www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

PSICOLOGIA.PT
O PORTAL DOS PSICÓLOGOS

Marta Sofia Sousa Neto

Comorbilidade e Diagnóstico Dual na Toxicodependência: Um estudo com consumidores problemáticos de drogas

Tese de Mestrado Integrado em Psicologia

2008

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

PSICOLOGIA.PT
O PORTAL DOS PSICÓLOGOS

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Comorbilidade e Diagnóstico Dual na Toxicodependência:

Um Estudo com Consumidores Problemático de Drogas

Marta Sofia Sousa Neto

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia

Orientador: Professor Doutor Jorge Negreiros

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

Resumo

A presente investigação tem como objectivo o estudo da sintomatologia psicopatológica entre a população toxicodependente. Para tal, foi constituída uma amostra de 120 consumidores problemáticos de drogas em tratamento de substituição opiácea, subdividida em dois grupos: 60 em programa de Metadona e 60 em programa de Buprenorfina. Foi utilizado o BSI (Brief Symptom Inventory) que revelou médias superiores às da população geral em todas as dimensões de psicopatologia, no índice Geral de Sintomas, e no Índice de Sintomas Positivos. Quando comparados os dois subgrupos, os resultados demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à variável idade (p=.022) com média superior para o grupo da Metadona (MD=35,90; DP=7,239). Para além disso, o BSI revelou diferenças significativas entre os dois sub grupos nas dimensões Sensibilidade Interpessoal e Hostilidade com médias superiores para o grupo em Programa de Buprenorfina. É essencial, contudo, mais investigação com vista a caracterizar a população Portuguesa com comorbilidade entre toxicodependência e perturbação mental.

Palavras-chave: comorbilidade, psicopatologia, toxicodependência, substituição opiácea.

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

Abstract

The aim of the present investigation is the study of psychopathological symptoms in individual with substance abuse disorders. A sample with 120 drug users in substitution maintenance therapy was divided in two groups: sixty in methadone and sixty in buprenorphine maintenance programme. The BSI (Brief Symptom Inventory) was administrated and showed high scores in all psychopathological dimensions, in Global Severity Index and in Positive Symptom Distress Index. When the two groups were compared, the results shown that are significant differences correlated with age (p=.022), with high mean scores in the methadone maintenance group (M=35,90, ST=7,239). Furthermore, the BSI revealed significant differences between the two sub groups in Interpersonal Sensitivity and Hostility dimensions, with high mean scores in the buprenorphine maintenance group. However, it's essential, further investigation to characterize the Portuguese population with substance use and psychiatric disorders.

***Key words*:** comorbidity, psychopathology, drug dependence, substitution maintenance therapy.

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

Résumé

La présente recherche a comme objet l'étude de la symptomatologie psychopathologique entre la population toxicomane. Pour cela, il a été constitué un échantillon de 120 consommateurs problématiques de drogues en traitement de substitution opiacée, subdivisée en deux groupes : 60 dans le programme de Méthadone et 60 dans le programme de Buprénorphine. On a été utilisé le BSI (Brief Symptom Inventory) qui a révélé des moyennes supérieures à celle de la population générale dans toutes les dimensions de psychopathologie, dans l'indice Général de Symptômes, et dans l'Indice de Symptômes Positifs. Quand les deux sous-groupes ont été comparés, les résultats démontrent qu'il y a des différences statistiquement significatives en ce qui concerne la variable âge (p=.022) avec une moyenne supérieure pour le groupe du Méthadone (MD=35,90 ; DP=7,239). En outre, BSI a révélé des différences significatives entre les deux sous-groupes dans les dimensions Sensibilité Interpersonnelle et Hostilité avec des moyennes supérieures pour le groupe dans le Programme de Buprénorphine. C'est essentiel, néanmoins, plus de recherche pour caractériser la population Portugaise avec comorbidité entre toxicomanie et perturbation mentale.

Mots - clés: comorbidité, psychopathologie, toxicomanie, substitution opiacée.

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

PSICOLOGIA.PT
O PORTAL DOS PSICÓLOGOS

Dedicatória

Aos meus pais, pelo amor incondicional.

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

Agradecimentos

Dai-me um ponto de apoio e eu moverei o mundo
Arquimedes

Aos meus pais, e aos meus irmãos pela infinita paciência, compreensão e apoio.

Ao Filipe pela dedicação, pela inspiração, pela força e pelo amor.

À Ana Maria Santos e à Marta Faria por terem sido as companheiras de carteira desta luta, pela ajuda, pela disponibilidade, pela partilha.

A todos os meus amigos pela presença reconfortante na alegria, nas lágrimas, nas inseguranças, nas dúvidas, nos medos.

Ao Professor Doutor Jorge Negreiros, orientador desta dissertação pelo saber, pelo conhecimento, pelo rigor e pelo incentivo.

À Dra. Áurea Abreu, por tudo aquilo que me ensinou, pela força que me transmitiu e pela ajuda incondicional para a realização deste trabalho.

À Unidade de Tratamento de Santa Maria da Feira, a cada um dos profissionais que lá trabalham, o meu sincero obrigada por me terem acolhido, pelo carinho, pelo apoio.

Aos utentes da Unidade de Tratamento de Santa Maria da Feira que aceitaram participar neste estudo.

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

Índice

Preâmbulo……

Capitulo I: Comorbilidade e Diagnóstico dual na Toxicodependência…….5
Conceito de comorbilidade……6
Perturbações primárias e secundárias……7
Tipos de comorbilidade……8
Modelos de Comorbilidade……...9
Psicopatologia e padrões de consumo……15
Principais estudos: prevalência da psicopatologia encontrada……16
Perturbações de Eixo I……19
Perturbações de Eixo II……24
Especificidades do Tratamento ……...30
Conclusão……31

As Terapêuticas de Substituição Opiácea em Portugal……...32
O programa de Substituição com Metadona……33
Caracterização farmacológica……..33
Posologia e modo de administração……34
Critérios de Inclusão……34
Objectivos do Programa……...35
Programa de Metadona de Alto Limiar……...35
Programa de Metadona de Baixo Limiar……36

O Programa de Substituição com Buprenorfina……..37
Caracterização farmacológica……..38
Posologia e Modo de administração……39
Critérios de Inclusão……39
Critérios de Exclusão……...40
Conclusão……40

Capitulo II: Comorbilidade na Toxicodependência: estudo com consumidores problemáticos de drogas em Programa de Substituição Opiácea……42
Introdução……43
Método……43
Selecção da amostra……43
Procedimentos……..43
Instrumentos……44
Resultados……47
Discussão dos Resultados……55
Conclusão……61
Referências Bibliográficas……...63
Anexos……75

ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

Índice de Figuras

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra……..47

Tabela 2 – Dados relativos aos consumos de drogas……...48

Tabela 3 – Dados relativos à intervenção terapêutica……49

Tabela 4 – Caracterização sócio-demográfica dos utentes em Programa de Metadona e Buprenorfina……50

Tabela 5 – Dados relativos ao consumo de drogas dos utentes em Programa de Metadona e Buprenorfina……52

Tabela 6 – Dados relativos á intervenção terapêutica dos utentes em Programa de Metadona e Buprenorfina……53

Tabela 7 – Análises descritivas das dimensões do BSI……...54

Tabela 8 – Teste T-Student para as duas amostras nas nove dimensões do BSI…….55

Preâmbulo

A questão do consumo de drogas é tão antiga como a Humanidade, com raízes históricas e culturais que atravessam todos os períodos da nossa história. Por mais ancestral que seja esta problemática, a sua actualidade é incontestável e a verdade é que ela assume uma relevância crescente. A questão da toxicodependência cria atitudes polémicas e controversas, fruto de um fenómeno complexo, multifacetado e gerador de múltiplos discursos sociais, apenas possível de abordar numa forma global e transdisciplinar, na qual se conjugam perspectivas médico-psicológicas, sociológicas e jurídicas.

Actualmente, o consenso internacional tende a reunir a comunidade científica em torno de três comportamentos distintos: uso, abuso e dependência, mas independentemente das várias classificações utilizadas, aquela que nos interessará aqui, visto ser o alvo do nosso estudo, é a de consumidor problemático. Aquele, para quem o consumo lhe confira de uma forma ou de outra algum tipo de dano, ou estado negativo, independentemente da esfera ou do contexto do funcionamento do indivíduo. Desta forma, o consumidor problemático pode incluir, no mínimo, três grupos distintos: a) os consumidores definidos em função da frequência do consumo de drogas; b) os consumidores definidos em termos do risco médico, psicológico ou social associado, directa ou indirectamente, ao consumo de drogas; c) os dependentes de drogas, definido em termos de critérios como a tolerância, existência de síndrome de abstinência e da impossibilidade de parar os consumos. (Negreiros, 2003).

Uma investigação de mais de 20 anos tem mostrado uma relação entre o consumo de drogas e um risco acrescido de perturbações psiquiátricas. Os distúrbios psiquiátricos podem ser provocados por consumos violentos, consumos prolongados ou síndromas de abstinência, e a prevalência destes distúrbios depende obviamente da data da avaliação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) faz referência à co-ocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psicoactivas e outra perturbação psiquiátrica, definindo-a como comorbilidade ou diagnóstico duplo. (OMS, 1995). É então, esta co-ocorrência de diagnósticos que serve de objecto de estudo da presente investigação. Apesar da extensa bibliografia cientifica existente sobre esta matéria, a verdade é que não deixa de ser pertinente o aprofundar desta questão,

nomeadamente através da caracterização desta população em Portugal, das prevalências das perturbações existentes, dos principais padrões de consumo associados, e do que se faz em Portugal em matéria de tratamento. O presente estudo não pretende ser ambicioso a esse nível, mas pretende dar um contributo nesta área de investigação e um incentivo a futuras investigações que se debrucem sobre esta temática.

O objectivo deste trabalho é então estudar a evidencia de comorbilidade na população toxicodependente da Unidade de Tratamento de Santa Maria da Feira (pertencente ao Centro de Respostas Integradas Central do Porto). Para além disso pretende-se igualmente verificar se existem diferenças significativas em termos de sintomatologia psicopatológica entre os utentes que estão em tratamento em Programa de Substituição com Metadona e Buprenorfina. O primeiro capítulo, prende-se então com uma revisão da literatura sobre as principais questões relacionadas com a questão da comorbilidade e do diagnóstico dual. De seguida, é feita uma abordagem breve sobre as terapêuticas de substituição em Portugal, evidenciando de forma mais detalhada o Programa de Substituição com Metadona e o Programa de Substituição com Buprenorfina. No segundo capítulo, será apresentado o estudo realizado com uma amostra de consumidores problemáticos em tratamento na Unidade de Tratamento de Santa Maria da Feira.

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

Capitulo I. Comorbilidade e Diagnóstico Dual na Toxicodependência

1.1. Comorbilidade e Diagnóstico dual na Toxicodependência

Quando falamos em diagnóstico dual na toxicodependência referimo-nos à combinação de uma perturbação psiquiátrica e ao abuso ou dependência de substâncias. No entanto, será esta um relação causal este estes dois tipos de perturbações? Por sua vez, o termo comorbilidade refere-se à presença simultânea de duas ou mais perturbações. Será que esta presença simultânea, capta, por sua vez, as interacções que possam existir entre as perturbações existentes? Como se relacionarão as perturbações entre si?

Com o intuito de captar a especificidade destas perturbações e a forma como se relacionam, este capítulo terá como objectivos principais a descrição dos conceitos de comorbilidade, os tipos de comorbilidade existentes, os modelos explicativos que lhe estão subjacentes e os tipos de perturbações mais frequentemente associadas. Para além disso serão descritas também algumas das especificidades do tratamento para indivíduos com este tipo de diagnóstico, bem como os principais estudos realizados no âmbito do diagnóstico dual. Na segunda parte deste capítulo será abordado o tema das terapêuticas de substituição opiácea em Portugal, fazendo uma caracterização dos programas de substituição de Metadona e Buprenorfina.

Conceito de Comorbilidade

Existem, na literatura, várias possibilidades para a definição de comorbilidade que podem incluir: co-ocorrência de desordens independentes, diferentes desordens partilhando a mesma causa e desordens diferentes que tenham uma relação causal entre elas (Caron & Ruter, 1991; Kendall & Clarkin, 1992; Widiger et al.., 1991, *cit in* Grilo et al, 1997). Segundo a OMS, comorbilidade ou diagnóstico duplo é definido como a co-ocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psicoactivas e outra perturbação psiquiátrica (Organização Mundial de Saúde, 1995).

Apesar das várias tentativas em encontrar uma única definição para o fenómeno da co – ocorrência de perturbação mental e abuso de substâncias, é certo que ainda não há nenhum consenso relativamente ao termo exacto a utilizar. O termo diagnóstico dual é muitas vezes utilizado, apesar de não ser oficialmente reconhecido nem pelo DSM nem pelo ICD (First & Gladis, 1993), tendo sido considerado inapropriado por várias razões; primeiro porque pode ser aplicado a duas perturbações que sejam coincidentes;

segundo porque o termo se foca essencialmente nos problemas médicos, quando estes pacientes têm uma série de outros problemas económicos, sociais, financeiros, físicos e psicológicos e em terceiro lugar, a definição de diagnóstico dual varia conforme a severidade da doença mental e do padrão de abuso de substâncias. Enquanto algumas perturbações são crónicas e persistentes com múltiplas consequências adversas, outras podem ser apenas episódios únicos sem consequências a longo termo e sem necessidade de um tratamento. Por outro lado, a toxicodependência também varia em termos de severidade, cronicidade, efeitos adversos para o indivíduo e para a família e implicações no tratamento

Weiss (1992) refere-se aos indivíduos com diagnóstico dual como "criaturas míticas", e constata que, ainda que consumam a mesma substância e tenham a mesma perturbação mental, eles não constituem um grupo homogéneo, devido à multiplicidade de factores de risco presentes em cada subgrupo. Schukit et al. (1988) enunciam a partir da revisão da literatura variáveis que podem ser potenciais factores de risco para o diagnóstico dual, nomeadamente: história de abuso sexual, idade de inicio dos consumos, a motivação para consumir, sintomas psicopatológicos durante os períodos de abstinência, e policonsumo de substâncias

Perturbação primária e secundária

Quando falamos em comorbilidade entre perturbação mental e abuso de substâncias, é frequente fazer-se a classificação de perturbação mental primária e abuso de substâncias secundário ou vice-versa. O termo "primário" significa "causa", isto é, que determina, ou que é "central", que prevalece sobre uma condição secundária que é uma consequência directa ou indirecta (Miller, 1993). A distinção entre perturbações primárias e secundárias refere-se à ordem de aparecimento dos sintomas na vida do indivíduo e pode também ser útil para predizer resultados a longo prazo ou para definir qual o tratamento mais adequado.

Apesar do grande conhecimento que existe acerca da prevalência da comorbilidade entre perturbações mentais e abuso de substâncias, existe pouca discussão sobre a prevalência e o impacto de múltiplas desordens mentais associadas a várias perturbações do consumo de substâncias; a esta combinação é chamada multimorbilidade (Van den Akker, Buntinx & Knottnerus, 1996 *cit in* Castel, 2006)

Segundo Kandel (2007) a co-ocorrência de psicopatologia e consumo de substâncias pode ser resultado de: perturbações mentais que levaram ao consumo de drogas, perturbações mentais como resultado do abuso de substâncias, ou uma combinação destas perturbações que se reforçam entre si e que tornam difícil de perceber qual é que aparece primeiro, ou a causa inicial

Tipos de comorbilidade

Segundo Kaplan e Feinstein (1974, *cit in* Marques-Teixeira, 2001), existem, no modelo médico, vários tipos de comorbilidade: *comorbilidade patogénica*, que recupera a noção de complicação, ou seja segundo este tipo de comorbilidade a segunda doença está etiologicamente associada à primeira. No entanto, em psiquiatria, é difícil estabelecer nexos de causalidade, daí a dificuldade em utilizar este conceito. Ainda assim, um exemplo deste tipo de comorbilidade é a agorafobia enquanto complicação de uma perturbação de pânico, ou as complicações alcoólicas de uma depressão. Os mesmos autores explicam também a *comorbilidade diagnóstica*, que se refere à noção de co-ocorrência sintomática e é definida pela existência, num mesmo doente, de um re-agrupamento sintomático, cujos elementos não são individualmente específicos de uma perturbação. Os autores dão como exemplo uma situação em que o doente sofre de poliúria quer em resultado de uma diabetes, quer em resultado de uma doença renal. Outro exemplo citado por Maser e Cloninger (1990, *cit in* Marques-Teixeira, 2001) é a existência de alterações da concentração como resultado de uma depressão e de uma perturbação ansiosa. Finalmente um outro tipo de comorbilidade é a *comorbilidade prognóstica*, que compreende a noção de risco relativo. A presença de determinado sindroma favorece o aparecimento de outras perturbações diferentes da primeira. Uma vez mais um exemplo que ilustra este tipo de comorbilidade são as ligações entre perturbação depressiva e alcoolismo, pois o risco de alcoolismo em doentes deprimidos é muito maior que na população em geral.

Angold et al. (1999) faz a distinção entre comorbilidade *homotípica* e *heterotipica*. A primeira faz referência a perturbações do mesmo grupo diagnóstico (por exemplo a co-ocorrência de depressão major e de distimia); a segunda refere-se á comorbilidade de perturbações de tipos diferentes (como por exemplo depressão e perturbação da conduta). Os mesmos autores apresentam também as noções de comorbilidade *simultânea*, quando as perturbações ocorrem ao mesmo tempo e têm a

mesma fenomenologia, e comorbilidade *sucessiva* quando as perturbações em questão não estão presentes simultaneamente

Modelos de comorbilidade na toxicodependência

Foram propostos quatro modelos para explicar a relação entre abuso de substâncias e perturbações psiquiátricas (Mueser et al., 1998). O primeiro modelo postula que grandes taxas de comorbilidade são o resultado da partilha de vários factores comuns, nomeadamente factores genéticos ou perturbações de personalidade, que induzem uma vulnerabilidade comum. O segundo modelo refere que o abuso de substâncias é secundário às perturbações psiquiátricas, sendo o consumo de substâncias uma forma de aliviar o mal-estar (modelo de regulação do afecto). O terceiro modelo reitera que a perturbação psiquiátrica é induzida por um consumo de substâncias primário. Por fim, o quarto modelo afirma que existe uma interacção de factores que contribui para o aumento da comorbilidade entre as duas perturbações.

Modelo de factores comuns

Este modelo postula que a comorbilidade é resultado de vulnerabilidades partilhadas por ambas as desordens. Foram estudados essencialmente dois factores de risco: factores genéticos e perturbação da personalidade anti-social.

Factores genéticos

Embora estudos de famílias sugiram que a partilha de factores genéticos na perturbação psicopatológica e na toxicodependência não contribuam para um aumento da comorbilidade, outros estudos mostraram altas taxas de perturbações afectivas em famílias com pacientes toxicodependentes esquizofrénicos (Gershon et al., 1988; Tsuang et al., 1982; Vardy & Kay, 1983, *cit in* Mueser et al., 1998).

Um factor comum que pode aumentar o risco quer para a toxicodependência, quer para a perturbação mental é a partilha de disfunções neurobiológicas. A vulnerabilidade para a adicção pensa-se ser baseada numa deficiente actividade do sistema dopaminérgico que leva os indivíduos a consumirem substâncias que os façam experienciar sensações positivas, que de outra forma estariam comprometidas. Sintomas psicóticos tais como alucinações e delírios terão como base uma excessiva actividade da região mesolimbica dopaminica (Sthal, 1996). Chambers, Krystal, e Self (2001)

descobriram recentemente uma base neurobiológica para este modelo, colocando a hipótese de que anomalias no hipocampo e no córtex frontal não só provocam sintomas de esquizofrenia, mas também reforçam os efeitos positivos da droga e reduzem a consciência critica.

