pertinência, na medida em que um grande número de investigações constata que se trata de um grupo de sujeitos com uma percentagem significativa de perturbações psiquiátricas (Fabião, 2002). Caracterizar esta população quanto ao seu perfil permite-nos compreender melhor o funcionamento de cada um e assim poder responder de forma mais adequada e precisa às suas necessidades (Felizardo, 2005).

Em Portugal, os estudos que pretendem avaliar a psicopatologia entre toxicodependentes são ainda escassos. Todavia, a literatura, em geral, refere uma elevada prevalência de psicopatologia nestes indivíduos (Godinho, 2007). Estudos realizados evidenciam o facto de o consumo de substâncias psicoactivas se encontrar frequentemente associado à existência de perturbações mentais (Focchi e Malbergier, 2006; Gonçalves & Salém, 2002; Greydanus & Patel, 2005). Num estudo realizado por Johnson e colaboradores (2005, *in* Thompson, Jun, Bender, Ferguson & Pollio, 2010) verificou-se que cerca de 90% dos sujeitos que preenchem critérios para o diagnóstico de abuso de substâncias, reuniam de igual forma características psicopatológicas. Aproximadamente dois terços dos sujeitos com diagnóstico de dependência de substâncias têm, ou pelo menos tiveram, em algum momento das suas vidas, diagnóstico de perturbação mental, sendo que cerca de 15% dos indivíduos com diagnóstico “crónico” de perturbação, já teve contacto com substâncias ilícitas (Torres & Rodrigues, 2007). De forma semelhante, um estudo realizado por Regier e colaboradores (1996 *in* Torres & Rodrigues, 2007), demonstrou que mais de metade dos sujeitos (53%) com história de consumo de substâncias psicoactivas, possuía, um diagnóstico de perturbação mental. Dentre as perturbações psicopatológicas mais frequentes nos sujeitos adictos, destacam-se as características depressivas, esquizofrenia, psicopatia, hostilidade, obsessões compulsões, sensibilidade interpessoal, ideação paranóide, ansiedade, entre outros (Kendall,

& Sherman, 1995; Lesswing, & Dougherty, 1993; López, & Becoña, 2006; Macías, Leal, Fernandez-GilPacheco, & Aliño, 2000; Pérez, & López-Durán, 2005; Pulcherio, & Bicca, 2002; Zack, & Toneatto, 1998).

Num estudo que pretendia avaliar as características de sujeitos dependentes de substâncias concluiu que o perfil médio de personalidade obtido nos resultados apresenta valores indicadores de patologia na escala de esquizofrenia, apresentando resultados bastante elevados (Felizardo, 2005). A co-ocorrência de sintomatologia esquizofrénica e abuso de substâncias é comum, sendo que aproximadamente 50% de indivíduos com esta disfunção desenvolvem abuso de substâncias em algum momento das suas vidas (Buckley & Meyer, 2003; Pulcherio & Bicca, 2002; Ramos, Focchi, Gigante, Renó & Ayache, 1997). Brown e Fayer (1993, *in* Huesca, Cruz, Gonzáles & Blanco, 2002) aplicaram o MMPI a 33 sujeitos dependentes de substâncias e da mesma forma verificaram que as pontuações mais elevadas se referem às escalas clínicas de esquizofrenia. Segundo o estudo *Epidemiological Catchment Area* efectuado nos Estados Unidos (*in* Regier *et al.*, 1990) o qual avaliou os transtornos psíquicos e de toxicodependência de mais de 20.000 pessoas da comunidade e de diversos centros institucionais, os sujeitos com sintomatologia esquizofrénica eram muito mais susceptíveis a desenvolver perturbações por consumo de substâncias alcoólicas e toxicodependência do que a população em geral (Roberts, Ogborne, Leigh, & Adam 1999).

De notar ainda que a instabilidade afectiva e as perturbações depressivas são também entidades psiquiátricas frequentes em sujeitos que consomem substâncias. Aproximadamente 95% dos pacientes que recebem tratamento para uma perturbação relacionada com consumos apresenta sintomas de características depressivas (Grant *et al.*, 2005, *in* Flórez & Salazar, 2008). A prevalência de traços psicopáticos ou características anti-sociais, bem como traços paranóides em sujeitos dependentes de substâncias ilícitas são também umas das particulares encontradas em vários estudos (Gonçalves & Salém, 2002; Roncero, Ramos, Collazos & Casas, 2001).

A relação entre as perturbações de personalidade e a perturbação por abuso de substâncias também tem sido estudada. Apesar das perturbações psicopatológicas verificadas anteriormente, também os distúrbios de personalidade são comuns em sujeitos dependentes de determinadas substâncias. Investigações recentes no âmbito do consumo de cocaína indicam que muitas vezes o padrão desadaptativo no comportamento destes sujeitos adictos encontra-se associado a sintomas de alguma perturbação de personalidade (Huesca, Cruz, González, &

Blanco, 2002). Num estudo que pretendeu avaliar a prevalência de perturbações de personalidade numa amostra de sujeitos adictos a opiáceos utilizando a entrevista SCID-II, concluíram que dentre os sujeitos avaliados se verificava um ou mais diagnósticos de perturbações de personalidade (Hervás, 2001). Denota-se assim, que as perturbações de personalidade (particularmente a perturbação de personalidade anti-social) são frequentes nestes indivíduos e podem ser factores importantes na promoção do uso continuado da substância consumida (Andreasen & Black, 2009; Felizardo, 2005; Guimarães & Fleming, 2009; Rounsaville, Kranzler, Ball, Tennen, Poling, & TriZeman, 1998).

Neste seguimento, alguns autores consideram as perturbações da personalidade uma consequência dos distúrbios adictivos, pelo que seriam perturbações induzidas por substâncias, no entanto, outros sustentam que são as primeiras que propiciam o consumo patológico de substâncias psicotrópicas, chegando-se à conclusão de que ambas premissas podem ser correctas (Holmes, 2001; Soler & Ros, 2001). Desta forma, os estudos existentes embora importantes, não têm demonstrado de forma concludente a existência de uma personalidade que permita fazer predições exactas sobre a génese das adições (Valdez, 2007). Não sendo possível englobar todos os toxicodependentes numa determinada categoria estrutural é, todavia, possível encontrar tipos comuns de funcionamento. Assim, e apesar dos estudos demonstrarem uma prevalência muito variável do abuso de substâncias entre os doentes com perturbações psiquiátricas, o que não deixa dúvidas nesse conjunto de estudos é a existência de uma co-ocorrência de perturbações psiquiátricas em sujeitos dependentes de substâncias, em comparação com a população geral, que pode eventualmente alterar as suas características personalísticas (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes & Eshleman, 1994; Marques-Teixeira, 2000; Rodges, 1994).

4. Centros de reabilitação

Por todas as consequências que a adicção pode resultar, a vida individual e familiar, torna-se por vezes insuportável pela sua repercussão. Não raras vezes, todos os indivíduos em torno do sujeito adicto, incluindo a família, deparam-se com princípios de estratégias não eficazes. Desta forma, o grupo familiar vê-se forçado a procurar no exterior ajuda para o problema da adicção. Aí, a mesma modernidade que faz aparecer novos problemas e desafios, vai também criando estruturas de apoio, de regulação, de suporte, de organização, pelo que ao

nível da adicção o tratamento se torne possível, evolutivo, plural, tendo em conta as necessidades do indivíduo, da família e as especificidades de ambos (Vieira, 2008).

A comunidade terapêutica surge assim, como uma resposta da sociedade a um problema individual, familiar e social, atendendo à globalidade do indivíduo, não o fragmentando, nem confinando ao seu problema da adicção. Torna-se interessante verificar a relevância que é dada ao grupo enquanto modalidade terapêutica, o assumir que o sujeito adicto possui potencialidades de mudança e a relação intersubjectiva e a análise da mesma como factor potenciador da transformação pessoal (Vieira, 2007). A comunidade espera do indivíduo, através da experiência comunitária, a mudança do seu estilo de vida e a redefinição da sua identidade, devolvendo-lhe, assim, o seu papel reflexivo, no sentido de se poder confrontar consigo, com a sua história, com as suas decisões, com a sua identidade, com o seu presente, com as suas expectativas de futuro (Vieira, 2008).

Em Portugal a primeira comunidade terapêutica para pacientes dependentes de substâncias foi criada em Junho de 1978, em Coimbra (Vieira, 2007), apesar de posteriormente serem fundadas outras comunidades, todas elas têm em comum uma exigência fundamental: a abstinência do paciente. O uso de substâncias e a violência são totalmente proibidos, e como consequência dos comportamentos indisciplinados os sujeitos são punidos com sanções (Jesus, 2005) levando por vezes à sua expulsão da comunidade. A “redução dos riscos” são também um exemplo de tentativas que as instituições que trabalham nesta área têm vindo a fazer no sentido de se adaptarem, não só aos diferentes tipos de consumidores, como também à própria evolução que o fenómeno vai tendo ao longo dos anos (Ferreira, 2004). Pretende-se assim, com todos os esforços e colaboração, a realização de um processo pedagógico e educativo, como forma de estimular o crescimento pessoal e o desenvolvimento de uma consciência mais responsável.

Muitos são os métodos utilizados pelas comunidades terapêuticas no sentido de tratamento e reabilitação dos sujeitos, todavia, o mais salientado na literatura refere-se à substituição relativamente inofensiva para a substância da qual os sujeitos estão dependentes. No caso da adicção de heroína, o substituto denominado *Metadona* (dolopina) é largamente utilizado (Torres *et al.*, 2007). A *Metadona* impede os efeitos dolorosos da abstinência e, portanto, os indivíduos não necessitam de recorrer a comportamentos ilegais para obter drogas no sentido de evitar a temida síndrome de abstinência (conjunto de sinais e sintomas que

aparecem no sujeito quando este deixa de consumir uma droga da qual é dependente) (Casas, Guardia & Duro, 1996).

A *Metadona*, de facto, elimina os sintomas de abstinência, não proporcionando, no entanto, as sensações prazerosas da heroína. Esta última, poderia ser usada em terapia de manutenção, mas há três vantagens para o uso da *Metadona*: a) pode ser tomada oralmente, portanto evita os problemas associados às agulhas; b) adia os sintomas de abstinência por 24 horas ao invés de 8 horas, portanto necessita de ser tomada apenas uma vez por dia; c) bloqueia parcialmente os efeitos da heroína. Embora os indivíduos viciados possam ser mantidos em *Metadona* indefinidamente, a meta é desacostumá-los lentamente da substância (Holmes, 2001). Para além da *Metadona*, muitos outros métodos existem no sentido de tratamento dos sujeitos adictos nomeadamente a *Burprenorfina* (Jaffe, & O`Keeffe, 2003; Rosenheck & Kosten, 2000). O tratamento na comunidade terapêutica é, assim, compreendido como um processo dinâmico e complexo, que não aponta apenas para a paragem do consumo, mas para um conjunto de mudanças (psicossociais, psicológicas, na saúde física) que vão ocorrendo na vida do indivíduo (Marques, 2008).

5. Casas de Santiago

Particularmente, e em relação à comunidade terapêutica onde foi realizado o presente estudo (Casas de Santiago, Belmonte, Portugal), é uma instituição privada fundada no ano de 2004. Tem como objectivo a reabilitação de sujeitos adictos visando a prevenção e abuso de qualquer tipo de substâncias. A instituição conta com uma equipa formada por psicólogos, psiquiatra, terapeutas, neuropsicólogo e administrativas. Cada profissional tem contributos específicos no sentido de obter um trabalho articulado, de distintas perspectivas e técnicas de intervenção, colmatando assim os limites das suas competências. Dispõe de um ambiente físico que compreende: o consultório médico, sala lúdica, sala de estar, salas de reunião, refeitório, quartos e recepção.

A intervenção a nível terapêutico assenta essencialmente no *Modelo Minnesota* vulgarmente designado por Modelo de 12 passos. Este modelo preconiza a abstinência total de qualquer substância alteradora e não apenas a que o indivíduo considera problemática. Trata-se de um modelo que considera a dependência de substâncias como uma doença e que tem a abstinência como principal meta. Visa o alcance de doze passos como evolução do tratamento e busca uma reorganização global na vida do sujeito (Winters, 2000 *in* Andretta &

Oliveira, 2005). Esta ideologia afirma que a recuperação apenas se torna possível através do reconhecimento individual de que a adicção é um problema e da admissão da falta de controlo sobre seu uso (Schenker & Minayo, 2004).

Desta forma, os principais objectivos da presente comunidade terapêutica de acordo com este Modelo 12 passos assentam por: defender e motivar a abstinência total; sensibilizar para a necessidade de manter cuidados de prevenção de recaída; estimular redes de pertença e identificação, criando-se laços de partilha e apoio entre dependentes em recuperação; potencializar o espírito de grupo e inter-ajuda, através do apoio em crise, mas também de uma confrontação que vise uma mudança construtiva de comportamentos; estimular o fortalecimento e capitalização do indivíduo, com vista à sua autonomia; analisar e intervir sobre esse mesmo processo de mudança e consequentes implicações; apoiar o todo familiar, com vista ao seu reequilíbrio e mostrar que é possível terminar com as situações de dependência, vivendo sem substância.

Para além deste modelo, outras terapias mostram-se imprescindíveis no tratamento e reabilitação destes sujeitos, nomeadamente, a arte-terapia, equitação, musicoterapia, aulas de movimento e *Yoga*. Desta forma, e independentemente do método utilizado, procura-se acima de tudo melhorar a qualidade de vida dos sujeitos adictos, de acordo com as suas reais necessidades.

6. Metodologia:

Amostra

O presente estudo compreende uma amostra total de 197 sujeitos, 40 consumidores de substâncias (adictos) e utilizadores de um serviço de tratamento e 157 sujeitos não consumidores, de ambos os sexos. Da amostra, os 40 sujeitos adictos (casos) foram emparelhados com 40 sujeitos normais (controlos). Aspectos como sexo, idade e escolaridade foram levados em consideração. Para além disso, e no sentido de garantir que os sujeitos adictos não estavam sob efeito de substâncias foi estabelecido um período mínimo de duas semanas de permanência no serviço de tratamento.

Design do Estudo:

Trata-se de um estudo de natureza exploratória na medida em que possibilita o conhecimento das variáveis de estudo tal como se apresentam, o seu significado e o contexto onde se inserem (Piovesa, & Temporini, 1995). De acordo com Gil (1991 *cit in* Fernandes & Gomes, 2003) o design exploratório de um estudo visa proporcionar uma maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito tendo como objectivo o aprimoramento de ideias. Este design permite assim explorar a realidade explanada nos sujeitos avaliados, e obter desta forma um melhor conhecimento acerca das suas características.

Dado o carácter exploratório deste estudo não foram elaboradas hipóteses a serem testadas no trabalho (uma vez que estas não são elemento fundamental nesta modalidade de pesquisa) restringindo-se assim na definição de objectivos e alcance de informações sobre as características da população estudada.

Material e métodos

Foram objecto de estudo 40 sujeitos adictos das casas de *SanTiago* em Belmonte, que se encontravam em seguimento em regime de internamento por consumo de substâncias. A amostra foi estudada tendo em conta as principais variáveis sócio-demográficas: idade, sexo e escolaridade. O processo de recolha de dados sobre os sujeitos, consistiu em entrevistas semi-estruturadas e aplicação de alguns instrumentos (*Mini Mental State*, *SCL-90-R* e *MMPI*) descritos de seguida.

Mini Mental State (MMSE)

O MMSE, originalmente desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh, em 1975, foi adaptado para a língua Portuguesa por Guerreiro (1993, *in* Maia, 2006), sendo um dos instrumentos mais amplamente utilizados em todo o mundo (Tombaugh & McIntyre *in* Almeida, 1998; Valle, Castro-Costa, Firmo, Uchoa, & Lima-Costa, 2009).

É uma prova de rápida aplicação (Oliveira, Barros & Sousa, 2008), bastante útil no “*screening*” de deterioração mental, ao nível das funções cognitivas (Lino, Sousa, & Correia, 2008). Este exame é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 6 categorias, cada uma delas desenhada com o objectivo de avaliar “funções” cognitivas específicas:

orientação espacial (5 pontos), *retenção* (3 pontos), *atenção e cálculo* (5 pontos), *evocação* (3 pontos), *linguagem* (8 pontos), e *capacidade construtiva visual* (1 ponto).

O *escore* do MMSE pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. Considera-se a existência de uma possível deterioração cognitiva, tendo em conta a escolaridade do indivíduo, quando a pontuação total é:

- Analfabetos ≤ 15
- Escolaridade baixa/média ≤ 22
- Com mais de 11 anos de escolaridade ≤ 27

Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R)

A sintomatologia psicopatológica foi avaliada através da versão portuguesa do *Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1977)* traduzida e adaptada por Baptista (1993 in Fernandes, Maia, Meireles, Rios, Silva, & Feixas, 2004). Trata-se de um questionário de auto-relato desenvolvido para avaliar padrões de sintomas psicológicos junto de indivíduos com vários tipos de psicopatologia (Almeida, & Machado, 2004).

Este instrumento é constituído por 90 itens avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos podendo variar entre 0 “nunca” a 4 “extremamente” (Helm, & Eis, 2007; Veríssimo, Ricou, & Pereira, 2008). As respostas são posteriormente agrupadas em 9 subescalas: (Cruz, & Sardá, 2003) Somatização (reflecte o stress resultante da percepção de disfunções fisiológicas mediadas pelo sistema nervoso autónomo), Obsessão-compulsão (avalia a forma como acções ou comportamentos são experienciados como irresistíveis e/ou compulsivos) Sensibilidade Interpessoal (reflecte a forma como o indivíduo percebe suas relações interpessoais) Depressão (avalia sentimentos de disforia e a extensão de quadros depressivos) Ansiedade (avalia sinais de ansiedade de forma generalizada) Hostilidade (avalia a dimensão de padrões hostis de comportamento, tais como, agressão, irritabilidade) Ansiedade Fóbica (reflecte a presença de comportamentos fóbicos) Ideação Paranóide (avalia a dimensão de comportamentos paranóicos, percebendo-os como distúrbios do pensamento) Psicoticismo (fornece informações referentes a dimensões psicóticas, padrões de relacionamentos afectivos e interacções sociais).

