



Universidade do Algarve  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

<Comorbilidade na toxicodependência e motivação para o tratamento>

**João José Correia Santos**

**Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da  
Saúde**

Trabalho elaborado sob a orientação da Prof. Doutora Ida Lemos

**2016**



Universidade do Algarve  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

<Comorbiliadade na toxicodependência e motivação para o tratamento>

**João José Correia Santos**

**Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da  
Saúde**

Trabalho elaborado sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Doutora Ida Lemos

**2016**

**<Comorbilidade na toxicodependência e motivação para o tratamento>**

**Declaração de autoria de trabalho**

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

---

(João José Correia Santos)

**Copyright by**

**João José Correia Santos**

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer em primeiro lugar a todos os utentes que voluntariamente se disponibilizaram para fazer parte desta investigação, sem eles este estudo não seria possível.

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup> Doutora Ida Lemos, pela dedicação, disponibilidade e profissionalismo demonstrado ao longo destes meses.

À Equipa Técnica da Unidade de Desabilitação do Algarve, pela forma como fui recebido e por me terem proporcionado espaço e tempo para a recolha dos dados.

À Equipa Técnica da Comunidade Terapêutica do Azinheiro, pela tolerância, paciência e solidariedade demonstrada ao longo deste longo caminho. Obrigado colegas.

## Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar a eventual existência de comorbilidade em consumidores de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, em regime de internamento, avaliar a motivação para o tratamento e comparar os dois grupos de participantes nas variáveis em análise. Relativamente à amostra que suporta a presente investigação, é importante mencionar que a recolha dos dados foi realizada em utentes, abstinentes de consumos, internados em dois centros de tratamento diferenciados e em fases distintas do processo terapêutico. Neste sentido a amostra 1 é constituída por 33 utentes da Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA), para desintoxicação física de substâncias como a heroína, cocaína ou o álcool, com um tempo máximo de internamento de 14 dias e a amostra 2, por 30 utentes da Comunidade Terapêutica do Azinheiro (CTA) com tempos de internamento que oscilam entre os 30 dias e os 18 meses.

Para a recolha de dados foram utilizados, o questionário sociodemográfico, o BSI – *Brief Symptom Inventory* e a Escala de Sócrates 8 D (versão portuguesa) – *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*.

Relativamente aos resultados encontrados ao nível da psicopatologia para a amostra total, as dimensões Depressão, Ideação Paranóide e Obsessões e Compulsões são as que apresentam os valores mais elevados.

Em termos comparativos no que se refere aos sintomas psicopatológicos, destaca-se que as pontuações obtidas, no Índice Geral de Sintomas dos indivíduos inseridos na UDA são significativamente superiores à dos que se encontram na CT.

Em relação à motivação para o tratamento, verifica-se que em ambos os grupos, UDA e CT, as três variáveis relativas à motivação (SOCRATES 8D) não estão significativamente relacionadas com qualquer das dimensões e índices psicopatológicos do BSI. Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos na variável motivação para o tratamento. Estes resultados são discutidos à luz do modelo transteórico de Prochaska e Diclement (1983).

**Palavras-chave:** toxic dependência, substâncias psicoativas, comorbilidade, motivação, tratamento

## *Abstract*

This essay's objective was to examine a possible comorbidity among legal and illegal psychoactive drug consumers, in in-house patients, assess treatment motivation and compare the variables analysed in both groups of participants. Concerning the sample used for this research it is relevant to mention that the collection of data includes: public services users, consumer abstinent, hospitalized consumers from two different treatment centers and in distinct phases of therapeutic process. So, sample 1 includes 33 users of the Unidade de Desabilitação of the Algarve (UDA), for physical detoxification of drugs such as heroin, cocaine or alcohol, with a maximum hospitalization of 14 days. Sample 2 includes 30 users of the Comunidade Terapêutica do Azinheiro (CTA), being hospitalized between 30 days and 18 months.

For the collection of data it was used the demographic questionnaire, the BSI– Brief Symptom Inventory - and the 8 D Socrates Questionnaire (Portuguese version) – Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale.

On the results found to psychopathology level for the total sample, dimensions like Depression, Paranoid Ideation and Obsessions and Compulsions, are those that present the highest values.

Regarding the psychopathological symptoms results, for the total sample, it is to emphasize that the scores in the Symptoms General Index from the UDA center users are considerably higher than the users in the CTA center.

In what concerns the treatment motivation it is clear that in both groups, UDA and CTA centers, their three motivation variables (Socrates 8 D) are not significantly related to any of the BSI psychopathological index and dimensions. There were no significant differences between both groups in the variable treatment motivation. These results are examined taking into account the Proschaka and Diclement (1983) transtheoretical model.

Key words: drug-addiction, psychoactive substances, comorbidity, motivation, treatment.

**Índice geral**

Introdução.....	1
Consumo e dependência de substâncias psicoativas .....	1
Definição de comorbilidade .....	2
Motivação para o tratamento .....	5
Tratamento – Intervenções terapêuticas .....	7
Objetivos do estudo .....	9
Metodologia.....	10
Desenho do estudo.....	10
Caraterização da amostra.....	10
Participantes .....	10
Instrumentos .....	15
Procedimentos de recolha de dados.....	16
Procedimento de análise de dados .....	17
Resultados.....	18
Discussão.....	39
Conclusão .....	45
Referências Bibliográficas.....	46
Anexo A.....	46
Anexo B.....	52
Anexo C.....	54
Anexo D.....	57
Anexo E.....	59

## Índice de figuras

<i>Figura 1.</i> Diagrama de barras do estado civil (N=63).....	11
<i>Figura 2.</i> Diagrama de barras do grau de escolarização (N=63). .....	11
<i>Figura 3.</i> Diagrama de barras da profissão (N=63). .....	12
<i>Figura 4.</i> Diagrama de barras do número de filhos (N=63).....	12
<i>Figura 5.</i> Diagrama do nível socioeconómico (N=63). .....	13
<i>Figura 6.</i> Diagrama de barras do agregado familiar atual (N=63).....	13
<i>Figura 7.</i> Diagrama de barras da droga de eleição (N=63).....	14

## Índice de tabelas

Tabela 1 Medidas Descritivas: Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI.....	18
Tabela 2 Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI 19	
Tabela 3 Testes t: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Grupo de Tratamento.....	22
Tabela 4 Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Tempo de Tratamento na Comunidade Terapêutica (N=30).....	23
Tabela 5 Testes t/Mann Whitney: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Tipo de Consumo dos Utentes da Unidade de Desabituação (N=33) .....	24
Tabela 6 Testes t/Mann Whitney: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Tipo de Consumo dos Utentes da Comunidade Terapêutica.....	26
Tabela 7 Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Idade dos Utentes da Unidade de Desabituação .....	27
Tabela 8 Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Idade dos Utentes da Comunidade Terapêutica .....	28
Tabela 9 Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Idade do Início do consumo dos Utentes da Unidade de Desabituação .....	29
Tabela 10 Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Idade do Início do consumo dos Utentes da Comunidade Terapêutica .....	30
Tabela 11 Medidas Descritivas: SOCRATES 8D .....	31
Tabela 12 <i>Correlações de Pearson: SOCRATES 8D</i> .....	31
Tabela 13 Testes t: SOCRATES 8D por Grupo de Tratamento.....	32
Tabela 14 Correlações de Pearson: SOCRATES 8D por Tempo de Tratamento na Comunidade Terapêutica.....	32

Tabela 15 Testes t/Mann Whitney: SOCRATES 8D por Tipo de Consumo dos Utentes da Unidade de Desabituação .....	33
Tabela 16 Testes Mann Whitney: SOCRATES 8D por Tipo de Consumo dos Utentes da Comunidade Terapêutica .....	34
Tabela 17 Correlações de Pearson: SOCRATES 8D por Idade dos Utentes da Unidade de Desabituação .....	34
Tabela 18 Correlações de Pearson: SOCRATES 8D por Idade dos Utentes da Comunidade Terapêutica.....	35
Tabela 19 Correlações de Pearson: SOCRATES 8D por Idade do Início do Consumo dos Utentes da Unidade de Desabituação.....	35
Tabela 20 Correlações de Pearson: SOCRATES 8D por Idade do Início do Consumo dos Utentes da Comunidade Terapêutica .....	36
Tabela 21 Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI e SOCRATES 8D nos Utentes da Unidade de Desabituação .....	37
Tabela 22 Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI e SOCRATES 8D nos Utentes da Comunidade Terapêutica.....	38

**Índice de anexos**

Anexo A – Pedido de autorização à ao Ex.

Anexo B – Consentimento informado

Anexo C – Questionário Sócio Demográfico

Anexo D – B.S.I. – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Anexo E – Escala de SOCRATES 8D (Versão Portuguesa)

**Lista de siglas**

CAT – Centro Atendimento a Toxicodependentes

CT – Comunidade Terapêutica

CTA – Comunidade Terapêutica do Azinheiro

G.A.To. – Grupo de Ajuda a Toxicodependentes

OMS – Organização Mundial de Saúde

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

UA – Unidade de Alcoologia

UDA – Unidade de Desabilitação do Algarve

UD – Unidade de Desabilitação

## Introdução

### **Consumo e dependência de substâncias psicoativas**

Segundo a classificação internacional das doenças para os transtornos mentais e comportamentais (Organização Mundial de Saúde, 2008) as perturbações derivadas do uso de substâncias psicoativas, podem ser entendidas como o um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao impulso para consumir, à sua utilização persistente e à dificuldade em controlar o seu consumo.

Numa perspectiva histórica, as substâncias psicoativas têm-se cruzado ao longo dos anos com a história do próprio homem. As substâncias e os comportamentos aditivos são indicadores de uma sociedade em constante mutação onde as novas tecnologias assumem um papel de relevo, não só em relação às novas drogas quimicamente manipuladas em laboratório, como também em relação a novos tipos de adição ou dependências (como o telemóvel, a internet ou o jogo) (Becoña, Cortés & Arias, 2011).

Em relação à dependência química, em si, a Organização Mundial de Saúde (2008) define como uma substância psicoativa, toda a substância natural ou sintética que altera o funcionamento do Sistema Nervoso Central, deprimindo, estimulando ou induzindo surtos psicóticos.

No decorrer do Século XX, o estudo da toxicodependência sofreu alterações ao nível da terminologia e da visão que se tinha dela. O consumidor de substâncias psicoativas era visto como um problema e um incómodo para a população geral, era um viciado que, não tinha controlo sobre os seus impulsos, era um ser fraco e isso traduzia-se em comportamentos marginais e antissociais, que aos olhos da justiça e da sociedade deveriam ser punidos como tal. Com a alteração do conceito, as toxicodependências assumem uma dimensão de saúde pública, o indivíduo começa a ser visto não como um marginal, mas como alguém doente que, pela especificidade da própria doença, requer um tratamento multidisciplinar, uma vez que a doença tem um impacto negativo no indivíduo. Neste sentido é pertinente interrogar-nos sobre as possíveis mudanças verificadas ao nível do perfil do toxicodependente, analisar os avanços da investigação e perceber que tipo de estratégias têm sido implementadas ao nível das intervenções terapêuticas.

### **Definição de comorbilidade**

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, (Associação Americana de Psiquiatria, 2013) todas as drogas quando consumidas em excesso, levam à ativação direta do sistema de recompensa do cérebro. Indivíduos com baixo nível de autocontrole, podem revelar uma maior predisposição para desencadear transtornos psiquiátricos por uso de substâncias.

Dois paradigmas emergentes na área da investigação em adições, têm contribuído para uma melhor compreensão desta temática. O primeiro é o Paradigma Centrado na Substância, que aborda o conceito do desenvolvimento da adição e sugere diferentes abordagens terapêuticas que mais se ajustem à condição do indivíduo. As alterações verificadas no sujeito, têm como principal causa, o efeito das substâncias no cérebro, assim sendo, a abstinência é o grande objetivo destas intervenções terapêuticas. Este paradigma contribuiu para um conhecimento mais aprofundado de como a adição se instala no indivíduo, evidenciando as consequências físicas e psíquicas dos consumos e criou condições para uma investigação mais aprofundada sobre o efeito das substâncias psicoativas no cérebro.

O segundo é o Paradigma centrado na Vulnerabilidade Individual, defende que a adição é uma perturbação do comportamento, que resulta da existência de um fenótipo vulnerável, aliado a uma predisposição intrínseca do sujeito. Este paradigma considera três níveis de vulnerabilidade: a vulnerabilidade sociocultural e sociodemográfica; a vulnerabilidade psicológica e psiquiátrica e a vulnerabilidade biológica e genética (Franco & Bolotner, 2014).

A abordagem conceptual deste paradigma, remete-nos para a dimensão biopsicossocial do indivíduo, os fatores intrínsecos e extrínsecos, os fatores protetores e fatores de risco, são variáveis que poderão condicionar ou facilitar a patologia aditiva.

No presente trabalho, utilizamos o termo perturbação para nos referirmos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2008) às doenças mentais, físicas e de comportamento com relevância clínica, causadas pelo uso de substâncias psicoativas. Ainda segundo a mesma Organização (2008), podemos definir comorbilidade como a “coocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumos de substâncias psicoativas e uma outra perturbação psiquiátrica”.