Há, no entanto estudos que vão contra este modelo genético. Vários estudos demonstram que o risco genético da esquizofrenia ou da perturbação bipolar não está associado ao aumento do risco da toxicodependência ou vice-versa (Bidaut-Russel, Bradford, & Smith, 1994; Gershon et al., 1982, 1988; Maier, Lichtermann, Minges, Delmo, & Heun, 1995; Morrison, 1975; Rimmer & Jacobsen, 1977; Tsuang et al., 1982) citados por Mueser (1998). Estes resultados são também apoiados por estudos de gémeos na hereditariedade da esquizofrenia e do alcoolismo comparando as taxas de perturbações entre gémeos monozigóticos e dizigóticos (Kendler, 1985).

Perturbação Anti-Social da Personalidade (PASP)

Um dos possíveis factores comuns que tem sido estudado é a personalidade anti-social da personalidade. São vários os estudos que têm demonstrado que a personalidade anti-social e a sua percursora, a perturbação da conduta, estão intimamente relacionados com a toxicodependência (Kessler et al., 1997; Regier et al., 1990, *cit in* Mueser, 1998). Para além disso, a perturbação anti-social com abuso de substâncias primário está intimamente relacionado com um curso mais severo da doença, incluindo um começo mais precoce dos consumos, uma maior dependência física e mais consequências adversas ao nível físico, social e legal (Alterman & Cacciola, 1991; Cadoret, Troughton, & Widmer, 1984; Hesselbrock, 1986; Penick et al., 1984, *cit in* Mueser, 1998). Tem também sido evidenciada a relação entre perturbação anti-social da personalidade e doença mental, mais especificamente sintomas de perturbação de conduta em crianças. Lutas constantes, absentismo escolar e mentira, são factores preditivos para um posterior desenvolvimento da esquizofrenia em adultos (Asarnow, 1988; Cannon, et al., 1993; Neumann, Grimes, Walker, & Baum, 1995; Robins, 1996; Robins & Price, 1991; Rutter, 1984; Watt, 1978, *cit in* Mueser, 1998) e numa percentagem menos significativa da desordem bipolar

A forte associação entre perturbação de conduta, perturbação anti-social da personalidade e toxicodependência bem como o aumento da prevalência da PASP entre indivíduos com doença mental, são consistentes com o papel da personalidade anti-

social como factor comum subjacente ao aumento da comorbilidade. Para suportar esta ideia existe a evidência que indivíduos com doença mental e perturbação anti-social da personalidade são mais susceptíveis de terem comorbilidade com consumo de substâncias do que indivíduos semelhantes sem PASP Apesar da evidência que suporta a associação entre personalidade anti-social e o aumento da comorbilidade entre toxicodependência e doença mental, a significância da PASP como factor de risco não é clara. Uma das explicações é que o consumo de substâncias pode contribuir para o aparecimento de sintomas idênticos aos da personalidade anti-social, e então a personalidade anti-social pode não ser um factor de risco para a perturbação do uso de substâncias mas sim simplesmente um sub produto da perturbação do uso de substâncias.

Outros factores comuns

Existem outros dois factores que podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade a ambas as perturbações: o estatuto sócio-económico e o funcionamento cognitivo. De uma forma geral, existe uma associação entre um baixo estatuto sócio-económico e altas taxas de consumo de substâncias (Anthony & Helzer, 1991; Hawkins, Catalano, & Miller, 1992; Helzer, Burnam, & McEvoy, 1991, *cit in* Mueser, 1998). Da mesma forma foram encontradas taxas de esquizofrenia relacionadas com um baixo estatuto sócio-económico e com a pobreza em geral (Bruce, Takeuchi, & Leaf, 1991). A pobreza é considerada factor de risco para o desenvolvimento de perturbação psiquiátrica (Bruce, Takeuchi, & Leaf, 1991) bem como para o abuso de substâncias (Anthony & Helzer, 1991; Hawkins, Catalano, & Miller, 1992).

Um deficitário funcionamento cognitivo pode também ser um factor de risco para ambas as perturbações. Este défice pode ser resultado de factores genéticos, ambientais ou a combinação dos dois. A evidência é que, por um lado, o défice cognitivo é preditor de um futuro abuso de substâncias (Berman & Noble, 1993), a fraca atenção e a baixa inteligência aumenta o risco de desenvolver esquizofrenia. Indivíduos com baixo funcionamento cognitivo estão mais vulneráveis às perturbações mentais (Jones, Guth, Lewis & Murray, 1994, *cit in* Mueser, 1998) e ao consumo de substâncias (Berman & Noble, 1993).

Estes factores referidos actuam em conjunto com outros factores contribuindo assim para o diagnóstico dual.

Modelo de perturbação do uso de substâncias secundário

Este modelo postula que as taxas de comorbilidade encontradas são consequência de uma perturbação mental que levaria ao abuso de substâncias. A partir deste modelo geral foram sugeridos outros três modelos: risco psicossocial; hiper sensibilidade e vulnerabilidade iatrogénica ao abuso de substâncias.

Modelo de factores de risco psicossociais

Entre os factores de risco existentes, subsistem várias hipóteses que podem explicar a comorbilidade. No entanto uma das hipóteses mais conhecidas é a da *auto-medicação.* De acordo com este modelo, indivíduos com desordens psiquiátricas estão mais predispostos ao abuso de substâncias, porque o uso de álcool e drogas é uma forma de aliviarem os seus sintomas psiquiátricos. A hipótese da auto-medicação é bastante evocada e quase todos os indivíduos com diagnóstico dual referem que utilizam o álcool ou a droga para acabar com algum sintoma ou estado emocional negativo (Addington & Duchak, 1997; Carey & Carey, 1995; Dixon, Haas, Weiden, Sweeney, & Francês, 1990; Mueser, Nishith, Tracy, DeGirolamo, & Molinaro, 1995; Noordsy et al., 1991). A assumpção subjacente seria que as substâncias não são escolhidas aleatoriamente mas sim de acordo com os efeitos que têm nos sintomas dos indivíduos. As evidências que suportariam esta hipótese seriam: (1) o indivíduo através do consumo de substâncias referir melhoria dos seus sintomas, (2) os estudos demonstrarem que os indivíduos com determinada desordem mental consomem determinado tipo de substâncias, (3) os indivíduos com perturbação psiquiátrica mais severa consumirem mais do que aqueles que têm menos sintomas. No entanto a investigação não prova nenhuma destas possibilidades. Os indivíduos tendem a afirmar que o uso de substâncias tende a reduzir problemas sociais, insónia, depressão, apatia, anedonia, mas raramente referem o alívio de sintomas específicos de uma desordem mental (Dixon et al., 1990; Noordsy et al., 1991) Estudos epidemiológicos não sugerem que grupos com diferentes psicopatologias prefiram substancias específicas, pelo contrário, mostram que indivíduos com perturbação mental severa consomem o mesmo tipo de substâncias que a restante população só que em maior quantidade (Cuffel, 1996). Finalmente, o tipo ou a quantidade de substância consumida não parece estar relacionado com a severidade ou o tipo de sintomas em indivíduos com psicopatologia (Bernadt & Murray, 1986; Brunette,

Mueser, Xie & Drake, 1997; Hamera, Shneider, & Deviney, 1995, Mueser et al., 1990, Noordsy et al., 1991).

Um segundo tipo de *modelo de factores de risco psicossociais* é a hipótese do ***alívio da disforia***. São vários os estudos que demonstram que indivíduos com perturbação mental experienciam disforia (Birchwood, Mason, MacMillan, & Healy, 1993; Drake & Cotton, 1986), o que por sua vez os torna mais susceptíveis de consumirem substâncias psicoactivas. Alguns estudos mostram que indivíduos com esquizofrenia e abuso de substâncias têm maiores níveis de disforia do que esquizofrénicos que não consomem substâncias (Sheller-Gilkey, Thomas, Woolwine & Miller, 2002). Para além disso, crianças e adolescentes com perturbações do humor e ansiedade têm um risco acrescido de vir a ter problemas com abuso de substâncias (Birmaher et al., 1996). A literatura mostra altas taxas de consumo de várias substâncias, particularmente nicotina, álcool, cannabis e cocaína.

O modelo dos *múltiplos factores de risco* inclui o modelo do alívio da disforia mas inclui também outros factores nomeadamente: fracas competências interpessoais, défice cognitivo, insucesso escolar, pobreza, ausência de actividades diárias e estruturadas, isolamento social, associação com grupos desviantes, disponibilidade de drogas. (Berman & Noble, 1993) Por exemplo, indivíduos com psicopatologia grave têm fracas competências sociais e tendem a integram-se em grupos desviantes em que o álcool e a droga são a norma (Dusenbury, Botvin & James-Ortiz, 1989; Pandina Labouvie, Johnson & White, 1990). Para além disso, indivíduos com diagnóstico dual, afirmam que consomem substâncias para facilitar a interacção com os pares (Drake & Brunette , 1998 *cit in* Virgo et al., 2001).

O modelo da ***hipersensibilidade*** é uma elaboração do modelo de vulnerabilidade ao stress proposto para a esquizofrenia (Liberman et al., 1986; Zubin & Spring, 1977). De acordo com este modelo, a vulnerabilidade biológica determinada pela combinação de factores genéticos e perinatais, interage com o stress precipitando o início de uma desordem psiquiátrica ou de uma recaída. Para além da influência do stress na vulnerabilidade, a medicação psicotrópica pode diminuir a vulnerabilidade, enquanto que o consumo de substâncias pode aumentá-la. A vulnerabilidade aplica-se portanto não só ao stress, mas também aos efeitos do álcool e das drogas. Esta vulnerabilidade pode fazer com que indivíduos com perturbação mental tenham experiências negativas

mesmo consumindo pequenas quantidades, da mesma forma que pequenas doses de substâncias aumentam a vulnerabilidade da recaída em indivíduos com perturbação mental.

A investigação que fundamenta este modelo encontra menor dependência física entre os indivíduos com diagnóstico dual, sintomas clínicos com menor quantidade de droga, efeitos negativos com doses mais baixas de substância.

Apesar de ser necessária mais investigação nesta área, este modelo apresenta um suporte teórico que explica o facto de pequenas doses de substâncias resultarem em consequências negativas em indivíduos com perturbação mental e o aumento de prevalência de perturbações do uso de substâncias nesta população.

Modelo de perturbação psiquiátrica secundária

A teoria de que o consumo de substâncias pode levar a perturbações psicopatológicas tem sido debatida desde o fenómeno do consumo recreativo dos anos 60 (Blumenfield & Glickman, 1967; Glass & Bowers, 1970; Stone, 1973)., debate esse centrado essencialmente nos efeitos de drogas tais como alucinogénos e a cannabis devido aos seus efeitos psicomométicos.

O álcool e as drogas podem perturbar o humor, o funcionamento cognitivo e o comportamento. Depressão, mania, ansiedade, pânico, paranóia, alucinações, são alguns dos sintomas que podem resultar do consumo crónico de substâncias. Por exemplo os consumidores de PCP, alucinogéneos, ou estimulantes podem tornar-se psicóticos ou muitas vezes apresentar um quadro de esquizofrenia. Alcoólicos e consumidores de cocaína podem experienciar depressão e ideias suicidas durante o período de abstinência.

É importante referir o papel importante da vulnerabilidade individual às drogas, nomeadamente às drogas psicomiméticas. Esta vulnerabilidade ao consumo de substâncias tem sido sugerida como um mecanismo que pode precipitar a esquizofrenia ou a desordem bipolar (Goodwin & Jamison, 1990; Lieberman, Kinon, & Loebel, 1990) citado por Mueser et al. (1998). Esta evidência é coincidente com o modelo de vulnerabilidade de Zubin & Spring (1977) que postula que existe uma vulnerabilidade psicobiológica da esquizofrenia (ou da perturbação bipolar) que pode ser causada por um factor stressante (neste caso o consumo de substâncias), resultando num síndrome psiquiátrico.

A investigação sugere também que o consumo de drogas em indivíduos com perturbação mental esta relacionada com um inicio precoce da doença (Addington & Addington, 1998; Alterman, Ayres, & Williford, 1984; Breakey et al., 1974; Mueser, Yarnold, et al., 1990; Tsuang et al., 1982)

Modelos bidireccionais

Para explicar as elevadas taxas de comorbilidade, o modelo bidireccional postula uma interacção entre a perturbação mental e perturbação do uso de substâncias, isto é, a perturbação do uso de substâncias poderá induzir no indivíduo biologicamente vulnerável uma perturbação psiquiátrica, que é, no entanto, perpetuada pelo continuo consumo de substâncias bem como através de factores cognitivos tais como crenças, expectativas e motivações para continuar a consumir (Graham, 1988).

Apesar da evidência de que o consumo de substâncias agrava o curso da perturbação psiquiátrica (Drake & Brunette, 1998, *cit in* Virgo et al., 2001) este modelo necessita ainda de investigação futura.

Psicopatologia e padrões de consumo

Muitos autores afirmam que existem diferentes características entre os consumidores das diferentes drogas, e outros, baseados em estudos experimentais, não encontram diferenças, ou encontram-nas em muito pequeno grau (Campbell, 1990) citado por Neto (1996).

Num estudo com 263 pacientes psiquiátricos hospitalizados com diagnóstico de esquizofrenia, perturbação esquizo – afectiva, perturbação bipolar, e depressão major, Muser et al. (1990) encontrou pequenas diferenças nos padrões de consumo. Em última análise, a escolha da substância seria determinada por factores de acessibilidade da mesma.

Por outro lado, existem autores que afirmam que substâncias distintas têm também diferentes tipos de comorbilidade com perturbações mentais, e diferentes perturbações mentais podem ser associadas a determinados padrões de consumo (Degenhardt, Hall & Lynnskey, 2001, *cit in* Castel, 2006). Assim, Khantzian (1985) dá como exemplo o caso dos heroinómanos que elegem a heroína por esta aliviar a raiva e

a agressividade, a depressão e a ansiedade. Da mesma forma Verheul (2001), reforça a ideia que a heroína poderá reduzir o stress, atenuar a dor e eliminar vozes ameaçadoras em pacientes esquizofrénicos e com patologia borderline. O álcool e a cannabis podem atenuar a sintomatologia ansiosa, os psicoestimulantes podem melhorar a depressão e aumentar a energia; os opiáceos em geral reduzem a sintomatologia paranóide e a cocaína será procurada pelos seus efeitos activadores (Lõpez-Ibor, 2004)

Numa outra perspectiva, o abuso de drogas pode derivar em quase todo o tipo de psicopatologia, incluindo estados exacerbados de ansiedade, agressão, depressão, psicose aguda e graves estados confusionais. (Schuckit, 1989). A maioria das perturbações depressivas são secundárias ao consumo de drogas, desaparecendo em muitos casos após o primeiro mês de abstinência e reaparecendo quando os indivíduos recaem.

Apesar das divergências constatadas em alguns estudos, é mais ou menos consensual que algumas substâncias são consumidas mais frequentemente do que outras, nomeadamente o álcool, a cannabis e os estimulantes (anfetaminas, cocaína e crack) (Cuffel, 1996). O consumo problemático de substâncias inclui ainda o consumo de substâncias prescritas, cafeína e nicotina e o policonsumo é extremamente comum. O consumo de tabaco entre a população com perturbações mentais é 3 a 4 vezes maior do que na restante população. Lyons (1999) afirma que estudos na população com problemas mentais demonstram que são os esquizofrénicos que se mostram como mais fumadores.

Principais estudos: prevalência da psicopatologia encontrada

Vários estudos têm avaliado a prevalência do consumo de substâncias em pessoas com perturbação mental (Cuffel, 1999). Nos anos 90, dois importantes estudos epidemiológicos norte – americanos, o Epidemiological Catchment Área (ECA) e o National Comorbidity Survey (NCS), documentaram altas taxas de comorbilidade psiquiátrica e perturbações por abuso de substâncias, situando-as entre 15% a 40%. No estudo ECA, 37% dos indivíduos com problemas com álcool e mais de 50% dos indivíduos com problemas com drogas têm também uma perturbação mental (Regier et al, 1990), maioritariamente perturbações afectivas e perturbações de ansiedade, respectivamente 32% e 14,6%).

No National Comorbidity Survey (1990-1992) foi encontrada uma prevalência do abuso de drogas (ao longo da vida) de 12%; 3,6% dos sujeitos admitindo consumos

activos à data do inquérito. Mais uma vez, em metade destes 12% se identificou a ocorrência de outra perturbação mental (30% de perturbações afectivas; 41% de perturbações ansiosas e 35% de perturbações do comportamento ou comportamento anti-social (Kessler et al.,1996).

Wurmser (1978) citado por Neto (1996) refere que as poucas populações de toxicodependentes que são estudadas com a ajuda de testes, revelam-se repletas de psicopatologia severa. As perturbações graves de personalidade representam a maioria dos casos, as neuroses uma minoria e as psicoses uma raridade. Bergeret (1982) citado por Neto (1996) partilha da mesma opinião afirmando que o lote mais apreciável de toxicodependentes encontrados nos nossos dias não é constituído por personalidades neuróticas ou psicóticas, mas por jovens que "são como adolescentes que não tiveram tempo de terminar a sua crise de adolescência, não se podendo falar propriamente de estrutura nesses casos. São personalidades imaturas, fluidas, ansiosas, insatisfeitas".

Weissman et al. (1976), estudou uma amostra de 106 heroinodependentes de um programa de metadona, verificando, através do SCL – 90, que 1/3 estava moderada a severamente deprimida, notando perturbações do humor, do apetite e do funcionamento sexual, ansiedade e ideias de suicídio. Foi difícil determinar se a depressão precedia ou não a dependência, a aditividade e os sintomas depressivos aparecendo associados a uma quebra do funcionamento social.

Segundo Kandel (2007) há uma correlação positiva entre desordens emocionais e abuso de substâncias. Os primeiros resultados foram encontrados em estudos sobre o álcool, no entanto estes resultados foram também confirmados entre consumidores de heroína. Segundo o mesmo autor, a ansiedade está muitas vezes presente entre os consumidores de droga. A ansiedade pode ser a causa inicial que leva ao consumo de substâncias, ou então pode ser o resultado desse mesmo consumo.

De acordo com Ball (2005) a comorbilidade é mais elevada para as drogas ilícitas (79%) do que para o álcool (44%), enquanto que Agosti et al. (2002) confirma prevalências de perturbações da ansiedade (73,1%) e perturbações do humor (47,8%) em dependentes de cannabis.

Nos últimos anos, a percentagem de consumo de drogas em pacientes com esquizofrenia tem aumentado (Cuffel, 1992, *cit in* Marshall, 1998). Podem consumir drogas para melhorar e facilitar as relações sociais (Bergan & Harris, 1985), integrarem determinadas subculturas (Test et al, 1989, *cit in* Marshall, 1998) ou como forma de

auto medicação para o stress, depressão e ansiedade (Dixon et al., 1990, *cit in* Marshall, 1998). Para realçar esta ideia, Alerman e Erdlen (1970) citados por Kandel (2007), confirmam que o abuso de álcool e drogas está muitas vezes relacionado com a esquizofrenia

Kosten (1989, *cit in* Neto, 1996) estudou 150 heroinodependentes, pertencentes a um sub – grupo de 204, que tinham iniciado o tratamento de 2,5 anos em 4 modalidades. Destes 150 heroinodependentes, 79% manifestou perturbações da personalidade (44% tinham uma perturbação anti – social da personalidade; 17% eram borderline e 10% pertencia a um grupo que incluía a personalidade histérica, dependente e narcísica). 21% não tinha perturbações da personalidade.

Blatt (1984) citado por Neto (1996) estudou uma população de 47 heroinodependentes, que comparou com 39 dependentes de outras drogas, recorrendo ao SCL – 90 e a outros questionários. O grupo de adictos a opiáceos atingiu alterações significativamente maiores em todas as escalas do SCL – 90, excepto nas da hostilidade e do psicoticismo. Blatt (1984, *cit in Neto*, 1996) fez um artigo teórico e de revisão, onde conclui que, embora possa haver um pequeno numero de dependentes a funcionar a um nível psicótico ou borderline, a maioria são severamente neuróticos, ou têm perturbações de personalidade, tendo de lidar com uma depressão intensa.