O questionário permite obter, para além dos resultados das subescalas, três índices globais: Índice de Severidade Global (GSI - corresponde à média dos 90 itens e combina informações referentes aos números de sintomas relacionados com a intensidade do stress percebido), Total de Sintomas Positivos (PST - é o somatório do número de itens positivos e reflecte o número de sintomas endossados pelo indivíduo referentes ao nível de stress) e o Índice de Perturbação Sintomática Positiva (PSPI - é a média de cotação dos itens positivos e avalia o “estilo de resposta” ao stress. Indica se o indivíduo colabora para atenuar ou elevar o nível de stress em função da forma que o vivencia) (Almeida, *et al.*, 2004; Cruz, *et al.*, 2003; Godinho, 2007; Hardt, Gerbershagen, & Franke, 2000).

O SCL-90-R originalmente foi projectado para avaliar sujeitos não dependentes de substâncias, no entanto, com o decorrer do tempo, alguns autores têm sugerido que este instrumento pode ser particularmente útil para avaliar populações com consumo de substâncias, cujos sintomas psiquiátricos podem não ser numerosos ou intensos o suficiente para preencher os critérios do DSM-IV para um diagnóstico (Zack, Toneatto, 1998).

Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota - 2 (MMPI-2)

Este instrumento é considerado um dos mais importantes na avaliação da personalidade e da psicopatologia (Pastor, Ross, Segarra, Montañés, Poy & Moltó, 2007; Vendrig, Mey, Derksen & Akkerveeken, 1998). Desenvolvido nos anos 30, como MMPI, este teste procurava inicialmente, a identificação de desordens psiquiátricas. Revisto e actualizado, o MMPI-2 é, actualmente, concebido, definido e utilizado como um “teste clínico” de mais amplo espectro, e será, de acordo com diversos estudos um dos testes mais utilizados em todo o mundo (Manita, 2002).

O MMPI2 é um instrumento composto por 567 itens num formato de resposta dicotómico verdadeiro-falso com um tempo de administração entre 1 a 2 horas para a maioria dos casos. Em pacientes com psicopatologia severa poderá ser mais demorado, com cerca de 3 e 4 horas (Ordi & Díez, 2005). As 567 perguntas do questionário dão origem a 14 escalas. As quatro primeiras são designadas de *escalas de validade* (? L F K) que avaliam a atitude do paciente (respostas defensivas ou exagero dos sintomas) e as outras 10 são denominadas *escalas clínicas*: Hipocondria (Hs), Depressão (D), Histeria (Hy), Psicopatia (Pd), Masculinidade/Feminilidade (MF), Paranóia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc),

Hipomania (Ma) e Introversão/Extroversão (Si) (Appolinário, Meirelles, Coutinho, & Póvoa, 2001; Gil, Hagemeyer, Godás, & Peri, 2005).

O sucesso deste teste deve-se, em grande medida, ao facto de lhe ser reconhecida uma elevada validade em diferentes domínios de avaliação (entre outros, o psiquiátrico, o forense, e também, especificamente o domínio das toxicodependências) e de permitir produzir, com facilidade, aquilo que os seus defensores definem como “uma medida objectiva da personalidade”. Mais especificamente fornece elementos sobre problemas psicológicos, sintomas de psicopatologia e outras características do indivíduo, recorrendo a uma linguagem clínica muito útil no contexto da avaliação-intervenção (Manita, 2002).

Procedimentos

População Casos:

Inicialmente, foi pedida a autorização aos dirigentes da Comunidade Terapêutica para o consentimento da recolha de informação aos sujeitos na comunidade. Posteriormente tivemos a finalidade de conhecer a instalação física e manter o contacto pessoal com as pessoas da instituição, principalmente com os dirigentes. Este contacto permitiu uma situação de informalidade, o que possibilitou um conhecimento amplo das actividades da instituição e utentes nela inseridos.

A recolha dos dados da amostra iniciou-se em Outubro de 2009 e terminou em Abril de 2010. A todos os sujeitos inseridos na comunidade foi solicitado o consentimento informado na participação assegurando o seu carácter voluntário, sendo que apenas poderiam constar do estudo indivíduos com mais de duas semanas na comunidade (para garantir que não estariam sob efeito de alguma substância ilícita).

Este processo de recolha de dados ocorreu em duas etapas. Numa primeira fase foi realizada oralmente uma entrevista semi-estruturada, na qual constavam informações relativas ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, orientação sexual, zona de residência, religião. Foram ainda explorados hábitos toxicofílicos obtidos através da idade do primeiro consumo de substâncias, droga de início, via de administração e situação clínica relevante a doenças infectocontagiosas, nomeadamente no que diz respeito à infecção por VIH e Hepatites B e C. Para além disso, foram ainda aplicados dois questionários (*MMSE e SCL-90-*

R). Porque a aplicação do MMPI-2 é bastante morosa, exigindo assim mais tempo, este seria aplicado numa segunda fase. Durante estas duas etapas, e sempre que solicitada, a psicóloga esclarecia possíveis dúvidas auxiliando numa melhor compreensão dos itens. No total foram contabilizados 40 casos contendo toda a informação correctamente preenchida. Foram excluídos três casos, por não ter sido possível completar toda a informação necessária nos diversos instrumentos utilizados.

População controlo:

A recolha dos dados nestes sujeitos foi aleatória, sendo solicitada a colaboração voluntária dos mesmos com explicitação da natureza e objectivo da pesquisa, nunca esquecendo a transmissão do anonimato e sigilo dos dados recolhidos.

Tratamento estatístico

Para tratamento dos dados foi utilizado o programa estatístico *SPSS para Windows* (versão 17.0). Realizaram-se análises T-teste para os dados emparelhados, e ANOVA para o total da amostra, bem como estatística descritiva nas principais características sócio-demográficas.

7. Análise dos resultados:

Na tabela 1 apresenta-se o emparelhamento realizado com os sujeitos casos (adictos) e os sujeitos normais (controlo), de acordo com as variáveis idade (± 3 anos), escolaridade (± 3 anos) e sexo.

Dos quarenta casos emparelhados, os sujeitos adictos (casos) apresentam média de idade de 32,55 e desvio padrão de 8,57, sendo a idade média dos controlos de 32,43 e desvio padrão 9,32. Quanto à escolaridade, os casos apresentam uma média de 9,9 com desvio padrão de 2,30 e os controlos uma média de 9,8 e desvio padrão 2,67 (ambas as variáveis não apresentam resultados estatisticamente significativos) (tabela 2)

Tabela 1:

Emparelhamento de 40 sujeitos adictos (casos) com sujeitos normais (controlo), de acordo com as variáveis idade (± 3 anos), escolaridade (± 3 anos) e sexo.

	N	Média	Desv. Típica	Erro médio típico
Idade discriminada do caso	40	32,5500	8,56633	1,35446
Idade discriminada do controlo	40	32,4250	9,32295	1,47409
Escolaridade discriminada em anos	40	9,9000	2,29604	,36304
Escolaridade discriminada em anos	40	9,8250	2,66879	,42197

Tabela2: Emparelhamento de 40 sujeitos adictos (casos) com sujeitos normais (controlo): Teste t para as diferenças médias nas variáveis Idade e Anos de Escolaridade.

		Média	Deviac. típica	Erro médio típico	Infer.	Super.	T	df	Sig. (2-tailed)
Par 1	Idade discriminada do caso e do controlo	,12500	1,88363	,29783	-,47742	,72742	,420	39	,677
Par 2	Escolaridadedi scriminada em anos	,07500	1,59144	,25163	-,43397	,58397	,298	39	,767

Todas as escalas numéricas mensuradas pelos testes aplicados no presente estudo - *Mini Mental State* (MMSE), *SCL-90-R* e *Inventário Multifacetado de Personalidade de Minnesota* (MMPI-2) - apresentam diferenças estatisticamente significativas à exceção da variável Masculinidade/Feminilidade do MMPI-2.

Em relação aos resultados obtidos no MMSE verifica-se que a média dos casos é de 28,85 com desvio padrão de 1,33 sendo a média dos controlos de 29,80 com desvio padrão de 0,46 (Tabela 3). Estes resultados apresentam-se estatisticamente significativos ($t=-4,365; p=0,000$) (Tabela 4)

Tabela 3: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (caso) com sujeitos normais (controlo): Pontuações no MMSE

		Média	N	Desv. típica	Erro médio típico
Caso	Resultado numérico no MMSE	28,8500	40	1,33109	,21046
Controlo	Resultado numérico no MMSE	29,8000	40	,46410	,07338

Tabela 4: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (caso) com sujeitos normais (controlo): Teste t para as diferenças médias nas pontuações no MMSE

		Média	Deviac. típica	Erro médio típico	Infer.	Super.	T	df	Sig. (2-tailed)
Par 1	Resultado numérico no MMSE	-,95000	1,37654	,21765	-1,39024	-,50976	-4,365	39	,000

Apesar de se verificar que as diferenças são estatisticamente significativas, tal não nos permite prever se a presente diferença é clínica. Desta forma, no sentido de avaliar o deterioro cognitivo, os resultados do MMSE foram analisados através do teste Chi-quadrado (tabela 5).

Tabela 5: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (caso) com sujeitos normais (controle): Chi-quadrado - Indicação de deterioro cognitivo no MMSE Crosstabulation.

			Indicação de deterioro cognitivo no MMSE		Total
			Sim	Não	
Grupo	caso	Count	4	36	40
		% within Grupo	10,0%	90,0%	100,0%
		% within Indicação de deterioro cognitivo no MMSE	100,0%	47,4%	50,0%
		% of Total	5,0%	45,0%	50,0%
Grupo	controle	Count	0	40	40
		% within Grupo	,0%	100,0%	100,0%
		% within Indicação de deterioro cognitivo no MMSE	,0%	52,6%	50,0%
		% of Total	,0%	50,0%	50,0%
Total		Count	4	76	80
		% within Grupo	5,0%	95,0%	100,0%
		% within Indicação de deterioro cognitivo no MMSE	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	5,0%	95,0%	100,0%

A análise à tabela 5 permite-nos verificar que dos 40 sujeitos adictos (casos) avaliados com o MMSE, 36 são categorizados sem deterioro cognitivo enquanto que 4 apresentam algum deterioro cognitivo. Por outro lado, verifica-se que dos 40 sujeitos normais (controle) nenhum apresenta deterioro cognitivo. As diferenças de distribuição (tabela 6) apresentam-se como estatisticamente consideráveis ($\alpha^2=4,211$; $p=,040$).

Tabela 6: Chi-Quadrdo para a diferença de deterioro cognitivo no MMSE

	Valor	df	Sig. (2-sided)	Sig. (2-sided)	Sig. (1-sided)
Chi-Cuadrado Pearson	4,211 ^a	1	,040		
Correcção de Continuidade ^b	2,368	1	,124		
Likelihood Ratio	5,756	1	,016		
Teste Exacto de Fisher				,116	,058
Associação Linear-by-linear	4,158	1	,041		
N de Casos Válidos	80				

a. 2 cells (50,0%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é de 2,00.

b. Calculado apenas para uma tabela 2x2

Da mesma forma, no que diz respeito ao total do resultado bruto do SCL-90-R, verifica-se na tabela 7, que os casos têm média de 0,234 com desvio padrão de 0,11 e os controlos média de 0,14 com desvio padrão de 0,06. Os resultados apresentam-se como estatisticamente significativos ($t=5,317$; $p=0,000$) (tabela 8).

Tabela 7: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (caso) com sujeitos normais (controlo): Pontuações totais do SCL-90-R

	Média	N	Desv. típica	Erro médio típico
Resultados brutos totais casos	,2338	40	,11002	,01740
Resultados brutos totais controlos	,1369	40	,06074	,00960

Tabela 8: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (caso) com sujeitos normais (controlo): Teste t para as diferenças médias nas pontuações no SCL-90-R.

	Deviac.		Erro médio		T	df	Sig. (2-tailed)	
	Média	típica	típico	Infer.				Super.
Resultados brutos totais caso	,09694	,11531	,01823	,06006	,13382	5,317	39	,000
Resultados brutos totais controlo								

Passaremos de seguida à análise detalhada de cada uma das escalas do SCL-90-R. Na tabela 9 estão patentes as pontuações médias dos sujeitos (casos e controlo) em cada uma das escalas. Nessa tabela verifica-se que a diferença média das pontuações dos controlo em todas as escalas do teste é inferior, o que denota uma maior normalidade, que as pontuações dos casos. De realçar ainda, que todos os valores alcançam diferenças estatisticamente significativos (95%) (tabela 10).

Tabela 9: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (casos) com sujeitos normais (controlo): Pontuações da escala SCL-90-R

		Média	N	Desv. típico	Erro médio típico
Par 1	SCL90 Total da dimensão Somatização caso	,9767	40	,72843	,11517
	SCL90 Total da dimensão Somatização controlo	,7183	40	,40594	,06418
Par 2	SCL90 Total da dimensão obsessões-compulsões caso	1,5100	40	,72988	,11540
	SCL90 Total da dimensão obsessões-compulsões controlo	,9825	40	,44485	,07034
Par 3	SCL90 Total da dimensão Sensibilidade Interpessoal	1,2278	40	,72028	,11389
	SCL90 Total da dimensão Sensibilidade Interpessoal caso	,6348	40	,29497	,04664
Par 4	SCL90 Total da dimensão Depressão caso	1,5252	40	,74414	,11766
	SCL90 Total da dimensão Depressão controlo	,6419	40	,31642	,05003
Par 5	SCL90 Total da dimensão Ansiedade caso	1,1275	40	,79097	,12506
	SCL90 Total da dimensão Ansiedade controlo	,5700	40	,34803	,05503
Par 6	SCL90 Total da dimensão Hostilidade caso	,9957	40	,70566	,11157
	SCL90 Total da dimensão Hostilidade controlo	,6325	40	,42928	,06787
Par 7	SCL90 Total da dimensão Ansiedade Fóbica caso	,6532	40	,61606	,09741
	SCL90 Total da dimensão Ansiedade Fóbica controlo	,2601	40	,29440	,04655
Par 8	SCL90 Total da dimensão Ideação Paranoide caso	1,3457	40	,81294	,12854
	SCL90 Total da dimensão Ideação Paranoide controlo	,7618	40	,45509	,07196
Par 9	SCL90 Total da dimensão Psicoticismo caso	,8182	40	,52901	,08364
	SCL90 Total da dimensão Psicoticismo controlo	,3164	40	,26104	,04127

Tabela 10: Emparelhamento de 40 sujeitos adictos (casos) com sujeitos normais (controlo): Teste t para as diferenças médias nas pontuações nas escalas do SCL-90-R.

		Deviac.		Erro médio		T	Sig. (2-tailed)
		Média	típica	típico	Infer. Super		
Par 1	SCL90 (S) caso SCL90 (S) controlo	,25835	,68032	,10757	,04077 ,47593	2,402	39 ,021
Par 2	SCL90 (OB) caso SCL90 (OB) controlo	,52750	,72818	,11514	,29462 ,76038	4,582	39 ,000
Par 3	SCL90 (SI) caso SCL90 (SI) controlo	,59300	,74889	,11841	,35349 ,83251	5,008	39 ,000
Par 4	SCL90 (DEP) caso SCL90 (DEP) controlo	,88332	,74577	,11792	,64481 1,1218 4	7,491	39 ,000
Par 5	SCL90 (ANS) caso SCL90 (ANS) controlo	,55750	,77621	,12273	,30926 ,80574	4,542	39 ,000
Par 6	SCL90 (H) caso SCL90 (H) controlo	,36320	,71988	,11382	,13297 ,59343	3,191	39 ,003
Par 7	SCL90 (A. FOB) caso SCL90 (A. FOB) controlo	,39303	,60929	,09634	,19816 ,58789	4,080	39 ,000
Par 8	SCL90 (IP) caso SCL90 (IP) controlo	,58390	,88895	,14055	,29960 ,86820	4,154	39 ,000
Par 9	SCL90 (PS) caso SCL90 (PS) controlo	,50175	,57374	,09072	,31826 ,68524	5,531	39 ,000

Em relação à média dos sujeitos adictos (casos) na escala Somatização do mesmo instrumento é de 0,98 com desvio padrão de 0,73, nos sujeitos normais (controlos) a média é de 0,72 com desvio padrão de 0,41 ($t=2,40$; $p=0,021$).

A média dos adictos (casos) na escala Obsessões Compulsões é de 1,51 com desvio padrão de 0,73 já nos sujeitos normais (controlos) verifica-se uma média de 0,72 com desvio padrão de 0,41 ($t=4,58$; $p=0,000$).

Da mesma forma, nos casos a média da escala Sensibilidade Interpessoal é de 1,23 com desvio padrão de 0,72 e nos sujeitos normais (controlos) a média é de 0,635 com desvio padrão de 0,295 ($t=5,00$; $p=0,000$).

Na escala Depressão a média dos sujeitos adictos (casos) é de 1,53 com desvio padrão de 0,74 nos controlos a média é de 0,64 com desvio padrão de 0,744 ($t=7,491$; $p=0,000$).

A média dos casos na escala Ansiedade é de 1,13 com desvio padrão de 0,79, nos controlos a média é de 0,5700 com desvio padrão de 0,348 ($t=4,54$; $p=0,000$).

Na escala Hostilidade verifica-se que a média dos casos é de 0,99 com desvio padrão de 0,706, já nos controlos a média é de 0,63 com desvio padrão de 0,429 ($t=3,191$; $p=0,003$).

Adicionalmente, verifica-se que na escala Ansiedade Fóbica a média obtida pelos casos é de 0,65 com desvio padrão de 0,62, dos controlos denota-se que a média é de 0,260 com desvio padrão de 0,294 ($t=4,080$; $p=0,000$).

Denota-se ainda que a média dos casos na escala Ideação Paranóide é de 1,34 com desvio padrão de 0,813, nos controlos a média é de 0,76 com desvio padrão de 0,455 ($t=4,154$; $p=0,000$).

Por último, na escala Psicoticismo, verifica-se que a média dos casos é de 0,82 com desvio padrão de 0,529, nos controlos a média é de 0,32 com desvio padrão de 0,261 ($t=5,531$; $p=0,000$).