O Duplo Diagnóstico caracteriza-se pela coexistência de um transtorno psiquiátrico e um transtorno pelo consumo de substâncias, no entanto, este conceito remete-nos para um outro mais abrangente que é o conceito de Comorbilidade, isto é, que pode existir

mais de que uma psicopatologia num mesmo indivíduo e este também pode em simultâneo consumir mais do que uma substância (Becoña, Cortés & Arias, 2011).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2013) as perturbações induzidas por substâncias, caracterizam-se por um conjunto de sintomas psicológicos, cognitivos e comportamentais que evidenciam a presença de consumos de substâncias psicoativas.

O avanço da investigação, nomeadamente na área das neurociências, tem evidenciado que os transtornos psiquiátricos e o consumo de substâncias psicoativas estão interligados (Chambers, Connor, Boggs & Parker, 2010).

Vários estudos indicam um elevado índice de coocorrência de transtornos psicopatológicos e transtornos por consumo de substâncias, com maior incidência de consumos em utentes com perturbações psiquiátricas do que na população geral (Marques, 2000).

Nos Estados Unidos da América (E.U.A), foi realizado um levantamento nacional através dos centros de atendimento a toxicodependentes e a administração dos Serviços de Saúde Mental revelando que dos 46 milhões de adultos com diagnóstico de sintomas psicopatológicos, 25% foram mais propensos ao consumo de drogas em comparação com 12% que não tinham doença mental e que dos 20 milhões de adultos consumidores de substâncias psicoativas, 9 milhões apresentavam pelo menos uma psicopatologia associada (Weatherford, 2012).

De acordo com a literatura epidemiológica, 50% a 80% dos toxicodependentes desenvolvem ao longo do percurso de vida uma psicopatologia do eixo I (Armstrong & Costello, 2002).

Os resultados de um estudo epidemiológico, realizado pelo Centro de Tratamento a Toxicodependentes na Austrália, sugere a tendência de outras investigações, 63% da população consumidora de substâncias, quase todos os dias tem um distúrbio mental comparado com 20% da população geral. Do total de consumidores de álcool e outras drogas que procuram tratamento, 50% a 75% têm fortes probabilidades de desenvolverem uma sintomatologia psicopatológica (Vella, Deane & Kelly, 2015). Segundo Lño e Zarifian (1982) “um indivíduo sob o efeito de drogas que apresenta perturbações psiquiátricas ou do comportamento, é difícil identificar o sentido da relação que junta perturbação mental e conduta toxicodependente”.

São vários os modelos que explicam a prevalência de transtornos pelo uso de substâncias e a presença de perturbações psiquiátricas, em simultâneo e no mesmo indivíduo, no entanto, parece-nos relevante destacar o estudo desenvolvido por Kosten e

Ziedonis (1997) sobre a Comorbilidade nos toxicodependentes. Assim, estes autores desenvolveram quatro modelos explicativos: O Modelo de Perturbação do Uso de Substâncias Secundária propõe que, a presença de perturbação mental aumenta a probabilidade de os utentes desenvolverem perturbações relacionadas com as substâncias.

O Modelo dos Fatores Comuns, preconiza que taxas elevadas de comorbilidade seriam o resultado de fatores de risco partilhados, quer pelas perturbações relacionadas com as substâncias, quer pelas perturbações mentais.

Os Modelos Bidirecionais defendem uma interação permanente entre a perturbação por uso de substâncias e a outra perturbação mental coexistente, resultando dessa interação taxas aumentadas de comorbilidade.

O Modelo de Perturbação Psiquiátrica Secundária segundo o qual o uso de substâncias precipitaria o aparecimento de perturbações mentais em indivíduos que de outra forma não as desenvolveriam.

Segundo dados divulgados pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2016a) os utentes internados nas Unidades de Desabilitação (UD) apresentam valores ao nível sintomatologia psicopatológica, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas na ordem dos 99,3%; Transtornos de personalidade e comportamento adulto, (4%); Transtornos específicos de personalidade (4%); Transtornos do humor (4%); Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e delirantes, total (3%) e Retardo mental (2%).

Sabemos que a comorbilidade pode influenciar a resposta ao tratamento. Por exemplo um quadro depressivo pode interferir na motivação para a abstinência do álcool/drogas. Os indivíduos alcoólicos com sintomas depressivos graves tendem a evidenciar uma maior motivação para uma mudança comportamental, provavelmente por possuírem uma maior perceção das consequências negativas da dependência do álcool (Blume, Schmalings, & Marlatt, 2001).

A ocorrência de eventuais erros no tratamento em situações de duplo diagnóstico, prende-se com a insuficiência de instrumentos de avaliação. Várias dúvidas se levantam quando se delimita uma intervenção terapêutica, nomeadamente se a comorbilidade ocorre independentemente de outras condições, como sejam, os fatores ambientais ou genéticos, se os consumos de substâncias psicoativas poderão desencadear uma doença mental ou se a utilização de substâncias serve para “resolver” por exemplo sentimentos de tristeza ou estados depressivos (Weatherford, 2012).

### **Motivação para o tratamento**

Um consumidor de substâncias psicoativas que não apresente um quadro de sintomatologia psicopatológica, demonstrará maior disponibilidade para aderir de forma mais eficaz a um plano de tratamento e cumprir com maior rigor as indicações terapêuticas, um utente com duplo diagnóstico, tende a interpretar os acontecimentos mais estressantes com mais pessimismo, interferindo negativamente no processo terapêutico (Becoña, Cortés, & Arias, 2011).

Segundo Magrineli e Oliveira (2006) a taxa de recaídas é elevada entre indivíduos consumidores de substâncias, independentemente da intervenção terapêutica, assim sendo, a componente motivação assume aqui um papel preeminente.

Para além da comorbilidade, a aderência ao tratamento passa também pelo nível de motivação evidenciado pelo utente. Segundo Janeiro (2007) a motivação na área da toxicod dependência funciona como o principal elemento no desbloquear do processo de mudança.

Estudo comparativo realizado no Brasil, com 200 consumidores de álcool e crack, internados em duas instituições de tratamento, revela que a maioria se encontrava na fase da contemplação, no entanto os consumidores de crack estavam mais motivados que os consumidores de álcool e os utentes internados em centros de recuperação, revelaram maiores índices de motivação do que os internados em hospitais psiquiátricos (Sousa *et al.*, 2013).

Um outro estudo, desenvolvido na Califórnia, pela associação Transição para uma vida limpa e sobria, envolvendo 245 indivíduos toxicod dependentes e alcoólicos, com sintomatologia depressiva e ansiosa, concluiu segundo a avaliação dos custos e benefícios da abstinência que, os utentes com sintomatologia psicopatológica mais grave, tinham também índices de consumos mais elevados e perceção dos custos da abstinência, mas não dos benefícios. Os custos e benefícios da abstinência foram percebidos pelos utentes com menos gravidade psiquiátrica (Polcin, Korcha, & Bond 2014).

Prochaska e Diclement (1983) desenvolveram o modelo transteórico que preconiza que a motivação é um processo dinâmico caracterizado por vários estádios de mudança comportamental em que o indivíduo “transita” de forma não linear, para o estádio seguinte.

No estádio da Pré-Contemplação, o indivíduo resiste às pressões externas para mudar, adotando uma postura defensiva em relação à sua dependência e não é a sua intenção mudar nos próximos 6 meses.

No estágio da Contemplação, o indivíduo pondera a hipótese de mudar nos próximos 6 meses, reconhece que tem um problema, mas não se sente preparado para mudar.

Na preparação para a mudança o sujeito pretende mudar nos próximos 30 dias e fez durante o último ano alguma tentativa de mudança.

Na fase ação, os indivíduos promovem esforços para atingir um objetivo, a abstinência e assim permanecer durante seis meses. Por último, o estágio da manutenção, é a fase em que é necessário atuar de forma eficaz para lidar com as situações-problema e diminuir as probabilidades de recaída.

De acordo com os autores, o terapeuta deve direcionar a intervenção de acordo com o estágio de mudança em que se encontra o indivíduo. É importante referir que, poderão surgir avanços e recuos ao longo deste processo, independentemente do indivíduo se encontrar em tratamento ou não.

Neste contexto, surge uma alternativa de intervenção que visa a motivação para a mudança. A Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001), baseia-se nos princípios da auto mudança e da mudança assistida pela terapia. Uma técnica que promove no utente o sentido de responsabilidade e de compromisso em relação à mudança, assim, trata-se de uma abordagem terapêutica focada no indivíduo e direcionada para indivíduos resistentes à mudança. Neste modelo, o terapeuta assume um papel relevante, desenvolvendo uma relação interpessoal, de proximidade e confiança, estabelecendo com o utente uma relação empática, de acolhimento e de autenticidade, proporcionando assim um ambiente protegido e seguro e condições para o indivíduo potencializar a mudança. A entrevista motivacional, considera seis fases de mudança e tal como no modelo transteórico, define estratégias que o terapeuta deve adotar em cada uma das fases.

Segundo Miller e Rollnick (2001) a roda da mudança, contempla seis fases sendo a primeira designada a Pré-ponderação, nesta fase o indivíduo ainda não considera a hipótese de mudança, nem tampouco reconhece que tem um problema e como tal na sua perspetiva não precisa de ajuda. O terapeuta deve levantar questões, elucidar e sensibilizar o indivíduo sobre as consequências do seu comportamento.

Na fase da Ponderação, o sujeito oscila entre as razões para mudar ou manter-se na mesma, ainda não existe uma real consciência do problema, encontra-se na fase da ambivalência. O terapeuta deve fazer o exercício da balança e mostrar os ganhos e perdas de mudar ou não mudar o comportamento atual. A Determinação é a fase em que o indivíduo desperta, mesmo que temporariamente, para uma oportunidade de dar o salto

para a ação ou regredir para o estágio da Ponderação, nesta fase do processo, o terapeuta deve criar estratégias de enfrentamento que, melhor se adequam às dificuldades do utente.

Na fase da Ação, o indivíduo esforça-se efetivamente por atingir a mudança, o terapeuta deve dar suporte e ajudar a alcançar o objetivo. Na fase da Manutenção o indivíduo deve interiorizar um conjunto de estratégias para se manter abstinente. O terapeuta assume aqui um papel de moderador, isto é, ajuda o utente a perceber que, entre o alcançar da abstinência e a manutenção da mesma, existem graus de dificuldade e de estratégias diferenciadas. A recaída, como fase integrante do processo, deve ser interpretada pelo utente, não como uma situação irreversível, mas como algo normal e suscetível de aprendizagem, mesmo que isso signifique voltar ao início da roda. O papel do terapeuta deve ser o de trabalhar com o utente, sentimentos de desilusão ou frustração que possam advir da recaída.

A motivação pode ser influenciada por fatores internos, que vem do próprio indivíduo ou por fatores externos, como por exemplo, a pressão família ou situação judicial (Ryan & Plant, 1995).

Relativamente ao estudo da relação entre a motivação para o tratamento e o nível de toxicodependência, não existe consenso sobre uma possível relação entre ambas. Assim, se por um lado aumentam a probabilidade de recaída nos utentes em ambulatório ou internamento, por outro podem representar um fator de aderência e de continuidade no tratamento (Castro, 2005).

### **Tratamento – Intervenções terapêuticas**

Em Portugal, o SICAD estabelece que o tratamento poderá direcionar-se numa ou mais intervenções que, de forma estruturada deverão atuar no sentido da resolução dos problemas de saúde e assim contribuir para elevar a qualidade de vida do indivíduo.

Desta forma, o tratamento está condicionado ao tipo de intervenção terapêutica que melhor se ajuste aos propósitos do utente, sendo várias as estruturas disponíveis, nomeadamente o acompanhamento em ambulatório, o internamento ou o centro de dia (SICAD, 2014).

De acordo com os dados estatísticos referentes ao ano de 2014 (SICAD, 2016b), houve uma procura de tratamento na rede pública de 27.689 utentes em ambulatório, dos quais 3.753 iniciaram tratamento, foram readmitidos 1.803 utentes e 1.950 realizaram primeira consulta. Verificaram-se 706 internamentos em UD e 61 utentes internados em

CT. Em relação à rede licenciada para o tratamento de consumidores de substâncias ilícitas, registraram-se 87 internamentos em UD e 2.195 em CT.

Em relação a indivíduos com dependência de álcool, registraram-se 11.881 utentes em ambulatório, iniciaram o tratamento 4.283, 930 foram readmitidos e 3.353 fizeram o primeiro contato com as estruturas públicas. Foram admitidos 1.465 em Unidades de Alcoologia (UA) ou em UD e registraram-se 65 internamentos em CT. Nas redes licenciadas, 7 foram internamentos na UD e 1.004 em CT.

Em relação ao tratamento, Marques (2000), sugere que o uso de substâncias por utentes com perturbações psicológicas, tem um impacto negativo no funcionamento psicossocial, condicionando a aderência ao tratamento e agravando o prognóstico.

A tríade, sujeito, substância e uso, cria um círculo vicioso que, com o passar do tempo, tende a cristalizar, tornando muito difícil a sua libertação deste ciclo. No momento em que procura tratamento, a escolha de uma intervenção terapêutica deve levar em conta, o indivíduo e as suas especificidades, a substância e a forma como se relaciona com esta, e o impacto biopsicossocial que uma determinada substância psicoativa pode ter num determinado indivíduo.

O resultado de uma intervenção terapêutica, depende em grande parte de um diagnóstico diferencial correto.

A vulnerabilidade do próprio sujeito e o facto dos sintomas psicopatológicos se manifestarem na sua maioria após o início dos consumos, tornam o diagnóstico difícil e por vezes inadequado. Para além disso, os sintomas psicopatológicos, vêm muitas vezes mascarados pelo efeito das substâncias, induzindo em erro quem avalia.