Jafee (1985) citado por Neto (1996) num artigo de revisão, embora concordando com os autores anteriores, engloba a maioria dos toxicodependentes no grupo das perturbações narcísicas da personalidade (segundo o Eixo II da DSM III –R). Em 1989, o mesmo autor fala em alexitimia como uma característica de alguns destes doentes e volta a referir uma depressão severa como manifestação concomitante da toxicodependência: num estudo de doentes internados em Comunidades Terapêuticas. Refere que 60% tiveram um síndroma depressivo no ano anterior, 28% tinha pensado em suicidar-.se e 13% já tinham feito pelo menos uma tentativa de suicídio.

Campbell (1990, *cit in* Neto, 1996), estudou uma amostra de 16 heroinodependentes, 16 dependentes de anfetaminas, 34 de cocaína e 29 de cannabis. Aplicou a todos o SCL – 90 e um teste de personalidade, tendo concluído que, com excepção de sintomas relacionados com o uso de anfetaminas (maiores valores nas sub – escalas de hostilidade e de ideação paranóide do SCL – 90), os dados do seu estudo não suportam a noção de que haja cachos (clusters) de sintomas ou de perturbações especificas de personalidade, associados com o abuso de substancias especificas.

O Grupo para o Avanço da Psiquiatria – Comissão sobre o Alcoolismo e Toxicodependências (1991) citado por Neto (1996), que reúne as personalidades da Associação Psiquiátrica Americana mais em evidência neste campo, faz um artigo de revisão onde afirma que um número significativo de estudos, entre 1975 e 1985, documentaram uma elevada taxa de depressão entre toxicodependentes, que alcançava, nos heroinodependentes, valores de 50% (segundo critérios da DSM III). Cerca de 2/3 dos casos relatados nestes estudos tinham tido pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida.

Perturbações de Eixo I: Perturbação do uso de substâncias e perturbações do humor

No DSM-IV-TR as perturbações do humor dividem-se em perturbações depressivas, perturbações bipolares e em duas perturbações baseadas na etiologia, a perturbação de humor devida a um estado físico geral e a perturbação de humor induzida por substâncias. Serão então, seguidamente descritas duas das mais comuns perturbações presentes neste tipo de população: a depressão e a perturbação bipolar.

Segundo Mueser et al. (1998), a prevalência da perturbação do humor nesta população varia entre os 50% e os 70%, e, segundo Kosten et al. (1986) entre populações dependentes de opiáceos, a existência de perturbações de humor é preditora de resultados menos positivos no tratamento e maior possibilidade de recaída.

Aproximadamente 30% a 50% dos dependentes de opiáceos cumprem o critério para depressão major ao longo da vida (Kaplan et al., 1994), e a taxa de suicídio neste tipo de dependentes é maior do que na população em geral (Oyefeso et al., 1999). Flynn (1997) afirma que indivíduos que sejam dependentes de heroína e cocaína têm maior probabilidade de sofrerem de depressão major do que aqueles que são apenas dependentes de heroína. No Epidemiologic Catchment Área, 16,5% dos indivíduos com depressão major são alcoólicos e 18% têm perturbação do uso de drogas (Regier et al., 1990)

Entre os consumidores de cocaína, a prevalência de perturbações de humor é de 61%, enquanto que a prevalência de depressão major ao longo da vida é de 31% (Rounsaville et al., 1991). São muito comuns sintomas depressivos entre dependentes de cocaína (Gawin & Kleber 1986) e estes indivíduos têm, normalmente um pior

prognóstico, e os sintomas de abstinência resultantes da privação da cocaína são semelhantes aos da depressão: cansaço, hipersonia e humor depressivo.

O uso de anfetaminas e metanfetaminas é associado a várias desordens psiquiátricas, nomeadamente psicose anfetaminica (Rousanville et al., 1991), experiências alucinatórias e sintomas depressivos (Rawson et al., 2002). Os sintomas depressivos são maiores nos consumidores de anfetaminas e metanfetaminas do que nos consumidores de outras drogas estimulantes (e.g., cocaína), e para além disso há uma maior prevalência de sintomas depressivos entre os consumidores de anfetaminas e metanfetaminas em tratamento (Kalechstein et al., 2000; Rawson et al., 2000). Estes consumidores parecem experienciar um longo período de sintomas depressivos após a cessação do consumo (Rawson et al., 2000). Em última análise o consumo pode ser uma auto-medicação em resposta aos sintomas depressivos (Abraham & Fava, 1999).

Um grande número de estudos tem reportado que o consumo de MDMA provoca grandes níveis de depressão, mesmo nos dias seguintes ao seu uso (Curran & Travill 1997; Parrott & Lasky 1998; Verheyden et al., 2002), e após um período de abstinência (Gamma et al., 2001; MacInnes et al., 2001; Thomasius et al., 2003)

Para além da grande prevalência da depressão entre os adultos, a investigação sugere que, entre os jovens, a prevalência está a aumentar (Bromberger & Costello, 1992; NIMH, 2000; Oswalt & Finkelberg, 1995; Rosenthal & Schreiner, 2000).

A percentagem de depressão entre os consumidores de droga é maior do que a da população em geral (McBride et al., 2000, *cit in* Helm et al., 2002). Um estudo de Rao, Daley & Hammen, 2000 *cit in* Helm et al, 2002), analisou nas mulheres a relação entre depressão e abuso de substâncias num período entre o fim da adolescência e o início da idade adulta. Concluíram que não só houve uma continuidade no consumo de substâncias, mas também que aquelas que tinham problemas de consumo de substâncias tinham um elevado risco de depressão, sugerindo assim que o consumo de substâncias aumenta a comorbilidade com a depressão.

No que diz respeito à população em tratamento, a prevalência de depressão ao longo da vida por perturbação do abuso de substâncias é substancial. Miller, 1996 & Compton 2000, *cit in* Agosti & Levin, 2006) encontraram altas taxas de depressão major (44% e 24%, respectivamente).

No estudo ECA, 56% dos indivíduos com perturbação bipolar têm também perturbação do uso de substâncias (Regier et al., 1990). Existe evidência empírica de que a perturbação do uso de substâncias está associada um pior prognóstico da desordem bipolar. Sujeitos com este tipo de comorbilidade têm um maior número de hospitalizações (Brady et al., 1991; desenvolvem sintomas afectivos bastante cedo e apresentam um maior número de episódios maníacos e depressivos (Sonne et al., 1994; Keller et al., 1986). O início precoce da perturbação, nomeadamente na adolescência, está associado a um maior risco de desenvolver perturbação do uso de substâncias. A impulsividade, é um dos factores de risco que associa a perturbação bipolar ao consumo de substâncias (Swann et al., 2004).

Finalmente é importante distinguir a perturbação do humor devido a um estado físico geral, ou seja primário, de uma perturbação de humor induzida por substâncias. A perturbação do humor primária é uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada como sendo decorrente dos efeitos fisiológicos directos de uma condição física geral, enquanto que a perturbação do humor induzida por substâncias a característica essencial é uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada devido aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (droga de abuso, medicamento, outros tratamentos somáticos para a depressão ou exposição a uma toxina). As perturbações de humor induzidas por substâncias surgem exclusivamente em associação com estados de intoxicação ou abstinência, enquanto as perturbações de humor primárias podem preceder o início do uso da substância ou ocorrer durante períodos de abstinência prolongada.

Perturbação do uso de substâncias e perturbação de ansiedade

A ansiedade é algo que todo o ser humano experiencia. É definida como uma sensação de apreensão e preocupação relativamente a acontecimentos ou acções futuras. Apesar desta definição mais ou menos universal, a verdade é que a ansiedade pode ocorrer em situações que não são comummente geradoras de ansiedade, e ai, ela pode tornar-se desadaptativa. O National Comorbidity Survey (NSC) encontrou um aumento do risco do uso de álcool e outras drogas na presença de perturbações da ansiedade. 19, 4% dos indivíduos dependentes de álcool, e 28,3% dos indivíduos dependentes de drogas têm co morbilidade com perturbações de ansiedade. Darke e Ross (1997) numa

amostra de 222 heroinodependentes, constataram que 60% dos indivíduos haviam experienciado pelo menos uma perturbação da ansiedade ao longo da vida, preenchendo 51% dos sujeitos, à data do estudo, os critérios para o mesmo diagnóstico.

As taxas de perturbação de ansiedade entre alcoólicos variam entre os 10% e os 69% (Kushner et al., 1990), sendo a fobia social a mais comum neste tipo de população.

A hipótese da auto – medicação relata que o indivíduo com perturbações psiquiátricas, usa substâncias psicoactivas para tratar os sues estados disfóricos. No caso das perturbações da ansiedade, a experiência de uma ansiedade tão intensa pode ser tão desagradável que a pessoa não só evita situações que lhe provoque ansiedade, como fazer qualquer coisa para reduzir essa mesma ansiedade quando ela ocorre, neste caso consumir substâncias para aliviar os sintomas negativos. Há também teorias que propõem que as perturbações de ansiedade e a toxicodependência derivam de um factor comum, uma predisposição genética. Por exemplo, em famílias em que existam perturbações de pânico há um maior risco de alcoolismo do que nas famílias em que essas perturbações não existam

.As semelhanças entre os sintomas das perturbações da ansiedade e da intoxicação de droga ou a sua privação sugerem que mecanismos neurobiológicos comuns possam fazer uma ligação entre estes dois grupos de desordens. Os sistemas noradrenégicos são tanto activados durante um ataque de pânico como durante o síndrome de abstinência.

No entanto há que fazer a distinção entre a perturbação da ansiedade primária e a perturbação da ansiedade induzida por substâncias, sendo que esta se caracteriza por sintomas proeminentes de ansiedade, considerados como sendo a consequência fisiológica directa de uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina. A evidência de que os sintomas são melhor explicados por uma perturbação da ansiedade não induzida por substâncias pode incluir o seguinte: os sintomas precedem o início do uso de substâncias; os sintomas persistem por um período de tempo substancial (um mês, ou mais) depois do período agudo da abstinência ou intoxicação intensa, ou são substancialmente excessivos relativamente ao que seria de esperar dado o tipo e a dose de substância utilizada, ou à duração do uso; ou existe outra evidência que sugere a existência de uma perturbação da ansiedade independente, não induzida por substâncias (D.S.M.IV-R).

Perturbação do uso de substâncias e Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma das doenças mentais mais graves e mais debilitantes, tendo nos homens um começo mais precoce e um curso mais gravoso da doença do que nas mulheres. De acordo com o estudo ECA, 47% dos indivíduos com esquizofrenia também cumpriam critérios para perturbação do uso de substâncias. Existe evidência científica de que as taxas de prevalência ao longo da vida de perturbação do uso de substâncias em indivíduos esquizofrénicos variam entre os 40% e os 70% (Dixon, 1990). Nestes indivíduos, observa-se um início precoce dos sintomas psicóticos, e são normalmente jovens do sexo masculino (Mueser et al., 1998).

O consumo de substâncias é muito comum entre indivíduos com esquizofrenia e a comorbilidade das duas perturbações apresentam-se como um grande desafio quer em termos de diagnóstico quer em termos de tratamento. A combinação das duas perturbações está associada a fracos resultados no tratamento, fraca adesão à medicação, taxas elevadas de hospitalizações, maior actividade criminal, altas taxas de VIH e VHC e risco acrescido de suicídio. Segundo Minkoff e Drake, (1991, *cit in* Mercer et al., 1998) a esquizofrenia está também associada a problemas em várias áreas do funcionamento que o consumo de álcool e drogas acaba por agravar: (1) educacional: absentismo escolar ou analfabetismo; (2) ocupacional: incapacidade para trabalhar devido aos sintomas; (3) baixo estatuto sócio-económico; (4) níveis de violência e vitimização; (5) legal: detenções e prisões; (6) médico: falta de cuidados médicos e acompanhamento; (7) sexual: comportamento sexual de risco; (8) emocional: sentimentos de culpa, vergonha, raiva, desesperança, depressão; (9) interpessoal: conflitos familiares, altas taxas de separação, divórcio, dificuldade na intimidade; (10) consumo de substâncias: álcool, drogas, tabaco e café; (11) suicídio.

Os sintomas, que tendem a ser persistentes, proporcionam não só uma fraca qualidade de vida, mas também contribuem para a baixa aderência ao tratamento. Muitos investigadores acreditam que a dependência química na esquizofrenia surge sob a forma de auto-medicação, numa tentativa de eliminar os sintomas negativos e incómodos. O álcool por exemplo, serve para mascarar a tensão e a ansiedade desconfortável experienciado pelos esquizofrénicos. No entanto, o consumo continuado de substâncias psicoactivas pode exacerbar os sintomas psicóticos, bem como o estado geral do indivíduo. Khantzian (1985) propõe que as substâncias psicotrópicas seriam utilizadas pelos indivíduos com estados emocionais precários e dolorosos para se auto

medicarem e fortalecerem a integridade do eu. A escolha das substâncias seria determinada pelos efeitos específicos sobre o transtorno primário. Criticas feitas a esta hipótese mostram que o comportamento aditivo se desenvolve a partir da busca de euforia e prazer mais do que na tentativa de alívio do mal-estar psicológico. Uma corrente biológica da hipótese da auto medicação foi proposta por Blum (1996) que afirma que existiria nestes indivíduos um desequilíbrio químico no processo de produção habitual de prazer perante determinados estímulos naturais e comuns (alimentos, sexo, emoções). Deste modo, os indivíduos com incapacidade de sentir prazer, teriam vivências de ansiedade e desconforto emocional que tentariam mitigar através do consumo de substâncias Doentes esquizofrénicos abusam sobretudo de psicoestimulantes, alucinogéneos, cocaína e cannabis (López-Ibor, 2004) sendo a prevalência da esquizofrenia em dependentes de opiáceos moderada – 0% a 1% (Limbeek et al., 1992). Em comparação com os indivíduos sem diagnóstico dual, são os que apresentam um pior prognóstico, os que têm um maior número de hospitalizações, doses de medicação mais altas, necessitam de maior número de recursos, têm uma maior dificuldade em cumprir as prescrições farmacológicas, aumento da vulnerabilidade e disfunção social e mais tentativas de suicídio (Westermeyer, 1992).

Na perturbação psicótica induzida por substâncias, as alucinações ou ideias delirantes são devidas aos efeitos fisiológicos directos da substância, ou seja, a substância está directamente relacionada com os sintomas. Este tipo de perturbação surge apenas em associação com estados de intoxicação ou de abstinência. Já a perturbação psicótica primária inclui a persistência de sintomas psicóticos por um período substancial de tempo (um mês ou mais) após a intoxicação por substâncias ou síndrome de abstinência aguda; o desenvolvimento de sintomas que são substancialmente excessivos para o que seria de esperar tendo em conta o tipo e quantidade de substância utilizada ou a duração da sua utilização; ou uma história anterior de perturbação psicótica primária recorrente (D.S.M.IV-R)

Perturbações de Eixo II

Perturbação da Personalidade é definida pelo DSM-IV-TR como um padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura, tendo em conta os substratos étnico, cultural e social, é global e inflexível, tem início na adolescência ou no início da idade

adulta, é estável ao longo do tempo e origina sofrimento ou incapacidade. A mesma pessoa poderá preencher os critérios para várias destas perturbações

Segundo Pires (2003) de um ponto de vista de enquadramento teórico, a classificação das Perturbações de Personalidade deriva da teoria psicológica dos traços ou disposições. O mesmo autor salientou que no DSM-IV, as Perturbações da Personalidade estão organizadas em três clusters (constelações / agrupamentos de características comuns): Cluster A – "pessoas com características bizarras ou excêntricas" – que agrupa a Perturbação Paranóide da Personalidade (padrão de desconfiança e suspeição onde as motivações alheias são interpretadas como malévolas), a Perturbação Esquizóide da Personalidade (padrão de alheamento da vida social e restrição da expressividade emocional) e a Perturbação Esquizotípica da Personalidade (padrão de desconforto agudo no relacionamento próximo, distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico); O Cluster B – "pessoas com características dramáticas, emocionais ou inconstantes" - que reúne a Perturbação Anti-Social da Personalidade (padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros), a Perturbação Estado-Limite da Personalidade (padrão de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem, afectos e impulsividade marcada), a Perturbação Histriónica da Personalidade (padrão de excessiva emocionalidade e apelatividade) e a Perturbação Narcísica da Personalidade (padrão de grandeza, necessidade de adoração e ausência de empatia). E por último, o Cluster C – "pessoas com características ansiosas e medrosas" – que engloba a Perturbação Evitante da Personalidade (padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa), a Perturbação Dependente da Personalidade (padrão de comportamento submisso e pegajoso, associado a uma excessiva necessidade de cuidados dos outros) e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade (padrão de preocupação com a ordem, perfeccionismo e controlo).

São elevadas as taxas de perturbação da personalidade entre consumidores de drogas, especialmente no que se refere à perturbação anti-social da personalidade e à personalidade borderline. Dulit et al. (1990), afirma que entre a população com diagnóstico dual, a personalidade borderline é a segunda perturbação da personalidade

mais comum, sendo que a primeira é a perturbação anti-social da personalidade. Sendo assim serão descritas seguidamente de forma mais exaustiva estas duas perturbações.

Personalidade Borderline ou Estado Limite: diagnóstico e características

No DSM-IV-TR a Perturbação de Personalidade Borderline ou Estado-Limite é definida como um padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afectos, e uma impulsividade marcada com começo no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos. Na história infantil destes indivíduos são frequentes os relatos de abuso físico e sexual, negligência, conflitos violentos e perda ou separação parental precoce. Existe frequentemente co-ocorrência de perturbações do Eixo I, como por exemplo, perturbações de humor, perturbações do uso de substâncias, perturbações do comportamento alimentar, perturbação pós-stress traumático, perturbação de hiperactividade com défice de atenção, e também ocorre frequentemente com outras perturbações da personalidade. A sobreposição dos critérios diagnósticos da personalidade estado-limite com as outras perturbações da personalidade é apontada por alguns autores como muito frequente (cerca de 82%) e refere-se, por esta ordem, às personalidades histriónicas, anti-sociais e esquizotípicas. No DSM-IV-TR é referido que a estimativa da prevalência da perturbação estado-limite é de cerca de 2% na população em geral, cerca de 10% no ambulatório de saúde mental, 20% no internamento psiquiátrico e sobe até 30% a 60% na população com perturbações da personalidade sendo predominantemente diagnosticada em mulheres (cerca de 75%). Alguns autores referem que 70% a 75% dos indivíduos com perturbação de personalidade estado-limite têm uma história de pelo menos um acto para-suicida, definido como qualquer comportamento intencional, agudo e prejudicial ao próprio, com ou sem intenção suicida, incluindo tanto as tentativas de suicídio como os comportamentos auto-mutilantes. As ameaças de suicídio e crises suicidas são frequentes mesmo entre aqueles que nunca se envolveram em comportamentos para-suicidas. Apesar de muitos destes comportamentos não terem consequências letais, os investigadores estimam que 5% a 10% eventualmente se suicida. Os critérios de diagnóstico actualmente estabelecidos no DSM-IV e na Diagnostic Interview for Borderlines para esta perturbação, reflectem um padrão penetrante de instabilidade e desregulação nos domínios emocional, comportamental, cognitivo e interpessoal. As características dos indivíduos com a perturbação de personalidade estado-limite nestes quatro domínios são

seguidamente descritas. No domínio emocional os indivíduos com a perturbação de personalidade estado-limite geralmente experimentam desregulação e instabilidade. As respostas emocionais são reactivas e geralmente sofrem de depressões episódicas, ansiedade e irritabilidade assim como problemas com a raiva e a sua expressão. No domínio comportamental têm padrões de desregulação como prova do seu extremo e problemático comportamento impulsivo e uma importante característica é a sua tendência para comportamentos aparentemente auto-destrutivos Tentativas de injúria, mutilação, ou de suicídio, assim como o suicídio "consumado" ocorrem frequentemente nesta população, como já foi anteriormente salientado. No domínio cognitivo os indivíduos com a perturbação de personalidade estado-limite são por vezes cognitivamente desregulados. O pensamento psicótico breve e a desregulação sensorial, englobando a despersonalização, dissociação e delírios, incluindo delírios acerca do self, são despoletados por situações stressantes e geralmente cessam quando o stress diminui A desregulação do sentimento de si próprio é comum e estes indivíduos frequentemente relatam não terem qualquer noção de um self, sentirem-se vazios e sem perceber quem realmente são. Por último, no domínio interpessoal os indivíduos com esta perturbação frequentemente experimentam desregulação interpessoal pois as suas relações podem ser caóticas, intensas e marcadas por dificuldades. Apesar das dificuldades marcadas nos relacionamentos os indivíduos borderline consideram ser extremamente difícil desistir destes e, em vez disso, podem empenhar-se em intensos e frenéticos esforços para evitar que figuras significativas os deixem. Os tratamentos para esta perturbação tendem a ser mais prolongados e mais complexos do que os tratamentos para outras perturbações e existe a necessidade de se desenvolverem mais investigações acerca dos tratamentos e sua eficácia nesta população, uma vez que é considerada uma condição frequentemente severa e crónica que causa elevados níveis de sofrimento e incapacidade.