Em relação ao MMPI é possível constatar, da mesma forma, que a média das pontuações obtidas pelos controlos é inferior em todas as escalas, denotando uma maior normalidade, que nas pontuações dos casos (Tabela 11). De destacar ainda, e como referido anteriormente, todos os resultados desta escala são estatisticamente significativos (95%), à excepção da escala Masculinidade/Feminilidade (Tabela 12)

Tabela 11: Emparelhamento de 40 pacientes adictos (casos) com sujeitos normais (controlo): Pontuações dos resultados do MMPI.

		Média	N	Desv. típica	Erro médio típico
Par 1	MMPI Escala "Hipocondria" caso	57,8000	40	10,48369	1,65762
	MMPI Escala "Hipocondria" controlo	53,6000	40	7,11373	1,12478
Par 2	MMPI Escala "Depressão" caso	61,4000	40	11,27239	1,78232
	MMPI Escala "Depressão" controlo	50,5500	40	6,48450	1,02529
Par 3	MMPI Escala "Histeria" caso	61,1500	40	8,87968	1,40400
	MMPI Escala "Histeria" controlo	53,9000	40	7,31279	1,15625
Par 4	MMPI Escala "Psicopatia" caso	68,2750	40	8,70893	1,37700
	MMPI Escala "Psicopatia" controlo	57,9500	40	8,33574	1,31800
Par 5	MMPI Escala "M/F" caso	52,7500	40	9,13643	1,44460
	MMPI Escala "M/F" controlo	49,5000	40	9,99230	1,57992
Par 6	MMPI Escala "Paranóia" caso	69,7500	40	13,38532	2,11640
	MMPI Escala "Paranóia" controlo	51,0000	40	8,21818	1,29941
Par 7	MMPI Escala "Psicastenia" caso	64,3500	40	11,55710	1,82734
	MMPI Escala "Psicastenia" controlo	52,5250	40	7,73267	1,22264
Par 8	MMPI Escala "Esquizofrenia" caso	69,7250	40	14,56724	2,30328
	MMPI Escala "Esquizofrenia" controlo	52,3250	40	8,28773	1,31041
Par 9	MMPI Escala "Hipomania" caso	67,8750	40	10,87973	1,72024
	MMPI Escala "Hipomania" controlo	52,1750	40	7,98038	1,26181
Par 10	MMPI Escala "Introversão/Extroversão" caso	49,2750	40	11,07084	1,75045
	MMPI Escala "Introversão/Extroversão" controlo	41,6500	40	8,55315	1,35237

Tabela 12: Emparelhamento de 40 sujeitos adictos (casos) com sujeitos normais (controle): Teste t para as diferenças médias nas pontuações nas escalas do MMPI-2.

		Média	Deviac. típica	Erro médio típico	Infer.	Super.	T	df	Sig. (2-Tailed)
Par 1	MMPI "Hipocondria" caso MMPI "Hipocondria" controle	4,20000	12,69403	2,00710	,14025	8,25975	2,093	39	,043
Par 2	MMPI "Depressão" caso MMPI "Depressão" controle	10,85000	12,83535	2,02945	6,74506	14,95494	5,346	39	,000
Par 3	MMPI "Histeria" caso MMPI "Histeria" controle	7,25000	12,31790	1,94763	3,31054	11,18946	3,722	39	,001
Par 4	MMPI "Psicopatia" caso MMPI "Psicopatia" controle	10,32500	13,14688	2,07870	6,12042	14,52958	4,967	39	,000
Par 5	MMPI "M/F" caso MMPI "M/F" controle	3,25000	14,54039	2,29904	-1,40024	7,90024	1,414	39	,165
Par 6	MMPI "Paranóia" caso MMPI "Paranóia" controle	18,75000	14,46260	2,28674	14,12464	23,37536	8,199	39	,000
Par 7	MMPI "Psicastenia" caso MMPI "Psicastenia" controle	11,82500	14,08925	2,22771	7,31904	16,33096	5,308	39	,000
Par 8	MMPI "Esquizofrenia" caso MMPI "Esquizofrenia" controle	17,40000	16,85808	2,66550	12,00852	22,79148	6,528	39	,000
Par 9	MMPI "Hipomania" caso MMPI "Hipomania" controle	15,70000	14,71995	2,32743	10,99233	20,40767	6,746	39	,000
Par 10	MMPI "Intr/Extroversão" caso MMPI "Intr/Extroversão" controle	7,62500	12,53239	1,98155	3,61695	11,63305	3,848	39	,000

Analisando mais pormenorizadamente os dados obtidos, verifica-se que na escala Hipocondria a média dos sujeitos adictos (casos) é de 57,80 com desvio padrão de 10,484, nos sujeitos controlos a média é de 53,600 com desvio padrão de 7,114 ($t=2,093$; $p=0,043$).

No que diz respeito à escala Depressão os casos têm média de 61,400 e desvio padrão de 11,272, nos controlos a média é de 50,550 com desvio padrão de 6,4845 ($t=5,346$; $p=0,000$).

Quanto à escala Histeria, verifica-se que os casos têm média de 61,1500 com desvio padrão de 8,879, a média dos controlos é de 53,900 com desvio padrão de 7,313 ($t=3,722$; $p=0,001$).

Na escala Psicopatia, os casos têm média de 68,275 com desvio padrão de 8,709, os controlos têm média de 57,950 com desvio padrão de 8,336 ($t=4,967$; $p=0,000$).

Relativamente à escala Masculinidade/Feminilidade, verifica-se que a média dos casos é de 52,750 com desvio padrão de 9,136, já nos controlos denota-se uma média de 49,500 com desvio padrão de 9,992 ($t=1,414$; $p=0,165$).

A média dos casos em relação à escala Paranóia é de 69,750 com desvio padrão de 13,385, e nos controlos a média é de 51,000 com desvio padrão de 8,218 ($t=8,199$; $p=0,000$).

Da mesma forma, na escala Psicastenia é de notar que a média do caso é de 64,3500 com desvio padrão de 11,557, nos controlos a média é de 52,525 com desvio padrão de 7,733 ($t=5,308$; $p=0,000$).

Quanto à escala Esquizofrenia a média dos casos é de 69,725 com desvio padrão de 14,567, a média dos controlos é de 52,325 com desvio padrão de 8,288 ($t=6,528$; $p=0,000$).

Na escala Hipomania, os casos têm média de 67,875 com desvio padrão de 10,879, os controlos têm média de 52,175 com desvio padrão de 7,980 ($t=6,746$; $p=0,000$).

Por último na escala Introversão/Extroversão, a média dos caso é de 49,275 com desvio padrão de 11,071, nos controlo a média é de 41,650 com desvio padrão de 8,553 ($t=3,848$; $p=0,000$).

Resultados da amostra global (197 sujeitos não emparelhados)

Em relação aos resultados globais, verifica-se que 40 sujeitos são adictos (casos) e 157 não consomem substâncias (controlo). Nos resultados obtidos anteriormente foi possível verificar que todas as variáveis das escalas eram estatisticamente significativas (excepto a escala Masculinidade/Feminilidade do MMPI-2). Para a consecução de tais resultados foi aplicado o teste *Qui-quadrado*. Não obstante os resultados obtidos, será aplicada de seguida a ANOVA, uma vez que o número de sujeitos total é bastante superior, não se justificando utilizar um teste t paramétrico para diferenças de médias.

Na tabela 13 apresenta-se os resultados globais dos sujeitos de acordo com as variáveis idade e escolaridade. A análise a esta tabela permite verificar que considerando os

40 casos a média etária é de 32,38 com desvio padrão de 1,37 e dos controlos a média é de 30,52 com desvio padrão de 0,861. Utilizando-se a ANOVA para diferenças de médias verifica-se que as mesmas não são estatisticamente significativas (Tabela 14). Da mesma forma, os valores para a variável escolaridade, permite-nos constatar que a média dos casos é de 9,98 com desvio padrão de 2,41 dos controlo a média é de 10,87 com desvio padrão de 3,39 (tabela 13) não sendo estes resultados estatisticamente significativos (Tabela 14).

Tabela 13: Resultados dos 40 sujeitos adictos (casos) com os 157 sujeitos normais (controlo): Teste t para as diferenças médias nas variáveis Idade e Anos de Escolaridade

		N	Média	Desv.típica	Erro médio típico
Idade discriminada	Caso	40	32,38	8,637	1,366
	Controlo	157	30,52	10,793	,861
Escolaridade discriminada em anos	Caso	40	9,98	2,412	,381
	Controlo	157	10,87	3,391	,271

Tabela 14: Resultados globais dos 40 sujeitos adictos (casos) com os 157 normais (controlo), de acordo com as variáveis idade e escolaridade

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Infer. Super.
Idade	Variâncias iguais assumidas	5,585	,019	1,009	195	,314	1,859	1,842	-1,773 5,491
	Variâncias iguais não assumidas			1,151	73,306	,253	1,859	1,615	-1,359 5,077
Escolaridade	Variâncias iguais assumidas	8,710	,004	-1,574	195	,117	-,898	,570	-2,022 ,227
	Variâncias iguais não assumidas			-1,919	82,886	,058	-,898	,468	-1,828 ,033

Analisando de seguida cada uma das escalas aplicadas, verifica-se na Tabela 15 que nos resultados obtidos no MMSE a média dos 40 casos é de 28,85 com desvio padrão de 1,35, nos 127 controlos a média é de 29,69 com desvio padrão de 0,792, sendo estes resultados estatisticamente significativos ($F=23,755$; $p=0,000$) (Tabela 16)

Tabela 15: Pontuações no MMSE: diferenciação dos casos e controlo

		N	Média	Desv. típica	Erro médio típico
Resultado numérico no MMSE	Caso	40	28,85	1,350	,213
	Controlo	127	29,69	,792	,070

Tabela 16: ANOVA para as diferenças médias nas pontuações no MMSE

	Somatório dos Quadrados	Df	Média dos Quadrados	F	Sig.
Entre Grupos	21,613	1	21,613	23,755	,000
Dentro / Grupos	150,124	165	,910		
Total	171,737	166			

Da mesma forma, como no Teste t, verificam-se que os resultados são estatisticamente significativos, mas tal não nos permite prever o deterioro cognitivo nos sujeitos adictos e nos normais. Assim, foi aplicado o teste *Qui-quadrado* que se verifica seguidamente (Tabela 17)

Tabela 17: Diferenciação dos sujeitos casos e controlo: Indicação de deterioro cognitivo no MMSE Crosstabulation.

		Indicação de deterioro cognitivo no MMSE		Total
		Sim	Não	
Diferenciação dos sujeitos	Casos	1	39	40
em Grupo Clínico e Grupo	Controlo	3	124	127
Controlo				
Total		4	163	167

A análise a esta tabela 17 permite-nos verificar que dos 40 sujeitos adictos (casos) avaliados com o MMSE, 39 são categorizados sem deterioro cognitivo enquanto que apenas 1 apresenta algum deterioro cognitivo. Por outro lado, verifica-se que dos 167 sujeitos normais (controlo) 3 apresentam deterioro cognitivo, enquanto que 124 não apresentam qualquer deterioro. As diferenças de distribuição (Tabela 18) não apresentam diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,002$; $p= 0,960$)

Tabela 18: Qui-quadrado para a diferença de deterioro cognitivo no MMSE

	Valor	df	Sig. (2-sided)	Sig. (2-sided)	Sig. (1-sided)
Chi-Cuadrado Pearson	,002 ^a	1	,960		
Correcção de continuidade ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,002	1	,961		
Teste exacto de Fisher				1,000	,669
Associação Linear-by-Linear	,002	1	,960		
N de Casos Válidos	167				

a. 2 células (50,0%) apresentam resultados esperados inferior a 5. O mínimo esperado é de ,96.

b. Calculada apenas para uma tabela 2x2

No que diz respeito ao total do resultado bruto na escala SCL-90-R, verifica-se que pela análise da tabela 19, os casos apresentam um resultado médio de 0,23 com desvio padrão de 0,11 e os 157 controlos apresentam uma média de 0,14 com desvio padrão de 0,08 sendo esta diferença estatisticamente significativa (Tabela 20) ($F=38,133$; $p=,000$).

Tabela 19: Total dos sujeitos casos e controlo, resultados da escala SCL-90-R

		N	Média	Desv. típica	Erro médio típico
Resultados brutos totais	Caso	40	,2335	,11001	,01739
	Controlo	157	,1409	,07699	,00614
SCL90 Total da dimensão Somatização	Caso	40	3,0309	12,98885	2,05372
	Controlo	157	,7373	,50044	,03994
SCL90 Total da dimensão obsessões-compulsões	Caso	40	1,5100	,72988	,11540
	Controlo	157	1,0104	,50059	,03995
SCL90 Total da dimensão Sensibilidade Interpessoal	Caso	40	1,2278	,72028	,11389
	Controlo	157	,6907	,53767	,04291
SCL90 Total da dimensão Depressão	Caso	40	1,5252	,74414	,11766
	Controlo	157	,7103	,47718	,03808
SCL90 Total da dimensão Ansiedade	Caso	40	1,1275	,79097	,12506
	Controlo	157	,6134	,48146	,03842
SCL90 Total da dimensão Hostilidade	Caso	40	,9957	,70566	,11157
	Controlo	157	,6318	,52329	,04176
SCL90 Total da dimensão Ansiedade Fóbica	Caso	40	,6532	,61606	,09741
	Controlo	157	,3449	,45008	,03592
SCL90 Total da dimensão Ideação Paranoide	Caso	40	1,3451	,81268	,12850
	Controlo	157	,7865	,56756	,04530
SCL90 Total da dimensão Psicoticismo	Caso	40	,8432	,54096	,08553
	Controlo	157	,3111	,32118	,02563

Tabela 20: ANOVA para as diferenças médias nas pontuações no SCL-90-R

	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	Sig.
Entre Grupos	,273	1	,273	38,133	,000
Dentro dos Grupos	1,397	195	,007		
Total	1,670	196			

Tabela 21: ANOVA para as diferenças médias nas pontuações nas escalas do SCL-90-R.

		Somatório dos		Média dos		
		Quadrados	df	Quadrados	F	Sig.
SCL90 Total da dimensão Somatização	Entre Grupos	167,709	1	167,709	4,941	,027
	Dentro / Grupos	6618,769	195	33,942		
	Total	6786,478	196			
SCL90 Total da dimensão obsessões- compulsões	Entre Grupos	7,957	1	7,957	25,918	,000
	Dentro / Grupos	59,868	195	,307		
	Total	67,825	196			
SCL90 Total da dimensão Sensibilidade Interpessoal	Entre Grupos	9,195	1	9,195	27,445	,000
	Dentro / Grupos	65,330	195	,335		
	Total	74,525	196			
SCL90 Total da dimensão Depressão	Entre Grupos	21,171	1	21,171	72,277	,000
	Dentro / Grupos	57,118	195	,293		
	Total	78,289	196			
SCL90 Total da dimensão Ansiedade	Entre Grupos	8,426	1	8,426	27,131	,000
	Dentro / Grupos	60,562	195	,311		
	Total	68,988	196			
SCL90 Total da dimensão Hostilidade	Entre Grupos	4,222	1	4,222	13,248	,000
	Dentro / Grupos	62,138	195	,319		
	Total	66,360	196			
SCL90 Total da dimensão Ansiedade Fóbica	Entre Grupos	3,029	1	3,029	12,729	,000
	Dentro / Grupos	46,403	195	,238		
	Total	49,432	196			
SCL90 Total da dimensão Ideação Paranoide	Entre Grupos	9,950	1	9,950	25,527	,000
	Dentro / Grupos	76,009	195	,390		
	Total	85,959	196			
SCL90 Total da dimensão Psicoticismo	Entre Grupos	9,024	1	9,024	63,978	,000
	Dentro / Grupos	27,505	195	,141		
	Total	36,530	196			

Considerando agora cada variável do SCL-90-R verifica-se (de acordo com as tabelas 19 e 21) que na escala “Somatização” os casos têm média de 3,03 com desvio padrão de 12,99, já os controles têm média de 0,74 com desvio padrão de 0,50 ($F=4,941$; $p = 0,027$).

Quanto à escala Obsessões-Compulsões os casos têm média de 1,51 com desvio padrão de 0,73, os controle têm média de 1,01 com desvio padrão de 0,50 ($F=25,918$; $P=0,000$).

A média dos casos na escala “Sensibilidade Interpessoal” é de 1,23 com desvio padrão de 0,72, nos controle a média é de 0,69 com desvio padrão de 0,54 ($F=27,45$; $p=0,000$).

Na escala “Depressão” verifica-se que a média dos casos é de 1,53 com desvio padrão de 0,74, nos controles a média é de 0,71 com desvio padrão de 0,48 ($F=72,28$; $p=0,000$).

Em relação à escala “Ansiedade” os casos têm média de 1,13 com desvio padrão de 0,79, os controle têm média de 0,61 com desvio padrão de 0,48 ($F=27,13$; $p=0,000$).

A média dos casos na escala “Hostilidade” é de 0,99 com desvio padrão de 0,71, já nos controles a média é de 0,63 com desvio padrão de 0,52 ($F=13,25$; $P=0,000$).

Quanto à escala “Ansiedade Fóbica” os casos têm média de 0,65 com desvio padrão de 0,62, os controle têm média de 0,34 com desvio padrão de 0,45 ($F=12,73$; $p=0,000$).

Adicionalmente, na escala “Ideação Paranóide” os casos têm média de 1,35 com desvio padrão de 0,81, os controles têm média de 0,79 com desvio padrão de 0,57 ($F=25,53$; $p=0,000$).

Finalmente, na escala “Psicoticismo” denota-se que os casos têm média de 0,84 com desvio padrão de 0,54, já os casos têm média de 0,31 com desvio padrão de 0,32 ($F=63,98$; $p=0,000$).

Analisando agora de forma detalhada as escalas do MMPI-2, denota-se tal como na análise anterior, todas as escalas apresentam resultados estatisticamente significativos, à exceção da escala Masculinidade/Feminilidade, desta forma, analisando mais promenorizadamente as Tabelas 22 e 23 podemos verificar que:

Em relação à escala “Hipocondria” os casos têm média de 57,80 com desvio padrão de 10,48, os controlos têm média de 53,37 com desvio padrão de 8,22 ($F=8,13$; $p=0,005$).