De acordo com Landry, Smith e Steinberg, (1991) as perturbações psicopatológicas manifestadas pelo toxicodependente têm origem na sua dependência, assim como, os transtornos psiquiátricos podem facilitar o aparecimento de perturbações pelo uso de substâncias.

Desta forma, a abordagem terapêutica é focada na dependência e desvalorizada a doença psiquiátrica, perpetuando a comorbilidade instalada e a não resolução do problema da adição (Franco & Bolotner, 2014). Na perspectiva destes autores, a intervenção terapêutica, deve estar focada na adição e em simultâneo na doença psiquiátrica e direccionar o tratamento para a dimensão global do indivíduo. A família é também um elemento importante no processo de tratamento do utente, deve ser integrada e esclarecida acerca das características da doença, para que possa ser um suporte complementar a intervenção terapêutica.

Segundo Becoña, Cortés e Arias (2011), a conjugação da terapia cognitivo-comportamental, a entrevista motivacional e a intervenção familiar, representam uma mais valia, no diagnóstico de pacientes com esquizofrenia e transtornos por abuso de substâncias.

Pode entender-se desta forma que, ao longo do processo terapêutico, o indivíduo com duplo diagnóstico vive múltiplos sentimentos de frustração, angústia e desesperança por recorrer a diferentes tipos de tratamentos e não encontrar nestes, a ajuda necessária para elevar a sua qualidade de vida.

### **Objetivos do estudo**

Especificamente, uma vez que a presença de Comorbilidade condiciona grandemente a adesão ao tratamento, importa analisar a eventual existência de Comorbilidade em consumidores de substâncias lícitas e ilícitas e, avaliar a motivação para o tratamento em regime de internamento.

Assim, para alcançar o objetivo geral do estudo foram delineados os seguintes objetivos específicos: 1. Avaliar se existem diferenças no relato de sintomatologia psicopatológica nos participantes do estudo segundo a modalidade de tratamento (i.e., desabitação versus internamento de longa duração); 2. Analisar eventuais diferenças entre os grupos (desabitação versus internamento de longa duração) na motivação para o tratamento; 3. Avaliar se a existência de psicopatologia está associada a uma menor motivação para o tratamento nos participantes do estudo.

## Metodologia

### Desenho do estudo

Trata-se de um estudo, de tipo descritivo-correlacional, com uma amostra intencional e não probabilística.

### Caraterização da amostra

#### *Participantes*

Neste estudo participaram indivíduos com diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas licitas e ilícitas, abstinentes de consumos, que se encontravam em tratamento e em regime de internamento. A recolha de dados foi realizada em duas Instituições especializadas no tratamento da toxicodependência e em fases distintas do processo terapêutico.

A amostra total em estudo, de tipo não probabilístico por conveniência, é constituída por 63 indivíduos que se subdivide em dois grupos.

O grupo 1 é constituído por 33 utentes (52,4%) internados na Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA) por um período máximo de 14 dias, cujo o objetivo é a desabilitação física de substâncias psicoativas. Após alta clínica, o utente por vontade própria ou por sugestão do terapeuta de referência, poderá dar seguimento ao processo terapêutico, integrando um centro ou comunidade terapêutica.

O grupo 2 é constituído por 30 (47,6%) utentes internados na Comunidade Terapêutica do Azinheiro em Estoi - Faro, pertença do Grupo de Ajuda a Toxicodependentes (G.A.T.o), o tratamento tem uma duração mínima de 12 meses e máximo de 18 meses. Após alta clínica da comunidade, o utente poderá se assim o entender, ingressar no apartamento de reinserção Social e assim dar continuidade ao processo terapêutico de forma gradual, segura e protegida, com vista a uma integração plena na sociedade e na vida ativa.

Note-se ainda que, o tempo de permanência dos indivíduos integrados na referida Comunidade Terapêutica aquando da aplicação dos instrumentos, oscilou entre 1 e 18 meses ( $M = 7,53$ ;  $DP = 5,67$ ). A grande maioria dos participantes é do sexo masculino ( $n = 50$ ; 79,4%); as idades variam entre os 19 e 66 anos ( $M = 40,41$ ;  $DP = 9,49$ ); a maioria reside no Algarve ( $n = 45$ ; 71,4%), sendo os restantes do Alentejo.

Na Figura 1 é possível observar-se que, enquanto ao estado civil, a maioria dos participantes encontra-se solteira ( $n = 34$ ; 54,0%).

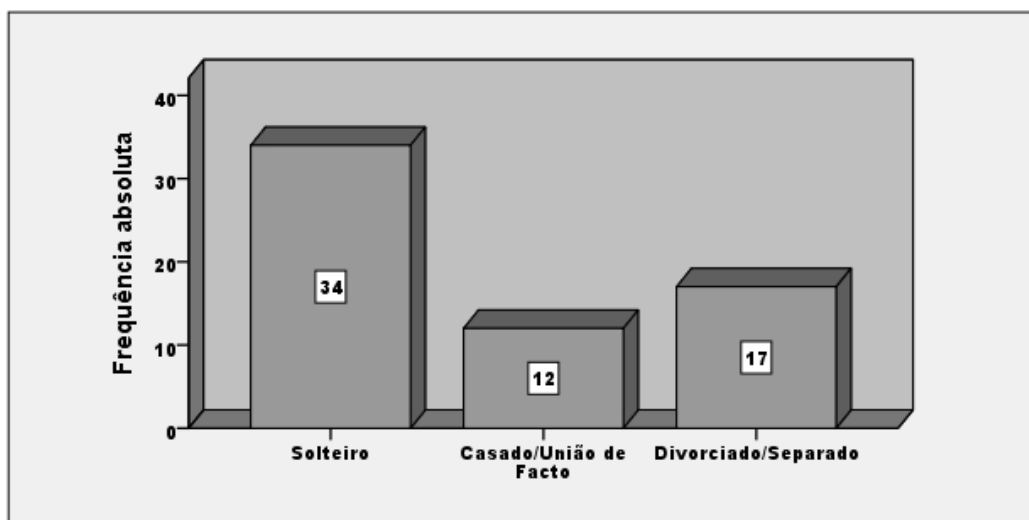


Figura 1. Diagrama de barras do estado civil (N=63).

Em termos de grau de escolarização, na Figura 2 observar-se que a maioria dos participantes possui o 3º Ciclo ( $n = 36$ ; 57,1%).

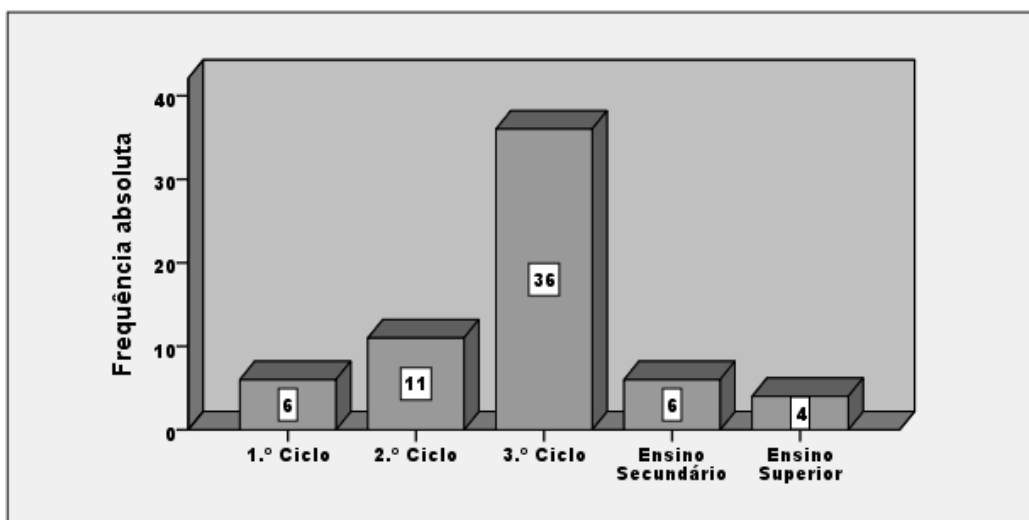


Figura 2. Diagrama de barras do grau de escolarização (N=63).

Na Figura 3, pode observar-se que em termos de profissão, os trabalhadores de serviços/vendedores ( $n = 21$ ; 33,3%), trabalhadores não qualificados ( $n = 14$ ; 22,2%) e os operários/trabalhadores similares são os mais representados ( $n = 12$ ; 19,0%). Não obstante o mencionado, a grande maioria dos participantes não se encontra na atualidade a exercer qualquer atividade profissional ( $n = 46$ ; 73,0%).

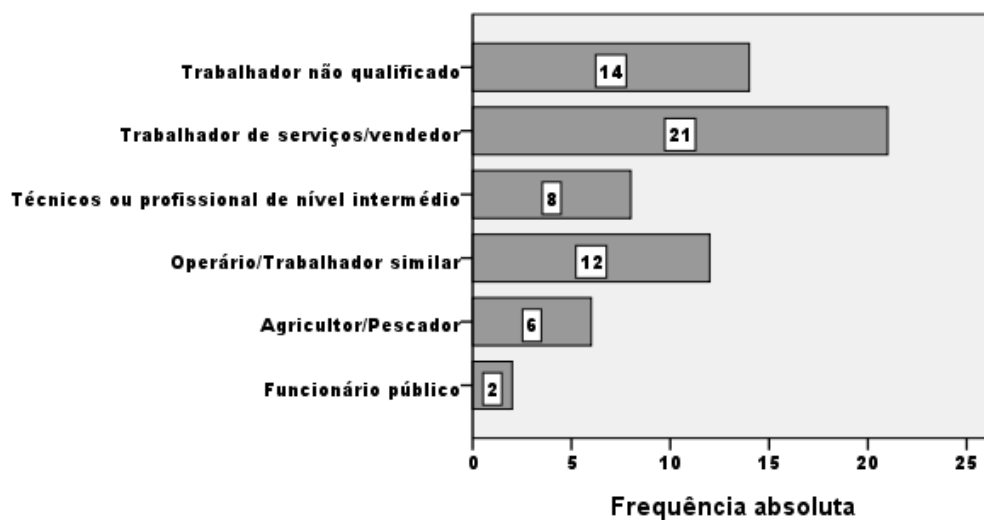


Figura 3. Diagrama de barras da profissão (N=63).

Na Figura 4, pode observar-se que a maioria dos participantes não tem filhos ( $n = 36$ ; 57,1%); dentro dos restantes, o número de filhos oscila entre um e quatro.

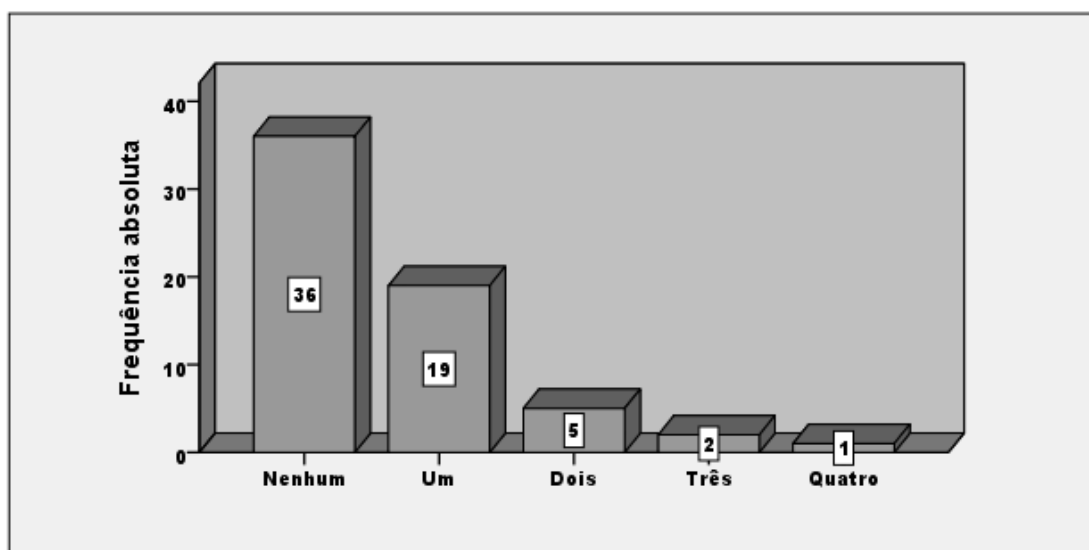


Figura 4. Diagrama de barras do número de filhos (N=63).

Em termos socioeconómicos, tal como se pode comprovar na Figura 5, a grande maioria dos participantes posiciona-se no nível mais baixo filhos ( $n = 51$ ; 81,0%).