Personalidade Borderline ou Estado-Limite e Dependência de Substâncias

O consumo de substâncias é bastante comum em pacientes com personalidade borderline. Akiskal et al. (1985) afirma que indivíduos com esta perturbação preferem álcool e sedativos, enquanto que Dulit et al. (1990) corrobora esta opinião, mas acrescenta que têm também preferência por cannabis, cocaína, opiáceos e estimulantes.

Aproximadamente dois terços dos indivíduos com personalidade borderline têm também perturbação do de substâncias e esta co-ocorrência está associada a um maior número de parceiros sexuais, maior número de overdoses, partilha de material, maior risco de suicídio, respostas menos positivas nos tratamentos, bem como problemas familiares, psiquiátricos e legais mais gravosos. A perturbação anti-social da personalidade e a personalidade borderline têm algumas semelhanças no que diz respeito à sua fenomenologia, traços temperamentais subjacentes e factores familiares de risco. No entanto, a sua distribuição por género difere (sendo aproximadamente 75% homens na personalidade anti-social e 75% de mulheres na personalidade borderline) (Skodol et al., 2003). Sendo assim, a perturbação anti-social da personalidade e a borderline apesar de terem subjacentes traços semelhantes, ostentam expressões comportamentais diferentes consoante o género. A personalidade borderline inclui traços que podem ter origem no consumo de substâncias, (e.g. labilidade afectiva, impulsividade, relações interpessoais instáveis e conflituosas), mas inclui outros menos susceptíveis de serem confundidos com sintomas provocados pelo consumo de substâncias (medo de abandono, confusão de identidade, comportamento suicida). O comportamento sexual de risco é outro factor (de risco) associado tanto á personalidade borderline como ao consumo de substâncias. A personalidade borderline está relaciona-se com uma marcada impulsividade e exposição precoce a experiências de abuso físico e sexual, o que podem constituir factores de risco para um comportamento social pouco responsável. Estes comportamentos podem amplificar-se aquando do consumo de substâncias como a cocaína, a heroína e o policonsumo.

É necessário, no entanto mais investigação que para além de caracterizar a relação entre a personalidade borderline e a perturbação pelo uso de substâncias, desenvolva uma intervenção eficaz para este tipo de comorbilidade.

Personalidade Anti-Social: diagnóstico e características

Segundo o DSM IV-R, os critérios para o transtorno da personalidade anti-social são os seguintes:

A. Um padrão invasivo de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que ocorre desde os 15 anos, como indicado por pelo menos três dos seguintes critérios:

- Fracasso em conformar-se às normas sociais em relação a comportamentos legais, indicado pela execução repetida de actos que constituem motivo de detenção;
- Tendência para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer;
- Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro;
- Irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas;
- Desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia;
- Irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou honrar obrigações financeiras;
- Ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado outra pessoa.

B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.

C. Existem evidências de Perturbação de Conduta com início antes dos 15 anos de idade.

D. A ocorrência do comportamento anti-social não se dá exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou Episódio Maníaco.

Estes indivíduos normalmente procuram tratamento devido a pressões familiares ou legais, sofrem de ansiedade ou depressão e têm problemas conjugais e familiares. Ainda que tenham sido coagidos a procurar tratamento, podem beneficiar com ele. O comportamento anti-social pode assumir várias formas desde ataques directos e agressividade a formas mais subtis de manipulação. Este padrão normalmente inicia-se por volta dos 15 anos e persiste na idade adulta

De acordo com Hawkins, Arthur e Olson (1997) existem factores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento desta perturbação: (1) factores individuais como por exemplo exposição a substâncias psicoactivas durante o período prenatal, hiperactividade, dificuldade de controlo de impulsos, envolvimento precoce em actividades anti-sociais, atitudes positivas face a comportamentos delinquentes e consumo de drogas; (2) factores familiares tais como: falta de supervisão, disciplina muito rígida ou inconsistente, abuso sexual, conflitos familiares, histórias de

comportamentos anti-sociais na família e atitudes positivas face a comportamentos de crime, violência ou consumo de drogas em relação a membros da família; (3) factores relacionados com a escola nomeadamente: insucesso escolar precoce, fraco envolvimento escolar, comportamento anti-social persistente nos primeiros anos de escola (4) factores relacionados com o grupo de pares: relacionamento com indivíduos com consumo de drogas, delinquência e violência e (5) factores relacionados com a comunidade: privação económica, disponibilidade e fácil acesso a drogas e armas e aceitação do comportamento anti-social.

Personalidade Anti-social e dependência de substâncias

A personalidade anti-social afecta, na população geral, cerca de 3% dos homens e !% das mulheres. De acordo com o Epidemiological Catchment Área a perturbação anti-social da personalidade atinge essencialmente indivíduos na faixa etária entre os 24 e os 35 anos e tende a diminuir com a idade. De acordo com os resultados deste mesmo estudo, 84% dos indivíduos com personalidade anti-social preenchiam os critérios para dependência de substâncias. De acordo com Black (1999) indivíduos com personalidade anti-social tendem a iniciar precocemente o consumo de drogas e álcool. Para além do consumo de substâncias, as formas mais comuns de comorbilidade entre indivíduos com perturbação anti-social da personalidade são: dificuldade em controlar os impulsos, ansiedade, narcisismo e personalidade histriónica. Há evidências de que a personalidade anti-social e a perturbação do uso de substâncias partilham uma base genética comum. Cloninger (1987), encontrou um grande padrão de hereditariedade naqueles a que ele chamou alcoólico tipo II: predominantemente homens, com inicio precoce de consumo de álcool e com tendência para serem violentos e consumirem outras drogas.

Entre os indivíduos com diagnóstico dual, aqueles que têm perturbação anti-social da personalidade tendem a ter um início precoce quer da perturbação do uso de substâncias quer da perturbação anti-social da personalidade, são mais susceptíveis ao consumo de vários tipos de drogas e problemas mais graves de consumo destas, são mais sintomáticos, são presos um maior número de vezes e têm um maior défice de competências (Mueser, Drake et al., 1997).

O transtorno da personalidade anti-social está relacionado com o aumento da prevalência das perturbações do uso de substâncias (Kessler et al., 1997; Regier et al., 1990) de forma similar, a perturbação de conduta, percursora do transtorno de

personalidade anti-social, é um antecedente comum em pessoas que posteriormente desenvolvem uma perturbação mental (Robins, 1996). Para além disso o transtorno de personalidade anti-social tem uma maior prevalência na população com perturbação mental do que na população em geral (Bland, Newman, & Orn, 1987; Hodgins, Toupin, & Côté, 1996; Jackson, Whiteside, Bates, Rudd & Edwards , 1991). Estas evidências sugerem que o transtorno de personalidade anti-social é um factor comum que contribui para as taxas de perturbação do uso de substâncias em indivíduos com perturbação mental, da mesma forma que é mais comum em indivíduos com os dois tipos de transtorno (substâncias e personalidade anti-social) do que em indivíduos apenas com perturbação mental (Caton et al., 1994)

As especificidades do tratamento do diagnóstico dual

As perturbações do uso de substâncias nos indivíduos com perturbação mental grave estão associadas a uma maior taxa de comportamento suicida, exacerbação dos sintomas psiquiátricos, comportamento disruptivo, hostilidade e falta de cuidados de higiene. Ao mesmo tempo associa-se também um maior risco de infecção HIV, habitação precária ou mesmo condição de sem abrigo e taxas elevadas de institucionalização (hospitais e prisões). Apesar desta caracterização mais ou menos vulgar em toda a literatura científica, há, ainda muito desconhecimento em relação às características desta população. Tal como afirma Marques Teixeira (2000), são necessários estudos que nos permitam caracterizá-los, quer sob o ponto de vista clínico-compreensivo, quer sob o ponto de vista clínico-descritivo. Ou seja é necessário informação sobre as suas características demográficas, sintomatologia apresentada, cronicidade e nível de funcionamento do sujeito, relação com a justiça e nível económico. Ao mesmo tempo questões como a motivação para a abstinência, resistência á terapia, caracterização do contexto social e do ambiente físico, são questões que assumem uma importância inexorável para só depois ser possível decidir que tipo de tratamento será mais adequado para o indivíduo com diagnóstico dual.

Há uma vasta literatura que acentua a importância da integração de indivíduos toxicodependentes em estruturas que combinem os serviços de saúde mental, como forma de obter melhores resultados. No entanto, a maior partes dos estudos sobre estes modelos integrativos de tratamento revelam falhas metodológicas (medidas questionáveis do abuso de substâncias, ausência de desenhos experimentais), não

permitindo assim certificar a real eficácia e os reais benefícios destes modelos de tratamento. (Marques Teixeira, 2001).

Assim, mais do que a urgência em criar programas de tratamento ou instituições que acolham indivíduos com diagnóstico dual, é necessário explorar cuidadosamente esta relação complexa entre toxicodependência e perturbação mental grave, captar a sua heterogeneidade, a sua especificidade e só então depois criar linhas de intervenção e modelos de tratamento.

Conclusão

Neste longo percurso de cerca de 20 anos de investigação sobre comorbilidade, foram vários os avanços realizados em termos de explicação e compreensão deste fenómeno. No entanto, embora exista uma associação causal entre abuso de substâncias e perturbação mental severa, existem uma série de considerações que não podem deixar de ser tidas em conta, nomeadamente as motivações e as atribuições causais que os indivíduos fazem ao seu consumo, as significações que têm para ele esses mesmos consumos. Estamos aqui a querer dizer que tal como refere Marques Teixeira (2001) embora seja necessário explicar as relações causais entre perturbação do uso de substâncias e perturbação mental, temos que desenvolver modelos não apenas explicativos, mas igualmente compreensivos quanto às relações entre as perturbações referidas.

Nesta linha de pensamento é essencial ter a consciência de que esta população se reveste de uma grande heterogeneidade, que se espelha não apenas na sua caracterização em termos clínicos, mas que terá que se reflectir na escolha de uma orientação terapêutica. E é nesta questão, a terapêutica e a do tratamento, que o consenso nem sempre se atinge. Que instituição os deve tratar? Um CAT, uma instituição de saúde mental? O que devemos esperar destes utentes? A abstinência? Resultados semelhantes àqueles que não têm este tipo de diagnóstico? Que tipo de indivíduo temos perante nós? Um doente mental que entrou no mundo da droga? Um toxicodependente, cujas substâncias fizeram emergir uma doença que, pela sua vulnerabilidade já lá estava?

É então importante ter, numa primeira fase, uma noção da extensão da comorbilidade psiquiátrica existente em Portugal, fazer a sua caracterização e só então apostar na criação de modelos de tratamento devidamente fundamentados e adequados.

1.2 As Terapêuticas de Substituição Opiácea em Portugal

Da história das terapias de substituição constam essencialmente duas etapas fundamentais: a primeira teve início em 1977 e durou até ao final de 1992. Esta primeira fase, é a chamada fase dos modelos institucionais em que cada centro utiliza um único modelo, aquele que acha ser superior a todos (Vasconcelos, 2000). Numa fase intermédia entre 1987 até ao final de 1992 há no CEPD/Norte (Centro de Estudos da Profilaxia da Droga) uma luta de ideias interna que leva a que a partir de 1989 estejam disponíveis dois programas que até ali eram incompatíveis: programa de substituição e programa de manutenção com antagonista. A segunda fase inicia-se no final de 1992 e dura até ao final de 1998, assiste-se ao alargamento da rede de substituição com metadona e ao aparecimento de um segundo agonista opiáceo: o LAAM.

Entre 1978 e 1992 o CEPD/Norte (actualmente CAT da Boavista) foi a única instituição a disponibilizar um programa de metadona e foi uma das primeiras clínicas de metadona a ser criada no continente europeu. Foi o fundador deste Centro, o Dr. Iduíno Lopes que trouxe dos Estados Unidos a sua experiencia numa clínica de metadona.

Em Maio de 1994, Portugal tem acesso à utilização clínica de um novo agonista opiáceo, designado LAAM. Surgiram então dois programas de LAAM: o primeiro no Centro das Taipas e o segundo na extensão de Gondomar. Com a introdução de um novo agonista, as terapêuticas de substituição nunca mais deixaram de ter um papel crucial no tratamento dos heroinodependentes. Alguns CAT's adoptam o LAAM como agonista preferencial, outros mantêm a metadona.

Em finais de 1999, surgiu, no nosso país, um novo tratamento de substituição para dependentes de opiáceos, a buprenorfina, um derivado sintético da tebaína. É um agonista/antagonista, que em 1999 começou a ser utilizado em vários CAT's de vários pontos do país, sob a proposta do CAT das Taipas. (Fortes, 2003).

Após esta breve história das terapêuticas de substituição em Portugal, iremos descrever de forma mais pormenorizada, o programa de substituição opiácea com metadona e com buprenorfina (Subutex), dois dos principais programas utilizados no nosso país.

O programa de Substituição com Metadona

A Metadona como tratamento de substituição na adição a opiáceos foi inicialmente usada nos finais dos anos 50 no Canadá por Halliday e por Dole y Nyswander nos anos 60 nos U.S.A.

Na Europa o tratamento com Metadona começou a ser utilizado a título experimental nos finais dos anos 60, em especial na Europa setentrional. Em meados dos anos 90, estava já implementado em todos os Estados-Membros da U.E. Está provado cientificamente que o tratamento de substituição pode contribuir para reduzir as mortes relacionadas com o consumo de substâncias psicoactivas, as doenças infecciosas, a criminalidade, bem como promover a melhoria do bem-estar físico, psicológico e social dos toxicodependentes.

Caracterização farmacológica da Metadona

A metadona é um agonista sintético dos receptores μ com propriedades farmacológicas semelhantes às da morfina. Origina um sindroma de privação semelhante ao da morfina, embora menos intensa mas com duração mais prolongada. As principais propriedades da metadona são a sua actividade analgésica eficaz, a sua eficácia por via oral, a sua maior duração na supressão dos sintomas de abstinência em pessoas com dependência física e a sua tendência para apresentar efeitos persistentes com a administração repetida. Os efeitos mióticos e depressores respiratórios podem ser detectados por mais de 24 horas depois de uma única dose e observa-se sedação acentuada após a administração repetida em alguns doentes. Os efeitos sobre a tosse, peristálticos, tónus da via biliar e secreção de hormonas hipofisárias são qualitativamente semelhantes aos da morfina. Relativamente aos efeitos secundários da metadona a sobredosagem pode provocar depressão respiratória, paragem cardíaca e morte. Para além disso outros efeitos secundários da metadona são: tolerância, dependência física e psicológica, tonturas, depressão, sedação, euforia, disforia, agitação, convulsões, *delirium*, insónia, sudorese, rubor, prurido, urticária, espasmo biliar, obstipação, retenção urinária, oligúria, linfocitose, elevação da prolactina, albumina e globulinas durante a administração prolongada. A rifampicina e fenítoina elevam o metabolismo da metadona e podem precipitar sintomas de abstinência. Deve ser feito um uso cauteloso em doentes com: doença respiratória, patologia hepática ou renal e epilepsia. A metadona potencia a acção de: agonistas de opiáceos, barbitúricos, benzodiazepinas e álcool:

Posologia e modo de administração

Os estudos europeus indicam que a maioria dos doentes necessitam de doses entre os 60 e 120 mg i.d. No entanto, há pessoas para as quais são suficientes doses inferiores.

No caso de doses diárias elevadas que não suprimam os sintomas de abstinência para um período de 24 horas há que verificar se há consumos simultâneos de substâncias psicoactivas ou fármacos que produzam uma indução enzimática ou se o doente metaboliza a metadona mais rapidamente que a média, assim necessitará de doses mais elevadas.

Não há dados objectivos (inclusive concentrações plasmáticas de metadona) que permitam estabilizar a dose diária necessária para um doente em particular, dentro de determinadas doses.

Os doentes com comorbilidade psiquiátrica (perturbações do humor, perturbações de personalidade ou com perturbações esquizofrénicas) devem manter-se com doses mais elevadas do que baixas. É necessária prudência com doses altas se há dependência de álcool ou benzodiazepinas. Ainda assim, há que questionar se o álcool e/ou a dependência de benzodiazepinas poderá ser o resultado de uma dose baixa de metadona (Maremmani et al., 2000).

Critérios de Inclusão no Programa de Metadona

O programa de substituição com metadona é um programa orientado para a abstinência de substâncias psicoactivas com aconselhamento e/ou psicoterapia obrigatórios e que permite a transição para o Programa de Alto e de Baixo Limiar. São critérios de inclusão para o programa de metadona:

- Indivíduos não integrados em programa terapêutico específico (ou com insucesso terapêutico em tratamentos não opiáceos)
- Doentes inseridos em PTAO (Programa terapêutico com Agonistas Opiáceos) em que a evolução do seu projecto terapêutico obrigue a um período de avaliação da sua continuidade, transição ou abandono
- Longos anos de consumo
- Maiores de idade
- Condições físicas e sociais muito degradas e/ou na marginalidade

- Condições físicas e sociais muito degradas e/ou na marginalidade e que queiram desenvolver um processo terapêutico
- Patologia infecciosa associada
- Politraumatizados
- Comorbilidade psiquiátrica,
- Grávidas
- Companheiro de grávida em PTAO.

Objectivos do Programa de Metadona

Os principais objectivos deste programa são: ajudar o doente a atingir a abstinência, o consumo de substâncias ilícitas, de substâncias não prescritas e a dependência de outras substâncias, reduzir os perigos associados ao uso de substâncias psicoactivas, especialmente diminuir o risco de morte por *overdose*, contágio VIH, Hepatite B e C, tuberculose, diminuir a actividade criminal derivada do uso da substância, aliviar os sintomas de abstinência para estabilizar o doente de forma adequada, favorecer a adesão do utente a um programa de tratamento, melhorar o funcionamento geral a nível pessoal, familiar e social, diminuir a possibilidade de futuras recaídas, avaliar o nível de expectativas e exigências mais adequado ao perfil do utente e encaminhá-lo para o programa correspondente. Assim, após uma fase de admissão, de indução e de estabilização o indivíduo pode transitar, após avaliação da equipa, para um programa de metadona de Alto Limiar ou Baixo Limiar.

Programa de Metadona de Alto Limiar

É um programa orientado para a abstinência de substâncias psicoactivas, de alta exigência pelo cumprimento das regras e normas e de elevada expectativa relativamente a objectivos e resultados. Tem como objectivos melhorar o funcionamento geral a nível pessoal, familiar e social, diminuir a possibilidade de futuras recaídas e o alcance da abstinência.

Podem entrar neste programa doentes que tenham cumprido com sucesso os objectivos do programa de admissão/ avaliação, doentes que, estando a cumprir com os objectivos do Programa de Buprenorfina, apresentem critérios para transitar. Para entrar neste programa existe ainda a obrigatoriedade de existência de Tutor.