Na escala “Depressão” a média dos casos é de 61,40 com desvio padrão de 11,27, os controlos têm média de 51,05 com desvio padrão de 7,51 ($F=47,73$; $p=0,000$).

A média dos casos na escala “Histeria” é de 61,08 com desvio padrão de 8,95, a média dos controlos é de 53,48 com desvio padrão de 7,99 ($F=27,17$; $p=0,000$).

Quanto à escala “Psicopatia” os casos têm média de 68,28 com desvio padrão de 8,71, os controlos têm média de 57,57 com desvio padrão de 8,06 ($F=53,91$; $p=0,000$).

Na escala “Masculinidade/Feminilidade” verifica-se assim que a média dos casos é de 52,62 com desvio padrão de 8,94, e os controlos têm média de 50,13 com desvio padrão de 10,47 ($F=1,91$; $p=0,169$).

Relativamente à escala “Paranoia” os casos têm média de 69,75 com desvio padrão de 13,39, já a média dos controlos é de 52,40 com desvio padrão de 9,40 ($F=88,79$; $p=0,000$).

A média dos casos na escala “Psicastenia” é de 64,35 com desvio padrão de 11,56, dos controlos a média é de 54,26 com desvio padrão de 8,86 ($F=35,81$; $p=0,000$).

Quanto à escala “Esquizofrenia” os casos têm média de 69,73 com desvio padrão de 14,57 e os controlos têm média de 53,59 com desvio padrão de 9,56 ($F=70,75$; $p=0,000$).

Adicionalmente a média dos casos na escala “Hipomania” é de 67,88 com desvio padrão de 10,88 os casos têm média de 52,01 com desvio padrão de 9,31 ($F=85,44$; $p=0,000$).

Finalmente, na escala “Introversão/Extroversão” os casos têm média de 49,28 com desvio padrão de 11,07, os controlos têm média de 44,27 com desvio padrão de 8,89 ($F=8,98$; $p=0,003$).

Tabela 22: Total dos sujeitos casos e controlo, resultados da escala MMPI-2

		N	Média	Desv. típica	Erro médio típico
Nota T obtida na Escala	Caso	40	57,8000	10,48369	1,65762
"Hipocondria" do MMPI	Controlo	151	53,3709	8,21756	,66874
Nota T obtida na Escala	Caso	40	61,40	11,272	1,782
"Depressão" do MMPI	Controlo	151	51,05	7,513	,611
Nota T obtida na Escala	Caso	40	61,0750	8,95398	1,41575
"Histeria" do MMPI	Controlo	151	53,4768	7,98819	,65007
Nota T obtida na Escala	Caso	40	68,2750	8,70893	1,37700
"Psicopatia" do MMPI	Controlo	151	57,5695	8,06103	,65600
Nota T obtida na Escala	Caso	40	52,6250	8,94051	1,41362
"Masculinidade/Feminilidade" do MMPI	Controlo	151	50,1258	10,47111	,85213
Nota T obtida na Escala	Caso	40	69,7500	13,38532	2,11640
"Paranóia" do MMPI	Controlo	151	52,4040	9,40438	,76532
Nota T obtida na Escala	Caso	40	64,3500	11,55710	1,82734
"Psicastenia" do MMPI	Controlo	151	54,2583	8,86451	,72138
Nota T obtida na Escala	Caso	40	69,7250	14,56724	2,30328
"Esquizofrenia" do MMPI	Controlo	151	53,5894	9,56331	,77825
Nota T obtida na Escala	Caso	40	67,8750	10,87973	1,72024
"Hipomania" do MMPI	Controlo	151	52,0066	9,30913	,75757
Nota T obtida na Escala	Caso	40	49,2750	11,07084	1,75045
"Introversão/Extroversão" do MMPI	Controlo	151	44,2715	8,89939	,72422

Tabela 23: ANOVA para as diferenças médias nas pontuações nas escalas do MMPI-2

		Somatório dos		Média dos		
		quadrados	df	quadrados	F	Sig.
Nota T obtida na Escala "Hipocondria" do MMPI	Entre Grupos	620,358	1	620,358	8,133	,005
	Dentro / Grupos	14415,632	189	76,273		
	Total	15035,990	190			
Nota T obtida na Escala "Depressão" do MMPI	Entre Grupos	3389,923	1	3389,923	47,734	,000
	Dentro / Grupos	13422,275	189	71,017		
	Total	16812,199	190			
Nota T obtida na Escala "Histeria" do MMPI	Entre Grupos	1825,671	1	1825,671	27,173	,000
	Dentro / Grupos	12698,444	189	67,188		
	Total	14524,115	190			
Nota T obtida na Escala "Psicopatia" do MMPI	Entre Grupos	3624,220	1	3624,220	53,914	,000
	Dentro / Grupos	12704,995	189	67,222		
	Total	16329,215	190			
Nota T obtida na Escala "M/F" do MMPI	Entre Grupos	197,513	1	197,513	1,908	,169
	Dentro / Grupos	19563,984	189	103,513		
	Total	19761,497	190			
Nota T obtida na Escala "Paranóia" do MMPI	Entre Grupos	9514,886	1	9514,886	88,789	,000
	Dentro / Grupos	20253,858	189	107,163		
	Total	29768,743	190			
Nota T obtida na Escala "Psicastenia" do MMPI	Entre Grupos	3220,580	1	3220,580	35,814	,000
	Dentro / Grupos	16996,027	189	89,926		
	Total	20216,607	190			
Nota T obtida na Escala "Esquizofrenia" do MMPI	Entre Grupos	8233,293	1	8233,293	70,749	,000
	Dentro / Grupos	21994,518	189	116,373		
	Total	30227,812	190			
Nota T obtida na Escala "Hipomania" do MMPI	Entre Grupos	7962,852	1	7962,852	85,436	,000
	Dentro / Grupos	17615,368	189	93,203		
	Total	25578,220	190			
Nota T obtida na Escala "Introversão/Extroversão" do MMPI	Entre Grupos	791,676	1	791,676	8,981	,003
	Dentro / Grupos	16659,843	189	88,147		
	Total	17451,518	190			

8. Discussão dos Resultados

O objectivo do presente estudo prendeu-se em avaliar as características psicopatológicas e personalísticas de uma amostra de pacientes adictos institucionalizados em comparação com sujeitos não consumidores, numa metodologia de emparelhamento caso-controlo. Dado o carácter exploratório deste estudo, não era intenção generalizar os resultados da amostra específica para a população total de sujeitos adictos, mas sim avaliar como estes sujeitos se comportam face à administração dos instrumentos utilizados e como se distribuem os resultados dos mesmos.

Em relação aos sujeitos emparelhados (40 adictos e 40 sem consumos) no que diz respeito às variáveis sociodemográficas não se verificam diferenças estatisticamente significativas, quer na variável idade quer na variável escolaridade, tal aspecto fortalece a nossa segurança de emparelhamento adequado face às mesmas variáveis (obviamente a questão em relação ao sexo não se coloca). Quanto aos resultados obtidos, denota-se uma diferença estatisticamente significativa na avaliação de défice cognitivo ligeiro entre sujeitos consumidores de substâncias e não consumidores ($t=-4,365$; $p=0,000$), sendo que dos 40 sujeitos adictos (casos) avaliados com o MMSE, 36 são categorizados sem deterioro cognitivo enquanto que 4 apresentam algum deterioro cognitivo. Por outro lado, verifica-se que dos 40 sujeitos normais (controlo) nenhum apresenta deterioro cognitivo. Estas diferenças de distribuição apresentam-se como estatisticamente consideráveis ($\chi^2=4,211$; $p=,040$).

Estes resultados obtidos vêm reforçar outros estudos realizados nomeadamente de Morais & Maia (2008) que pretendiam avaliar as diferenças, nos indicadores de deterioro cognitivo e tipo de personalidade, entre pacientes de um centro de intervenção em toxicod dependências e sujeitos não consumidores, constatando-se um maior défice cognitivo nos sujeitos consumidores de substâncias, em comparação com os controlos. Da mesma forma, vão de encontro a outros estudos, como Oliveira e colaboradores (2009), no qual sujeitos com consumo de cocaína demonstravam um desempenho prejudicado no MMSE, comparativamente a sujeitos não consumidores. Alguns autores (Montoya, Hess, Covi, Fudala, Johnson & Pharm, 1995) referem que o abuso de substâncias psicoactivas (nomeadamente de cocaína) produz nos sujeitos um maior deterioro cognitivo psicológico. As funções cognitivas, incluindo atenção, memória, cálculo, abstracção e padrões de orientação de espaço não são consideradas normais entre 8% e 66% nos pacientes consumidores de substâncias, denotando-se um deterioro cognitivo (Montoya, *et al.*, 1995). Verifica-se assim, que o abuso de substâncias está muitas vezes associado a um prejuízo em termos cognitivos

(Smith, Horton, Saitz & Samet, 2006). Manning, Wanigaratne, Best, Strathdee, Schrover & Gossop, (2007), concluíram, num estudo que pretendia avaliar o comprometimento do funcionamento cognitivo em pacientes com esquizofrenia, com dependência de álcool, ou com duplo diagnóstico que as maiores taxas de défices cognitivos se encontravam nos pacientes com diagnóstico duplo (esquizofrenia e dependência de álcool), verificando-se que mais de dois terços dos pacientes com este diagnóstico (68%) apresentavam comprometimento da função cognitiva. Para além disso, é de salientar que o prejuízo cognitivo é frequente em sujeitos dependentes de substâncias alcoólicas. Entre 50-80% de indivíduos dependentes desta substância têm um comprometimento em termos cognitivos (Bates, Bowden, Barry, 2002).

Comparativamente aos resultados obtidos nos outros instrumentos (SCL-90-R e MMPI-2), os dados do presente estudo encontram-se na linha de outras investigações. Obtiveram-se pontuações superiores em todos os indicadores de psicopatologia no grupo de sujeitos adictos (à excepção da escala Masculinidade/Feminilidade do MMPI-2). Estas pontuações mostram-se estatisticamente significativas quando comparadas com os resultados obtidos por sujeitos controlos.

Em relação ao *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R), é de notar que este instrumento de *screening* psicopatológico tem demonstrado a sua eficácia em múltiplos estudos prévios. O SCL-90-R tem-se mostrado útil na detecção de casos com comorbilidade, sendo um dos instrumentos de *screening* psicopatológico mais generalizado na actualidade. (Pérez-Gálvez, Vicente-Manzano, García-Fernandez, Romero-Escobar & Oliveras-Valenzuela, 2008). Verifica-se no presente estudo que em todas as escalas do teste, os sujeitos casos apresentam pontuações superiores, tal facto denota um maior índice de psicopatologia destes sujeitos quando comparados com os controlos. Estes resultados vão de encontro a outros estudos que consideram que as pontuações médias obtidas no SCL-90-R por sujeitos dependentes de substâncias são superiores em todas as escalas quando comparados com população normativa (Godinho, 2007; López & Becoña, 2006).

Verifica-se assim que características psicopatológicas são frequentemente encontradas em sujeitos dependentes de substâncias. Num estudo que pretendia investigar as relações entre psicopatologia, stress e comportamento de risco para desenvolver HIV do consumo endovenoso em 151 e 166 consumidores de drogas, verificou-se que os índices de psicopatologia (ou doença psicológica), estavam presentes em cerca de 72% da amostra de

adictos a drogas. (Hartgers, Vandenhoek, Coutinho & Vanderpligt, 1993). Sánchez-Hervás, Gardoli & Gallús (2001) através de uma investigação com sujeitos adictos pretenderam avaliar a presença de psicopatologia nos sujeitos dependentes numa Unidade de Comportamentos Adictivos mista (tratamento de drogas legais e ilegais), tentando discriminar se esses pacientes apresentavam mais psicopatologia que um grupo de sujeitos sem problemas por uso de drogas. Foram avaliados 216 pacientes distribuídos em quatro grupos: três grupos formados por pacientes em tratamento (diagnóstico de dependência de álcool n=43, diagnóstico de dependência de heroína n=65; diagnóstico e dependência de cocaína n=42), mais um grupo controlo (n=66) formado por sujeitos sem problemas de abuso de drogas. A todos os sujeitos foi administrado o *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1975), para avaliar a presença de psicopatologia. Como resultados verifica-se que os grupos formados por pacientes dependentes de substâncias psicoactivas apresentam uma grande variedade de sintomas psicopatológicos, sendo que as pontuações do grupo controlo são significativamente mais baixas que as obtidas pelo grupo de pacientes em todos os indicadores de psicopatologia.

Nos últimos anos, têm-se realizado diversos estudos que tentam descrever a sintomatologia psicopatológica da população adicta, mediante amostras reconhecidas sistematicamente. Em ditos estudos, entre 65% e 80% dos pacientes que dependem de substâncias psicoactivas apresentam (pelo menos uma vez na vida) uma desordem psiquiátrica. Em contrapartida as características psicológicas mais características entre os sujeitos adictos apresentam factores como tensão, ansiedade, impulsividade, estados de humor cíclicos, incapacidade para manter o esforço em objectivos. Também se verificou que os consumidores de determinadas substâncias específicas, (nomeadamente a cocaína) apresentam estados de ambição, agitação, tensão, auto-suficiência, depressão, indicando que os indivíduos que consomem esta substância buscam estados de euforia e êxtase (Montoya, Hess, Covi, Fudala, Johnson & Pharm, 1995).

De notar ainda que a elevada prevalência de comorbilidade psicopatológica nos sujeitos dependentes de substâncias alcoólicas tem sido um tema de interesse crescente (Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi & Lorea, 2006; Sánchez-Hervás, Gardoli, & Gallús, 2001). Segundo os estudos levados a cabo com população geral, aproximadamente metade dos sujeitos dependentes de substâncias alcoólicas apresenta uma perturbação psiquiátrica. Num estudo realizado por Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi & Lorea (2006) pretendeu-se avaliar a comorbilidade psicopatológica em 50 pacientes dependentes de substâncias alcoólicas que recorreram em busca de tratamento num programa de ambulatório.

Para o efeito, utilizaram critérios de diagnóstico do DSM-IV para a dependência desta substância, o MALT para avaliar a gravidade do alcoolismo e o SCL-90-R como medida de sintomatologia associada. Os resultados obtidos mostram a presença de numerosa sintomatologia psicopatológica, com elevações significativas na maioria das dimensões do SCL-90-R tanto em homens como em mulheres da amostra. Da mesma forma, Torres & Rodrigues, pretenderam identificar e verificar a relação entre os diferentes padrões de consumo de álcool, crenças e expectativas pessoais inerentes ao consumo desta substância bem como a sintomatologia psicopatológica, em utentes incluídos em tratamento de manutenção com *Metadona* (TMM). Esta investigação desenvolveu-se numa amostra de 50 sujeitos avaliados na Unidade de Matosinhos, foram estabelecidos quatro tipos de padrões de consumo de álcool: sujeitos abstinentes e de baixo risco; sujeitos em risco e sujeitos com dependência. Relativamente à manifestação de sintomatologia psicopatológica, os resultados indicam que os sujeitos identificados como perturbados emocionalmente apresentam valores estatisticamente significativos nos padrões de consumo de álcool. Estes dados sugerem-nos assim uma relação entre padrões de consumo de substâncias alcoólicas e a existência de sintomatologia psicopatológica (Torres & Rodrigues, 2007). Por outro lado, surgem autores como Beeder & Millman (1995, *in* Janeiro & Metelo, 2004) que defendem, que a incidência de psicopatologia na população toxicodependente em tratamento não é maior do que a verificada na população em geral. De acordo com estes autores muitas vezes acontece uma sobrevalorização de sintomas que conduzem a um diagnóstico informado no decorrer do tratamento.

Adicionalmente, e concretamente em relação ao presente estudo, é de salientar que de todas as escalas pontuadas no SCL-90 pelos sujeitos casos, as escalas Depressão (1,53) e Obsessões-Compulsões (1,51) foram as mais elevadas. Tal como neste estudo, também noutras investigações se comprovaram mesmos resultados. López e Becoña (2006) pretenderam estudar e analisar a presença de determinados sintomas psicopatológicos e o mal-estar percebido numa amostra de 115 sujeitos em tratamento por dependência de cocaína, através do SCL-90-R verificando-se que a pontuação média mais elevada das escalas correspondia, tal como no nosso estudo, à escala Depressão (1,03) e Obsessões Compulsões (1,01). Outras investigações, que pretenderam avaliar as características psicopatologias na população adicta obtiveram resultados semelhantes (Kendall & Sherman, 1995; Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi & Lorea, 2006; López, Becoña, Vieitez, Cancelo,

Sobradelo, García, Senra, Casete & Lage, 2008; Macías, Leal, Fernandez-Gil, Pacheco, & Aliño, 2000; Melo, 2008; Zack & Toneatto, 1998).

De entre todas as possíveis patologias relacionadas com o consumo de substâncias, a Depressão é das perturbações mais frequentes (Oliveira, Barroso, Silveira, Sanchez, Ponce, Vaz & Nappo, 2009). Os sintomas chave dos sintomas depressivos são o estado de ânimo deprimido, a ausência do interesse ou prazer por determinadas actividades, podendo também surgir alterações no sono, perda de energia, diminuição do rendimento, concentração, etc. (Szerman, Basurte, Roncero, Matínez-Raya & Veja, 2008). Aproximadamente 95% dos pacientes que recebem tratamento para uma perturbação relacionada com o consumo de substâncias apresenta sintomas de características depressivas, conduzindo o indivíduo a um estado de maior vulnerabilidade (Flórez & Salazar, 2008; Santana & Negreiros, 2008).