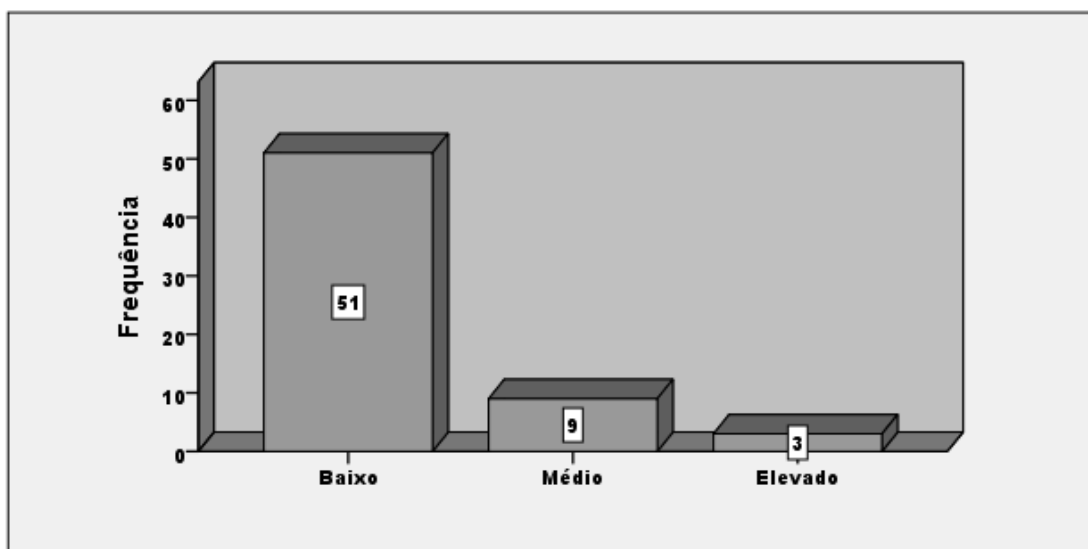


Figura 5. Diagrama do nível socioeconómico (N=63).

Na Figura 6, pode observar-se que a constituição do agregado familiar dos participantes é heterogénea, destacando-se o facto de que a grande maioria vive acompanhada ( $n = 47$ ; 74,6%).

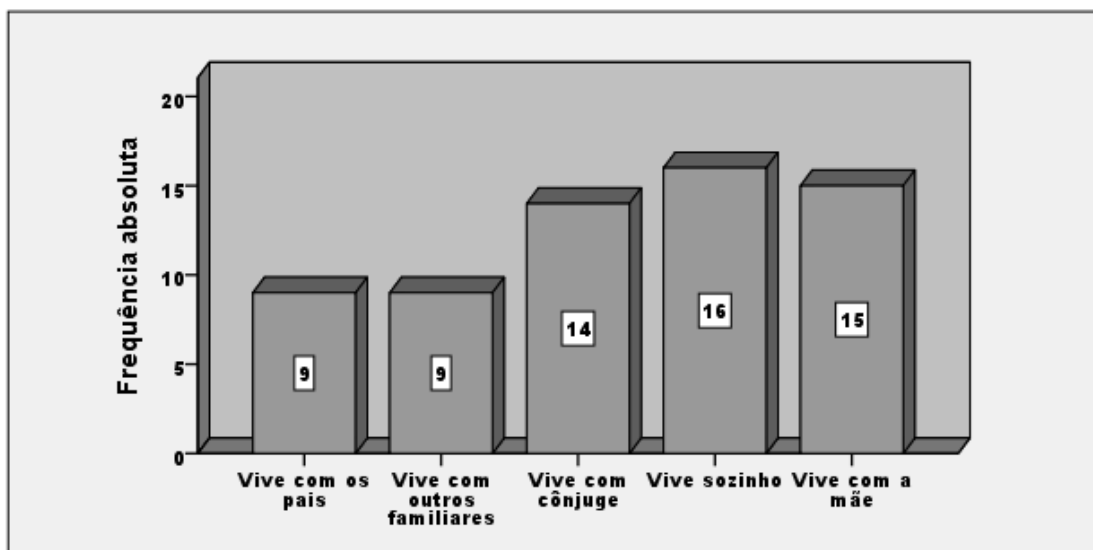


Figura 6. Diagrama de barras do agregado familiar atual (N=63).

A idade com a qual os participantes começaram a consumir álcool ou drogas variou entre os 10 e os 40 anos de idade ( $M = 16,52$ ;  $DP = 4,80$ ). Por sua vez, na Figura 7, é possível observar-se que dentro dos participantes a heroína e o álcool são as substâncias de eleição mais consumidas ( $n = 25$ ; 39,7% e  $n = 24$ ; 38,1% respetivamente).

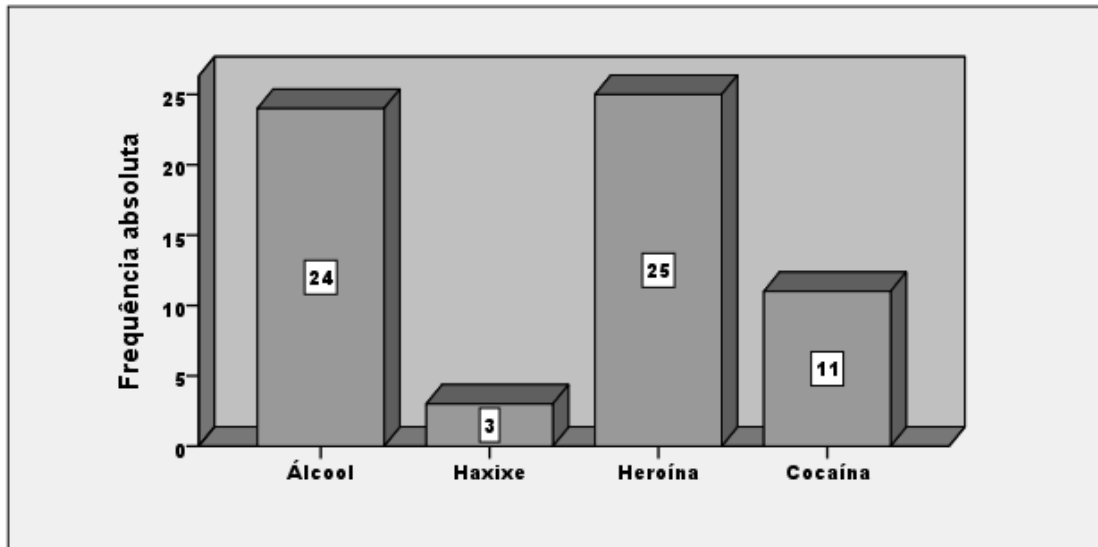


Figura 7. Diagrama de barras da droga de eleição (N=63).

## **Instrumentos**

Para a recolha de informação foram aplicados os seguintes instrumentos:

O Questionário sociodemográfico foi elaborado de forma a facultar os dados pertinentes para o estudo em questão, que incluiu as variáveis (Idade, Sexo, Estado Civil, Habilitações Literárias, Profissão, Zona de Residência), História Familiar (Estrutura Familiar de Origem e Estrutura Familiar atual) e as variáveis referentes à História Clínica (Início dos Consumos, Droga de Eleição, Modalidade de Tratamento e Tempo de Tratamento).

BSI – *Brief Symptom Inventory* (Derogatis & Spencer, 1982) – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (versão portuguesa aferida de Canavarro, 1995). Este questionário é uma forma breve de 53 itens do *Symptom Check List – 90* (SCL – 90), que engloba informação sobre 9 escalas (Somatização; Obsessão-compulsão; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Agressividade/Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranoide e Psicoticismo) e com três índices globais (Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos). Neste inventário de autorresposta, o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afetou na última semana, numa escala tipo likert de cinco pontos (de nunca a muitíssimas vezes). A administração do inventário demora sensivelmente 10 minutos.

A Somatização identifica o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático. A dimensão Obsessão-Compulsão remete para as cognições, os impulsos e os comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir. A dimensão Sensibilidade Interpessoal focaliza-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade face a outras pessoas, a Auto depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez são também manifestações desta dimensão. A dimensão Depressão indicia depressão clínica, representando os sintomas de afeto e humor disfórico, falta de motivação, perda de energia vital e de interesse pela vida. A dimensão Ansiedade traduz indicadores gerais tais como o nervosismo e tensão, são também sintomas desta dimensão a ansiedade generalizada e os ataques de pânico. A dimensão Hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos da cólera. A dimensão Ansiedade Fóbica representa o medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que, sendo irracional e desproporcionada em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. A Ideação Paranoide classifica o comportamento paranoide como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. E por último o Psicoticismo abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida

esquizoide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo do pensamento.

Escala de Sócrates 8 D – *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (Miller & Tonigan, 1996), foi aferida para a população portuguesa por janeiro e Faísca (2007). É um instrumento autoadministrável composto por 19 itens, sendo as alternativas de resposta do tipo Likert cotadas para pacientes alcoólicos. Abrange três subescalas: reconhecimento (capacidade de insight do paciente em relação aos consumos) cujo a cotação apresenta um intervalo de valores de 6 - 30; ambivalência um intervalo de 4 - 20 e na ação um intervalo de 7 - 35 (ambas representam a evolução do paciente naquele período de avaliação). A subescala reconhecimento abrange itens que investigam a preparação e determinação, a subescala ambivalência engloba o item contemplação e a subescala ação inclui os itens ação e manutenção. A administração do teste demora em média 3 minutos.

### **Procedimentos de recolha de dados**

Após autorização do Diretor da Unidade de Desabitação (U.D) e do Diretor da Comunidade Terapêutica (CT) para a realização do estudo, foi apresentado por escrito o consentimento informado aos utentes e explicados os objetivos de estudo e o seu carácter anónimo e confidencial de forma a possibilitar de acordo com as informações prestadas a livre escolha de poderem ou não participar e posteriormente foram aplicados os instrumentos para a recolha de dados.

Critérios de inclusão utilizados para a amostra, utentes abstinentes de consumos, em tratamento e em regime de internamento.

A administração dos testes teve uma duração aproximada de 20 minutos e contou a presença e auxílio do pesquisador sempre que solicitado.

### **Procedimento de análise de dados**

Os dados recolhidos foram analisados através do programa IBM SPSS Statistics 21. Para o efeito, utilizaram-se várias ferramentas, considerando-se um nível de significância alfa de 5% (Field, 2009):

- Análises de frequências e gráficos de barras;
- Medidas de tendência central e de dispersão;
- Testes Shapiro-Wilk, sempre que se pretendeu averiguar se uma distribuição se encontrava normalmente distribuída;
- Testes t para amostras independentes, sempre que se pretendeu comparar a média de uma variável quantitativa, normalmente distribuída, entre dois grupos independentes;
- Medida de magnitude de efeito Eta ( $\eta$ ), sempre que se utilizou um teste t para amostras independentes;
- Testes de Mann-Whitney, sempre que se pretendeu comparar a média de uma variável quantitativa, distribuída de forma não normal, entre dois grupos independentes;
- Medida de magnitude de efeito “ $r$ ”, sempre que se utilizou um teste de Mann-Whitney, sendo que, nesses casos, as medidas foram calculadas seguindo o seguinte procedimento:  $Z/\sqrt{N}$ ;
- Coeficientes de correlação de Pearson, sempre que se pretendeu averiguar a existência de associações entre pares de variáveis quantitativas;

## Resultados

### *Resultados relativos ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI*

Como podemos observar na tabela 1, ao analisar os sintomas psicopatológicos da totalidade dos participantes, as dimensões da Depressão ( $M = 1,57$ ;  $DP = 0,93$ ), Ideação Paranóide ( $M = 1,48$ ;  $DP = 0,75$ ) e Obsessões e Compulsões ( $M = 1,45$ ;  $DP = 0,72$ ) são as que apresentam os valores mais elevados. Por outro lado, as sintomatologias menos acentuadas encontram-se na Ansiedade Fóbica ( $M = 0,80$ ;  $DP = 0,75$ ) e na Ansiedade ( $M = 1,06$ ;  $DP = 0,77$ ). Por fim, destaca-se que considerando a amplitude possível do Total de Sintomas Positivos (0 a 53), os resultados encontrados parecem relativamente elevados ( $M = 36,75$ ;  $DP = 11,17$ ) em relação aos resultados encontrados na população geral, por Canavarro (1999).

*Tabela 1*

Medidas Descritivas: Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>Somatização</b>	,00	3,14	1,06	0,77
<b>Obsessões-Compulsões</b>	,00	4,00	1,45	0,72
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	,00	3,75	1,27	0,82
<b>Depressão</b>	,00	3,50	1,57	0,93
<b>Ansiedade</b>	,00	3,83	1,26	0,77
<b>Hostilidade</b>	,20	3,40	1,14	0,80
<b>Ansiedade Fóbica</b>	,00	3,60	0,80	0,75
<b>Ideação Paranóide</b>	,00	3,40	1,48	0,75
<b>Psicoticismo</b>	,00	3,60	1,34	0,77
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	,21	3,26	1,29	0,66
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	11,00	53,00	36,75	11,17
<b>Índice de sintomas Positivos</b>	1,00	3,26	1,78	0,52

Notas:  $N = 63$

Tabela 2

*Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI*

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>1 - Somatização</b>	<i>r</i>	1	,63**	,56**	,50**	,73**	,55**	,72**	,51**	,55**	,79**	,65**	,69**
<b>2 - Obsessões-Compulsões</b>	<i>r</i>		1,00	,72**	,74**	,68**	,65**	,70**	,53**	,74**	,85**	,68**	,79**
<b>3 - Sensibilidade Interpessoal</b>	<i>r</i>			1,00	,72**	,74**	,63**	,72**	,67**	,78**	,86**	,77**	,69**
<b>4 - Depressão</b>	<i>r</i>				1,00	,64**	,65**	,56**	,61**	,74**	,83**	,73**	,76**
<b>5 - Ansiedade</b>	<i>r</i>					1,00	,61**	,73**	,62**	,71**	,87**	,71**	,78**
<b>6 - Hostilidade</b>	<i>r</i>						1,00	,59**	,55**	,66**	,80**	,63**	,71**
<b>7 - Ansiedade Fóbica</b>	<i>r</i>							1,00	,51**	,63**	,82**	,68**	,70**
<b>8 - Ideação Paranóide</b>	<i>r</i>								1,00	,70**	,76**	,66**	,66**
<b>9 - Psicoticismo</b>	<i>r</i>									1,00	,86**	,72**	,77**
<b>10 - Índice Geral de Sintomas</b>	<i>r</i>										1,00	,83**	,88**
<b>11 - Total de Sintomas Positivos</b>	<i>r</i>											1,00	,52**
<b>12 - Índice de Sintomas Positivos</b>	<i>r</i>												1,00

Notas: \* $p \leq ,05$ ; \*\* $p \leq ,01$ ; 1-Somatização; 2-Obsessões-Compulsões; 3-Sensibilidade Interpessoal; 4-Depressão; 5-Ansiedade; 6-Hostilidade; 7-Ansiedade Fóbica; 8-Ideação Paranóide; 9-Psicoticismo; 10-Índice Geral de Sintomas; 11-Total de Sintomas Positivos; 12-Índice de Sintomas Positivos.