O Programa está dividido em três períodos, de duração de três meses cada. Cada final de período corresponde a uma avaliação, tendo em vista, no caso dos dois primeiros, a manutenção, transição ou exclusão; no caso do último trimestre, acresce a possibilidade de redução da dose de metadona. Na eventualidade da permanência no Programa se alongar para além dos 9 meses, a avaliação deve manter-se de três em três meses.

Este esquema de avaliação não é impeditivo de a qualquer momento serem tomadas decisões decorrentes da avaliação contínua.

Programa de Metadona Baixo Limiar

O programa de metadona de baixo limiar é mais acessível, orientado para RRMD (Redução de Riscos e Minimização de Danos), mas também para a abstinência. A pesquisa de metabólitos não é regular e há tolerância ao consumo de substâncias ilícitas. No entanto tem que existir um contacto regular com a equipa terapêutica. A administração de metadona é presencial, excepto aos fins-de-semana e a administração de qualquer medicamento é feita nas instalações afectas ao programa.

Tem como objectivos diminuir consumos e aumentar períodos de abstinência, ajudar o doente a atingir a abstinência, diminuir o consumo de substâncias ilícitas, de substâncias não prescritas, e a dependência de outras substâncias, reduzir os perigos associados ao uso de substâncias psicoactivas, especialmente diminuir o risco de morte por *overdose*, contágio VIH, Hepatite B e C, tuberculose, diminuir a actividade criminal derivada do uso da substância, aliviar os sintomas de abstinência de forma a estabilizar um doente de forma adequada, favorecer a adesão do utente a um programa de tratamento.

Os critérios de inclusão neste programa são os seguintes: doentes que não tenham atingido os objectivos do Programa de Admissão/Avaliação, doentes sem tutor, longos anos de consumo, maiores de idade, com várias alternativas terapêuticas falhadas ou impossibilitados de recorrer a outros tratamentos, condições físicas e sociais muito degradas e/ou na marginalidade, condições físicas e sociais muito degradas e/ou na marginalidade e que queiram desenvolver um processo terapêutico, patologia infecciosa associada, politraumatizados, comorbilidade psiquiátrica, grávidas, companheiro de grávida com PTAO, naturalidade estrangeira ou a residir no estrangeiro ou de férias em

Portugal, bem como deslocados de outros serviços do IDT, em PTAO, desde que o atestem e/ou após contacto com o serviço de origem.

Programa de Substituição com Buprenorfina

As práticas de prescrição da buprenorfina são complexas e variam consideravelmente de país para país na U.E, bem como os critérios de admissão e/ou as normas relacionadas com a prescrição. Por exemplo, a idade mínima para a prescrição de buprenorfina é de 16 anos no Reino Unido, de 20 anos na Grécia e Suécia, de 25 anos na Noruega. Em Portugal, a idade mínima passou de 18 para 15 anos. A ausência de consenso, também, surge relativamente à gravidez. Na Áustria e na Noruega a buprenorfina está indicada na grávida. Países como a Bélgica, Holanda e Portugal consideravam a gravidez como um critério de exclusão para o tratamento com buprenorfina. Também neste item Portugal veio a rever tal critério, não constituindo actualmente contra-indicação.

Alguns estudos compararam a eficácia da buprenorfina *versus* metadona e encontraram semelhantes taxas de retenção e redução do consumo de heroína de rua (Strain et al., 1994; Schottenfeld et al., 1997). Algumas vantagens da buprenorfina sobre a metadona têm sido descritas por alguns autores, com base na farmacologia da buprenorfina, a qual possui determinados benefícios: menor sedação, os doentes referem menos a sensação de "cabeça vazia"; administração mais flexível; possibilidade de prescrição para o domicílio; maior autonomia; o fármaco é melhor tolerado em doses elevadas e tem um maior perfil de segurança, com menor risco de *overdose*. Por outro lado, alguns autores têm sugerido que a metadona pode ser um fármaco mais atractivo para certos grupos de doentes, especialmente aqueles com problemas de longa data ou com pobre adesão a um programa terapêutico. Outros estudos concluíram que a metadona é mais efectiva do que a buprenorfina na retenção dos doentes em tratamento, outros não encontraram diferenças significativas. Outra questão refere-se aos consumos de cocaína dos doentes em Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos. Alguns estudos revelaram que o consumo de cocaína é menor nos doentes medicados com buprenorfina, outros não encontraram diferenças significativas entre os dois fármacos. Tudo isto remete para a necessidade de mais estudos e necessidade de objectivação como parte de um debate quanto à prescrição farmacológica no tratamento da dependência a opiáceos.

A buprenorfina é menos hepatotóxica que a metadona e causa menos arritmias cardíacas, patologia renal e agrava menos as perturbações do humor e as psicóticas.
A buprenorfina pode ser particularmente útil nos seguintes grupos de doentes: curta evolução da doença e uma boa motivação, doença cardíaca ou renal, perturbações psicóticas e do humor.

Quanto ao mau uso da buprenorfina, os dados europeus são escassos. Em França existe uma prevalência e incidência de mau uso de buprenorfina entre 40 a 60%. Em Portugal não dispomos de dados quantificáveis acerca do desvio de buprenorfina para o mercado negro, do seu potencial recreativo e do mau uso intravenoso e inalado. Empiricamente sabe-se que o mau uso existe, que alguns doentes se auto-medicam com o objectivo de pararem o consumo de outros opiáceos; outros utilizam como substância de abuso, para substituir a heroína (quando não há heroína disponível ou há uma baixa no mercado) ou como substância primária de consumo. A combinação de buprenorfina com sedativos (álcool, benzodiazepinas, barbitúricos, antidepressivos triciclicos e tranquilizantes *major*) podem causar graves interacções que podem resultar em depressão respiratória e *overdose*.

O uso intravenoso de buprenorfina, com os riscos de infecções cutâneas, abcessos, edema e infecção vascular estão presentes e têm sido observados na prática clínica. Finalmente, o uso de buprenorfina injectável na língua podem resultar em infecções sistémicas fúngicas ou bacterianas.

Caracterização Farmacológica da Buprenorfina

A buprenorfina é um opiáceo semi-sintético desenvolvido nos anos 70, derivado da Tebaína um derivado da morfina que é agonista parcial μ e antagonista dos receptores K. A sua actividade intrínseca é menor do que a dos agonistas totais. A sua farmacocinética permite uma única toma diária. A duração de acção é superior a 24 horas. A absorção é rápida por via sublingual e a eliminação faz-se sobretudo por via digestiva (80%). Este fármaco bloqueia o efeito de outros opiáceos sem risco de *overdose*. Em doses baixas suprime os sintomas de privação e em doses elevadas, de 8 ou 16 mg, bloqueia os receptores opiáceos. Dada a sua acção agonista parcial, a buprenorfina possui uma ampla margem de segurança, particularmente a nível cardíaco e respiratório. Estudos em animais provaram que provoca um grau de dependência menor que a morfina. Os efeitos secundários são depressão respiratória, sonolência,

hipotensão ortostática, hepatite citolítica e hepatite associada a icterícia (geralmente com uma resolução favorável).

Posologia e modo de administração

A administração é sublingual (dissolve em 5 a 10 minutos), numa única toma diária; a prescrição é diária, particularmente durante a fase de iniciação. Na fase de estabilização, prescrição inicialmente no máximo para 7 dias e sequencialmente, atingida a fase de manutenção, a prescrição passará a quinzenal e posteriormente mensal, consoante a evolução clínica.

Critérios para Inclusão em Programa de Buprenorfina

- Inicialmente prescrita a doentes com idade superior a 18 anos. Entretanto, houve alteração para idade ≥ a 15 anos;
- Inicialmente recomendada para doentes dependentes de heroína ou outro opiáceo há pelo menos 2 anos. No entanto, houve alteração deste critério, passando a estar indicada a prescrição de buprenorfina em doentes dependentes de heroína há menos de 2 anos com insucesso terapêutico em tratamento com opiáceos;
- Doentes com insucesso terapêutico em tratamentos não opiáceos;
- Gravidez no decurso do tratamento;
- Doente que aceite fazer a sua avaliação clínica, incluindo exames complementares de diagnóstico, incluindo R.X do tórax e ECG;
- Doente que não apresente contra-indicações para terapia com opiáceos;
- Doente com prévia relação terapêutica estabelecida;
- Doente que aceite tomar a medicação no serviço ou que esta lhe seja administrada por uma 3ª pessoa responsável, que garanta de facto, a boa gestão/administração do medicamento;
- Doente que aceite fazer despiste urinário de metabólitos de substâncias psicoactivas;
- Programa de desintoxicação com metadona. A passagem da metadona para buprenorfina é mais cómoda na descontinuação;

- Programa de metadona de baixo limiar, que transitam para programa terapêutico de alto limiar. É mais fácil iniciar o programa terapêutico com buprenorfina quando se verificam os sintomas de privação;
- Directamente da heroína de rua, que transitam para programa terapêutico de alto limiar;
- Directamente da buprenorfina de rua, que transitam para programa de alto limiar;
- Doente que assine a Declaração de Consentimento.

Critérios para Exclusão do Programa de Buprenorfina

- Hipersensibilidade à buprenorfina ou a outro componente do medicamento;
- Idade <15 anos;
- Último consumo de heroína há menos de 8 horas;
- Toma de Metadona diária > 30 mg;
- Alcoolismo agudo ou *delirium tremens*;
- Uso concomitante, mau uso ou abuso:

  - BDZ;
  - Analgésico tipo opiáceo;
  - Antitússicos com opiáceo;
  - Antidepressivos sedativos;
  - IMAO;
  - Antihipertensores;
  - Antipsicóticos sedativos;
  - Anticoagulantes;
  - Álcool.
- Aleitamento;
- Patologia hepática (moderada ou grave);
- Asma e patologia renal deixaram de ser contra-indicações absolutas.

Conclusão

Segundo Vasconcelos (2000), os programas de substituição têm um tremendo potencial terapêutico e são insubstituíveis para determinados utentes. Segundo o mesmo autor, quando administrada uma dose adequada de um agonista opiáceo, 50% dos

indivíduos deixa de consumir. No entanto, a administração do agonista não é por si só suficiente. É necessário levar a cabo também, um programa terapêutico que combine um apoio a nível psicossocial, terapia individual ou de grupo e acompanhamento em termos de formação profissional. Para uma melhoria dos resultados, é importante um acompanhamento sistemático que passa pelo ajustamento das doses de agonista, prescrição de fármacos adequados a possíveis sintomas ou sintomatologia diagnosticada, bem como a mobilização da família para todo este processo. É no seguimento terapêutico que muitas vezes as falhas se fazem sentir. A administração do opiáceo de substituição não é em si um problema, mas muitas vezes o acompanhamento especializado por parte dos técnicos torna-se incompatível com a quantidade de utentes que acorrem aos centros de tratamento. As estruturas de redução de riscos (cada vez mais em voga), tentam também elas cada vez mais utilizar os programas de substituição como forma de diminuir as necessidades habituais de consumo de opiáceos. Ainda assim, estes programas reduzem a componente terapêutica a uma expressão bastante reduzida, deixando de fora toda uma componente psicossocial, caso estes utentes nunca chegarem a procurar um nível de tratamento mais exigente.

É indiscutível portanto, a importância dos programas de substituição, a sua eficácia em termos de redução de consumos, mas fica também claro que o tratamento só se poderá concretizar de forma eficaz com a existência de um acompanhamento terapêutico, persistente e sistemático.

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

Capítulo II: Comorbilidade na toxicodependência: um estudo com consumidores problemáticos em Programa de Substituição Opiácea

Introdução

O objectivo deste trabalho prende-se com o estudo da comorbilidade na população toxicodependente. Assim, esta investigação foi realizada na Unidade de Tratamento de Santa Maria da Feira, pertencente ao CRI (Centro de Respostas Integradas) Central do Porto. De modo a avaliar a existência ou não de sintomatologia psicopatológica entre esta população, foi aplicado o BSI (Brief Symptom Inventory), um inventário de auto-resposta composto por 53 itens, construído a partir do SCL -90. Um outro objectivo deste estudo prende-se com a tentativa de encontrar diferenças significativas em termos de sintomatologia psicopatológica entre os utentes que fazem parte dos principais tipos de programa de substituição opiácea: a metadona e a buprenorfina. Devido às características e critérios de inclusão descritos no capítulo anterior, esperamos encontrar médias de sintomatologia superiores no grupo de utentes em Programa de Metadona. Seguidamente será descrita a metodologia subjacente a este estudo, os resultados obtidos, a discussão desses mesmos resultados e uma conclusão final.

Método

Selecção da amostra

A amostra constituiu-se por 120 utentes activos da Unidade de Tratamento (U.T.) do Centro de Respostas Integradas (CRI) Central do Porto do Instituto da Droga e da Toxicodependência. A amostra foi dividida em 2 grupos, constituída respectivamente por 60 utentes em Programa de Metadona e outros 60 em Programa de Buprenorfina. Os utentes tinham que cumprir o critério de dependência de opiáceos segundo o DSM-IV, e teriam que estar inseridos num destes dois programas terapêuticos.

Procedimentos

Foi pedida a devida autorização para a realização do estudo, bem como para a aplicação dos instrumentos que serão seguidamente descritos à coordenadora da instituição, a Dr.ª Olga Fortes. A aplicação dos instrumentos e recolha de dados iniciou-se no final de Novembro de 2007 e prolongou-se até Maio de 2008. Antes da aplicação dos instrumentos, os indivíduos eram informados dos objectivos do estudo, bem como do seu carácter anónimo e confidencial, para que assim respondessem às questões da

forma mais sincera possível. Para além do Brief Symptom Inventory (BSI) (Anexo 2) foi aplicado também um questionário sócio demográfico (Anexo 1) de forma a ser possível fazer uma caracterização da amostra. Este último era também confidencial. Era questionado aos participantes se preferiam ser eles a ler e responder ás questões ou se queriam que o investigador lesse. De qualquer uma das formas, sempre que surgisse alguma dúvida, era esclarecida pelo investigador.

Instrumentos

Para a presente investigação foi utilizado o Brief Symptom Inventory (BSI). Este inventário foi construído como uma versão abreviada do SCL – 90 (Derogatis, 1977, *cit in* Canavarro, 1997). É um inventário de auto – resposta, com 53 itens, nas quais o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, segundo uma escala de tipo Likert que engloba as seguintes possibilidades: Nunca (cotada como 0); Poucas vezes (cotada como 1); Algumas vezes (cotada como 2); Muitas vezes (cotada como 3); Muitíssimas vezes (cotada como 4).

O BSI avalia sintomas psicopatológicos, de acordo com nove dimensões de psicopatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideacção Paranóide e Psicoticismo) e com três índices globais (Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos).

As nove dimensões primárias foram descritas por Derogatis, em 1993, da seguinte forma: *Somatização* – esta dimensão reflecte o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, ou seja, dá especial relevo às queixas centradas no sistema respiratório, cardiovascular, gastrointestinal ou qualquer outro, com evidência de mediação autonómica. Também se consideram aqui as dores localizadas na musculatura e noutros equivalentes somáticos. *Obsessões-Compulsões* – esta dimensão inclui sintomas identificados com o sindroma clínico do mesmo nome, cognições, impulsos e comportamentos experienciados como persistentes e perante os quais o individuo não consegue resistir, apesar de serem ego-distónicos e de natureza indesejada; são ainda incluídos comportamentos que indiquem uma dificuldade cognitiva de carácter mais geral. *Sensibilidade Interpessoal* – nesta dimensão incluem-se sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, sobretudo quando em comparação com outras pessoas, sendo de notar a auto-depreciação, a hesitação, o

desconforto e a timidez durante as interacções sociais. *Depressão* – esta dimensão inclui os múltiplos indicadores de depressão clínica sendo representados sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida. *Ansiedade* – nesta dimensão foram incluídos indicadores gerais, como o nervosismo e a tensão, sendo também contemplados sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico, para alem de componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns equivalentes somáticos de ansiedade. *Hostilidade* – incluem-se aqui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera. *Ansiedade Fóbica* – esta dimensão refere-se à resposta de medo persistente relativamente a uma pessoa, local ou situação especifica, medo esse que, embora irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, desencadeia um comportamento de evitamento; *Ideacção Paranóide* – o comportamento paranóide é, nesta dimensão considerado essencialmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo, em que o pensamento projectivo, a hostilidade, a suspeição, a grandiosidade, o egocentrismo, o medo de perda de autonomia e os delírios são primordialmente considerados como reflexos desta perturbação. *Psicoticismo* – nesta escala representa-se o constructo como uma dimensão continua da experiencia humana, sendo os respectivos itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, estando incluídos sintomas primários de esquizofrenia., como alucinações e controlo de pensamento, apresentando-se a escala num contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidencia dramática da psicose.

Relativamente aos *Índices Globais*, estes são avaliações sumárias de perturbação emocional, representando diferentes aspectos de psicopatologia. Deste modo, enquanto que o cálculo do *Índice Geral de Sintomas* (IGS) tem em conta o número de sintomas psicopatológicos e a sua intensidade (obtendo-se através da soma das pontuações de todos os itens, sendo depois dividida pelo número total de respostas – 53), o *Total de Sintomas Positivos* (TSP) considera o número de sintomas assinalados (obtendo-se através da contagem dos itens assinalados com um resposta positiva, ou seja maior que zero) e o *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) combina a intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes (calculando-se através da divisão da soma de todos os itens pelo TSP).

Características psicométricas do instrumento

Segundo o autor do inventário, o instrumento tem boas características psicométricas, apresentando níveis adequados de consistência interna para as 9 escalas, com valores de *alpha* entre .71 (Psicoticismo) e .85 (Depressão) e coeficientes teste-reteste entre .68 (Somatização) e .91 (Ansiedade Fóbica). A validade de constructo foi analisada através da estrutura factorial, avaliada na população em geral e na população clínica, o que veio confirmar a estrutura dimensional subjacente à versão longa do SCL-90-R.Uma outra convergência encontrada com o BSI é relativa à validade convergente que apresentou com o MMPI, especialmente nas dimensões da Sensibilidade Interpessoal, Depressão e na Ansiedade (Canavarro, 1997).

Uma outra avaliação a que foi sujeito o inventário em questão diz respeito à existência de diferenças estatisticamente significativas para os valores das escalas e índices globais, relativamente às variáveis sexo e idade. Depois de realizados testes-t para amostras independentes, verificou-se a existência de diferenças significativas para as escalas Somatização e de Obsessões-Complusões, nas quais as mulheres apresentavam índices de sintomatologia maiores. Quanto á variável idade, as correlações entre os valores do BSI e a idade mostraram que apenas as dimensões de Somatização e de Depressão são sensíveis à idade.

Questionário sócio-demográfico

Para complementar os dados da investigação, foi construído também um questionário sócio – demográfico que inclui dados biográficos do utente (idade, sexo, constituição do agregado familiar, nível de escolaridade, situação laboral e judicial), dados sobre os consumos de droga (idade e droga de inicio, droga habitual e via de administração), dados sobre doenças infecciosas (hepatites, Sida, tuberculose), dados sobre o tratamento (tipo de tratamento, tempo de permanência no programa, consumo concomitante de drogas), e o tipo de intervenção terapêutica (médica, social, psicológica).

Resultados

A tabela 1 mostra as principais características sócio-demográficas dos indivíduos que participaram neste estudo.