Um estudo que pretendia avaliar as características de humor em toxicodependentes através do SCL-90-R, (Weissman 1976, *cit in.*, Guimarães & Fleming, 2009) verificou que um terço dos sujeitos dependentes de substâncias psicoactivas apresentavam depressões moderadas a graves. Outros autores como Dum, Pickren & Sobel (2008), pretenderam, de igual forma, avaliar as perturbações de humor em sujeitos adictos (através do BDI-II e PHQ-9) concluindo que a escala mais pontuada pelos sujeitos dependentes de substâncias era a depressão. Numa outra investigação realizada pela associação Espanhola de Patologia Dual, estima-se que quase um terço dos pacientes (28,76) com uma perturbação de substâncias apresenta critérios diagnósticos de episódio depressivo major, existindo uma associação estatisticamente significativa entre a presença de risco de suicídio e perturbação dupla. Isto faz com que os pacientes com depressão associados ao consumo de substâncias sejam objecto chave de diagnóstico e tratamento pelo risco associado (Szerman, *et al.*, 2008).

Mais recentemente, Coutinho, Almeida, Santos, Onofre, Silva, Marques & Paz (2009) efectuaram um estudo de natureza descritiva e exploratória, durante seis meses, numa instituição pública de saúde, com o objectivo de definir o “perfil-tipo” dos utentes com dependência de substâncias. Todos os doentes foram avaliados durante a primeira semana de tratamento, relativamente à presença de psicopatologia verificando-se que a sintomatologia depressiva é a característica mais prevalente em sujeitos adictos. Ao procurar a redução dos sintomas através do consumo de substâncias, o indivíduo torna-se mais propenso a desenvolver uma dependência química e a perpetuar a sua perturbação depressiva (Santana *et al.*, 2008). Para precisar a incidência de algumas perturbações associadas em sujeitos adictos,

Sanabria, Diaz, Varela & Braña (2002) avaliaram uma amostra de 210 sujeitos dependentes de substâncias submetidos ao tratamento (83% homens e 17% mulheres) tentando inter-relacionar diferentes tipos de problemas (legais, laborais, económicos, familiares, psicopatológicos) com a sua evolução terapêutica. Uma das variáveis que com mais consistência parece predizer os resultados do tratamento é precisamente o nível de sintomatologia depressiva. Para valorizar estes dados foram comparados pacientes com sintomatologia depressiva (75 sujeitos) com pacientes sem sintomatologia depressiva (135). Os dados indicam que os pacientes com sintomatologia depressiva têm um ambiente familiar mais problemático e conflituoso, o que poderá justificar a elevação desta escala.

Na dependência de substâncias verifica-se um padrão de auto-administração repetida que resulta geralmente em tolerância, abstinência e sobretudo num comportamento compulsivo quanto ao consumo (American Psychiatric Association, 2002). Este comportamento compulsivo reflecte-se no presente estudo através dos resultados obtidos pelos sujeitos casos ao pontuarem de forma significativa (1,51) no SCL-90-R. Macías e colaboradores (2000), numa investigação que pretendia avaliar a psicopatologia, traços de personalidade e consumo de determinadas substâncias psicoactivas (heroína, cocaína, cannabis e álcool), avaliaram 51 pacientes numa unidade de internamento (através do SCL-90-R, e SCID-II). Como resultado verifica-se que a escala Obsessivo-Compulsivo é das mais elevadas entre os sujeitos. Na mesma linha de investigação, Crum & Anthony (1993) recolheram os dados de 18.572 pacientes incluídos no ECA (*Epidemiologic Catchment Area*), que completaram entrevistas para avaliar factores de risco que influenciam o desenvolvimento de processos psicopatológicos, dentro destes inclui-se o abuso de substâncias ilícitas. Aplicaram-se os critérios de diagnóstico do DSM-IV para Perturbação Obsessivo Compulsivo e realizou-se uma segunda análise aos 12 meses de seguimento a 13.306 pacientes adictos considerados em risco para desenvolver POC. Os resultados deste estudo demonstraram que sujeitos que utilizam de forma activa canabinoides, cocaína ou combinações das duas substâncias (ou associadas a drogas ilícitas) têm um risco quatro vezes maior de desenvolver perturbação Obsessivo-Compulsiva. A prevalência desta escala verifica-se também em sujeitos adictos de substâncias alcoólicas, num estudo realizado por Ochoa e colaboradores (1999 in Sánchez-Hérvás, Gradioli & Gallús, 2001) no qual se verificam indicadores de desvio psicopatológico e componentes obsessivo-compulsivo numa amostra de pacientes alcoólicos. Na tentativa de explicação da elevação desta escala pode estar a incapacidade de regular adequadamente o sistema de recompensas (Lubman, Yücel, & Pantelis, 2004).

Tal como no instrumento anterior (SCL-90-R), no MMPI-2, aplicado no presente estudo, os resultados obtidos pelos casos (exceptuando a escala 5) são também estatisticamente superiores quando comparados com os controlos. Dentre as escalas mais pontuadas no MMPI-2, pelos sujeitos adictos, destaca-se a Esquizofrenia (69,73) como uma das escalas mais elevada, comparada com os controlos (52,33). Os itens desta escala incluem temas que estão relacionados com alienação social e familiar, sentimentos de perseguição, ausência de interesses por questões circundantes, dificuldades de concentração e de controlo, sensações peculiares e determinados medos. Os nossos achados estão de acordo com estudos anteriores, que evidenciam a Esquizofrenia como uma sintomatologia predominante em sujeitos adictos (Chambers, Krystal, & Self, 2001; Ramos, Focchi, Gigante, Renó & Ayache, 1997; Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd & Goodwin, 1990).

Têm surgido nos últimos anos, estudos que confirmam a premissa de que associado ao consumo de substâncias psicoactivas, encontra-se por vezes a perturbação de esquizofrenia. Um estudo realizado por Felizardo (2005) pretendeu descrever as características personalísticas dos utentes em tratamento de substituição opiácea em *Metadona* no Centro de Atendimento a Toxicodependentes, utilizando o *Mini-Mult Questionário*, numa amostra de 42 indivíduos. Como resultados, verifica-se que o perfil médio de personalidade determinado para o grupo estudado apresenta valores indicadores de patologia nas escalas Depressão (*D*), Psicopatia (*Pd*) e Esquizofrenia (*Sc*), sendo esta última a que apresenta valores mais elevados (82). Da mesma forma, Huesca, Cruz, González & Blanco (2002) tentaram comparar o perfil de personalidade de 30 sujeitos dependentes de cocaína e de 26 consumidores de outras substâncias através do MMPI, que solicitassem tratamento numa instituição especializada. Os resultados mostram o mesmo perfil para os dois grupos, com uma alta prevalência da escala Esquizofrenia (80).

A comorbilidade com a perturbação de substâncias, embora comum em muitas perturbações psiquiátricas, é particularmente prevalente na população esquizofrénica (Buckley & Meyer, 2003; Chambers *et al.*, 2001; Pulcherio & Bicca, 2002), 47% dos pacientes com sintomatologia esquizofrénica apresentam perturbação por abuso de substâncias ao longo da sua vida (sem incluir a dependência de nicotina), aproximadamente 30% dos pacientes esquizofrénicos hospitalizados apresentam perturbações relacionadas com abuso de substâncias e 5% dos pacientes alcoólicos hospitalizados sofrem de esquizofrenia. A combinação de sintomatologia esquizofrénica e abuso de substâncias contribui para uma pior evolução da perturbação psicótica, pois verifica-se um aumento do risco de recaídas e de

hospitalização, um pior cumprimento e aderência do tratamento, rejeição dos conselhos médicos assim como uma percentagem de maior abandono do tratamento e pior evolução a longo prazo (Larrañaga, s/d; Szerman, Basurte, Roncero, Matínez-Raya & Veja, 2008). Considera-se que os pacientes com sintomatologia esquizofrénica consomem substâncias com a finalidade de diminuir a sintomatologia negativa associada com a perturbação bem como para combater as perturbações neurosensoriais produzidas por sintomas positivos (como as alucinações e os delírios) (Flórez & Salazar, 2008). De salientar ainda que pacientes com diagnóstico de perturbação esquizofrénica e com perturbação de personalidade anti-social, representam um grupo vulnerável de alto risco para a propensão do consumo de substâncias (Cami & Farré, 2003; Mueser, Drake, Ackerson, Alterman, Miles & Noordsy, 1997).

Desta forma, e de acordo com a literatura, verifica-se, tal como no presente estudo, uma alta propensão de traços de esquizofrenia em sujeitos adictos. No entanto, o facto de os resultados do nosso estudo demonstrarem valores muito elevados nesta escala (Esquizofrenia - *Sc*) tal facto não parece relacionar-se com patologia psicótica. De acordo com o Inventário aplicado (MMPI-2), o perfil é considerado psicótico se revelar um traçado ascendente com três escalas mais elevadas: Psicastenia (*Pt*), Paranóia (*Pa*) e Esquizofrenia (*Sc*), o que não se verifica no perfil encontrado. A elevação da escala *Sc* poderá estar assim relacionada com o défice relacional, característico desta população.

Outro aspecto interessante a salientar nestes resultados, é que em ambos os instrumentos (SCL-90-R e MMPI-2) se destacaram os traços Paranóides e Psicopatia na população adicta, o que remete para uma boa validade concorrente de testes diferentes. Estes dois traços são também, de acordo com a literatura, características prevalentes na população dependente de substâncias. Num estudo experimental que pretendeu avaliar a personalidade em 50 sujeitos dependentes de substâncias alcoólicas, através do MMPI-2, verificou-se que 32% padeciam de Psicopatia seguida de Paranóia (20%) (Soto, Hernández, Martínez, Rayle & Ovalle, s/d). Da mesma forma, Ingersoll, Knisely, Dawson & Schnoll, (2004) avaliaram 105 sujeitos do sexo feminino dependentes de substâncias, que através da escala MMPI-2, foi possível dividir em dois grupos com maior e menor patologia. Os resultados indicam que o grupo com maior patologia (n=29, 27,6%) teve pontuações mais elevadas nas escalas Depressão, Psicopatia, Paranóia e Esquizofrenia. Dentro destas, a escala Psicopatia teve resultados mais elevados seguida da escala Paranóia e Esquizofrenia. Enquanto que o grupo com menor patologia (n=76, 72,4%) obteve um perfil de normalidade com elevação na escala Psicopatia.

Brady, Sonne, Randall, Adinoff & Malcolm, (1995) num estudo que pretendia avaliar as diferenças entre sujeitos dependentes de cocaína e sujeitos dependentes de cocaína e álcool, verificaram que os sujeitos do segundo grupo foram significativamente mais propensos a experimentar sintomas de psicopatia. Da mesma forma, Pérez-Gálvez, Vicente-Manzano, García-Fernandez, Romero-Escobar & Oliveras-Valenzuela, (2008) num estudo transversal pretenderam determinar a prevalência de psicopatologia em sujeitos adictos a substâncias alcoólicas que iniciaram tratamento, assim como a sua relação com o sexo. A amostra avaliada compreende 518 pacientes da Unidade de Alcoólicos, que preencheram o SCL-90-R. Os resultados evidenciam uma alta prevalência de psicopatologia entre pacientes dependentes de álcool que recebem tratamento ambulatorio, sendo a Psicopatia, uma das escalas mais pontuadas (61,58%).

A psicopatia é assim uma das dimensões da personalidade que, em diversos estudos, caracteriza a população dependente de substâncias (Francis, 1997). Esta escala (*Pd*) destina-se a avaliar um desajustamento social e perturbações associadas com défices no controlo dos impulsos que levam à passagem ao acto. Sujeitos que pontuaram de forma elevada podem ser considerados imaturos, egocêntricos, impulsivos e emocionalmente instáveis. A elevação desta escala (*Pd*) poderá estar também relacionada com as manifestações de comportamento anti-social muitas vezes associadas a uma vida de consumos, relativa à personalidade dos toxicodependentes (Felizardo, 2005). Nas investigações efectuadas em Portugal para avaliar a psicopatia em populações forenses, a ligação à toxicodependência só tangencialmente tem sido abordada (Gonçalves & Salém, 2002).

Os traços Paranóides são também abordados na população adicta por diversos autores (Brady, Sonne, Randall, Adinoff & Malcolm, 1995; Hervás, 2001; Satel & Edell, 1991), que consideram como parte integrante da sua personalidade. Dentro das complicações psicopatológicas do consumo de substâncias psicoactivas os sintomas psicóticos são uma das complicações mais habituais produzidas pelo consumo nomeadamente de cocaína. A paranóia é a consequência mais característica destes sintomas, podendo aparecer em vívidas alucinações. Até 65-70% dos consumidores compulsivos de cocaína podem apresentar sintomatologia paranóide quando estão intoxicados (Roncero, Ramos, Collazos & Casas, 2001). Desta forma, para avaliar a hipótese de que a cocaína induz sintomas paranóides, Satel & Edell, (1991) avaliaram 20 sujeitos dependentes desta substância. Os resultados verificaram que metade desses sujeitos reportam episódios de paranóia. Dentro das complicações psicopatológicas do consumo de cocaína os sintomas psicóticos são muito habituais, sendo a

paranóia a perturbação mais comum (Roncero, Ramos, Collazos & Casas, 2001). Também o consumo de crack pode provocar alucinações e envolver comportamentos violentos, bem como episódios paranóides.

Em termos de análise do código de perfil no MMPI-2 verifica-se que as escalas mais pontuadas no presente estudo são a Paranóia e Esquizofrenia. Estes resultados, de acordo com o manual do *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota*, podem revelar que as características dos sujeitos adictos avaliados sugerem desconfiança, sentimentos de inferioridade, inibição, falta de auto-estima e de auto-confiança, distanciamento, com dificuldade em estabelecer vínculos afectivos e acentuadamente voltados para o mundo da fantasia.

Tendo em conta todos estes resultados, o que ressalta de forma mais evidente neste estudo é a incidência de psicopatologia nos sujeitos adictos quando comparados com os sujeitos controlos. Tal facto é reforçado com a amostra global de 40 casos e 157 controlos, nos quais estes últimos (apesar de em maior número) têm resultados muito inferiores que os pacientes casos. Desta forma surge a questão: o que poderá estar a contribuir para estes resultados tão marcantes e dicotómicos? Vários poderão ser os factores que justifiquem estes resultados.

De acordo com diversos estudos, o tempo de permanência na comunidade terapêutica pode influenciar a incidência de psicopatologia nos resultados obtidos. No nosso estudo, foi colocado como critério de selecção dos sujeitos casos, o cumprimento de duas semanas de permanência na comunidade, no sentido de garantir a desintoxicação e a estabilidade mental dos sujeitos. Todavia, urge agora a dúvida se seriam duas semanas suficientes para garantir um bom funcionamento dos sujeitos. Um estudo elaborado por Pérez & López-Durán (2005) que pretendia analisar a evolução da pontuação do instrumento em função do momento em que os sujeitos adictos se encontravam na comunidade, classificou os seguintes grupos: 1) Grupo de Início, aqueles que preencheram o questionário nas primeiras semanas desde a formalização do pedido do tratamento; 2) Grupo de Preparação, aqueles que estão a menos de um mês o tratamento; 3) Grupo de Acção, aqueles que estão há mais de um mês no tratamento; 4) Grupo de Manutenção, aqueles que estão há três meses no tratamento. Como resultado verificou-se que as pontuações médias máximas obtidas se encontraram no início do tratamento, isto é, o mal-estar é superior no início do tratamento e diminui à medida que o tempo de permanência na comunidade avança. De forma similar, López e colaboradores

(2008) verificaram que ao longo do tempo na comunidade os sujeitos adictos denotavam uma melhoria nas escalas de psicopatologia (nomeadamente no SCL-90-R). Assim, os dados indicam uma evolução positiva depois de dois anos de avaliação inicial, no entanto, as pontuações obtidas por estes sujeitos são mais elevadas do que na população normativa. Os resultados destes estudos indicam-nos que a fase inicial de permanência na comunidade é mais propícia a que se manifestem sintomatologia psicopatológica. Tal facto poderá estar relacionado com o nosso estudo.

Outro aspecto a considerar é o período de abstinência em que os sujeitos casos se encontram. A característica essencial da abstinência de substâncias é o desenvolvimento de uma alteração comportamental desadaptativa, específica de uma substância, com concomitantes fisiológicos e cognitivos, devido à cessação da utilização prolongada de substâncias (American Psychiatric Association, 2002). Quando os sujeitos casos deste estudo foram avaliados, encontravam-se em fase de abstinência, e tal facto poderá ter contribuído para os resultados obtidos. Um estudo realizado por Pope (1996, *cit in.*, Almeida Bressan & Lacerda, 2008), que pretendia avaliar as características dos sujeitos dependentes de substâncias pesadas, verifica-se que estes obtiveram pior desempenho nos testes aplicados quando comparados com os dependentes de substâncias leves, após 19 horas de abstinência, todavia, o autor conclui que não pode determinar se este prejuízo é devido aos efeitos residuais da substância consumida ou se está relacionado com a síndrome de abstinência, que também pode alterar de forma substancial o estado físico e psicológico em que os indivíduos se encontram. Desta forma, as elevações presentes neste estudo podem reflectir sintomas dos estados de abstinência em vez da psicopatologia actual.

Ao longo da presente reflexão fomos-nos deparando com os distintos resultados derivados das substâncias consumidas pelos sujeitos. Desta forma, poderemos constatar que as características encontradas no perfil do nosso estudo poderão também ser influenciadas pelo tipo de substância consumida. Diferentes tipos de substâncias, provocam alterações (personalísticas e psicopatológicas) distintas nos sujeitos. Os consumidores de drogas consideradas duras (*e.g.* heroína) tendem a ter traços de personalidade mais acentuados de acordo com o que se revela no MMPI (Hammersley, Lavelle & Forsyth, 1995).