Na Tabela 2, podemos observar os resultados obtidos através da análise correlacional de Pearson efetuados com todas as dimensões do BSI. Assim, começamos por destacar que todos os pares de correlações contemplados se revelaram positiva e estatisticamente significativos. Assim, destacam-se os seguintes pares de variáveis como aqueles que apresentam correlações de maior magnitude:

1. A Somatização encontra-se fortemente associada à Ansiedade ( $r = ,73; p < ,001$ ) e à Ansiedade Fóbica ( $r = ,72; p < ,001$ );
2. A dimensão de Obsessões e Compulsões encontra-se fortemente associada à Depressão, ao Psicoticismo e à Sensibilidade Interpessoal ( $r = ,74; p < ,001$   $r = ,74; p < ,001$  e  $r = ,72; p < ,001$  respetivamente);
3. A Sensibilidade Interpessoal encontra-se fortemente associada ao Psicoticismo e à Ansiedade ( $r = ,78; p < ,001$  e  $r = ,74; p < ,001$  respetivamente);
4. A Depressão encontra-se fortemente associada ao Psicoticismo ( $r = ,78; p < ,001$ );
5. A Ansiedade encontra-se fortemente associada à ansiedade Fóbica e ao Psicoticismo ( $r = ,73; p < ,001$  e  $r = ,71; p < ,001$  respetivamente);
6. A Ideação Paranóide encontra-se fortemente associada ao Psicoticismo ( $r = ,70; p < ,001$ );
7. O Total de Sintomas Positivos encontra-se fortemente associado à Sensibilidade Interpessoal, à Depressão e ao Psicoticismo ( $r = ,77; p < ,001; r = ,73; p < ,001$  e  $r = ,72; p < ,001$  respetivamente);
8. O Índice de Sintomas Positivos encontra-se fortemente associado às Obsessões e Compulsões, à Ansiedade e ao Psicoticismo ( $r = ,79; p < ,001; r = ,78; p < ,001$  e  $r = ,77; p < ,001$  respetivamente);
9. O Índice Geral de Sintomas encontra-se fortemente associado a todas as dimensões do BSI.

***Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI por grupo de tratamento.***

Na Tabela 3, podem observar-se os resultados resultantes da comparação das nove dimensões e dos três índices extraídos do BSI, consoante os participantes estejam inseridos na Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA) ou na Comunidade Terapêutica (CT). Assim, destaca-se que: a média da Somatização dos indivíduos inseridos na UDA ( $M = 1,30$ ;  $DP = 0,83$ ) é significativamente superior ( $t_{61} = 2,79$ ;  $p = ,007$ ) à dos que se encontram na CT ( $M = 0,79$ ;  $DP = 0,61$ ), sendo a magnitude de tal efeito moderada ( $\eta = 0,34$ ); a média da Ansiedade Fóbica dos indivíduos inseridos na UDA ( $M = 1,00$ ;  $DP = 0,86$ ) é significativamente superior ( $t_{61} = 2,24$ ;  $p = ,029$ ) à dos que se encontram na CT ( $M = 0,59$ ;  $DP = 0,56$ ), sendo a magnitude de tal efeito relativamente modesta ( $\eta = 0,28$ ). Destaca-se ainda que as médias do Índice Geral de Sintomas e do Índice de Sintomas Positivos dos indivíduos inseridos na UDA ( $M = 1,45$ ;  $DP = 0,69$  e  $M = 1,93$ ;  $DP = 0,53$  respetivamente) são significativamente superiores ( $t_{61} = 2,06$ ;  $p = ,044$  e  $t_{61} = 2,43$ ;  $p = ,018$  respetivamente) à dos que se encontram na CT ( $M = 1,12$ ;  $DP = 0,59$  e  $M = 1,62$ ;  $DP = 0,47$  respetivamente), sendo, no primeiro caso, a magnitude de tal efeito ainda modesta ( $\eta = 0,25$ ), podendo no segundo já considerar-se moderada ( $\eta = 0,30$ ). Por fim, destaca-se que, não obstante a maioria das diferenças encontradas na análise refletida na Tabela 3 não serem significativas do ponto de vista estatístico, qualquer das 12 variáveis em comparação apresenta médias superiores no grupo de utentes da UDA.

Tabela 3

*Testes t: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Grupo de Tratamento*

	<b>Grupo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b><math>\eta</math></b>																																																																																																																				
<b>Somatização</b>	UDA	1,30	0,83	2,79	61,00	,007	0,34																																																																																																																				
	CT	,79	0,61					<b>Obsessões-Compulsões</b>	UDA	1,61	0,77	1,86	61,00	,068	0,23	CT	1,28	0,64	<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	UDA	1,35	0,91	,83	61,00	,408	0,11	CT	1,18	0,72	<b>Depressão</b>	UDA	1,75	0,89	1,63	61,00	,109	0,20	CT	1,38	0,94	<b>Ansiedade</b>	UDA	1,39	0,75	1,46	61,00	,149	0,18	CT	1,11	0,79	<b>Hostilidade</b>	UDA	1,26	0,94	1,26	54,77	,212	0,16	CT	1,01	0,59	<b>Ansiedade Fóbica</b>	UDA	1,00	0,86	2,24	61,00	,029	0,28	CT	,59	0,56	<b>Ideação Paranóide</b>	UDA	1,63	0,72	1,70	61,00	,094	0,21	CT	1,31	0,76	<b>Psicoticismo</b>	UDA	1,39	0,78	,62	61,00	,536	0,08	CT	1,27	0,75	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	UDA	1,45	0,69	2,06	61,00	,044	0,25	CT	1,12	0,59	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	UDA	38,39	10,40	1,23	61,00	,222	0,16	CT	34,93	11,87	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	UDA	1,93	0,53	2,43	61,00
<b>Obsessões-Compulsões</b>	UDA	1,61	0,77	1,86	61,00	,068	0,23																																																																																																																				
	CT	1,28	0,64					<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	UDA	1,35	0,91	,83	61,00	,408	0,11	CT	1,18	0,72	<b>Depressão</b>	UDA	1,75	0,89	1,63	61,00	,109	0,20	CT	1,38	0,94	<b>Ansiedade</b>	UDA	1,39	0,75	1,46	61,00	,149	0,18	CT	1,11	0,79	<b>Hostilidade</b>	UDA	1,26	0,94	1,26	54,77	,212	0,16	CT	1,01	0,59	<b>Ansiedade Fóbica</b>	UDA	1,00	0,86	2,24	61,00	,029	0,28	CT	,59	0,56	<b>Ideação Paranóide</b>	UDA	1,63	0,72	1,70	61,00	,094	0,21	CT	1,31	0,76	<b>Psicoticismo</b>	UDA	1,39	0,78	,62	61,00	,536	0,08	CT	1,27	0,75	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	UDA	1,45	0,69	2,06	61,00	,044	0,25	CT	1,12	0,59	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	UDA	38,39	10,40	1,23	61,00	,222	0,16	CT	34,93	11,87	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	UDA	1,93	0,53	2,43	61,00	,018	0,30	CT	1,62	0,47						
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	UDA	1,35	0,91	,83	61,00	,408	0,11																																																																																																																				
	CT	1,18	0,72					<b>Depressão</b>	UDA	1,75	0,89	1,63	61,00	,109	0,20	CT	1,38	0,94	<b>Ansiedade</b>	UDA	1,39	0,75	1,46	61,00	,149	0,18	CT	1,11	0,79	<b>Hostilidade</b>	UDA	1,26	0,94	1,26	54,77	,212	0,16	CT	1,01	0,59	<b>Ansiedade Fóbica</b>	UDA	1,00	0,86	2,24	61,00	,029	0,28	CT	,59	0,56	<b>Ideação Paranóide</b>	UDA	1,63	0,72	1,70	61,00	,094	0,21	CT	1,31	0,76	<b>Psicoticismo</b>	UDA	1,39	0,78	,62	61,00	,536	0,08	CT	1,27	0,75	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	UDA	1,45	0,69	2,06	61,00	,044	0,25	CT	1,12	0,59	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	UDA	38,39	10,40	1,23	61,00	,222	0,16	CT	34,93	11,87	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	UDA	1,93	0,53	2,43	61,00	,018	0,30	CT	1,62	0,47																	
<b>Depressão</b>	UDA	1,75	0,89	1,63	61,00	,109	0,20																																																																																																																				
	CT	1,38	0,94					<b>Ansiedade</b>	UDA	1,39	0,75	1,46	61,00	,149	0,18	CT	1,11	0,79	<b>Hostilidade</b>	UDA	1,26	0,94	1,26	54,77	,212	0,16	CT	1,01	0,59	<b>Ansiedade Fóbica</b>	UDA	1,00	0,86	2,24	61,00	,029	0,28	CT	,59	0,56	<b>Ideação Paranóide</b>	UDA	1,63	0,72	1,70	61,00	,094	0,21	CT	1,31	0,76	<b>Psicoticismo</b>	UDA	1,39	0,78	,62	61,00	,536	0,08	CT	1,27	0,75	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	UDA	1,45	0,69	2,06	61,00	,044	0,25	CT	1,12	0,59	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	UDA	38,39	10,40	1,23	61,00	,222	0,16	CT	34,93	11,87	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	UDA	1,93	0,53	2,43	61,00	,018	0,30	CT	1,62	0,47																												
<b>Ansiedade</b>	UDA	1,39	0,75	1,46	61,00	,149	0,18																																																																																																																				
	CT	1,11	0,79					<b>Hostilidade</b>	UDA	1,26	0,94	1,26	54,77	,212	0,16	CT	1,01	0,59	<b>Ansiedade Fóbica</b>	UDA	1,00	0,86	2,24	61,00	,029	0,28	CT	,59	0,56	<b>Ideação Paranóide</b>	UDA	1,63	0,72	1,70	61,00	,094	0,21	CT	1,31	0,76	<b>Psicoticismo</b>	UDA	1,39	0,78	,62	61,00	,536	0,08	CT	1,27	0,75	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	UDA	1,45	0,69	2,06	61,00	,044	0,25	CT	1,12	0,59	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	UDA	38,39	10,40	1,23	61,00	,222	0,16	CT	34,93	11,87	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	UDA	1,93	0,53	2,43	61,00	,018	0,30	CT	1,62	0,47																																							
<b>Hostilidade</b>	UDA	1,26	0,94	1,26	54,77	,212	0,16																																																																																																																				
	CT	1,01	0,59					<b>Ansiedade Fóbica</b>	UDA	1,00	0,86	2,24	61,00	,029	0,28	CT	,59	0,56	<b>Ideação Paranóide</b>	UDA	1,63	0,72	1,70	61,00	,094	0,21	CT	1,31	0,76	<b>Psicoticismo</b>	UDA	1,39	0,78	,62	61,00	,536	0,08	CT	1,27	0,75	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	UDA	1,45	0,69	2,06	61,00	,044	0,25	CT	1,12	0,59	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	UDA	38,39	10,40	1,23	61,00	,222	0,16	CT	34,93	11,87	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	UDA	1,93	0,53	2,43	61,00	,018	0,30	CT	1,62	0,47																																																		
<b>Ansiedade Fóbica</b>	UDA	1,00	0,86	2,24	61,00	,029	0,28																																																																																																																				
	CT	,59	0,56					<b>Ideação Paranóide</b>	UDA	1,63	0,72	1,70	61,00	,094	0,21	CT	1,31	0,76	<b>Psicoticismo</b>	UDA	1,39	0,78	,62	61,00	,536	0,08	CT	1,27	0,75	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	UDA	1,45	0,69	2,06	61,00	,044	0,25	CT	1,12	0,59	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	UDA	38,39	10,40	1,23	61,00	,222	0,16	CT	34,93	11,87	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	UDA	1,93	0,53	2,43	61,00	,018	0,30	CT	1,62	0,47																																																													
<b>Ideação Paranóide</b>	UDA	1,63	0,72	1,70	61,00	,094	0,21																																																																																																																				
	CT	1,31	0,76					<b>Psicoticismo</b>	UDA	1,39	0,78	,62	61,00	,536	0,08	CT	1,27	0,75	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	UDA	1,45	0,69	2,06	61,00	,044	0,25	CT	1,12	0,59	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	UDA	38,39	10,40	1,23	61,00	,222	0,16	CT	34,93	11,87	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	UDA	1,93	0,53	2,43	61,00	,018	0,30	CT	1,62	0,47																																																																								
<b>Psicoticismo</b>	UDA	1,39	0,78	,62	61,00	,536	0,08																																																																																																																				
	CT	1,27	0,75					<b>Índice Geral de Sintomas</b>	UDA	1,45	0,69	2,06	61,00	,044	0,25	CT	1,12	0,59	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	UDA	38,39	10,40	1,23	61,00	,222	0,16	CT	34,93	11,87	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	UDA	1,93	0,53	2,43	61,00	,018	0,30	CT	1,62	0,47																																																																																			
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	UDA	1,45	0,69	2,06	61,00	,044	0,25																																																																																																																				
	CT	1,12	0,59					<b>Total de Sintomas Positivos</b>	UDA	38,39	10,40	1,23	61,00	,222	0,16	CT	34,93	11,87	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	UDA	1,93	0,53	2,43	61,00	,018	0,30	CT	1,62	0,47																																																																																														
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	UDA	38,39	10,40	1,23	61,00	,222	0,16																																																																																																																				
	CT	34,93	11,87					<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	UDA	1,93	0,53	2,43	61,00	,018	0,30	CT	1,62	0,47																																																																																																									
<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	UDA	1,93	0,53	2,43	61,00	,018	0,30																																																																																																																				
	CT	1,62	0,47																																																																																																																								

*Notas: N = 33 (UDA) e 30 (CT)*

***Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI por tempo de tratamento na comunidade terapêutica.***

Ao considerarem-se unicamente os indivíduos inseridos na Comunidade Terapêutica, a análise da Tabela 4, permite concluir que o tempo de tratamento não se encontra correlacionado de modo significativo com nenhuma das 12 dimensões e 3 índices extraídos do BSI. Assim, para todas as correlações efetuadas entre estas variáveis, obtivemos valores de significância de  $p$  iguais ou superiores a 0.05.