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

		N=120
Idade	Média (anos)	34,47
	Desvio Padrão.	6,87
	Mínimo/Máximo	20/51
Sexo		
	Masculino	88,3%
	Feminino	11,7%
Estado Civil		
	Solteiro	56,7%
	Casado	19,2%
	União de facto	7,5%
	Divorciado	15,8%
	Viúvo	.8%
Agregado Familiar		
	Ascendentes	28,3%
	Ascendentes e companheiro(a)	3,3%
	Ascendentes e irmão(s)	14,2%
	Ascendentes, companheiro(a) e irmão(s)	.8%
	Companheiro(a)	11,7%
	Companheiro(a) e filho(s)	24,2%
	Irmão(s)	5,0%
	Filho(s)	3,3%
	Irmão(s) e filho(s)	1,7%
	Sozinho	5,8%
	Outros	1,7%
Situação Laboral		
	Empregado	61,7%
	Desempregado	37,5%
	Inválido	.8%

Situação Judicial		
	Detenção	.8%
	Julgamento	1,7%
	Processo em curso	15,8%
	Não se aplica	81,7%

A amostra constituiu-se por 120 utentes activos da Unidade de Tratamento de Santa Maria da Feira, sendo que 88,3% pertence ao sexo masculino, 11,7% ao sexo feminino e cuja média de idades é de 34 anos. A maior parte dos utentes (56,7%) são solteiros, 19,2% casados, 7,5% em união de facto e 15,8% divorciados. Relativamente ao agregado familiar, 28,3% vive com os ascendentes, 24,2% vive com a(o) companheira(o) e filho(s) e 14,2% refere viver com os ascendentes e os irmãos. Ainda 5,8% diz viver sozinho. No que diz respeito à situação laboral, destaca-se que 61,7% afirma estar empregado, enquanto que pelo contrário, 37,5% refere estar desempregado. Dos 120 utentes. 15,8% tem processos judiciais em curso

Tabela 2. Dados relativos aos consumos de drogas

		N=120
Droga de inicio		
	Haxixe	81,7%
	Heroína	11,7%
	Cocaína	1,7%
	Outra	5,0%
Idade de consumo da droga inicial		
	Média (anos)	15,88
	Desvio Padrão	3,215
	Mínimo/Máximo	11/31
Droga Habitual		
	Heroína	89,2%
	Cocaína	2,5%
	Heroína e Cocaína	8,3%
Idade de consumo da droga habitual		
	Média(anos)	20,12
	Desvio Padrão	4,587
	Mínimo/Máximo	13/36

Via de administração		
	Fumada	61,7%
	Injectada	27,5%
	Fumada e Injectada	10,8%
Doenças Infecto-contagiosas		
	HIV	2,5%
	HCV	46,7%
	HBS	2,5%
	HCV e HBS	.8%
	HIV e HCV	2,5%
	HCV e Tuberculose	.8%
	Não se aplica	44,2%

O haxixe foi a droga de início para 81,7% dos utentes, para 11,7% a heroína, e ainda 5,0% escolheram outras drogas. A média de idades para o início do consumo da primeira droga é de 16 anos. Como droga de consumo regular, 89,2% refere a heroína, 2,5% a cocaína e 8,3% heroína e cocaína combinadas. A média de idades do início do consumo regular de drogas situa-se nos 20 anos. Do total da amostra, 61,7% consome por via fumada, 27,5% por via injectada e 10,8% combinam as duas vias de administração. No que concerne às doenças infecto-contagiosas, 46,7% é portador de HVC, 2,5% VIH e 2,5% HBS.

Tabela 3. Dados relativos à intervenção terapêutica

		N=120
Tipo de tratamento		
	Metadona	50%
	Buprenorfina	50%
Consumo concomitante de drogas		
	Sim	35,8%
	Não	64,2%
Outra medicação		
	Neurolépticos	2,5%
	Anti-depressivos	8,3%
	Ansiolíticos	15,0%
	Antidepressivos e Ansioliticos	10,8%
	Neurolépticos e Ansiolíticos	1,7%

	Outros	3,3%
	Não se aplica	58,3%
Intervenção Terapêutica		
	Médica	.8%
	Psicológica	21,7%
	Médica e Psicológica	70,0%
	Médica, Psicológica e Social	6,7%
	Psicológica e Social	.8%

Salienta-se que 35,8% afirma consumir drogas concomitantemente ao tratamento e 41,7% dos utentes toma outra medicação para além do substituto opiáceo (8,3% anti-depressivos, 15% ansiolíticos, e 10,8% anti-depressivos e ansiolíticos). Dos 120 utentes, 21,7% tem acompanhamento psicológico, 70% médico e psicológico, e 6,7% médico, psicológico e social.

Tabela 4. Caracterização sócio-demográfica dos utentes em Programa de Metadona (N=60) e Buprenorfina (N=60)

		MTD	BPN
Idade			
	Média	35,90	33,03
	Desvio Padrão	7,239	6,230
	Mínimo/Máximo	20/51	22/46
Sexo			
	Masculino	90,0%	86,7%
	Feminino	10,0%	13,3%
Estado Civil			
	Solteiro	55,0%	58,3%
	Casado	16,7%	21,7%
	União de facto	8,3%	6,7%
	Divorciado	20,0%	11,7%
	Viúvo	-	1,7%
Escolaridade			
	Não sabe ler nem escrever	1,7%	-
	1º Ciclo	31,7%	25,0%
	2º Ciclo	45,0%	45,0%
	3º Ciclo	16,7%	11,7%
	Ensino Secundário	3,3%	15,0%
	Frequência Universitária	1,7%	3,3%

Situação Laboral			
	Empregado	60,0%	63,3%
	Desempregado	38,3%	36,7%
	Inválido	1,7%	-
Agregado Familiar			
	Ascendentes	30,0%	26,7%
	Ascendentes e companheiro(a)	1,7%	5,0%
	Ascendentes e irmão(s)	6,7%	21,7%
	Ascendentes, companheiro(a) e irmão(s)	1,7%	-
	Companheiro(a)	8,3%	15,0%
	Companheiro(a) e filho(s)	30,0%	18,3%
	Irmão(s)	6,7%	3,3%
	Filho(s)	1,7%	5,0%
	Irmão(s) e filho(s)	3,3%	-
	Sozinho	8,3%	3,3%
	Outros	1,7%	1,7%
Situação Judicial			
	Detenção	1,7%	-
	Julgamento	1,7%	1,7%
	Processo em curso	13,3%	18,3%
	Não se aplica	83,3%	80,0%

A amostra de utentes em programa de Metadona, constitui-se por 60 utentes, 90% pertencente ao sexo masculino e 10% ao sexo feminino com uma média de idades de 36 anos. Destes utentes, 38,3% estão desempregados, 55% são solteiros, 16,7% casados e 20% estão divorciados. Relativamente ao agregado familiar, 30% mora com os ascendentes (pais), 30% mora com a(o) companheira(o) e 8,3% refere morar sozinho. A grande parte dos utentes refere ter o 2º ciclo de escolaridade (45%) e 13,3% tem processos judiciais em curso

A amostra de utentes em programa de Buprenorfina é igualmente constituída por 60 utentes, 86,7% do sexo masculino e 13,3 do sexo feminino, com uma média de idades de 33 anos. Mais de metade dos utentes (58,3%) são solteiros e 21,7% são casados. No que respeita ao agregado familiar, 26,7% mora com os ascendentes, 15% com o(a) companheiro(a), 18,3% com o(a) companheiro(a) e com o(s) filho(s) e 3,3% moram sozinhos. O nível de escolaridade neste grupo divide-se essencialmente entre o 1º ciclo, o 2º ciclo e o ensino secundário, respectivamente 25%, 45% e 15%. Salienta-se

ainda que 36,7% estão em situação de desemprego e 18,3% têm processos judiciais em curso.

Tabela 5. Dados relativos ao consumo de drogas dos utentes em Programa de Metadona (N=60) e Buprenorfina (N=60)

		MTD	BPN
Droga de Inicio			
	Haxixe	80,0%	83,3%
	Heroína	11,7%	11,7%
	Cocaína	3,3%	-
	Outra	5,0%	5,0%
Idade de consumo da droga inicial			
	Média (anos)	16,22	15,55
	Desvio Padrão	3,792	2,500
	Mínimo/Máximo	11/31	11/23
Droga Habitual			
	Heroína	90,0%	88,3%
	Cocaína	5,0%	-
	Heroína e Cocaína	5,0%	11,7%
Idade de inicio de consumo da droga habitual			
	Média (anos)	20,92	19,32
	Desvio Padrão	5,299	3,615
	Mínimo/Máximo	13/36	14/32
Via de Administração			
	Fumada	60,0%	63,3%
	Injectada	30,0%	25,0%
	Fumada e Injectada	10,0%	11,7%
Doenças Infecto-contagiosas			
	VIH	3,3%	1,7%
	HCV	46,7%	46,7%
	HBS	3,3%	1,7%
	HCV e HBS	1,7%	-
	HIV e HCV	3,3%	1,7%

	HCV e Tuberculose	-	1,7%
	Não se aplica	41,7%	46,7%

Quando atentamos na amostra de utentes em programa de Metadona, observamos que a maior parte dos utentes (80%) consumiram haxixe como droga inicial e a média de idades de início é de 16 anos. A heroína é a droga consumida regularmente por 90% dos indivíduos 90%, e a média de idades de início do consumo regular é de 21 anos. Relativamente à via de administração, 60% afirma utilizar a via fumada e 30% a via injectável; ainda 10% refere utilizar as duas vias de administração. Do total desta amostra, 46,7% dos utentes tem HCV e 3,3% são portadores de HIV.

Ainda relativamente à amostra de Buprenorfina, o haxixe foi a droga de início para 83,3% dos utentes e a média de idades do início do consumo de drogas é de 16 anos. É a heroína que assume o papel de droga principal para 88,3% dos indivíduos, enquanto que a heroína e cocaína combinadas representam 11,7% da amostra. A média de idades de início de consumo regular são os 19 anos. Relativamente à via de administração, 63,3% dos utentes utiliza a via fumada, 25% a injectada e 11,7% ambas as anteriores. De referir ainda que 46,7% têm Hepatite C.

Tabela 6. Dados relativos á intervenção terapêutica dos utentes em Programa de Metadona (N=60) e Buprenorfina (N=60)

		MTD	**BPN**
Tempo de Permanência no programa			
	Menos de um ano	26,7%	43,3%
	Até dois anos	30.0%	20,0%
	Entre dois e três anos	6,7%	13,3%
	Até cinco anos	16,7%	15,0%
	Até dez anos	16,7%	8,3%
	Até quinze anos	3,3%	-
Consumo concomitante de drogas			
	Sim	26,7%	45,0%
	Não	73,3%	55,0%
Outra Medicação			

	Neurolépticos	5,0%	-
	Anti-depressivos	8,3%	8,3%
	Ansiolíticos	16,7%	13,3%
	Antidepressivos e Ansioliticos	11,7%	10,0%
	Neurolépticos e Ansiolíticos	3,3%	-
	Outros	3,3%	3,3%
	Não se aplica	51,7%	65,0%
Intervenção terapêutica			
	Médica	-	1,7%
	Psicológica	28,3%	15,0%
	Médica e Psicológica	61,7%	78,3%
	Médica, Psicológica e Social	8,3%	5,0%
	Psicológica e Social	1,7%	-

Dos 60 utentes estudados em programa de Metadona, 43,4% já estão há mais de dois anos neste programa, 61,7% têm apoio médico e psicológico e 16,7% toma ansiolíticos para além do substituto opiáceo.

Podemos observar que 43,3% dos utentes em programa de Buprenorfina estão há menos de um ano neste programa, e 20% está entre um ano e dois em tratamento. Dos 60 sujeitos, 45% assume que consome drogas concomitantemente ao tratamento e ainda 13.3% tomam ansiolíticos e 10% anti-depressivos e ansiolíticos. Relativamente à intervenção terapêutica, 15% dos utentes tem apoio psicológico e 78,3% tem apoio médico e psicológico.

Tabela 7. Análises descritivas das dimensões do BSI

BSI	Média	Desvio Padrão	N=120
Somatização	4,6667	4,17744	
Obssessão-Compulsão	5,7333	3,87783	
Depressão	5,3667	3,67351	
Sensibilidade Interpessoal	3,9917	2,80305	
Ansiedade	4,7833	3,41323	
Hostilidade	5,0833	3,05023	
Ansiedade Fóbica	1,8083	2,14709	
Ideação Paranóide	6,8833	3,30821	
Psicoticismo	4,6250	3,19943	
IGS	0,8926	0,43117	
TSP	23,133	10,3695	

ISP	2,0331	0,33301

Na tabela 7 estão em evidência as médias das nove dimensões do BSI, dos Índices Globais (Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos, Índice de Sintomas Positivos), bem como os respectivos desvios padrões. As dimensões com média mais elevada são "Ideacção Paranóide" e "Obsessão Compulsão" e a dimensão com média mais baixa é "Ansiedade Fóbica".

Tabela 8. Teste T-Student para as duas amostras nas nove dimensões do BSI

Dimensão	Tratamento	N	Média	Desvio Padrão	t	Sig
Somatização	Metadona	60	4,6333	3,83104	-,087	,931
	Buprenorfina	60	4,7000	4,52975		
Obsessão -Compulsão	Metadona	60	5,4500	4,04812	-,799	,426
	Buprenorfina	60	6,0167	3,71206		
Sensibilidade Interpessoal	Metadona	60	3,4667	2,66469	-2,080	,040*
	Buprenorfina	60	4,5167	2,86115		
Depressão	Metadona	60	4,9833	3,80228	-1,145	,255
	Buprenorfina	60	5,7500	3,53014		
Ansiedade	Metadona	60	4,5333	3,44677	-,801	,425
	Buprenorfina	60	5,0333	3,38975		
Hostilidade	Metadona	60	4,4833	3,07252	-2,189	,031*
	Buprenorfina	60	5,6833	2,93137		
Ansiedade Fóbica	Metadona	60	1,5500	1,96085	-1,322	,189
	Buprenorfina	60	2,0667	2,30597		
Ideação Paranóide	Metadona	60	6,4000	3,69241	-1,611	,110
	Buprenorfina	60	7,3667	2,82223		
Psicoticismo	Metadona	60	4,2667	3,06907	-1,230	,221
	Buprenorfina	60	4,9833	3,31147		
IGS	Metadona	60	0,8283	0,43960	-1,646	,103
	Buprenorfina	60	0,9569	0,41630		
TSP	Metadona	60	21,3333	10,1190	-1,923	,057
	Buprenorfina	60	24,9333	10,3871		
ISP	Metadona	60	2,0182	0,33144	-,488	,626
	Buprenorfina	60	2,0480	0,33670		

Como indica a tabela 7, existem diferenças significativas entre as duas amostras apenas em duas das dimensões do BSI: Sensibilidade interpessoal (p=.040), e Hostilidade (p=.031) com médias superiores para o grupo de utentes em programa de Buprenorfina. Em relação aos índices globais não se encontram diferenças significativas entre as duas amostras.

Discussão dos Resultados

Dos 120 utentes activos da Unidade de Tratamento de Santa Maria da Feira utilizados neste estudo, 88,3% pertence ao sexo masculino e 11,7% ao sexo feminino. Estas percentagens vão de encontro à vasta investigação que demonstra que a maioria dos indivíduos em tratamento pertencem ao sexo masculino. Segundo o Relatório Anual do OEDT (Observatório Europeu das Drogas e das Toxicodependências) de 2006, de um modo geral, os consumidores de droga do sexo masculino são em muito maior número que os do sexo feminino. Nos Estados Membros da União Europeia, o consumo de drogas ilegais não só é mais comum entre os homens, como estes têm muito mais probabilidades de desenvolver problemas, de procurar tratamento, ou de morrer vitimados por esse consumo (OEDT, 2006). O Instituto da Droga e da Toxicodependência aponta no seu último *Relatório Anual sobre a Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependência* percentagens entre os 84% e os 86% de elementos do sexo masculino em tratamento (IDT, 2007). Gonçalves e Santos (2006) encontram também no seu estudo com utentes em ambulatório, 81,2% de utentes do sexo masculino e 18,8% de utentes do sexo feminino. Neste mesmo estudo a média de idades da amostra foi de 33 anos, o que também vai de encontro aos resultados encontrados no nosso estudo, cuja média de idades é de 34 anos. Fortes (2003), na sua caracterização dos utentes em programa de Buprenorfina no CAT de Cedofeita, encontrou uma média de idades de 33 anos, com uma idade mínima de 22 e um máximo de 48. De forma semelhante no nosso estudo a idade mínima encontrada foi 20 anos e a máxima 51 anos.

Na nossa amostra, a maior parte dos utentes (56,7%) são solteiros, 19,2% casados, 7,5% em união de facto e 15,8% divorciados. Estes resultados vão de encontro as estatísticas do IDT, que afirmam que entre 52% a 66% dos utentes são solteiros (IDT, 2007). Relativamente ao agregado familiar, 28,3% vive com os ascendentes, 24,2% vive com a(o) companheira(o) e filho(s) e 14,2% refere viver com os ascendentes e os

irmãos. Ainda 5,8% diz viver sozinho. Mais uma vez, os dados obtidos estão de acordo com os referidos pelo IDT (2007), que afirma que a maioria vive com familiares, predominando a coabitação só com a família de origem (43% a 49%) ou só com a família constituída (23% a 25%). Quarenta e cinco por cento dos utentes deste estudo tem o 2º ciclo de escolaridade. Dados semelhantes são encontrados no estudo de Gonçalves e Santos (2006), em que 42,7% da amostra possuía o 2º ciclo de escolaridade. Continuamos a observar portanto que, regra geral, estas população têm poucas habilitações literárias, e normalmente têm menos de 9 anos de escolaridade.

No que diz respeito à situação laboral, destaca-se que 61,7% afirma estar empregado, enquanto que pelo contrário, 37,5% refere estar desempregado. Segundo o Relatório Anual de 2006, entre 46% a 63% dos utentes encontrar-se-ia em situação de desemprego, o que permite concluir que na nossa amostra a taxa de desemprego é mais baixa que a média. O estudo de Gonçalves e Santos (2006), também encontrou uma taxa de desemprego mais elevada que no nosso estudo (49%).

O haxixe foi a droga de início para 81,7% dos utentes, para 11,7% a heroína, e ainda 5,0% escolheram outras drogas. O estudo de Gonçalves e Santos (2006) corrobora estes resultados afirmando que a maioria dos utentes activos iniciou a sua história de consumos com a utilização de cannabis (85,7%). Podemos evidenciar que os resultados dos estudos epidemiológicos nacionais, destacam a cannabis como a substância ilícita com as mais elevadas prevalências de consumo em Portugal (IDT, 2007). Como justificação para esta elevada prevalência poderá ser o facto da cannabis aparecer como uma substância valorizada positivamente, consumida no quotidiano em geral, e de uma forma consensual vista como inofensiva e de consumo banalizado (Calado, 2006 cit in IDT, 2007).

A média de idades para o início do consumo da primeira droga é de 16 anos. Este dado está de acordo mais uma vez com o estudo realizado por Gonçalves e Santos (2006) cuja média de idades do primeiro contacto com substâncias ilícitas foi de 15,85 anos. Como droga de consumo regular, 89,2% dos utentes do nosso estudo refere a heroína, 2,5% a cocaína e 8,3% heroína e cocaína combinadas. Segundo o Relatório Anual de 2006 entre os utentes que recorreram em 2006 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, a heroína continua a ser a substância mais referida como droga principal (entre 49% e 73% consoante o tipo de estrutura). A seguir surge a cocaína (entre 5% e 18%) e a heroína associada à cocaína (entre 2% e 16%), assumindo

a cocaína maior relevância nas estruturas de internamento do que no ambulatório. (IDT, 2007). A média de idades do início do consumo regular de drogas dos utentes na Unidade de Tratamento de Santa Maria da Feira situa-se nos 20 anos. Estudos como o realizado por Godinho (2007) com população toxicodependente, revela uma média de idades semelhante à do nosso estudo. Efectivamente, no que concerne á heroína, ela parece hoje para a "subcultura juvenil" ser rejeitada por completo, vista como perigosa e associada a estilos de vida mais degradantes (IDT, 2007). Por outro lado, quando abordamos o contexto do tratamento, ela surge como principal droga de abuso, muitas vezes associada à cocaína.