Montoya, e colaboradores (1995) estudaram as diferenças cognitivas e psicológicas entre indivíduos dependentes de **cocaína** e opiáceos, utilizando o SCL-90-R, WAIS e a SILS. Analisaram um grupo de 135 pacientes dependentes de cocaína e 162 pacientes dependentes

de opiáceos (morfina e heroína). Ditos pacientes estavam ingressados num centro de ambulatório para tratamento de abuso de drogas no *National Institute on Drug Abuse-Addiction Research Center*. Os resultados deste estudo mostram diferenças cognitivas e psicopatológicas significativas entre os indivíduos dependentes de cocaína e opiáceos integrados no tratamento ambulatório de abuso de drogas. Desta forma, os pacientes dependentes de cocaína mostraram valores significativamente mais elevados na Escala de Inteligência de *Weschler* (WAIS-R), no entanto, na escala do SCL-90-R estes pacientes obtiveram maiores índices de psicopatologia, nomeadamente nas escalas sensibilidade interpessoal, ansiedade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo, os pacientes dependentes de opiáceos mostraram pontuações mais elevadas na escala somatização. As elevadas pontuações nas subescalas deste instrumento nos pacientes dependentes de cocaína reflectem um maior problema psicológico e pode indicar uma relação directa entre a dependência de cocaína e a elevada psicopatologia em geral. Os resultados sugerem assim que os pacientes dependentes desta substância têm uma função cognitiva melhor, padecendo no entanto, de índices superiores de psicopatologia quando comparados com pacientes dependentes de opiáceos. Ainda no que se refere ao consumo de cocaína, Crum & Anthony (1993) ao avaliarem a sintomatologia psicopatológica em sujeitos adictos, constataram que os sujeitos dependentes desta substância têm maiores probabilidades de desenvolver determinadas perturbações, nomeadamente a perturbação obsessivo-compulsivo.

Um outro estudo que pretendeu comparar e contrastar as características psicológicas e demográficas de amostras de pacientes dependentes de cocaína e alcoólicos primários, avaliou um total de 139 adultos, (70 homens e 24 mulheres diagnosticados como alcoólicos e 78 homens e 21 mulheres diagnosticados como dependentes de cocaína) duas semanas depois da sua admissão num programa de tratamento residencial, com diagnóstico duplo de dependência química. Passou-se a cada paciente testes psicológicos, incluindo o SILS, MMPI, MCMI-II, Rorschach e Inventários de Depressão de Beck. Os resultados indicam que os pacientes dependentes de cocaína tendem a ter maiores elevações significativas através de um número de escalas, assim, estes pacientes parecem relativamente transtornados (pontuações da escala F do MMPI e do Inventário de Depressão de Beck) quando comparados com sujeitos dependentes de substâncias alcoólicas; mostraram maior agitação desorganização, confusão e tendências paranóicas (elevações das escalas 9, 8 e 6 do MMPI), pobre regulação do afecto e teste de realidade, maior tendência para a raiva e actuações de rebeldia (escala 4 MMPI) (Lesswing, & Dougherty, 1993). Também se verificou que os consumidores de cocaína

apresentam estados de ambição, agitação, tensão, auto-suficiência, depressão, indicando que os indivíduos que consomem esta substância buscam estados de euforia e êxtase (Montoya, *et al.*, 1995).

O consumo de **álcool** também produz uma ampla gama de sintomas psíquicos que tendo uma intensidade e duração suficientes podem cumprir critérios para diagnóstico de perturbações psiquiátricas. A intoxicação etílica produz ansiedade e na intoxicação crônica a ansiedade pode evoluir para uma perturbação fóbica, assim como perturbações depressivas. O consumo crônico de substâncias alcoólicas pode também favorecer o aparecimento de comportamentos anti-sociais, quadros psicóticos, deterioro cognitivo e consumo de outras substâncias psicoativas. (Zamora & Ruiz, 2006). Um estudo que pretendia avaliar a comorbilidade psicopatológica em 50 pacientes dependentes de substâncias alcoólicas (em tratamento num programa de ambulatório) concluiu que os sujeitos dependentes desta substância apresentavam numerosa sintomatologia psicopatológica, com elevações significativas na maioria das dimensões do SCL-90-R tanto em homens como em mulheres da amostra (Landa *et al.*, 2006). Outra investigação em utentes incluídos em tratamento de manutenção com *Metadona* (TMM), estabeleceu quatro tipos de padrões de consumo de álcool: sujeitos abstinentes e de baixo risco; sujeitos em risco e sujeitos em dependência. Relativamente à manifestação de sintomatologia verifica-se alta prevalência de sintomas psicopatológicos nestes sujeitos (Torres & Rodrigues, 2007). Verifica-se ainda uma alta prevalência de psicopatologia entre pacientes dependentes de substâncias alcoólicas que recebem tratamento em ambulatório (Pérez-Gálvez *et al.*, 2008).

Da mesma forma, também se verifica que quando surgem pacientes com dependências cruzadas (consumo de mais de uma substância) as perturbações poderão ser ainda mais evidentes. Malcolm (1995) constatou que os sujeitos dependentes de cocaína e substâncias alcoólicas tiveram perturbações mais significativas (nomeadamente sintomas psicóticos) quando comparados com sujeitos apenas dependentes de cocaína. Através de uma investigação que pretendia determinar a presença de psicopatologia em sujeitos dependentes, foram avaliados pacientes distribuídos em quatro grupos: três grupos formados por pacientes em tratamento (diagnóstico de dependência de álcool n=43, diagnóstico de dependência de heroína n=65; diagnóstico e dependência de cocaína n=42), mais um grupo controlo (n=66) formado por sujeitos sem problemas de abuso de drogas. Como resultados verifica-se que os grupos formados por pacientes dependentes de substâncias psicoativas apresentam uma grande variedade de sintomas psicopatológicos, sendo que as pontuações do grupo controlo

são significativamente mais baixas (Sánchez-Hervás *et al.*, 2001). De forma similar, Malcolm, (1995) ao pretender avaliar as diferenças entre sujeitos dependentes de cocaína e sujeitos dependentes de cocaína e álcool, verificou-se que os do segundo grupo foram significativamente mais propensos a experimentar sintomas psicóticos. Macías e colaboradores (2000) pretenderam avaliar a comorbilidade psiquiátrica e perturbações de personalidade em sujeitos consumidores de várias substâncias (álcool, cannabis, cocaína e heroína) concluíram que os sujeitos dependentes de múltiplas substâncias são os que têm pontuações mais elevadas na escala anti-social e esquizóide (neste grupo, os sujeitos dependentes de substâncias alcoólicas são os que têm menor pontuação). Os sujeitos com maiores índices de consumo de heroína e cocaína pontuaram de forma mais prevalente na perturbação de personalidade histriónica, os sujeitos dependentes de substâncias alcoólicas, pontuaram de forma mais elevada na perturbação dependente da personalidade, o consumo de cannabis está associado a perturbações psicóticas. No nosso estudo não foi especificado o tipo de substância consumida pelos sujeitos adictos, desta forma, não nos é permitido predizer que tipo de substância é mais prevalente na alteração de características psicopatológicas e personalísticas.

Verifica-se assim que são múltiplos os factores que poderão estar a contribuir para as características encontradas nestes sujeitos. Todavia, é necessário ter em conta as repercussões que as substâncias provocam. Sabe-se que droga é toda e qualquer substância que actua no cérebro e como consequência tende a alterar o comportamento, humor, pensamento e percepção da realidade (Becker, Schwengber, Cardozo, Medeiros & Wechenfelder, 2004), mas tal facto poderá ter repercussões na personalidade do sujeito adicto? dito por outras palavras, poderá o consumo de substâncias psicoactivas alterar a personalidade destes indivíduos? Muito se tem debatido sobre esta questão, não havendo, no entanto, um consenso quanto à sua resposta.

De facto, são inúmeros os autores que afirmam existirem alterações de personalidade nos sujeitos adictos. De acordo com Maia (2009), o consumo crónico de estupefacientes, mesmo de drogas ditas leves, provoca alterações permanentes de personalidade e deterioração de funções cognitivas. Segundo este autor, os consumidores crónicos de drogas manifestam alterações de personalidade que os tornam mais irresponsáveis, mais irritáveis, impulsivos, egocêntricos e com tendência para cometer actos ilícitos, violência familiar e comportamentos de risco. Desta forma, o facto de existir um perfil para consumidores de diferentes substâncias leva-nos a colocar a hipótese de que podem existir características de personalidade adictiva,

mais do que traços específicos correspondentes ao consumo de cada uma das substâncias. A interpretação do perfil de personalidade, em sujeitos adictos, encontrado no estudo de Huesca, Cruz, González & Blanco (2002) traduz sujeitos emocionalmente dependentes, que tendem a buscar exageradamente afecto e atenção. Estes sujeitos tendem a isolar-se socialmente com medo de se envolver, é-lhes difícil expressar as suas emoções de forma adequada e estabelecer relações fechadas. O uso de substâncias pode ser interpretado como um relacionamento fracassado, que, paradoxalmente, contribui mais para manter a distância nas suas relações e fomentar a introversão. Ainda neste estudo (Huesca *et al.*, 2002) foi encontrado um perfil de personalidade tanto em sujeitos dependentes de cocaína como em dependentes de várias substâncias, o que leva a considerar que podem, de facto, existir características de personalidade comuns a todos os sujeitos adictos. De uma forma geral, verifica-se assim, que os sujeitos dependentes de substâncias, possuem determinadas características próprias que os distinguem dos demais (Becker, Schwengber, Cardozo, Medeiros & Wechenfelder, 2004).

Apesar de se verificarem alterações na personalidade de sujeitos adictos, estas alterações apenas podem ser verificadas no final de três a quatro anos de consumo, no caso dos adolescentes em "franco desenvolvimento", ou mais tempo, no caso dos adultos com "características personalísticas já bem marcadas" e que iniciem o consumo de substâncias numa fase já adulta (Maia, 2009). De forma similar, outros estudos consideram a existência destas alterações de personalidade como consequência do consumo de substâncias (Fragoso, 2001; Felizardo, 2005; Paula, 2009). Por outro lado, estudos teórico-clínicos apesar de concordarem com a hipótese da existência de características de personalidade comuns em sujeitos adictos, afirmam não se encontrar entre eles um tipo único de personalidade (Fonte, 2007; Silva, Pinheiro, Sousa, Tomasi, Moraes, Faria, & Jorge, 2007; Valentim, 1998).

As alterações na personalidade que se verificam nos toxicodependentes são um problema sério, no entanto, tal facto não deve ser confundido com perturbações de personalidade, pois estas alterações na personalidade são reversíveis depois do sujeito adicto passar por um período de abstinência (Silva, 2010). Apesar disso, o tipo de personalidade de cada sujeito parece contribuir de forma significativa para o comportamento de dependência. Um dos primeiros estudos em que se verifica a presença de perturbações de personalidade em pacientes dependentes de substâncias foi levado a cabo por Kranzler, Satel & Apter, (1994, *in* Fernández-Montalvo & Lorea, 2007). Em concreto estes autores analisaram a prevalência de perturbações de personalidade numa amostra de 73 adictos a opiáceos e 37 adictos a cocaína.

Utilizaram para tal efeito o MCMI e os resultados revelaram uma prevalência muito alta de perturbações de personalidade que afectava 97% os adictos de cocaína e 90% os adictos de opiáceos.

As perturbações de personalidade e o consumo de substâncias são muito frequentes. Verifica-se que os pacientes com perturbação de personalidade consomem mais substâncias do que a população em geral, sendo que os adictos com perturbação de personalidade associada manifestam uma pior evolução/prognóstico (Blanco, Sirvent, Moral, Linares & Rivas, 2010). Nace, Daves & Gaspari (1991) num estudo que pretendia avaliar a relação entre o consumo de substâncias e as perturbações de personalidade, concluíram que dos 100 sujeitos adictos, 57 padecia de perturbações de personalidade. Da mesma forma, Fernández-Montalvo, Goñi, Landa, Illescas, Lorea & Zarzuela (2004) num estudo que pretendia avaliar a prevalência de perturbações de personalidade entre os pacientes adictos integrados numa comunidade terapêutica, concluiu que 76,2% da amostra apresenta pelo menos uma perturbação de personalidade, sendo que em mais de metade dos casos estudados padecem de mais de uma perturbação de personalidade. Vários outros estudos sugerem que a comorbilidade entre perturbações de personalidade e consumo de substâncias é comum: 58% (Frei & Rehm, 2002), 57% (Rounsaville, Kranzler, Ball, Tennen, Poling & Triffleman, 1998), 60% (Skodol, Oldham & Gallaher, 1999). Verifica-se assim que a dependência de substâncias e as perturbações de personalidade co-ocorrem frequentemente em populações clínicas (Ball, 1998).

Neste seguimento, de acordo com a literatura, a perturbação de personalidade mais frequentemente encontrada em sujeitos adictos refere-se à perturbação de personalidade anti-social. No nosso estudo, verifica-se uma alta prevalência da escala *Pd* (Psicoticismo) tanto no MMPI-2 como no SCL-90-R. A elevação desta escala (como foi referido anteriormente) poderá estar relacionada com as manifestações de comportamento anti-social muitas vezes associadas a uma vida de consumos, relativa à personalidade dos toxicodependentes, podendo verificar-se assim, uma alta prevalência de sujeitos com características ditas anti-sociais no presente estudo. A psicopatia tem sido sempre um conceito esquivo para os científicos sociais. No entanto, na actualidade tende a considerar-se o termo “psicopatia” como sinónimo de “perturbação da personalidade anti-social” (Esteban, Garrido, & Molero, 1993). A característica essencial da perturbação de personalidade anti-social é um padrão global de menosprezo e violação dos direitos dos outros, com início na infância ou adolescência precoce e continuidade na idade adulta. Este padrão tem sido também designado como

psicopatia, sociopatia ou perturbação dissocial da personalidade. As características centrais da perturbação anti-social da personalidade são a fraude e a manipulação. Os sujeitos com esta perturbação têm frequentemente ausência de empatia e tendem a ser insensíveis. Esta ausência de empatia, auto-estima elevada e encanto superficial são características habitualmente incluídas nas concessões tradicionais de psicopatia (American Psychiatric Association, 2002).

Estima-se que 20-60% dos consumidores de substâncias satisfazem critérios para perturbação de personalidade anti-social (Cottler, Compton, Ridenour, Abdallah & Gallagher, 1998). Esta perturbação tem sido diagnosticada com muita frequência no âmbito dos comportamentos adictivos (Fernández-Montalvo, & Landa, 2003; McKay, Alterman, Cacciola, Mulvaney, O'Brien, 2000). Holmes (1997 *in* Antunes, 2005) compreende o comportamento anti-social como um factor preponderante e explicativo para a dependência de substâncias em geral. Da mesma forma, Kidorf, Disney, King, Neufeld, Beilenson & Brooner (2004) num estudo que pretendia avaliar a prevalência de perturbações psiquiátricas em sujeitos dependentes, verificaram que cerca de 37% padeciam de perturbação de personalidade anti-social. Vários outros estudos no mesmo âmbito, ao avaliar as características personalísticas de sujeitos adictos concluíram que estavam presentes maioritariamente características anti-sociais da personalidade (Falck, Wang, Siegal & Carlson, 2004; Formiga, Santos, Dumcke, Araujo, 2006; Goldestein, Compton, Pulay, Ruan, Pickering, Stinson, & Grant, 2007; Zaleski Laranjeira Marques Ratto, Romano, Alves, Soares, Abelardino, Kessler, Brasiliano, Nicastrì, Hochgraf, Gigliotti, & Lemos, 2006). De notar ainda que para além da perturbação de personalidade anti-social muitas vezes encontrada em sujeitos dependentes de substâncias ilícitas, é também frequente a existência de sujeitos com perturbação da personalidade *Borderline*. (Fassino, Daga, Delsedime, Rogna & Boggio, 2004), ou ambas as perturbações (Andreasen & Black, 2009; Fabião, 2002; Hatzitaskos Soldatos Kokkevi Stefanis 1999; Macías, Leal, Fernández-Gil, Pacheco, Aliño, 2001; Passos & Camacho, 1998; Poldrugo & Forti, 1988; Rounsaville Kranzler Ball, Tenne Poling & Triffleemann, 1998).

Contrariamente aos dados anteriormente descritos, surgem outros autores com resultados distintos. Lorea, Fernández-Montalvo, López-Goñi & Landa (2008), efectuaram um estudo que pretendia avaliar as perturbações de personalidade comparando sujeitos dependentes de substâncias psicoactivas com população normal (através do MCMI-II). A amostra deste estudo é composta por 110 sujeitos (60 pacientes adictos a cocaína e 50 população normal). Os resultados obtidos indicam a existência de uma maior proporção de

perturbações de personalidade no grupo de adictos do que no grupo controlo. Desta forma verifica-se que dos resultados alcançados, 22 sujeitos (36,7% da amostra clínica) obtiveram pontuações indicadoras da existência de, ao menos, uma perturbação de personalidade. As perturbações que se manifestaram com maior frequência foram a passivo-agressivo da personalidade e a perturbação dependente da personalidade (com taxas de 10% cada um deles). Seguem-se com mais frequência a perturbação obsessivo-compulsivo e histriónica (6,7%). As perturbações menos representativas foram a anti-social e borderline com apenas dois casos (3,3%). Para além deste estudo, surgem outros que nos indicam que os sujeitos dependentes de substâncias psicoactivas não possuem características de personalidade distintas dos sujeitos não consumidores. Neste sentido, Hérvas & Peirats (1996) pretenderam avaliar (através do 16 pf) se haveriam diferenças nas características de personalidade entre o grupo experimental, formado por sujeitos adictos a heroína, e grupo controlo formado por sujeitos não adictos a substâncias psicoactivas. Foram avaliados no total 140 sujeitos. Pretendeu-se que ambos os grupos (controlo e experimental) fossem o mais homogéneo possível em relação às variáveis sociodemográficas em termos de sexo, idade e escolaridade. Os resultados considerados globalmente mostram que os sujeitos do grupo experimental (adictos) não apresentam diferenças significativas em relação aos sujeitos do grupo controlo quanto às características de personalidade estudadas

Em suma, verifica-se assim, que os sujeitos dependentes de substâncias, para além de altas taxas de sintomas psiquiátricos, exibem também alterações personalísticas quando comparados com populações não-clínicas (Kendall & Sherman, 1995). Esta relação é tipicamente encontrada independentemente da substância ou substâncias utilizadas: seja a Cocaína (Huesca, Cruz, Gonzáles & Blanco, 2002; Lesswing & Dougherty, 1993; López y Becoña, 2006) substâncias alcoólicas (Huesca, Cruz, Gonzáles & Blanco, 2002; Pulcherio & Bicca, 2002), heroína (Lesswing & Dougherty, 1993), ou outras. No entanto, estas diferenças marcantes não devem ser consideradas como características permanentes da população dependente de substâncias, devem-se essencialmente à natureza do constructo que está a ser avaliado ou seja, estamos a avaliar nesta amostra Estados de Personalidade (no momento em que a avaliação foi feita) e não Traços de Personalidade (não sendo de esperar então uma influência tão marcada do momento da avaliação já efectuada).