Tabela 4

*Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Tempo de Tratamento na Comunidade Terapêutica (N=30)*

		<b>Tempo tratamento na Comunidade Terapêutica</b>
<b>Somatização</b>	<i>r</i>	-,33
<b>Obsessões-Compulsões</b>	<i>r</i>	-,29
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	<i>r</i>	-,19
<b>Depressão</b>	<i>r</i>	-,13
<b>Ansiedade</b>	<i>r</i>	-,28
<b>Hostilidade</b>	<i>r</i>	,07
<b>Ansiedade Fóbica</b>	<i>r</i>	-,07
<b>Ideação Paranóide</b>	<i>r</i>	-,26
<b>Psicoticismo</b>	<i>r</i>	-,23
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	<i>r</i>	-,24
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	-,16
<b>Índice de sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	-,30

***Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI por tipo de consumo.***

Na Tabela 5, é possível verificar-se que, considerando os utentes da Unidade de Desabilitação do Algarve, a tendência central dos indicadores de sintomatologia psicopatológica não difere significativamente consoante tais indivíduos sejam consumidores de álcool ou de drogas. Note-se ainda que as medidas de magnitude de efeito calculadas são também elas bastante modestas.

Tabela 5

*Testes t/Mann Whitney: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Tipo de Consumo dos Utentes da Unidade de Desabilitação (N=33)*

<b>UDA</b>	<b>Tipo de Consumo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>t/U</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b><math>\eta/r</math></b>																																																																																																																									
<b>Somatização</b>	Álcool	1,43	0,95	0,89/-	31,00	,381	,16/-																																																																																																																									
	Drogas	1,17	0,70					<b>Obsessões-Compulsões</b>	Álcool	1,65	0,82	0,27/-	31,00	,787	,05/-	Drogas	1,57	0,73	<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	Álcool	1,40	1,02	-	-	,730	-,06	Drogas	1,30	0,80	/126,5	<b>Depressão</b>	Álcool	1,60	0,96	-	31,00	,311	,18/-	Drogas	1,92	0,80	1,03/-	<b>Ansiedade</b>	Álcool	1,54	0,80	1,16/-	31,00	,256	,20/-	Drogas	1,24	0,68	<b>Hostilidade</b>	Álcool	1,26	0,99	-	-	,899	-,02	Drogas	1,26	0,91	/132,5	<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	1,02	0,88	-	-	,986	-,00	Drogas	0,98	0,87	/135,5	<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,69	0,77	0,52/-	31,00	,607	,09/-	Drogas	1,56	0,68	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,59	0,84	-	-	,268	-,19	Drogas	1,19	0,68	/105,5	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,80	,46/-	31,00	,649	,08	Drogas	1,39	0,56	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	40,18	10,64	1,02/-	31,00	,318	,18	Drogas	36,50	10,13	<b>Índice de sintomas Positivos</b>	Álcool	1,87	0,61	-,62/-	31,00
<b>Obsessões-Compulsões</b>	Álcool	1,65	0,82	0,27/-	31,00	,787	,05/-																																																																																																																									
	Drogas	1,57	0,73					<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	Álcool	1,40	1,02	-	-	,730	-,06	Drogas	1,30	0,80	/126,5	<b>Depressão</b>	Álcool	1,60	0,96	-	31,00	,311	,18/-	Drogas	1,92	0,80	1,03/-	<b>Ansiedade</b>	Álcool	1,54	0,80	1,16/-	31,00	,256	,20/-	Drogas	1,24	0,68	<b>Hostilidade</b>	Álcool	1,26	0,99	-	-	,899	-,02	Drogas	1,26	0,91	/132,5	<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	1,02	0,88	-	-	,986	-,00	Drogas	0,98	0,87	/135,5	<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,69	0,77	0,52/-	31,00	,607	,09/-	Drogas	1,56	0,68	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,59	0,84	-	-	,268	-,19	Drogas	1,19	0,68	/105,5	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,80	,46/-	31,00	,649	,08	Drogas	1,39	0,56	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	40,18	10,64	1,02/-	31,00	,318	,18	Drogas	36,50	10,13	<b>Índice de sintomas Positivos</b>	Álcool	1,87	0,61	-,62/-	31,00	,542	,11	Drogas	1,98	0,44						
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	Álcool	1,40	1,02	-	-	,730	-,06																																																																																																																									
	Drogas	1,30	0,80	/126,5				<b>Depressão</b>	Álcool	1,60	0,96	-	31,00	,311	,18/-	Drogas	1,92	0,80	1,03/-	<b>Ansiedade</b>	Álcool	1,54	0,80	1,16/-	31,00	,256	,20/-	Drogas	1,24	0,68	<b>Hostilidade</b>	Álcool	1,26	0,99	-	-	,899	-,02	Drogas	1,26	0,91	/132,5	<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	1,02	0,88	-	-	,986	-,00	Drogas	0,98	0,87	/135,5	<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,69	0,77	0,52/-	31,00	,607	,09/-	Drogas	1,56	0,68	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,59	0,84	-	-	,268	-,19	Drogas	1,19	0,68	/105,5	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,80	,46/-	31,00	,649	,08	Drogas	1,39	0,56	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	40,18	10,64	1,02/-	31,00	,318	,18	Drogas	36,50	10,13	<b>Índice de sintomas Positivos</b>	Álcool	1,87	0,61	-,62/-	31,00	,542	,11	Drogas	1,98	0,44																		
<b>Depressão</b>	Álcool	1,60	0,96	-	31,00	,311	,18/-																																																																																																																									
	Drogas	1,92	0,80	1,03/-				<b>Ansiedade</b>	Álcool	1,54	0,80	1,16/-	31,00	,256	,20/-	Drogas	1,24	0,68	<b>Hostilidade</b>	Álcool	1,26	0,99	-	-	,899	-,02	Drogas	1,26	0,91	/132,5	<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	1,02	0,88	-	-	,986	-,00	Drogas	0,98	0,87	/135,5	<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,69	0,77	0,52/-	31,00	,607	,09/-	Drogas	1,56	0,68	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,59	0,84	-	-	,268	-,19	Drogas	1,19	0,68	/105,5	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,80	,46/-	31,00	,649	,08	Drogas	1,39	0,56	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	40,18	10,64	1,02/-	31,00	,318	,18	Drogas	36,50	10,13	<b>Índice de sintomas Positivos</b>	Álcool	1,87	0,61	-,62/-	31,00	,542	,11	Drogas	1,98	0,44																														
<b>Ansiedade</b>	Álcool	1,54	0,80	1,16/-	31,00	,256	,20/-																																																																																																																									
	Drogas	1,24	0,68					<b>Hostilidade</b>	Álcool	1,26	0,99	-	-	,899	-,02	Drogas	1,26	0,91	/132,5	<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	1,02	0,88	-	-	,986	-,00	Drogas	0,98	0,87	/135,5	<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,69	0,77	0,52/-	31,00	,607	,09/-	Drogas	1,56	0,68	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,59	0,84	-	-	,268	-,19	Drogas	1,19	0,68	/105,5	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,80	,46/-	31,00	,649	,08	Drogas	1,39	0,56	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	40,18	10,64	1,02/-	31,00	,318	,18	Drogas	36,50	10,13	<b>Índice de sintomas Positivos</b>	Álcool	1,87	0,61	-,62/-	31,00	,542	,11	Drogas	1,98	0,44																																									
<b>Hostilidade</b>	Álcool	1,26	0,99	-	-	,899	-,02																																																																																																																									
	Drogas	1,26	0,91	/132,5				<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	1,02	0,88	-	-	,986	-,00	Drogas	0,98	0,87	/135,5	<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,69	0,77	0,52/-	31,00	,607	,09/-	Drogas	1,56	0,68	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,59	0,84	-	-	,268	-,19	Drogas	1,19	0,68	/105,5	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,80	,46/-	31,00	,649	,08	Drogas	1,39	0,56	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	40,18	10,64	1,02/-	31,00	,318	,18	Drogas	36,50	10,13	<b>Índice de sintomas Positivos</b>	Álcool	1,87	0,61	-,62/-	31,00	,542	,11	Drogas	1,98	0,44																																																					
<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	1,02	0,88	-	-	,986	-,00																																																																																																																									
	Drogas	0,98	0,87	/135,5				<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,69	0,77	0,52/-	31,00	,607	,09/-	Drogas	1,56	0,68	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,59	0,84	-	-	,268	-,19	Drogas	1,19	0,68	/105,5	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,80	,46/-	31,00	,649	,08	Drogas	1,39	0,56	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	40,18	10,64	1,02/-	31,00	,318	,18	Drogas	36,50	10,13	<b>Índice de sintomas Positivos</b>	Álcool	1,87	0,61	-,62/-	31,00	,542	,11	Drogas	1,98	0,44																																																																	
<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,69	0,77	0,52/-	31,00	,607	,09/-																																																																																																																									
	Drogas	1,56	0,68					<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,59	0,84	-	-	,268	-,19	Drogas	1,19	0,68	/105,5	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,80	,46/-	31,00	,649	,08	Drogas	1,39	0,56	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	40,18	10,64	1,02/-	31,00	,318	,18	Drogas	36,50	10,13	<b>Índice de sintomas Positivos</b>	Álcool	1,87	0,61	-,62/-	31,00	,542	,11	Drogas	1,98	0,44																																																																												
<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,59	0,84	-	-	,268	-,19																																																																																																																									
	Drogas	1,19	0,68	/105,5				<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,80	,46/-	31,00	,649	,08	Drogas	1,39	0,56	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	40,18	10,64	1,02/-	31,00	,318	,18	Drogas	36,50	10,13	<b>Índice de sintomas Positivos</b>	Álcool	1,87	0,61	-,62/-	31,00	,542	,11	Drogas	1,98	0,44																																																																																								
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,80	,46/-	31,00	,649	,08																																																																																																																									
	Drogas	1,39	0,56					<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	40,18	10,64	1,02/-	31,00	,318	,18	Drogas	36,50	10,13	<b>Índice de sintomas Positivos</b>	Álcool	1,87	0,61	-,62/-	31,00	,542	,11	Drogas	1,98	0,44																																																																																																			
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	40,18	10,64	1,02/-	31,00	,318	,18																																																																																																																									
	Drogas	36,50	10,13					<b>Índice de sintomas Positivos</b>	Álcool	1,87	0,61	-,62/-	31,00	,542	,11	Drogas	1,98	0,44																																																																																																														
<b>Índice de sintomas Positivos</b>	Álcool	1,87	0,61	-,62/-	31,00	,542	,11																																																																																																																									
	Drogas	1,98	0,44																																																																																																																													

Notas: N = 17 (Álcool) e 16 (Drogas)

Na Tabela 6, é possível verificar-se que, considerando os utentes inseridos na Comunidade Terapêutica, a tendência central das variáveis resultantes do BSI apresentam algumas diferenças significativamente diferentes entre indivíduos consumidores de álcool ou de drogas. Deste modo, destaca-se que:

A tendência central da Somatização dos consumidores de álcool ( $M = 1,33$ ;  $DP = 0,57$ ) é significativamente superior ( $U = 30,5$ ;  $p = ,014$ ) à dos que consomem drogas ( $M = 0,62$ ;  $DP = 0,62$ ), sendo a magnitude de tal efeito moderada ( $r = 0,45$ );

- A tendência central da Ansiedade dos consumidores de álcool ( $M = 1,62$ ;  $DP = 1,03$ ) é significativamente superior ( $U = 37,0$ ;  $p = ,032$ ) à dos que consomem drogas ( $M = 0,96$ ;  $DP = 0,65$ ), sendo a magnitude de tal efeito moderado ( $r = 0,39$ );
- A tendência central da Ansiedade Fóbica dos consumidores de álcool ( $M = 0,94$ ;  $DP = 0,59$ ) é significativamente superior ( $U = 39,5$ ;  $p = ,042$ ) à dos que consomem drogas ( $M = 0,48$ ;  $DP = 0,51$ ), sendo a magnitude de tal efeito moderado ( $r = 0,37$ );
- A média do Índice Geral de Sintomas dos consumidores de álcool ( $M = 1,50$ ;  $DP = 0,74$ ) é significativamente superior ( $t_{28} = 2,09$ ;  $p = ,046$ ) à dos que consomem drogas ( $M = 1,00$ ;  $DP = 0,50$ ), sendo a magnitude de tal efeito moderado ( $\eta = 0,37$ );
- A média do Índice de Sintomas Positivos dos consumidores de álcool ( $M = 1,96$ ;  $DP = 0,58$ ) é significativamente superior ( $t_{28} = 2,38$ ;  $p = ,025$ ) à dos que consomem drogas ( $M = 1,51$ ;  $DP = 0,39$ ), sendo a magnitude de tal efeito moderado ( $\eta = 0,41$ ).