Relativamente à via de administração, 61,7% dos utentes estudados, consome por via fumada, 27,5% por via injectada e 10,8% combinam as duas vias de administração. Percentagens semelhantes foram encontradas por Fortes (2003), 61% de utentes utilizavam a via fumada e 39% a endovenosa. Gonçalves e Santos (2006), encontraram igualmente uma maior percentagem de utentes a utilizar a via fumada (53,7%) do que a via injectada (25,3%). Segundo o Relatório Anual do OEDT de 2006, a informação globalmente disponível sugere uma diminuição geral do consumo de droga injectada a longo prazo. A preocupação gradual com a saúde pública nomeadamente no que diz respeito á infecção pelo VIH, bem como o trabalho realizado pela Redução de Riscos e Minimização de Danos em termos de distribuição de seringas e de sensibilização para a mudança da via de consumo injectada para fumada, podem ser algumas das razões para uma taxa de consumo por via endovenoso que ainda que elevada, é largamente suplantada pela via fumada. Há, no entanto, a necessidade de se continuar a considerar que o consumo de droga injectada e os problemas de saúde concomitantes, constituem um grave problema de saúde pública aos quais é necessário estar vigilante (OEDT, 2006).

No que concerne às doenças infecto-contagiosas, 46,7% dos utentes que participaram neste estudo é portador de HVC, 2,5% VIH e 2,5% HBS. Destaca-se a elevada percentagem de indivíduos portadores de HVC, corroborada por grande parte dos estudos nesta área (Smith et al., 2003; Van Beek et all., 1998; Thorpe et al., 2002). Segundo o IDT (2007), no caso da Hepatite C a percentagem de positividade varia entre os 42% e os 54%, observando-se contudo nos últimos dois anos, percentagens mais baixas relativamente aos anos anteriores.

Quando subdividimos a amostra nos subgrupos Metadona e Buprenorfina não encontramos diferenças estatisticamente significativas a nível das variáveis sócio demográficas, excepto na variável idade (p=.022) com média superior no grupo da Metadona (MD=35,90; DP=7,239) Podemos, para além disso verificar que ainda que as diferenças não sejam significativas, a amostra constituída por utentes em programa de Buprenorfina inclui um maior número de elementos do sexo feminino e a taxa de desemprego é menor. Observamos também que a taxa de indivíduos que mora "sozinho" é menor comparativamente à dos indivíduos do grupo de utentes em programa de Metadona. Relativamente aos dados referentes aos consumos de drogas, as duas amostras revelam-se semelhantes, embora nos utentes em programa de Buprenorfina a percentagem de indivíduos que utilizam a via injectável seja menor. Vários estudos que comparam amostras de Metadona e Buprenorfina encontraram resultados semelhantes (Elder et al., 1998; Jagch et al., 2005; Nielson et al., 2006; Seifert et al., 2005; Uehlinger et al., 1998). O estudo de Uehlinger et al. (1998) também inclui um maior número de elementos do sexo feminino na amostra de Buprenorfina e a percentagem de utentes que utiliza a via endovenosa é menor relativamente à amostra de Metadona. Elder et al. (1998) apresentam no seu estudo média idades de início de consumo regular de drogas semelhantes à do nosso estudo (MD= 19.32; DP=3.615). Nos estudos anteriormente mencionados, o consumo de drogas concomitante ao tratamento de substituição opiácea, é superior no grupo de utentes em programa de Metadona. No entanto, no nosso estudo, a percentagem é superior no grupo de utentes em programa de Buprenorfina. Uma possível explicação para esse facto estará na dose de Buprenorfina que poderá não estar correctamente ajustada em alguns utentes, fazendo com que estes sintam necessidade de consumir.

Debrucemo-nos agora sobre uma das nossas questões de investigação, a existência de sintomas psicopatológicos na amostra de utentes da Unidade de tratamento de Santa Maria da Feira. Quando observamos as análises descritivas das dimensões estudadas podemos concluir que as médias de todas as dimensões são mais elevadas do que as médias observadas na população em geral (Anexo 3), o que nos faz crer que a população estudada evidencia, efectivamente, sintomatologia psicopatológica. Para além disso, o IGS (Índice Geral de Sintomas) é superior ao da população geral, ainda que ligeiramente, o que demonstra que apesar da existência de sintomas psicopatológicos eles não são muito intensos. Como refere Canavarro (2007) uma

pontuação no BSI de ISP igual ou superior a 1.7, indica população emocionalmente perturbada. No nosso estudo o ISP foi de 2,03, o que atesta que a população estudada tem efectivamente sintomatologia psicopatológica. Os nossos resultados vão então de encontro à literatura existente que corrobora a presença de uma alta prevalência para a co-ocorrência de perturbações psiquiátricas e abuso de substâncias. Weissman et al. (1976), estudou uma amostra de 106 heroinodependentes de um programa de metadona, verificando, através do SCL – 90, que 1/3 estava moderada a severamente deprimida, notando perturbações do humor, do apetite e do funcionamento sexual, ansiedade e ideias de suicídio. Segundo Kandel (2007) há uma correlação positiva entre desordens emocionais e abuso de substâncias. Os primeiros resultados foram encontrados em estudos sobre o álcool, no entanto estes resultados foram também confirmados entre consumidores de heroína. Segundo o mesmo autor, a ansiedade está muitas vezes presente entre os consumidores de droga. A ansiedade pode ser a causa inicial que leva ao consumo de substâncias, ou então pode ser o resultado desse mesmo consumo.

Segundo um estudo de Sanchéz et al. (2000) que comparava um grupo de dependentes de cocaína com um grupo que não consumia drogas, encontrou valores mais elevados nas pontuações do BSI no grupo clínico, com médias mais elevadas nas dimensões ideação paranóide e obsessão compulsão. No nosso estudo, as dimensões com médias mais elevadas foram também ideação paranóide e obsessão compulsão.

A outra questão de investigação que colocamos prendia-se com o facto de existirem diferenças significativas em termos de sintomatologia psicopatológica entre as duas amostras estudadas. Devido às diferenças existentes entre os dois programas de tratamento, e aos critérios de inclusão subjacentes, esperávamos que a psicopatologia fosse superior no grupo de utentes em programa de Metadona. No entanto, quando comparadas as duas amostras, observamos que existem diferenças significativas apenas em duas dimensões: Sensibilidade Interpessoal e Hostilidade com médias superiores para o grupo de utentes em programa de Buprenorfina. Embora a nossa hipótese tenha sido parcialmente infirmada, a verdade é que se trata de uma amostra relativamente homogénea, em que os utentes já estão em tratamento, recebendo apoio médico, psicológico e social, fazendo com que as diferenças entre as duas amostras não sejam muito evidentes.

Apesar das conclusões que foi possível retirar deste estudo, permanecem, contudo, subjacentes algumas limitações. A amostra, de conveniência e de pequena

dimensão não permite extrapolar os resultados para uma população mais alargada. Por outro lado, o questionário sócio demográfico a conter mais variáveis, poderia ter servido para uma melhor caracterização da população estudada, nomeadamente: tratamentos anteriores, frequência dos consumos, tipos de processos judiciais (furto, tráfico de droga…).

Podemos afirmar que o instrumento utilizado foi bem aceite pelos indivíduos participantes neste estudo. É um inventário adequado a esta população por ser relativamente curto, com uma linguagem simples e acessível. Está validado para a população portuguesa e tem uma boa consistência interna. No entanto seria interessante e útil utilizar um instrumento mais exaustivo como é o caso do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI). Recentemente revisto o MMPI-2 aguarda ainda a aferição à população portuguesa; está, no entanto, disponível a adaptação e as normas espanholas, mais aproximadas à realidade da nossa população do que a versão original norte-americana. É importante no entanto, ter sempre em mente que estes instrumentos, por si mesmos, não fornecem informação suficiente sobre os sujeitos avaliados a não ser que os seus resultados sejam conjugados com informações clínicas, anamnésicas e contextuais, de forma a poderem constituir uma fonte de informação fidedigna sobre o funcionamento psicológico do sujeito

Conclusão

Após uma revisão da literatura científica sobre o tema da comorbilidade e diagnóstico dual, foi feita uma síntese das principais evidências existentes sobre esta temática. Com vista a alargar um pouco mais o conhecimento sobre este tipo de diagnóstico na nossa população levamos a cabo este estudo na Unidade de Tratamento de Santa Maria da Feira. As principais conclusões que nos parecem possíveis retirar revelam-se pertinentes. Por um lado, confirmamos, tal como nos avança a vasta investigação sobre comorbilidade na toxicodependência, a existência de sintomatologia psicopatológica e perturbação emocional na população estudada. Quando tentamos encontrar diferenças em termos de sintomas psicopatológicos nos dois programas de tratamento de substituição, foi possível concluir que as diferenças não são reveladoras de duas realidades distintas. Ou seja, embora tenhamos encontrado diferenças significativas em duas dimensões do BSI (Sensibilidade Interpessoal e Hostilidade), não podemos deixar de afirmar que são duas amostras bastante homogéneas em termos de

características sócio demográficas e em termos de sintomatologia psicopatológica. Nesta linha de raciocínio, apontamos como uma sugestão de futura investigação, o estudo de utentes em dois programas de carácter mais diferenciador, por exemplo, a comparação entre utentes em programa de substituição opiácea e utentes em programa de manutenção com antagonista.

Temos que admitir que este estudo se revela bastante limitativo quer em termos de caracterização da população toxicodependente, quer em termos de caracterização da psicopatologia associada. No entanto, não deixa de ser uma contribuição para o avanço no campo de estudos desta matéria, que em Portugal ainda se revela bastante insuficiente. Propomos assim, a realização de mais estudos que caracterizem a população com diagnóstico dual em Portugal, que tenham em conta os padrões de consumo, o grau de severidade da dependência, e o tipo de psicopatologia associada. É importante sabermos quem são os nossos toxicodependentes, porque é que consomem, como adoecem, que significado tem a sua psicopatologia. Cabe também aqui, um papel crucial dos técnicos envolvidos, a exigência de uma óptica compreensiva da realidade que observam, para então ser possível a discussão de um tratamento adaptado ás necessidades sentidas. É quando falamos no tratamento que mais uma vez as dúvidas se concentram e se dividem entre as estruturas de saúde mental, as estruturas para toxicodependentes, ou ainda uma combinação entre ambas.

Referências Bibliográficas

Abraham, H.D., Fava, M. (1999). "Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients". *Comprehensive Psychiatry*, 40(1), 44-50.

Addington, J. & Duchak, V. (1997). "Reasons for Substance use in Schizophrenia". *Acta Psychiatrica Scandinava*, 96, 329-333.

Addington, J., & Addington, D. (1998). "Effect of substance misuse in early psychosis". *Brithis Journal of Psychiatry*, 172, 134-136.

Agosti, V., Edward, N., Frances, L. (2002). "Rates of psychiatric comorbidity among U.S. residents with lifetime cannabis dependence". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 28, 643–652.

Agosti, V. & Levin, F. (2006) "The effects of alcohol and Drug Dependence on the Course of Depression". *The American Journal on Addictions Psychiatry*, 15, 71-75

Akiskal H.S, Chen, S.E, Davis, G.C, Puzantian, V.R, Kashgarian, M., Bolinger, J.M. "Borderline: an adjective in search of a noun". *Journal of Clinical Psychiatry* 1985; 46, 41–48

Alterman, A.I., Ayres, F.R., & Willford, W.O. (1984). "Diagnostic validation of conjoint schizophrenia and alcoholism". *Journal of Clinical Psychiatric*, 45, 300-303.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Angold, A, Costello, E.J, Erkanli, A.(1999) "Comorbidity". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 40, 57-87.

Ball, S. A. (2005). "Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders". *Journal of Research in Personality*, 39(1), 84-102.

Bergman, H.C., Harris, M. (1985). "Substance abuse among young adult chronic patients". *Psychosocial Rehabilitation journal,* 9, 49–54.

Berman, S.M., & Noble, E.P. (1993) "Childhood antecedents of substance misuse". *Current Opinion on Psychiatry*, 6, 382-387

Bernadt, M.W., & Murray, R.M., (1986). "Psychiatric disorder, drinking and alcoholism: what are the links?" *British Journal of Psychiatric*, 148, 393-400.

Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F., & Healy, J. (1993). "Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis". *Psychological Medicine*, 23, 387-395

Birmaher, B, Ryan, N. D, Williamson, D. E., Brent, D. A, Kaufman, J, Dahl, R. E, Perel, J., Nelson, B. (1996). "Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-1439.

Black, D. (1999) *Bad Boys, Bad Men: Confronting Antisocial Personality Disorder.* Oxford University Press.

Bland R.C, Newman S.C, Orn H. (1987). "Schizophrenia: lifetime co-morbidity in a community sample". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 383-391.

Blum K, Cull J.G, Braverman, E.R., Comings, D.E (1996) "Reward Defiency Syndrom". *American Scientist*, 84(2), 132-146.

Blumenfield, M., & Glickman, L. (1967). "Ten month's experience with LSD users admitted to a country psychiatric receiving hospital". *New York State Journal of Medicine*, 67, 1849-1853.

Brady K.T, Casto S, Lydiard R.B, et al. (1991) "Substance abuse in an inpatient psychiatric sample". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 389–397.

Breakey, W.R., Goodell, H., Lorenz, P.C., e McHugh, P.R. (1974). "Hallucinogenic drugs as precipitants of schizophrenia". *Psychological Medicine*, 4, 255-261.

Bromberger, J., & Costello, E. (1992). "Epidemiology of depression for clinicians". *Social Work*, 37(2), 120-126.

Brown, V.B., Ridgely, M.S., Pepper, B., Levine, I.S., Ryglewicz, H. (1989) "The Dual Crises: Mental Illness and Substance Abuse. Present and Future Directions". *American Psychologist.* 44(3), 565-569.

Bruce, M.L., Takeuchi, D.T., & Leaf, P.J.(1991). "Poverty and Psychiatric status: Longitudinal Evidence from the New Haven Epdemiologic Catchment Area Study". *Archives of General Psychiatry*, 48, 470-474

Brunette, M.F., Mueser, K.T., Xie, H., & Drake, R.E. (1997). "Relationship between symptoms of schizophrenia and substance abuse". *The journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 13-20.

Carey, K.B., & Carey, M.P. (1995) "Reasons for drinking among psychiatric outpatients: relationship to drinking patterns". *Psychology of Addictive Behaviours*, 9, 251-257.

Castel, S., Rush, B., Urbanoski, K., Toncatto, T. (2006) "Overlap of clusters of psychiatric symptoms among clients of a comprehensive addiction treatment service". *Psychology of Addictive Behaviour*, 20, 28-35.

Caton C.L.M, Shrout P.E, Eagle P.F, Opler L.A, Felix A, Dominguez B. (1994) "Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case–control study". *American Journal of Public Health*, 84, 265–270.

Chambers R.A, Krystal J.H, Self D.W (2001) "A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia". *Biological Psychiatry,* 50, 71–83

Chinet L, Plancherel B, Bolognini M, Bernard M, Laget J, Daniele G, Halfon O, (2006) "Substance use and depression. Comparative course in adolescents" *European Child & Adolescent Psychiatry*; 15 (3), 149-55.

Cloninger, C. R. (1987). "Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism" *Science, 236,* 410-416.

Cuffel, B.J (1996) "Comorbid substance use disorder: prevalence, patterns of use, and course". *New Directions for Mental Health Services*, 70(2), 93-105

Curran, H.V, Travill, R.A (1997) "Mood and cognitive effects *of 3,4* methylenedioxymethamphetamine (M DM A, 'ecstasy'): week-end 'high'followed by mid-week low". *Addiction*, 92, 821- 831

Daley, D.C & Moss, H.B. (2002) *Dual Disorders: Counseling Clients with Chemical Dependency and Mental Illness*. New York: Hazelden Publishers.

Darke, S. & Ross, J. (1997). "Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors" *Drug and Alcohol Dependence*, 48, 135-141.

Dickey, B. et al. (2004) "Externally Caused Deaths for Adults with Substance Use and Mental Disorders". *The Journal of Behavioural Health Services & Research* 31(1), 75-85.

Dixon, L., Hass, G., Weiden, P., Sweeney, J., Frances, A. (1990). "Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients. Clinical observations and patients "self reports". *Schizophrenia Bulletin*, 16, 69-79.

Drake, R.E., & Cotton, P.G. (1986). "Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia". *British Journal of Psychiatry*, 148, 554-559.

Drebing, C. E., Moore, A., Krebs, C., Van Ormer, A., Penk, W., Rosenheck, R. (2002) "Patterns in Work Functioning and Vocational Rehabilitation Associated with Coexisting Psychiatric and Substance Use Disorders". *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(1), 5-13.

Dulit R.A, Fyer M.R, Haas G.L, Sullivan T, Frances A.J. (1990). "Substance use in borderline personality disorder". *American Journal of Psychiatry,* 147, 1002– 1007

Dusenbury, L., Botvin, G.J., & James-Ortiz, S. (1989). "The primary prevention of adolescent substance abuse trough the promotion of personal and social competence". *Prevention in Human Services*, 7, 201-224.

Eder, H., Fischer, G., Gombas, W., Jagsch, R., Stühlinger, G., Kasper., S. (1998). "Comparison of Buprenorphine and Methadone Maintenance in Opiate Addicts" *European Addiction Research*, 1, 3-7.

Ferros, Lígia Cristina Leça (2006). *Relações Afectivas e Sintomatologia Psicopatológica na Toxicodependência*: *Contributos Para a Caracterização Clínica da Dependência de Heroína*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.

First, B. & Gladis, M. (1993). *Diagnosis and differential diagnosis of psychiatric and substance use disorders*. New York: Plenum Medical Book

Flynn, P., M. (1997) MCMI *applications in substance abuse. The Millon inventories: Clinical and personality assessment*. New York: Guilford Press.

Fortes, O., Viana, L, Araújo, C. (2003) "Programa de Buprenorfina no CAT de Cedofeita – 18 meses de experiencia". *Toxicodependência,* 9 (3), 3-9

Gamma A, Frei E, Lehmann D, Pascual-Marqui R.D., Hell D, Vollenweider F.X. (2000) "Mood state and brain electric activity in ecstasy users". *Neuroreport,* 11, 157–162

Gawin, F.H. & Kleber, H.D. (1986). "Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in chronic cocaine abusers". *Archives of. General. Psychology*, 43, 107-113

Glass, G.S., & Bowers, M.B. (1970). "Chronic psychosis associated with long-term psychotominmetic drug abuse". *Archives of General Psychiatry*, 23, 97-103.

Godinho, R. (2007) "Estudo comparativo entre uma população toxicodependente sem-abrigo e uma população toxicodependente domiciliada: aspectos psicossociais e psicopatológicos". *Toxicodependências*, 13, 3-14

Gonçalves, M., Santos, P. (2006). "Caracterização da População Activa no CAT de Aveiro". *Toxicodependências,* 12, 29-35.

Graham, H.L., (1998). "The role of dysfunctional beliefs in individuals who experience psychosis and use substances: implications for cognitive therapy and medication adherence". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 193-207.

Grahm, H.L., Copello, A., Birchwood, M.J., Mueser, K.T (2003) *Substance misuse in psychosis*. England: John Wiley & Sons Ltd.

Grilo, C.M., Walker, M.L., Becker, D.F, Edell, W.S., & McGlashan, T.H. (1997) "Personality Disorders in Adolescents With Major Depression, Substance Use Disorders, and Coexisting Major Depression and Substance Use Disorders". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 328-332

Hamera, E., Shneider, J.K. & Deviney, S. (1995). "Alcohol, cannabis, nicotine, and caffeine use and symptom distress in schizophrenia". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 559-565.

Hawkins, D.J., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescents and early adulthood: implications for substance abuse prevention". *Psychological Bulletin*, 112, 64-105

Hawkins, J. D., Arthur, M. W., & Olson, J. J. (1997). *Community interventions to reduce risks and enhance protection against antisocial behavior***.** In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), Handbook of antisocial behavior (pp. 365-374). New York: Wiley.

Helm, H., Boward, M., McBride, D., & Del Rio, R. (2002) "Depression, Drug Use, and Gender Differences among Students at a Religious University". *North American Journal of Psychology* 4(2), 183-198.

Hendriks, V. (1990). "Psychiatric disorders in a dutch addict population rates and correlates of DSM-III diagnosis", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (2), 158-165.

Hodgins, S., Toupin, J., Cote, G. (1996) *Schizophrenia and antisocial personality disorder: a criminal combination, in Explorations in Criminal Psychopathology: Clinical Syndromes With Forensic Implications*. Springfield: Schlesinger LB.