9. Conclusões

O objectivo deste estudo prendeu-se com avaliar as características psicopatológicas e personalísticas de uma amostra de pacientes adictos institucionalizados, em comparação com sujeitos controlos. Perante esta comparação, numa metodologia por emparelhamento de 40 pacientes adictos (casos) e 40 sujeitos da população normal (controlos), verificou-se:

- a) Os sujeitos consumidores de substâncias, no que diz respeito aos indicadores com significância estatística apresentam resultados superiores em todas as escalas dos testes realizados, à excepção da escala Masculinidade/Feminilidade do MMPI-2. Dentre estes, verifica-se um maior deterioro cognitivo nos sujeitos casos, quando comparados com os controlos através do MMSE. De notar ainda a existência de uma diferença estatisticamente significativa no SCL-90-R, nomeadamente nas escalas:
- Somatização: a elevação desta escala nos sujeitos adictos indica, nesta amostra, um maior stress por parte dos mesmos, resultante da percepção de disfunções fisiológicas;
 - Obsessões-Compulsões: esta escala pode reflectir mais acções ou comportamentos por parte dos casos experienciadas como compulsivas;
 - Sensibilidade Interpessoal: pode manifestar-se numa maior sensibilidade interpessoal na forma como os indivíduos casos percebem suas relações interpessoais;
 - Depressão: os resultados desta escala traduzem que os sujeitos adictos revelam mais sintomatologia depressiva;
 - Ansiedade: podendo indicar uma maior percentagem de sintomatologia ansiosa nos sujeitos casos, de uma forma generalizada;
 - Hostilidade: esta escala pode significar uma maior dimensão de padrões hostis de comportamento, tais como, agressividade, irritabilidade, nos sujeitos casos;
 - Ansiedade Fóbica: esta escala pode reflectir a presença de mais comportamentos fóbicos por parte dos sujeitos adictos, quando comparados com os controlos;
 - Ideação Paranóide: a elevação desta escala por parte dos casos pode significar uma maior prevalência de comportamentos paranóicos nestes sujeitos;
 - Psicoticismo: reflectindo maiores dimensões a nível psicóticos (nomeadamente padrões de relacionamentos afectivos e interacções sociais deficientes) nos sujeitos adictos.

Em relação à significância estatística na aplicação do MMPI-2, verifica-se uma alta prevalência (por parte dos casos) nas escalas:

- Hipocondria: a elevação desta escala por parte dos sujeitos casos pode reflectir mais preocupações e sintomas relacionados com a saúde corporal, quando comparados com os controlos;
 - Depressão: esta escala pode significar que os sujeitos adictos apresentam maiores indicadores de melancolia, lentidão física e apatia;
 - Histeria: reflecte uma maior utilização de mecanismos de defesa tipo conversivo por parte dos casos.
 - Psicopatia: a elevação desta escala pode traduzir-se num maior desajustamento social e perturbações de carácter associadas aos défices no controlo dos impulsos por parte dos sujeitos adictos;
 - Paranóia: os sujeitos casos manifestam maior preocupação com os motivos percebidos nas acções de outras pessoas, quando comparados com os controlos;
 - Psicastenia: esta escala parece indicar a existência de alguns medos, auto-desvalorização, baixa auto-estima por parte dos casos.
 - Esquizofrenia: esta escala pode reflectir a presença, nos sujeitos casos, de ideias e comportamentos mais bizarros do que na população normativa;
 - Hipomania: esta escala parece revelar alguns sentimentos de grandiosidade e grau de excitação nos sujeitos casos quando comparados com os controlos.
 - Introversão/Extroversão, esta última escala poderá também revelar, por parte dos sujeitos casos, algum desconforto em situações quando comparados com os sujeitos controlos.
- b) Todos estes resultados são estatisticamente significativos quando comparados os sujeitos casos com os controlos. Todavia, para além disso, é necessário considerar aquelas escalas que se manifestam cl clinicamente significativas nos sujeitos adictos. Desta forma, verifica-se no SCL-90-R uma maior prevalência em termos clínicos das escalas Obsessões-Compulsões, Depressão e Psicoticismo. Em relação ao Inventário Multifásico de Personalidade MMPI-2, verifica-se um maior predomínio de sintomatologia Paranóide e Esquizofrénica.

Estes resultados são reforçados quando comparados os 40 sujeitos adictos com 157 sujeitos controlos, em que estes últimos apresentam índices psicopatológicos e personalísticos

inferiores. Perante estes resultados, não gostaríamos de ter sobre eles uma perspectiva linear sob pena de, também nós, contribuímos para as concepções unidimensionais tantas vezes veiculadas sobre as perturbações adictivas. Desta forma, há que ter em consideração que vários poderão ser os factores responsáveis por estes resultados. O tempo de permanência na comunidade terapêutica destes sujeitos adictos, pode ser um factor preponderante para os resultados obtidos. Para além disso, torna-se evidente que estes sujeitos, mesmo abstinente, continuam a experienciar algum tipo de disfunção em termos psicológicos. De qualquer das formas, estes resultados são baseados em pacientes observados durante a permanência numa comunidade terapêutica, e neste sentido, as conclusões não poderão ser generalizadas para toda a população adicta. Desta forma, e em relação apenas ao presente estudo, verifica-se uma alta prevalência de sintomas e perturbações de personalidade e psicopatológicas. Torna-se assim premente a identificação precoce destes sujeitos, bem como a sua integração em instituições capazes de dar resposta a estas problemáticas no sentido de reduzir a incidência de uma patologia com consequências tão marcantes para o paciente, família e sociedade em geral.

10. Reflexão final

Estamos perante um estudo pioneiro porque não só vai no sentido daquilo que já tem vindo a ser reforçado no que toca aos efeitos do consumo continuado de substâncias psicotrópicas nas dimensões psico-emocionais, cognitivo e personalísticas, como evidencia de forma muito particular o extremo grau de deterioro que a maioria destes pacientes alcança em situações de necessidade de internamento para desintoxicação.

Não obstante o referido anteriormente, o presente estudo apresenta algumas limitações que deverão ser colmatadas em investigações posteriores. Uma das principais lacunas é a ausência de especificação da substância consumida pelos sujeitos adictos, desta forma, não conseguimos prever que tipo de substância poderá estar a contribuir de forma mais significativa para o perfil de personalidade apresentado. De acordo com estudos efectuados a nível nacional e internacional, é perceptível que determinadas substâncias ilícitas têm efeitos distintos nos sujeitos, ou seja, nem todas as substâncias causam a mesma sintomatologia. Desta forma, é compreensível que sujeitos consumidores de drogas ditas mais duras apresentam, de acordo com outros estudos realizados, índices de maior psicopatologia. No

presente estudo, como não foi especificado o tipo de substância consumida pelos sujeitos, não nos é possível concluir qual a substância que estará a contribuir de forma prevalente nos resultados encontrados.

No que respeita às características dos questionários aplicados, nomeadamente o MMPI-2, apesar das inúmeras vantagens (construção empírica, escalas de confiabilidade, validade e precisão comprovadas) padece de algumas limitações. A primeira é a extensão das questões abordadas (576), este facto reflectiu-se tanto nos sujeitos casos, que manifestavam cansaço na sua consecução, bem como nos controlos, que muitos deles (excluídos da amostra deste estudo) respondiam de forma aleatória às questões propostas. Outra limitação a considerar é a de que, como instrumento verbal, o MMPI-2 é bastante sensível aos efeitos da variável escolaridade. De facto, alguns autores (Barbieri & Jacquemin, 2001) estabeleceram como critério de preenchimento a conclusão de 10 anos de escolaridade, no sentido do sujeito conseguir compreender 90 a 100% dos itens do questionário. Este critério não foi parte integrante no presente estudo, sendo incluídos sujeitos com escolaridade muito inferior ao pretendido. De notar ainda que os questionários administrados aos sujeitos controlos foram preenchidos pelos próprios, podendo propiciar à introdução de elementos de desejabilidade social. Contudo, a qualidade de uma avaliação não depende apenas do carácter psicométrico dos instrumentos de avaliação. Como Weiner (1989 *in* Manita, 2002) tão bem defende, um processo de avaliação competente e ético só poderá ser conceptualizado na medida em que se conheçam adequadamente as funções psicológicas que um teste descreve e as conclusões que dele poderão ser inferidas.

Reconhecendo assim a existência de limitações em qualquer investigação, procurou-se promover uma reflexão relativa às características da personalidade e psicopatológicas destes sujeitos, estabelecendo linhas de orientação, em termos de intervenção terapêutica e de futuros estudos a ser realizados, contribuindo para uma melhor compreensão deste fenómeno dinâmico e multideterminado da personalidade dos sujeitos adictos.

11. Referências Bibliográficas:

- Ahmed, S. H. (2005). Imbalance between drug and non-drug reward availability: A major risk factor for addiction. *European Journal of Pharmacology*, 526, 9–20.
- Almeida, O. P. (1998). Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil. *Arquivo Neuropsiquiatrico*, 56, 605-612.
- Almeida, P. P., Novaes, M. A. F. P., Bressan, R. A. & Lacerda, A. L. T. (2008) Revisão: funcionamento executivo e uso de maconha. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 69-76.
- 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.
- American Psychiatric Association, (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andreasen, N. C. & Black, D. W. (2009). Transtornos Relacionados a Álcool e Drogas. In N. C. Andreasen & D. W. Black. *Introdução à Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Andretta, I. & Oliveira, M. S. (2005). A Técnica da Entrevista Motivacional na Adolescência. *Psicologia Clínica*, 17(2), 127-139.
- Antón, D. M. (1998). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.
- Antunes, A. B. (2005). Perfil Psicológico de Dependentes de Cocaína. *Trabalho de conclusão para obtenção do grau de Bacharelato*. Universidade do Vale do Itajaí.
- Appolinário, J. C., Meirelles, R. M. R., Coutinho, W. & Póvoa, L. C. (2001). Associação entre Traços de Personalidade em Mulheres com Síndrome do Climatério. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 45(4), 383-389.
- Ball, S. A. (1998). Manualized Treatment for Substance Abusers with Personality Disorders: Dual Focus Schema Therapy. *Addictive Behaviors*, 23(6), 883-891.
- Barbieri, V. & Jacquemin, A. (2001). Perfil psicológico de migrantes através da forma IRF do MMPI. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(1), 13-18.

- Bates, M. E., Bowden, S. C. & Barry, D. (2002). Neurocognitive Impairment Associated with Alcohol Use Disorders: Implications for Treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 193-212.
- Becker, A. P., Schwengber, C., Cardozo, C., Medeiros, M. & Wechendelder, W. J. (2004). Drogas e Drogadição. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul Curso de Nutrição.
- Blanco, P., Sirvent, C., Moral, M. V., Linares, M. P. & Rivas, C. (2010). Psicopatologia e Género en Adicciones. 11º Congresso Virtual de Psiquiatria, Interpsiquis retirado a 13 de Junho de 2010 de http://www.hipnosisclinica.biz/hipnosis_pdf/hipnosis_psicopatologia.pdf
- Brady, K. T., Sonne, S., Randall, C. L., Adinoff, B. & Malcolm, R. (1995). Features of Cocaine Dependence with Concurrent alcohol abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 69-71.
- Buckley, P. F. & Meyer, J. M. (2003). Substance Abuse and Schizophrenia. In J. M. Meyer & H. A. Nasrallah. *Medical Illness and Schizophrenia* (2ªEd). Washington: American Psychiatric Press.
- Cami, J. & Farré, M. (2003). Drug Addiction. *The New England Journal of Medicine*, 349, 975-986.
- Casas, M., Guardia, J. & Duro, P. (1996). Otras toxicomanias. In Ruiloba, J. V. (1996). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria*. Barcelona: Masson.
- Chambers, R. A., Krystal, J. H. & Self, D. W. (2001). A neurobiological Basis for Substance Abuse Comorbidity in Schizophrenia. *Society of Biological Psychiatry*, 50, 71-83.
- Çirakoglu, O. C. & Isin, G. (2005). Perception of drug addiction among Turkish university students: Causes, cures, and attitudes. *Addictive Behaviors*, 30, 1-8.
- Cottler, L. B., Compton, W. M., Ridenour, T. A., Abdallah, A. B. & Gallagher, T. (1998). Reability of Self-Report Antisocial Personality Disorder Symptoms among Substance Abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 189-199.

- Coutinho, J., Almeida, J. G., Santos, M., Onofre, O., Silva, R., Marques, C. & Paz, C. (2009). Estudo do Perfil-Tipo dos Doentes Internados na Unidade de Alcoologia do Porto. *Revista Toxicodependências*, 15(3), 23-29.
- Crum R. M. & Anthony J. C. (1993). Cocaine use and other suspected risk factors for obsessive-compulsive disorder: a prospective study with data from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Drug Alcohol Depend*, 31(3), 281-95.
- Cruz, O., Machado, C. & Fernandes, L. (2010). Consumo “não problemático” de Drogas Ilícitas: Experiências e Estratégias de Gestão dos Consumos numa Amostra Portuguesa. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- Cruz, R. M. & Sardá, J. J. (2003). Diagnóstico de Aspectos Emocionais Associados á Lombalgia e á Lombociática. *Avaliação Psicológica*, 1, 29-33.
- Dum, M., Pickren, J., Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (2008). Comparing the BDI-II and the PHQ-9 with Outpatient Substance Abusers. *Addictive Behaviors*, 33, 381-387.
- Falck, R. S., Wang, J., Siegal, H. A. & Carlson, R. G. (2004). The Prevalence of Psychiatric Disorder Among a Community Sample of Crack Cocaine Users: An Exploratory Study with Practical Implications. *Journal Nerv Mental Disorder*, 192(7), 503-7.
- Fassino, S., Daga, G. A., Delsedime, N., Rogna, L. & Boggio, S. (2004). Quality of Life and Personality Disorders in Heroin Abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 73-80.
- Feil, J., Sheppard, D., Fitzgerald, P., B., Yücel, M., Lubman, D., I. & Bradshaw, J. L. (2010). Addiction, compulsive drug seeking, and the role of frontostriatal mechanisms in regulating inhibitory control. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 1-93.
- Felizardo, S. (2005). Avaliação da Personalidade no CAT de Castelo Branco – Perfil obtido a partir do Mini-Mult Questionário aplicado aos Utentes em Programa de Metadona. *Revista Toxicodependências*, 11(3), 25-36.
- Fernandes, E., Maia, A., Meireles, C., Rios, S., Silva, D. & Feixas, G. (2004). Dilemas implicativos e Ajustamento Psicológico: Um Estudo com Alunos recém-chegados

à Universidade do Minho. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 285-304.

Fernandes, L. A. & Gomes, J. M. M. (2003). Relatórios de Pesquisa nas Ciências Sociais: Características e Modalidades de Investigação. *ConTexto*, 3(4), 1-23.

Fernández-Montalvo, J. & Landa, N. (2003). Co-morbidity Between Alcoholism and Personality Disorders. *Clínica y Salud*, 14(1), 27-41

Fernández-Montalvo, J. & Lorea, (2007). Comorbilidad de la Adicción a la Cocaína com los Transtornos de la Personalidad. *Na. Sist. Sanit. Navar*, 30(2), 225-23.

Fernández-Montalvo, J., Goñi, J. J. L., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I. & Zarzuela, A. (2004). Transtornos de Personalidad y Abandonos Terapeuticos en Pacientes Adictos: Resultados En Una Comunidad Terapéutica. *International Journal of Clinic and Health Psychology*, 4(2), 271-283.

Ferreira, A. I. (2004). Toxicodependência(s) e Psicoterapia(s). *Revista Toxicodependências*, 10(2), 65-74.

Ferros, L. (2003). Jovens, Drogas e Famílias: uma breve revisão da literatura. *Revista Toxicodependências*, 9(2), 71-83.

Flórez, J. F. G. & Salazar, D. A. R. (2008). Manejo Clínico de Pacientes com Diagnóstico dual. Evaluación Diagnóstica de los Pacientes Farmacodependientes que Sufren de Comorbilidad Psiquiátrica. *Revista Colombia Psiquiatria*, 37(3), 397-417.

Focchi, G. R. A. & Malbergier, A. (2006). *Tabagismo: dos fundamentos ao tratamento*. São Paulo: Lemos Editorial.

Fonte, C. (2007). O Consumo de Drogas e os Comportamentos Adictivos: Alguns Modelos Teórico-Explicativos. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Fernando Pessoa* (UFP), 240-250.

Formiga, L. T., Santos, R. C. S., Dumcke, T. S. Araujo, R. B. (2006). Comparação do Perfil de Dependentes Químicos Internados em uma Unidade de Dependência Química de Porto Alegre em 2002 e 2006. *Revista HCPA*, 29(2), 120-126.

- Fragoso, V. (2001). O cérebro e as drogas. Retirado a 9 de Junho de 2010 de <http://psicoforum.br.tripod.com/index/artigos/droga.htm>.
- Francis, L. J. (1997). The Impact of Personality and Religion on attitude towards Substance Use Among 13-15 year olds. *Drug and Alcohol Dependence*, 44, 95-103.
- Frei, A. & Rehm, J. (2002). Co-morbidity: psychiatric disorder of opiate addicts at entry heroin-assisted treatment. *Psychiatr Prax*, 29(5), 251-7.
- Gil, E. G., Hagemeyer, A. V., Godás, T. & Peri, J. M. (2005). Perfil del Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) en Transexuales. *Revista Psiquiatría Fac Med Barna*, 32(1), 8-13.
- Godinho, R. (2007). Estudo Comparativo entre uma População Toxicodependente sem-abrigo e uma População Toxicodependente Domiciliada: Aspectos Psicossociais e Psicopatológicos. *Revista Toxicodependências*, 13(3), 3-14.
- Goldestein, R. B., Compton, W. M., Pulay, A. J., Ruan, W. J., Pickering, R. P., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 90(2-3), 145-158.
- Gonçalves, R. A. & Salém, C. F. (2002). Droga, comportamento criminoso e psicopatia: resultados de um estudo comparativo. *Revista Toxicodependências*, 8(3), 27-36.
- Greydanus, D. E. & Patel, D. R. (2005). The Adolescent and Substance Abuse: Current Concepts. *Current Problem in Pediatric and Adolescent Health Care*, 35, 78-98.
- Guimarães, R. & Fleming, M. (2009). Dor que Consome. Para uma Compreensão da Dor Mental na Toxicodependência. *Revista Toxicodependência*, 15(2), 3-12.
- Hammersley, R., Lavelle, T. L. L. & Forsyth, A. J. M. (1995). Consumo de Drogas em Adolescentes, Salud y Personalidad. *Revista de Toxicomanias*, 4, 11-19
- Hardt, J., Gerbershagen, H. U. & Franke, P. (2000). The Symptom Check-List, SCL-90-R: Its Use and Characteristics in Chronic Pain Patients. *European Journal of Pain*, 4, 137-148.