Note-se ainda que nas dimensões de Obsessões e Compulsões e Psicoticismo se observaram diferenças marginalmente significativos com magnitudes de efeito moderadas.

Tabela 6

*Testes t/Mann Whitney: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Tipo de Consumo dos Utentes da Comunidade Terapêutica*

<b>CT</b>	<b>Tipo de Consumo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>t/U</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b><math>\eta/r</math></b>																																																																																																																				
<b>Somatização</b>	Álcool	1,33	0,57	-30,5	-	,014	-,45																																																																																																																				
	Drogas	0,62	0,53					<b>Obsessões-Compulsões</b>	Álcool	1,71	0,62	-42,5	-	,061	-,34	Drogas	1,14	0,60	<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	Álcool	1,50	0,98	1,39/-	28,00	,177	,25/-	Drogas	1,08	0,61	<b>Depressão</b>	Álcool	1,88	1,32	1,25/-	7,27	,248	,30/-	Drogas	1,22	0,76	<b>Ansiedade</b>	Álcool	1,62	1,03	-37,0	-	,032	-,39	Drogas	0,96	0,65	<b>Hostilidade</b>	Álcool	1,03	0,56	0,08/-	28,00	,940	,01/-	Drogas	1,01	0,62	<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	0,94	0,59	-39,5	-	,042	-,37	Drogas	0,48	0,51	<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,60	1,11	1,14/-	28,00	,263	,21/-	Drogas	1,23	0,63	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,74	0,93	1,98/-	28,00	,058	,35/-	Drogas	1,13	0,65	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,74	2,09/-	28,00	,046	,37/-	Drogas	1,00	0,50	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	39,29	11,31	1,11/-	28,00	,276	,21/-	Drogas	33,61	11,96	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	Álcool	1,96	0,58	2,38/-	28,00
<b>Obsessões-Compulsões</b>	Álcool	1,71	0,62	-42,5	-	,061	-,34																																																																																																																				
	Drogas	1,14	0,60					<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	Álcool	1,50	0,98	1,39/-	28,00	,177	,25/-	Drogas	1,08	0,61	<b>Depressão</b>	Álcool	1,88	1,32	1,25/-	7,27	,248	,30/-	Drogas	1,22	0,76	<b>Ansiedade</b>	Álcool	1,62	1,03	-37,0	-	,032	-,39	Drogas	0,96	0,65	<b>Hostilidade</b>	Álcool	1,03	0,56	0,08/-	28,00	,940	,01/-	Drogas	1,01	0,62	<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	0,94	0,59	-39,5	-	,042	-,37	Drogas	0,48	0,51	<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,60	1,11	1,14/-	28,00	,263	,21/-	Drogas	1,23	0,63	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,74	0,93	1,98/-	28,00	,058	,35/-	Drogas	1,13	0,65	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,74	2,09/-	28,00	,046	,37/-	Drogas	1,00	0,50	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	39,29	11,31	1,11/-	28,00	,276	,21/-	Drogas	33,61	11,96	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	Álcool	1,96	0,58	2,38/-	28,00	,025	,41/-	Drogas	1,51	0,39						
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	Álcool	1,50	0,98	1,39/-	28,00	,177	,25/-																																																																																																																				
	Drogas	1,08	0,61					<b>Depressão</b>	Álcool	1,88	1,32	1,25/-	7,27	,248	,30/-	Drogas	1,22	0,76	<b>Ansiedade</b>	Álcool	1,62	1,03	-37,0	-	,032	-,39	Drogas	0,96	0,65	<b>Hostilidade</b>	Álcool	1,03	0,56	0,08/-	28,00	,940	,01/-	Drogas	1,01	0,62	<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	0,94	0,59	-39,5	-	,042	-,37	Drogas	0,48	0,51	<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,60	1,11	1,14/-	28,00	,263	,21/-	Drogas	1,23	0,63	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,74	0,93	1,98/-	28,00	,058	,35/-	Drogas	1,13	0,65	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,74	2,09/-	28,00	,046	,37/-	Drogas	1,00	0,50	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	39,29	11,31	1,11/-	28,00	,276	,21/-	Drogas	33,61	11,96	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	Álcool	1,96	0,58	2,38/-	28,00	,025	,41/-	Drogas	1,51	0,39																	
<b>Depressão</b>	Álcool	1,88	1,32	1,25/-	7,27	,248	,30/-																																																																																																																				
	Drogas	1,22	0,76					<b>Ansiedade</b>	Álcool	1,62	1,03	-37,0	-	,032	-,39	Drogas	0,96	0,65	<b>Hostilidade</b>	Álcool	1,03	0,56	0,08/-	28,00	,940	,01/-	Drogas	1,01	0,62	<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	0,94	0,59	-39,5	-	,042	-,37	Drogas	0,48	0,51	<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,60	1,11	1,14/-	28,00	,263	,21/-	Drogas	1,23	0,63	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,74	0,93	1,98/-	28,00	,058	,35/-	Drogas	1,13	0,65	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,74	2,09/-	28,00	,046	,37/-	Drogas	1,00	0,50	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	39,29	11,31	1,11/-	28,00	,276	,21/-	Drogas	33,61	11,96	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	Álcool	1,96	0,58	2,38/-	28,00	,025	,41/-	Drogas	1,51	0,39																												
<b>Ansiedade</b>	Álcool	1,62	1,03	-37,0	-	,032	-,39																																																																																																																				
	Drogas	0,96	0,65					<b>Hostilidade</b>	Álcool	1,03	0,56	0,08/-	28,00	,940	,01/-	Drogas	1,01	0,62	<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	0,94	0,59	-39,5	-	,042	-,37	Drogas	0,48	0,51	<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,60	1,11	1,14/-	28,00	,263	,21/-	Drogas	1,23	0,63	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,74	0,93	1,98/-	28,00	,058	,35/-	Drogas	1,13	0,65	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,74	2,09/-	28,00	,046	,37/-	Drogas	1,00	0,50	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	39,29	11,31	1,11/-	28,00	,276	,21/-	Drogas	33,61	11,96	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	Álcool	1,96	0,58	2,38/-	28,00	,025	,41/-	Drogas	1,51	0,39																																							
<b>Hostilidade</b>	Álcool	1,03	0,56	0,08/-	28,00	,940	,01/-																																																																																																																				
	Drogas	1,01	0,62					<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	0,94	0,59	-39,5	-	,042	-,37	Drogas	0,48	0,51	<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,60	1,11	1,14/-	28,00	,263	,21/-	Drogas	1,23	0,63	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,74	0,93	1,98/-	28,00	,058	,35/-	Drogas	1,13	0,65	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,74	2,09/-	28,00	,046	,37/-	Drogas	1,00	0,50	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	39,29	11,31	1,11/-	28,00	,276	,21/-	Drogas	33,61	11,96	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	Álcool	1,96	0,58	2,38/-	28,00	,025	,41/-	Drogas	1,51	0,39																																																		
<b>Ansiedade Fóbica</b>	Álcool	0,94	0,59	-39,5	-	,042	-,37																																																																																																																				
	Drogas	0,48	0,51					<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,60	1,11	1,14/-	28,00	,263	,21/-	Drogas	1,23	0,63	<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,74	0,93	1,98/-	28,00	,058	,35/-	Drogas	1,13	0,65	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,74	2,09/-	28,00	,046	,37/-	Drogas	1,00	0,50	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	39,29	11,31	1,11/-	28,00	,276	,21/-	Drogas	33,61	11,96	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	Álcool	1,96	0,58	2,38/-	28,00	,025	,41/-	Drogas	1,51	0,39																																																													
<b>Ideação Paranóide</b>	Álcool	1,60	1,11	1,14/-	28,00	,263	,21/-																																																																																																																				
	Drogas	1,23	0,63					<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,74	0,93	1,98/-	28,00	,058	,35/-	Drogas	1,13	0,65	<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,74	2,09/-	28,00	,046	,37/-	Drogas	1,00	0,50	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	39,29	11,31	1,11/-	28,00	,276	,21/-	Drogas	33,61	11,96	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	Álcool	1,96	0,58	2,38/-	28,00	,025	,41/-	Drogas	1,51	0,39																																																																								
<b>Psicoticismo</b>	Álcool	1,74	0,93	1,98/-	28,00	,058	,35/-																																																																																																																				
	Drogas	1,13	0,65					<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,74	2,09/-	28,00	,046	,37/-	Drogas	1,00	0,50	<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	39,29	11,31	1,11/-	28,00	,276	,21/-	Drogas	33,61	11,96	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	Álcool	1,96	0,58	2,38/-	28,00	,025	,41/-	Drogas	1,51	0,39																																																																																			
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	Álcool	1,50	0,74	2,09/-	28,00	,046	,37/-																																																																																																																				
	Drogas	1,00	0,50					<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	39,29	11,31	1,11/-	28,00	,276	,21/-	Drogas	33,61	11,96	<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	Álcool	1,96	0,58	2,38/-	28,00	,025	,41/-	Drogas	1,51	0,39																																																																																														
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	Álcool	39,29	11,31	1,11/-	28,00	,276	,21/-																																																																																																																				
	Drogas	33,61	11,96					<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	Álcool	1,96	0,58	2,38/-	28,00	,025	,41/-	Drogas	1,51	0,39																																																																																																									
<b>Índice de Sintomas Positivos</b>	Álcool	1,96	0,58	2,38/-	28,00	,025	,41/-																																																																																																																				
	Drogas	1,51	0,39																																																																																																																								

Notas: N = 7 (Álcool) e 23 (Drogas)

***Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI por idade.***

Ao considerarem-se unicamente os indivíduos inseridos na Unidade de Desabilitação do Algarve, a análise da Tabela 7, permite concluir que a idade dos participantes não se encontra correlacionada, de modo significativo, com nenhuma das 12 dimensões e 3 índices extraídos do BSI. Assim, para todas as correlações efetuadas entre estas variáveis, obtivemos valores de significância de  $p$  iguais ou superiores a 0.05.

Tabela 7

*Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Idade dos Utentes da Unidade de Desabilitação*

<b>UDA</b>	<i>r</i>	<b>Idade</b>
<b>Somatização</b>	<i>r</i>	-,08
<b>Obsessões-Compulsões</b>	<i>r</i>	-,01
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	<i>r</i>	,08
<b>Depressão</b>	<i>r</i>	,13
<b>Ansiedade</b>	<i>r</i>	,04
<b>Hostilidade</b>	<i>r</i>	,25
<b>Ansiedade Fóbica</b>	<i>r</i>	-,18
<b>Ideação Paranóide</b>	<i>r</i>	,33
<b>Psicoticismo</b>	<i>r</i>	,18
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	<i>r</i>	,11
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	,17
<b>Índice de sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	-,01

Notas: \* $p \leq ,05$ ; \*\* $p \leq ,01$

Por sua vez, no grupo de indivíduos inseridos na Comunidade Terapêutica, pôde igualmente concluir-se que a idade dos participantes não se encontra correlacionada, de modo significativo, com nenhuma das 12 dimensões e 3 índices extraídos do BSI (Tabela 8).

Tabela 8

*Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Idade dos Utentes da Comunidade Terapêutica*

<b>CT</b>	<i>r</i>	<b>Idade</b>
<b>Somatização</b>	<i>r</i>	,18
<b>Obsessões-Compulsões</b>	<i>r</i>	,04
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	<i>r</i>	,16
<b>Depressão</b>	<i>r</i>	,11
<b>Ansiedade</b>	<i>r</i>	,22
<b>Hostilidade</b>	<i>r</i>	,08
<b>Ansiedade Fóbica</b>	<i>r</i>	,26
<b>Ideação Paranóide</b>	<i>r</i>	-,05
<b>Psicoticismo</b>	<i>r</i>	,04
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	<i>r</i>	,15
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	,07
<b>Índice de sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	,13

Notas: \* $p \leq ,05$ ; \*\* $p \leq ,01$

***Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI por idade do início do consumo.***

Ao considerarem-se unicamente os indivíduos inseridos na Unidade de Desabituação do Algarve, a análise da Tabela 9, permite concluir que a idade com a qual os participantes iniciaram o consumo de álcool/drogas está significativamente associado a algumas das variáveis do BSI. Concretamente, observaram-se correlações positivas, de magnitudes moderadas, entre a idade do início do consumo e as dimensões de Somatização ( $r = ,42$ ), Depressão ( $r = ,37$ ), Ansiedade ( $r = ,44$ ), Ideação Paranóide ( $r = ,42$ ) e Psicoticismo ( $r = ,40$ ), assim como, com o Índice Geral de sintomas ( $r = ,42$ ) e com o Total de Sintomas Positivos ( $r = ,39$ ). Deste modo, conclui-se que a sintomatologia psicopatológica tende a ser mais acentuada na medida em que o início do consumo de substâncias é mais tardio.