Hubbard, J.R. & Martin, P.R. (2001*) Substance abuse in the mentally and physically disable*. New York: Marcel Dekker.

Instituto da Droga e da Toxicodependência – CAT de Santa Maria da Feira (2006) *Caracterização dos Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos no CAT de Santa Maria da Feira*. Santa Maria da Feira: DRC do IDT

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2007). *Relatório Anual 2006: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência*: *Informação Estatística 2006*. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2007). *Relatório Anual 2006: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência*: A*ctividades Desenvolvidas 2006*. Lisboa: IDT.

Jackson, H.J., Whiteside, H.L., Bates, G.W., Rudd, R.P., Edwards, J. (1991). "Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 206-260.

Jagsch, K., Gombas, W., Schindler, S., Eder, H., Moody, E.D. & Fischer, G. (2005) "Opioid plasma concentrations in methadone and buprenorphine-maintained patients". *Addiction biology*, 10, 365-371

Kalechstein, A., D., Newton, T. F., Longshore, D., Anglin, M.D., Van Gorp, W. G., Gawin, F, H. (2000) "Psychiatric Comorbidity of Methamphetamine Dependence in a Forensic Sample". *Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 12(4), 480-484.

Kandel, Y.(2007) "Treatment Program for Dual-diagnosis Substance Abusers". *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 1-2, 61-67.

Kaplan H.I.; Sadock B.J.; Grebb J.A. (1994). *Personality disorders*. In: *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*. 7.ed. Baltimore: Williams and Wilkins,

Keller M., Lavori P.W, Coryell W, Andreasen N.C, Endicott J, Clayton P.J, Klerman G.L, Hirschfeld R.M. (1986). "Differential outcome of pure manic, mixed/cycling, and pure depressive episodes in patients with bipolar illness". *Journal of American Medical Association,* 255, 3138–42.

Kendler, K.(1985) "Twin study of individuals with both schizophrenia and alcoholism". *British Journal of Psychiatry*, 147, 48-53.

Kessler, R., Nelson, C., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G. & Leaf, P.J. (1996) "The epidemiology of co-occuring addictive and mental disorders". *American Journal of Ortopsychiatry*. 66, 17-31.

Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L..A., Nelson, C.B., (1997). "Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National *Comorbidity* Survey". *Archives of General Psychiatry*, 54 (4), 313-321.

Khantzian E. J., (1985) "The self-medication hypothesis of addictive behaviours. Focus oh heroin and cocaine dependence". *American Journal of Psychiatry,* 142, 1259-1264

Kosten, T.R., Rounsaville, B. J., Kleber, H.D. (1986) "A 2,5 year follow-up of depression, life crises, and treatment effects on abstinence among opioid addicts". *Archives of General Psychiatry*, 43, 733-738

Kushner, M.G., Sher., K.J., & Beitman, B.D. (1990). "The relation between alcohol and the anxiety disorders". *American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695..

Liberman, R.P., Mueser, K.T., Wallace, C.J., Jacobs, H.E., Eckman, T. & Massel, H.K. (1986). "Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. Schizophrenia". *Bulletin*, 12, 631-647.

.

Limbeek, J., Wouters, L., Kaplan, C., Geer-Lings, P., Alem, V. (1992). "Prevalence of psychopathology in drug addicted dutch". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 43-52.

Lopéz-Ibor, J. (2004). Comunicação em Congresso.

Lyons, R. (1999) "A review of the effects of nicotine on schizophrenia and antipsychotic Medications". *Psychiatric Service*, 50, 1346–1350.

.

Machado, P. P.P., & Klein, J. M. (2007) "Drug dependence and psychological distress in Portuguese patients entering a substance abuse treatment centre" *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 83-91.

MacInnes, N., Handley, S. L., & Harding, G. F. A. (2001). "Former chronic methylenedioxymethamphetamine (MDMA or ecstasy) users report mild depressive symptoms". *Journal of Psychopharmacology*, 15, 181–186.

Maremmani I, Canoniero S, Pacini M, et al. (2000). "Methadone dose and retention in treatment of heroin addicts with bipolar I disorder Comorbidity. Preliminary results". *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 2, 39-46

Marques Teixeira, J. (2000) "Diagnósticos Duplos: Toxicodependências e Perturbações Psiquiátricas". *Saúde Mental*, 2 (5), 9-16

Marques Teixeira, J. (2001) "Comorbilidade: Depressão e ansiedade". Saúde Mental, 3 (1), 9-20

Marshall, J. (1998) "Dual diagnoses: co-morbidity of severe mental illness and substance misuse". *The Journal of Forensic Psychiatry,* 9, 9-15

McKenna, C. & Ross, C.(1994) "Diagnostic conundrums in Substance Abusers with Psychiatric Symptoms: Variables Suggestive of Dual Diagnosis". *American Journal of Drug & Alcohol Abuse,* 20, 397-412

Mercer, C.C., Mueser, K.T., Drake, R.E.(1998) "Organizational Guidelines for Dual Disorders Programs". *Psychiatric Quarterly*, 69(3), 145-168.

Miller, F.T., Abrams, T., Dulit, R., Fyer, M. (1993) "Substance Abuse in Borderline Personality Disorder" *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19(4), 491-497.

Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Levinson, D.F., Singh, H., Bellack, A.S., Kee, K., Morrison, R.L., Yadalam, K.G. (1990). "Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates". *Schizophrenia Bulletin*, 16, 31-56

Mueser, K.T., Nishith, P., Tracy, J.I., DeGirolamo, J., e Molinaro, M. (1995). "Expectations and Motives for Substance Use in Schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*, 21, 367-378.

Mueser KT, Drake RE, Bond G.R. (1997). "Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness". *Harvard Review of Psychiatry,* 5, 123–137.

Mueser, K.T., Drake, R.E., Wallach, M.A. (1998) "Dual Diagnosis: a review of etiological theories" *Addictive Behaviours*, 23(6), 717-734.

Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*. New York: The Guilford Press

Negreiros, J. (2006) *Injecção de Drogas, Comportamento Sexual e Risco de VIH*. Legis Editora: Porto

Negreiros, J. (2003*). As drogas e as cidades: prevalências e perfis de consumidores problemáticos*. Porto: Radicário.

Negreiros, J. (2006) *Injecção de Drogas, Comportamento Sexual e Risco de VIH*. Legis Editora: Porto

Negreiros, J. (2006). "Comportamentos de Risco de Infecção pelo VIH em Consumidores de Heroína Injectada: Impacto da Duração dos Consumos e da Seropositividade". *Toxicodependências*, 12 (2), 3-10.

Neto, D. (1996) *Tratamento Combinado e por Etapas de Heroinodependentes – características e evolução de uma amostra*. Lisboa: Universitária Editora

Nielsen, S., Dietze, P., Lee, N., Dunlop, A. & Taylor, D. (2006) "Concurrent buprenorphine and benzodiazepines use and self-reported opioid toxicity in opioid substitution treatment". *Society for the Study of Addiction*, 102, 616-622

Noordsy, D.L., Drake, R.E., Teague, G.B., Osher, F.C., Hulburt, S.C., Beaudett, M.S., & Paskus, T.S. (1991). "Subjective Experiences related to alcohol use among schizophrenics". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 410-414

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2006). *Relatório Anual 2006: a Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: OEDT, Serviço de Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Oyefeso, A., Ghodse, H., Clancy, C., Corkery, J., Goldfinch, R. (1999). "Drug abuse-related mortality: a study of teenage addicts over a 20-year period". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(8), 437-441.

Pandina, R.J., Labouvie, E.W., Johnson, V., & White, H.R. (1990) "The relationship between alcohol and marijuana use and competence in adolescence". *Journal of health & Social Policy*, 1, 89-108.

Parrott, A.C., Lasky, J. (1998). "Ecstasy (MDMA) effects upon mood and cognition: before, during and after a Saturday night". *Psychopharmacology*, 139, 261-268

Pina, A., Medronho, C. (2006). "Toxicodependentes em Tratamento no Algarve: a Evolução nos Consumos de 1999 a 2004". *Toxicodependências,* 12, 3, 7-19.

Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., Obert, J., Gulati, V., Shoptaw, S., & Ling, W. (2002) "Status of methamphetamine users 2-5 years after outpatient treatment". *Journal of Addictive Diseases*, 21, 117-130

Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., Obert, J., Vikas, G., Shoptaw, S., & Ling, W. (2000). "Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention". *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 233-238

Regier, D. A, Farmer, M.E., Rae, D. S., Locke, B.Z., Keith, B.J, Judd, L.L., & Godwin, F.K. (1990). "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study". *Journal of the America Medical Association*. 264, 2511-2518

Robins, L.M. (1996). "Deviant children grown up". *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 44-6.

Rounsaville, B., Anton, S, Carrol, K., Budge, D., Prusoff, B., Gawin, F. (1991). "Psychiatric diagnosis of treatment seeking cocaine abusers". *Archives of General Psichiatry*, 48, 43-51

Rounsaville, B., Kosten, T., Weissman, M., Prusoff, B, Pauls, P., Foley, S., Merikangas, K. (1991) "Psychiatric disorders in the relatives of probands with opiate addicts". *Archives of General Psychiatry*, 48, 33-42

Sanchéz, H.E., Tomas, G.V., Morales, G.E. (2000) "Psychopathologic evaluation of cocaine-dependent patients". *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 26 (5), 319-322.

Scheller-Gilkey, G., Thomas, S., Woolwine, B., Miller, A. (2002). "Increased early life stress and depressive symptoms in patients with comórbida substance abuse and schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin*, 28 (2), 223-231

Schottenfeld, R. S, Pakes, J. R, Oliveto, A., et al. (1997), "Buprenorphine vs methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse', *Archives of General Psychiatry,* 54, 713–20.

Schukit, M.A., & Monteiro, M.G. (1988)."Alcoholism, anxiety and depression". *British Journal of Addiction,* 83 (12), 1373-1380.

Schukit, M. (1989). *Drug and alcohol abuse: a clinical guide to diagnosis treatment*. New York. Pnenum.

Seibel, S.D. & Toscano, A.JR. (2000) *Dependência de drogas*. São Paulo: Editora Atheneu.

Seifert, J., Metzner, C., Paetzold, W., Borsutzky, M., Ohlmeier, M., Passie, T., Hauser, U., Becker, H., Wiese, B., Emrich, M.H, e Schneider, U. (2005) "Mood and affect during detoxification of opiate addicts: a comparison of buprenorphine versus methadone". *Addiction Biology*, 10, 157 – 164

Skodol A.E, Bender D.S. (2003). "Why are women diagnosed borderline more than men?" *Psychiatric Quartely*, 74, 349–360.

Smyth, J., O'Connor, J., Barry, J.Keenan, E. (2003). "Retrospective cohort study examining incidence of VIH and hepatitis C infection among injecting drug users in Dublin". *Journal of Epidemiology Community Health*, 57, 310-311.

Sonne S.C, Brady K.T, Morton W.A (1994). "Substance abuse and bipolar affective disorder". *Journal of Nervous and Mental Disease,* 182, 34–352.

Stahl S.,M.(1996) *Essential psychopharmacology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Stone, M.H., (1973). "Drug-related schizophrenic syndromes". *International Journal of Psychiatry*, 11, 391-437.

Strain, E.C, Stitzer M.L, Liebson, I.A, Bigelow, G.E. (1994). "Buprenorphine versus methadone in the treatment of opioid-dependent cocaine users". *Psychopharmacology,* 116(4), 401-06.

Swann, A.C, Dougherty, D.M, Pazzaglia, P.J, Moeller, F.G. (2004). "Impulsivity: a link between bipolar disorder and substance abuse". *Bipolar Disorder.* 6, 204–12

Thomasius, R., Petersen, K., Buchert, R., Zapletalova, P, Wartberg, L, Nebeling, B., Schmoldt, A (2003) "Mood, cognition and serotonin transporter availability in current and former ecstasy (MDMA) users". *Psychopharmacology,* 167:85–96

Thorpe, L., Ouellet, L., Hershow, R., Bailey, S., Williams, I., Williamson, J. et al (2002). "Risk of hepatitis C virus infection among adult young injection drug users who share injection equipment". *American Journal of Epidemiology*, 155, 645-653.

Timko, C. et al., (2003) "Trends in Acute Mental Health Care: Comparing Psychiatric and Substance Abuse Treatment Programs". *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 30(2), 145-160.

Tsuang, M.T., Simpson, J.C., & Kronfol, Z. (1982). "Subtypes of drug abuse with psychosis: Demographic characteristics, critical features and family history". *Archives of General Psychiatry*, 39, 141-147

Uehlinge, C., Déglon, J., Livot, S., Petitjean, S., Waldvog, D., Ladewig, D. (1998) "Comparison of Buprenorphine and Methadone in the Treatment of Opioid Dependence". *European Addiction Research*, 1, 13-18

Van Beek, I, Dwyer, R., Dore, J., Luo, K., & Kaldor, J. (1998). "Infection with VIH and hepatitis C virus infection among injection drug users in a prevention setting: retrospective cohort study" *British Medical Journal*, 317, 433-437.

Vasconcelos, C (2000) "Breve historia das terapêuticas de substituição em Portugal- conclusões principais". *Toxicodependências*. 6(2), 67-79

Verheul, R. (2001). "Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders". *European Psychiatry*, 16, 274-282.

Verheyden, S.L, Hadfield J, Calin, T. & Curran H.V. (2002) "Sub-acute effects of MDMA (63,4-methylenedioxymethamphetamine "ecstasy") on mood: evidence of gender differences". *Psychopharmacology,* 161**,** 23–31.

Virgo, N. et al.(2001). "The prevalence and characteristics of co-occurring serious mental illness (SMI) and substance abuse or dependence in the patients of Adult Mental Health and Addictions Services in eastern Dorset". *Journal of Mental Health* 10(2), 175-188

Weiss, R., Mirin, S., & Frances, R. (1992) "The myth of the typical dual diagnosis patients". *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 107-108

Weissman, M.M, Slobetz, F., Prusoff, B., Mezritz, M., Howard, P. (1976). "Clinical Depression among Narcotic Addicts on Methadone in the Community". *The American Journal Of Psychiatry*, 133 (12),1434-1438.

Westermeyer J. (1992). "Schizoprenia and substance Abuse". *Review of Psychiatry*; 11, 379-401

Zubin, J., & Spring, B. (1977). "Vulnerability: a new view of schizophrenia". *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-123.

ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

Anexo 1

Questionário sócio-demográfico

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

Questionário sócio demográfico relativo ao utente

Nº de processo_____

Dados biográficos

Idade ____ Sexo ____

Estado civil _____ Agregado familiar _____

Escolaridade 1º ciclo ☐ 2º ciclo ☐ 3º ciclo ☐

Ens. Secundário ☐ Freq. Universitária ☐

Profissão_____

Situação laboral: Empregado ☐ Desempregado ☐

Situação judicial: Detenção(s) ☐ Julgamento(s) ☐ Processo(s) em curso ☐

Consumo de drogas

Idade de inicio _____ Droga de início _____

Consumo habitual:

Idade de inicio _____ Tipo de droga _____

Via de administração: Fumada ☐ Via endovenosa ☐

Doenças infecto – contagiosas

HIV ☐ HCV ☐ HBS ☐ Tuberculose ☐

Tratamento

Tipo de tratamento: Cloridrato de Metadona ☐ Buprenorfina ☐

Tempo de permanência no programa _____

Consumo concomitante de drogas Sim ☐ Não ☐

Outra medicação Neurolépticos ☐ Antidepressivos ☐ Ansiolíticos ☐

Outros ☐ Quais? _____

Intervenção terapêutica

Tipo de intervenção: Médica ☐ Psicológica ☐ Social ☐

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

ANEXO 2

BSI

(Brief Symptom Inventory)

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

BSI

L.R. Derogatis;1993; Versão: M.C.Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços á direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ULTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior …….	☐	☐	☐	☐	☐
2. Desmaios ou tonturas……	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos ……	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas……	☐	☐	☐	☐	☐
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou Recentes …….	☐	☐	☐	☐	☐
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente …….	☐	☐	☐	☐	☐
7. Dores sobre o coração ou no peito …….	☐	☐	☐	☐	☐
8. Medo na rua ou praças publicas ……..	☐	☐	☐	☐	☐
9. Pensamentos de acabar com a vida …….	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas …….	☐	☐	☐	☐	☐
11. Perde o apetite ……	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ter um medo súbito sem razão para isso ……..	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ter impulsos que não se podem controlar …….	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais Pessoas …….	☐	☐	☐	☐	☐
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho …….	☐	☐	☐	☐	☐
16. Sentir-se sozinho ……	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sentir-se triste ……	☐	☐	☐	☐	☐
18. Não ter interesse por nada ……..	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sentir-se atemorizado ……	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos ……..	☐	☐	☐	☐	☐
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si ……..	☐	☐	☐	☐	☐

www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
22. Sentir-se inferior aos outros ……	☐	☐	☐	☐	☐
23. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago ….	☐	☐	☐	☐	☐
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si ……	☐	☐	☐	☐	☐
25. Dificuldade em adormecer ……	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz ……	☐	☐	☐	☐	☐
27. Dificuldade em tomar decisões ……	☐	☐	☐	☐	☐
28. Medo de viajar de autocarro de comboio ou de metro ……..	☐	☐	☐	☐	☐
29. Sensação que lhe falta o ar ……	☐	☐	☐	☐	☐
30. Calafrios ou afrontamentos ……..	☐	☐	☐	☐	☐
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo ……..	☐	☐	☐	☐	☐
32. Sensação de vazio na cabeça ……	☐	☐	☐	☐	☐
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo ……	☐	☐	☐	☐	☐
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados ……..	☐	☐	☐	☐	☐
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro …….	☐	☐	☐	☐	☐
36. Ter dificuldade em se concentrar …….	☐	☐	☐	☐	☐
37. Falta de forças em partes do corpo ……	☐	☐	☐	☐	☐
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição ……..	☐	☐	☐	☐	☐
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer …..	☐	☐	☐	☐	☐
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém ….	☐	☐	☐	☐	☐
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas …….	☐	☐	☐	☐	☐
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas …	☐	☐	☐	☐	☐
43. Sentir-se mal no meio de multidões km lojas, cinemas, ou assembleias …….	☐	☐	☐	☐	☐
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa …….	☐	☐	☐	☐	☐
45. Ter ataques de terror ou pânico …….	☐	☐	☐	☐	☐
46. Entrar facilmente em discussão …….	☐	☐	☐	☐	☐
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho ….	☐	☐	☐	☐	☐
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades ……..	☐	☐	☐	☐	☐
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto …….	☐	☐	☐	☐	☐
50. Sentir que não tem valor ……	☐	☐	☐	☐	☐
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si ……...	☐	☐	☐	☐	☐
52. Ter sentimentos de culpa ……...	☐	☐	☐	☐	☐
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem	☐	☐	☐	☐	☐

ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

na sua cabeça ……...

Anexo 3

Estatísticas descritivas das pontuações do BSI para a população geral e com perturbação emocional

ISSN 1646-6977
Tese publicada em 02.08.2014

Varáveis	Índ.pop.geral		Ind.pert.emocional	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio padrão
Somatização	0,573	0,916	1,355	1,004
Obsessões compulsões	1,290	0,878	1,924	0,925
Sensibilidade Interpessoal	0,958	0,727	1,597	1,033
Depressão	0,893	0,722	1,828	1.051
Ansiedade	0,942	0,766	1,753	0,940
Hostilidade	0,894	0,784	1,411	0,904
Ansiedade Fóbica	0,418	0,663	1.020	0,929
Ideacção Paranóide	1,063	0,789	1,532	0,850
Psicoticismo	0,668	0,614	1,403	0,825
IGS	0,835	0,480	1,430	0,705
TSP	26,993	11,724	37,349	12,166
ISP	1,561	0,385	2,111	0,595

(Fonte: Canavarro, M.C. (1999). Inventario de Sintomas Psicopatológicos – BSI., In M.R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds) Testes e Provas Psicológicas em Portugal, vol. II, Braga: APPORT)