- Harrison, P., Geddes, J. & Sharpe, M. (2002). *Introdução Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hartgers, C., Vandenhoek, J. A. R., Coutinho R. A. & Vanderpligt, J. (1993). Psychopatology, Stress and HIV – Risk Injecting Behaviour among Drug Users. *British Journal of Addiction*, 87, 857-865.
- Hatzitaskos P, Soldatos C. R, Kokkevi A, Stefanis C. N. (1999). Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder. *Compr Psychiatry*. 40(4), 278-82.
- Helm, D. & Eis, D. (2007). Subgrouping Outpatients of an Environmental Medicine Unit using SCL-90-R Cluster Analysis. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 210, 701-713.
- Hervás, E. S. (2001). Prevalencia de Transtornos de Personalidade n una Muestra de Adictos a Opiáceos en Tratamiento. *Rev. De Psicolo. Gral y Aplic.*, 54(1), 95-102.
- Hervás, E. S. & Peirats, E. B. (1996). Características de Personalidade en Sujetos Drogodependientes. *Psicothema*, 8(3), 457-463.
- Holmes, D. S. (2001). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Huesca, R. S., Cruz, V. M. G., González, A. C. & Blanco, Y. P. (2002). Perfil de Personalidade en Usuarios de Cocaína Utilizando el Inventário Multifásico de Perspnalidad. *Actas Espanholas de Psiquiatria*, 30(2), 91-98.
- Kidorf, M., Disney, E. R., King, V. L., Neufeld, K., Beilenson, P. L. & Brooner, R. (2004). Prevalence of Psychiatric and Substance Use Disorder in Opioid Abusers in a Community Syringe Exchange Program. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 115-122.
- Ingersoll, K. S., Knisely, J. S., Dawson, K. S. & Schnoll, S. H. (2004). Psychopathology and Treatment Outcome of Drug Dependent Women in a Perinatal Program. *Addictive Behaviors*, 29, 731-741.
- Instituto de Drogas e Toxicodependência – Observatório de Drogas e Toxicodependências (2008). *Relatório Anual: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência. Informação Estatística 2007*. Lisboa: IDT.

- Jaffe, J. H. & O`Keeffe, C. (2003). From Morphine Clinics to Buprenorphine: Regulation Opioid Agonist Treatment of Addiction in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 70, 3-11.
- Janeiro, L. & Metelo, T. (2004). Contribuições para a Descrição do Perfil de Personalidade dos Utentes do CAT – Sotavento/Olhão. *Revista Toxicodependências*, 10(1), 25-35.
- Jesus, C. F. (2006). *Instituições de atendimento a toxicodependentes: experiências no Vale do Paraíba*. Tese de Pós Graduação: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações Metodista.
- Kalivas, P. W. & O`Brien, C. (2008). Drug Addiction as a Pathology of Staged Neuroplasticity. *Neuropsychopharmacology*, 33, 166-180.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1998). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Poto Alegre: Artmed.
- Kendall, J. C. & Sherman, M. F. (1995). Psychiatric Symptoms in Polysubstance Abusers: Relationship to Race, Sex and Age. *Addictive Behaviors*, 20(5), 685-690.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., *et al.* (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. & Lorea, I. (2006). Comorbilidad Psicopatológica en el Alcoholismo: Un Estudio Descriptivo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 253-269.
- Larrañaga, J. L. T. (S/D). Comorbilidad de Transtornos Mentais y Adicciones. Retirado em 13 de Junho de 2010 em <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0922-95.pdf>
- Le Moal, M. & Koob, G. F. (2007). Drug addiction: Pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*, 17, 377–393.
- Lesswing, N. J. & Dougherty, R. J. (1993). Psychopathology in Alcohol and Cocaine-Dependent Patients: A Comparison of Findings from Psychological Testing. *Journal Substance Abuse Treatment*, 10, 53-57.

- Lino, I., Sousa, A. & Correia, J. (2008). Avaliação do Estado Cognitivo de uma População Idosa Internada. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 16(1), 8-11.
- López, A. & Becoña, E. (2006). Dependencia de la Cocaína y Psicopatología a través del SCL-90-R. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1), 13-20.
- López, A., Becoña, E., Vieitez, I., Cancelo, J., Sobradelo, J., Garcia, J. M., Senra, A., Casete, L. & Lage, M. T. (2008). ¿ Qué Ocorre a los 24 Meses del Inicio del Tratamiento en una Muestra de Personas con Dependencia de la Cocaína?. *Adicciones*, 20(4), 347-356.
- Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. & Landa, N. (2008). Adicción a la Cocaína y Transtornos de Personalidad: Un Estudio con el MCMI-II. *Adicciones*, 21(1), 57-64.
- Lubman, D. I., Yücel, M. & Pantelis, C. (2004). Addiction, a Condition of Compulsive Behaviour? Neuroimaging and Neuropsychological Evidence of Inhibitory Dysregulation. *Addiction*, 99, 1491-1502.
- 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.
- Magalhães, L. M. N. (2008). Perspectivas psicodinâmicas no tratamento do toxicodependente. *Revista Toxicodependências*, 14(3), 67-81.
- Maia, L. A. C. R. (2006). Esclerose Múltipla: avaliação cognitiva. Viseu: Psicosoma.
- Maia, (2009). Drogas Afectam Personalidade e Funções Cognitivas: Estudo da Universidade da Beira Interior. Retirado a 02 de Junho de 2010 em <http://www.cienciahoje.pt/index.php?oid=28968&op=all>
- Manita, C. (2002). Avaliação psicológica no domínio das toxicodependências: das estruturas aos processos. *Revista Toxicodependências*, 8(3), 11-25.
- Manning, V., Wanigaratne, S., Best, D., Strathdee, G., Schrover, I. & Gossop, M. (2007). Scening for Cognitive Functioning in Psychiatric Outpatients with Schizophrenia, Alcohol Dependence, and Dual Diagnosis. *Schizophrenia Research*, 91, 151-158.

- Marques, A. R. V. S. (2008). A(s) Droga(s) e a(s) Toxicodependência(s) – Representações Sociais e Políticas em Portugal. Tese de mestrado: Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Marques-Teixeira, J. (2000). Diagnósticos Duplos: Toxicodependências e Perturbações Psiquiátricas, 2(5), 1-6.
- Matos, M. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- McKay, J. R., Alterman, A. L., Cacciola, J. S., Mulvaney, F. D. & O'Brien, C. P. (2000). Prognostic Significance of Anti-Social Personality Disorder in Cocaine-Dependence Patients Entering Continuing Care. *Journal Nerv Mental Disorder*, 188(5), 287-296.
- Melo, M. E. (2008). Programa de Manutenção de Metadona do C.A.T. Loures. Estudo Longitudinal: Alguns Dados Sócio-Demográficos e Sintomáticos. *Revista Toxicodependências*, 14(3), 3-16.
- Mercier, C., Brochu, S., Girard, M., Gravel, J., Ouellet, R. & Paré, R. (1992). Profiles of Alcoholics According to the SCL-90-R: A Confirmative Study. *Substance Use & Misuse*, 27(11),1267-1282.
- Montoya, I. D., Hess, J. M., Covi, L., Fudala, P. J., Johnson, R. E. & Pharm, D. (1995). A Comparative Study of Psychopathology and Cognitive Functions Between Cocaine and Opiate Dependent Patients. *American Journal on Addictions*, 3(1), 36-42.
- Morais, P. & Maia, L. (2008). Estudo de Caso Controlo de Avaliação de Défice Cognitivo Ligeiro entre Toxicodependentes e População não Consumidora. Retirado de www.psicologia.com.pt.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., Ackerson, T. H., Alterman, A. I., Miles, K. M. & Noordsy, D. L. (1997). Antisocial Personality Disorder, Conduct Disorder and Substance Abuse in Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 473-477.
- Nace, E. P., Daves, C. W. & Gaspari, J. P. (1991). Axis II Comorbidity in Substance Abusers. *American Journal of Psychiatry*, 148, 118-120.

- Oliveira, L. G., Barroso, L. P., Silveira, C. M., Sanchez, Z. V. D. M., Ponce, J. D. C., Vaz, L. J. & Nappo, S. A. (2009). Neuropsychological Assessment of Current and Past Crack Cocaine Users. *Substance Use & Misuse*, 44, 1941-1957.
- Ordí, H. G. & Díez, I. I. (2005). Evaluación de las Distorsiones de Respuesta Mediante el MMPI-2. *Papeles del Psicólogo*, 26, 129-137.
- Passos, S. R. L. & Camacho, L. A. B. (1998). Características da Clientela de um Centro de Tratamento para Dependência de Drogas. *Revista de Saúde Pública*, 32(1), 64-71.
- Pastor, M. C., Ross, S. R., Segarra, P., Montañés, S., Poy, R. & Moltó, J. (2007). Behavioral inhibition and activation dimensions: relationship to MMPI-2 indices of personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 42, 235-245.
- Paula, G. S. (2009). Novos Sentidos para velhas questões: limites e possibilidades de uma proposta de ensino desenvolvida durante o estágio supervisionado em ciências. Santa Catarina: Universidade federal de Santa Catarina, retirado a 2 de Junho de 2010 em <http://www.foco.fae.ufmg.br/cd/pdfs/1664.pdf>.
- Pérez, E. J. P. & López-Durán, A. L. (2005). Autoinformes de Sintomatologia Depressiva en Drogodependientes: Nivel de Coincidencia del BDI, SCL-90-R y MCMI-II. ¿Depresión o Malestar Inespecífico?. *Adicciones*, 17(3), 215-230.
- Pérez-Gálvez, B., Vicente-Manzano, M. P., García-Fernandez, L., Romero-Escobar, C. & Oliveras-Valenzuela, M. A. (2008). Prevalencia de Psicopatología en Dependientes al Alcohol en Tratamiento Ambulatorio. *Transtornos Adictivos*, 10(1), 42-48.
- Piovesa, A. & Temporini, E. R. (1995). Pesquisa Exploratória: Procedimento Metodológico para o Estudo de Factores Humanos no Campo da Saúde Pública. *Revista Saúde Pública*, 29(4), 318-325.
- Poldrugo, F. & Forti, B. (1998). Personality Disorders and Alcoholism Treatment Outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 21(3), 171-176.
- Pulcherio, G. & Bicca, C. (2002). Avaliação dos Transtornos Comórbidos. In G. Pulcherio, C. Bicca, F. A. Silva (organizadores). (2002). *Álcool outras Drogas Informação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Ramos, R. T., Focchi, G. R. A., Gigante, A. D., Renó, J. & Ayache, D. C. G. (1997). Abuso de Substâncias e Esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 24-27.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 21(264), 2511-2518.
- Robert, R. & Kosten, T. (2000). Buprenorphine for opiate addiction: potential economic impact. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 253-262.
- Roberts, G., Ogborne, A., Leigh, G. & Adam, L. (1999). Mejores Prácticas Alcoholismo y Toxicomanía: Tratamiento y Rehabilitación. Canada: Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues Health Canada.
- Roncero, J., Ramos, J. A., Collazos, F. & Casas, M. (2001). Complicaciones Psicóticas del Consumo de Cocaína, *Adicciones*, 13(2), 179-189.
- Rounsaville, B. J., Kranzler, H. R., Ball, S., Tennen, H., Poling, J., & TriZeman, E. (1998). Personality disorders in substance abusers: Relation to substance use. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 87-95.
- Rousaville, B. J., Kranzler, H. R., Ball, S., Tennen, H., Poling, J. & Tiffleman, E. (1998). Personality Disorders in Substance Abusers: Relation to Substance Use. *Journal Mental Disorder*, 186(2), 87-95.
- Saavedra, F. J. F. (2004). Actividade Motora e Toxicodependência: estudo sobre o efeito de um programa específico de actividade física numa população toxicodependente. Tese de Doutoramento: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Sanabria, M. A., Díaz, O., Varela, J. Braña, T. (2002). Relevancia para el Tratamiento de la Sintomatología Depresiva de los Pacientes Adictos. *Adicciones*, 14(1), 25-31.
- Sánchez-Hervás, E., Gardolí, T. & Gallús, M. E. (2001). Evaluación psicopatológica en Dependientes al Alcohol, Heroína y Cocaína mediante el Brief Symptom Inventory. *Adicciones*, 13(1), 61-66.
- Santana, S. M. & Negreiros, J. (2008). Consumo de Álcool e Depressão em Jovens Portugueses. *Revista Toxicodependências*, 14(1), 17-24.

- Santos, T. M. & Duarte, M. (2009). A Atuação do Psicólogo no Contexto do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas da Prefeitura de Uberlândia. www.psicologia.com.pt.
- Satel, S. L., & Edell, W. S. (1991). Cocaine-induced paranoia and psychosis proneness. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1708–1711.
- Schenker, M. & Minayo, M. C. S. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, 20(3), 649-659.
- Shippenberg, T. S., Zapata, A. & Chefer, V. I. (2007) Dynorphin and the pathophysiology of drug addiction. *Pharmacology & Therapeutics*, 116, 306–321.
- Silva, C. (2010). Alterações na Personalidade / Transtornos da Personalidade no toxicod dependente. Retirado a 2 de Junho de 2010 em <http://psiquiatruras.blogspot.com/2010/03/alteracoes-na-personalidade-transtornos.html>
- Silva, R. A., Pinheiro, R. T., Sousa, P. L., Tomasi, E.T., Moraes, I. G. S., Faria, A.D. & Jorge, H. Z. (2007). Cocainodependência e Defesas primitivas – Estudo de caso-controlado. *Revista de Saúde da UCPEL*, 1(1), 49-53
- Skodol, A. E., Oldham, J. M. & Gallaher, P. E. (1999). Axis II Comorbidity of Substance Use Disorder Among Patients Referred for Treatment of Personality Disorders. *American Journal Psychiatry*, 156:733-738.
- Smith, K. L., Horton, N. J., Saitz, R. & Samet, J. H. (2006). The Use of the Mini-Mental State Examination in Recruitment for Substance Abuse Research Studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 82, 231-237.
- Soler, C. L. & Ros, A. F. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Analises de Psicologia*, 17(2), 177-188.
- Soto, E. G., Hernández, L. E. M., Martínez, C. N., Rayle, B. R. & Ovalle, F. V. O. (s/d). Perfil de Personalidad de enfermos alcohólicos a través de la aplicación del Test Multifásico de la Personalidad (MMPI-2). Bacharelato em Psicologia: Centro Universitário do México.

- Szerman, N., Basurte, I., Roncero, C., Martínez-Raya, J. & Veja, P. (2008). Patología Dual: Conductas Adictivas y Otros Transtornos Mentales. *JANO*, 57-60.
- Thompson, S., Jun, J., Bender, K., Ferguson, K. M. & Pollio, D. E. (2010). Estrangement factors associated with addiction to alcohol and drugs among homeless youth in three U.S. cities. *Evaluation and Program Planning*, 1-37.
- Torres, I. & Rodrigues, S. (2007). Padrões, Crenças e Expectativas de consumo de álcool e sintomatologia psicopatológica. *Revista Toxicodependências*, 13(3), 37-51.
- Urdániz, A. P. & Romero, E. F. (1995). *Psiquiatria para no psiquiatras*. Salamanca: Edições Tesitex.
- Valdez, M. V. L. (2007) Estratégias de Afrontamento y Propiedades de Temperamento en Personas com Adicción a la Cocaína. Culiacán: Tese de Mestrado.
- Valentim, A. (1998). Droga e Toxicodependência nas Representações de Párocos e Médicos. *Análise Social*, 33(145), 55-90.
- Valle, E. A., Castro-Costa, E., Firmo, J. O. A., Uchoa, E. & Lima-Costa, M. F. (2009). Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: projecto Bambui. *Saúde Pública*, 25(4), 918-926.
- Vendrig, A. A., Mey, h. r., Derksen, J. J. L. & Akkerveeken, P. F. V. (1998). Assessment of chronic back pain patient characteristics using factor analysis of the MMMPI-2: which dimensions are actually assessed?. *PAIN*, 76, 179-188.
- Veríssimo, R., Ricou, M. & Pereira, C. L. (2008). Inteligência Emocional e Somatização em Clínica Geral. *Arquivos de Psiquiatria*, 1(2), 95-99.
- Vieira, C. (2007). A Comunidade Terapêutica: da Integração à Reinserção. *Revista Toxicodependências*, 13(3), 15-22
- Vieira, R. I. F. (2008). *Trajectórias e Estilos de Vida Familiar de Ex-residentes de uma Comunidade Terapêutica*. Tese de mestrado: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Villa, R. S. (1998). *Alcoholismo juvenil: prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

- Volkow, N. D. & Li, T. (2005). Drugs and alcohol: Treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacology & Therapeutics*, 108, 3-17.
- Zack, M. & Toneatto, T. (1998). The SCL-90 Factor Structure in Comorbid Substance Abusers. *Journal of Substance Abuse*, 10, 85-101.
- Zaleski M, Laranjeira R. R, Marques ACPR, Ratto, L, Romano, M, Alves, H. N. P., Soares, M. B. M., Abelardino, V., Kessler, F., Brasiliano, S., Nicastrí, S., Hochgraf, P. B., Gigliotti, A. P. & Lemos, T. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28(2), 142-8.
- Zamora, P. B. & Ruiz, C. S. (2006). Psicopatología asociada al Consumo de Cocaína y Alcohol. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(3/4), 324-344.