Tabela 9

*Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Idade do Início do consumo dos Utentes da Unidade de Desabilitação*

<b>UDA</b>	<b><i>r</i></b>	<b>Idade do início do consumo</b>
<b>Somatização</b>	<i>r</i>	,42*
<b>Obsessões-Compulsões</b>	<i>r</i>	,31
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	<i>r</i>	,34
<b>Depressão</b>	<i>r</i>	,37*
<b>Ansiedade</b>	<i>r</i>	,44*
<b>Hostilidade</b>	<i>r</i>	,17
<b>Ansiedade Fóbica</b>	<i>r</i>	,31
<b>Ideação Paranóide</b>	<i>r</i>	,42*
<b>Psicoticismo</b>	<i>r</i>	,40*
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	<i>r</i>	,42*
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	,39*
<b>Índice de sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	,32

Notas: \* $p \leq ,05$ ; \*\* $p \leq ,01$

Por outro lado, quando se consideram unicamente os indivíduos inseridos na Comunidade Terapêutica, a análise da Tabela 10, permite concluir que a idade com a qual os indivíduos iniciaram o consumo de álcool/drogas está unicamente associada, de forma estatisticamente significativa, à dimensão de Ansiedade ( $r = ,50$ ). Assim, conclui-se que nesse grupo, um início do abuso de substâncias mais tardio está associado a níveis atuais de ansiedade mais elevados, sendo a magnitude de tal efeito moderada.

Tabela 10

*Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI por Idade do Início do consumo dos Utentes da Comunidade Terapêutica*

<b>CT</b>	<b><i>r</i></b>	<b>Idade do início do consumo</b>
<b>Somatização</b>	<i>r</i>	,24
<b>Obsessões-Compulsões</b>	<i>r</i>	,06
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	<i>r</i>	,25
<b>Depressão</b>	<i>r</i>	,05
<b>Ansiedade</b>	<i>r</i>	,50**
<b>Hostilidade</b>	<i>r</i>	-,20
<b>Ansiedade Fóbica</b>	<i>r</i>	,24
<b>Ideação Paranóide</b>	<i>r</i>	,26
<b>Psicoticismo</b>	<i>r</i>	,07
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	<i>r</i>	,22
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	,08
<b>Índice de sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	,29

Notas: \* $p \leq ,05$ ; \*\* $p \leq ,01$

### ***SOCRATES 8D***

Na Tabela 11, pode verificar-se que ao analisarem-se os indicadores de motivação para o tratamento resultantes do uso do SOCRATES 8D, a média mais elevada encontra-se no fator Ação ( $M = 30,68$ ;  $DP = 5,02$ ), sendo seguida pelo Reconhecimento do Problema ( $M = 24,83$ ;  $DP = 4,50$ ), encontrando-se na Ambivalência ( $M = 15,95$ ;  $DP = 2,88$ ) os valores mais baixos.

Tabela 11

*Medidas Descritivas: SOCRATES 8D*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>Reconhecimento do Problema</b>	8,00	30,00	24,83	4,50
<b>Ação</b>	7,00	35,00	30,68	5,02
<b>Ambivalência</b>	4,00	20,00	15,95	2,88

Na Tabela 12, é possível observar que os três fatores do SOCRATES 8D se encontram significativamente correlacionados, de forma moderada. Deste modo, conclui-se que qualquer dos fatores tende a apresentar valores mais elevados na medida em que os restantes também apresentam valores elevados.

Tabela 12

*Correlações de Pearson: SOCRATES 8D*

		Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
<b>Reconhecimento do Problema</b>	<i>r</i>	1	,64**	,67**
<b>Ação</b>	<i>r</i>		1	,66**
<b>Ambivalência</b>	<i>r</i>			1

Notas: \* $p \leq ,05$ ; \*\* $p \leq ,01$

### *SOCRATES 8D por grupo de tratamento.*

Ao compararem-se as médias dos fatores do SOCRATES 8D, consoante os participantes sejam utentes da UDA ou do CT (Tabela 13), não se encontraram quaisquer diferenças estatisticamente significativas, nem magnitudes de efeito relevantes.

Tabela 13

*Testes t: SOCRATES 8D por Grupo de Tratamento*

	Grupo	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\eta$
<b>Reconhecimento do Problema</b>	UDA	25,82	2,79	1,82	41,28	,076	,23
	CT	23,73	5,69				
<b>Ação</b>	UDA	31,18	2,54	,80	36,33	,431	,11
	CT	30,13	6,79				
<b>Ambivalência</b>	UDA	16,52	2,20	1,65	61,00	,104	,21
	CT	15,33	3,41				

***SOCRATES 8D por tempo de tratamento da comunidade terapêutica***

Considerando-se unicamente os participantes inseridos na Comunidade Terapêutica, pode comprovar-se na Tabela 14, que o tempo de tratamento não parece ter qualquer associação com os fatores do SOCRATES 8D, ou seja, com a motivação para o tratamento.

Tabela 14

*Correlações de Pearson: SOCRATES 8D por Tempo de Tratamento na Comunidade Terapêutica*

	<i>r</i>	Tempo de tratamento na comunidade terapêutica
<b>Reconhecimento do Problema</b>	<i>r</i>	,05
<b>Ação</b>	<i>r</i>	,12
<b>Ambivalência</b>	<i>r</i>	,02

Notas: \* $p \leq ,05$ ; \*\* $p \leq ,01$

***SOCRATES 8D por tipo de consumo.***

Na Tabela 15, pode verificar-se que, considerando unicamente os utentes da UDA, a tendência central dos fatores do SOCRATES 8D não se revelou significativamente diferente entre os consumidores de álcool e de drogas, sendo que, tampouco se observou qualquer magnitude de efeito relevante.

Tabela 15

*Testes t/Mann Whitney: SOCRATES 8D por Tipo de Consumo dos Utentes da Unidade de Desabituação*

UDA	Tipo de Consumo	Média	Desvio Padrão	t/U	gl	p	$\eta/r$
<b>Reconhecimento do Problema</b>	Álcool	26,12	2,60	-120,0	-	,561	-,10
	Drogas	25,50	3,03				
<b>Ação</b>	Álcool	30,82	2,51	-0,83/-	31	,413	,15/-
	Drogas	31,56	2,61				
<b>Ambivalência</b>	Álcool	16,94	1,92	1,16/-	31	,257	,20/-
	Drogas	16,06	2,43				

*Notas: N = 17 (Álcool) e 16 (Drogas)*

À semelhança do que se observou nos indivíduos inseridos na UDA, na Tabela 16, pode verificar-se que, no grupo de utentes da CT, a tendência central dos fatores do SOCRATES 8D tampouco se revelou significativamente diferente entre os consumidores de álcool e de drogas, sendo que, também aqui, as magnitudes de efeito observadas são fracas.

Tabela 16

Testes Mann Whitney: *SOCRATES 8D* por Tipo de Consumo dos Utentes da Comunidade Terapêutica

CT	Tipo de Consumo	Média	Desvio Padrão	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Reconhecimento do Problema	Álcool	24,29	4,07	77,0	,863	,03
	Drogas	23,57	6,16			
Ação	Álcool	30,29	3,25	60,5	,321	,18
	Drogas	30,09	7,61			
Ambivalência	Álcool	15,43	3,31	77,5	,882	,03
	Drogas	15,30	3,51			

Notas: *N* = 7 (Álcool) e 23 (Drogas)

### *SOCRATES 8D* por idade.

Na Tabela 17, pode observar-se que, considerando unicamente os utentes da UDA, a idade não se encontra significativamente associada aos fatores do *SOCRATES 8D*, ou seja, a motivação para o tratamento não parece poder ser explicada através de tal variável sociodemográfica.

Tabela 17

Correlações de Pearson: *SOCRATES 8D* por Idade dos Utentes da Unidade de Desabilitação

UDA		Idade
Reconhecimento do Problema	<i>r</i>	-,06
Ação	<i>r</i>	-,08
Ambivalência	<i>r</i>	-,01

Notas: \**p* ≤ ,05; \*\**p* ≤ ,01

À semelhança do que se observou nos utentes da UDA, a idade daqueles que estão a ser seguidos na Comunidade Terapêutica também não se revelou significativamente correlacionada com qualquer dos três fatores do *SOCRATES 8D* (Tabela 18).

Tabela 18

Correlações de Pearson: *SOCRATES 8D por Idade dos Utentes da Comunidade Terapêutica*

<b>CT</b>		<b>Idade</b>
<b>Reconhecimento do Problema</b>	<i>r</i>	,24
<b>Ação</b>	<i>r</i>	,28
<b>Ambivalência</b>	<i>r</i>	,21

Notas: \* $p \leq ,05$ ; \*\* $p \leq ,01$

***SOCRATES 8D por idade do início do consumo.***

Na Tabela 19, pode observar-se que, considerando unicamente os utentes da UDA, a idade com a qual iniciaram o consumo de álcool/drogas não se encontra significativamente associada aos fatores do SOCRATES 8D, isto é, a motivação para o tratamento não parece poder ser explicada através da maior ou menor precocidade do início do consumo.

Tabela 19

Correlações de Pearson: *SOCRATES 8D por Idade do Início do Consumo dos Utentes da Unidade de Desabilitação*

<b>UDA</b>		<b>Idade do início do consumo</b>
<b>Reconhecimento do Problema</b>	<i>r</i>	-,12
<b>Ação</b>	<i>r</i>	,02
<b>Ambivalência</b>	<i>r</i>	,06

Notas: \* $p \leq ,05$ ; \*\* $p \leq ,01$

Tal como se pode observar na Tabela 20, a idade com a qual os utentes da Comunidade Terapêutica iniciaram o consumo de álcool/drogas tampouco se encontra significativamente associada aos fatores extraídos do SOCRATES 8D.

Tabela 20

Correlações de Pearson: *SOCRATES 8D por Idade do Início do Consumo dos Utentes da Comunidade Terapêutica*

<b>CT</b>		<b>Idade do início do consumo</b>
<b>Reconhecimento do Problema</b>	<i>r</i>	,18
<b>Ação</b>	<i>r</i>	,25
<b>Ambivalência</b>	<i>r</i>	,32

Notas: \* $p \leq ,05$ ; \*\* $p \leq ,01$

***Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI vs SOCRATES 8D***

Na Tabela 21, é possível observar-se que, considerando unicamente os utentes da UDA, as três variáveis relativas à motivação para o tratamento (SOCRATES 8D) não estão significativamente correlacionadas com qualquer das nove dimensões e três índices psicopatológicos (BSI).

Tabela 21

*Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI e SOCRATES 8D nos Utentes da Unidade de Desabitação*

<b>UDA</b>		<b>Reconhecimento do Problema</b>	<b>Ação</b>	<b>Ambivalência</b>
<b>Somatização</b>	<i>r</i>	,15	-,19	,03
<b>Obsessões-Compulsões</b>	<i>r</i>	-,20	-,21	-,08
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	<i>r</i>	-,21	-,26	-,15
<b>Depressão</b>	<i>r</i>	-,24	-,17	-,31
<b>Ansiedade</b>	<i>r</i>	-,04	-,20	-,24
<b>Hostilidade</b>	<i>r</i>	-,03	,05	-,12
<b>Ansiedade Fóbica</b>	<i>r</i>	,10	-,22	-,05
<b>Ideação Paranóide</b>	<i>r</i>	-,01	-,17	,02
<b>Psicoticismo</b>	<i>r</i>	-,04	-,19	-,06
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	<i>r</i>	-,06	-,20	-,13
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	,02	-,31	-,04
<b>Índice de sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	-,12	-,09	-,18

Notas: \* $p \leq ,05$ ; \*\* $p \leq ,01$

Por fim, na Tabela 22, pode verificar-se uma tendência semelhante à observada na Tabela anterior, ou seja, considerando unicamente os utentes da CT, as três variáveis relativas à motivação para o tratamento (SOCRATES 8D) não estão significativamente correlacionadas com qualquer das dimensões e índices psicopatológicos do BSI.

Tabela 22

*Correlações de Pearson: Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI e SOCRATES 8D nos Utentes da Comunidade Terapêutica*

<b>CT</b>		<b>Reconhecimento do Problema</b>	<b>Ação</b>	<b>Ambivalência</b>
<b>Somatização</b>	<i>r</i>	,00	-,12	-,01
<b>Obsessões-Compulsões</b>	<i>r</i>	,12	,15	,34
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	<i>r</i>	,39	,35	,47
<b>Depressão</b>	<i>r</i>	,15	,09	,25
<b>Ansiedade</b>	<i>r</i>	,17	,13	,23
<b>Hostilidade</b>	<i>r</i>	,11	,12	,09
<b>Ansiedade Fóbica</b>	<i>r</i>	-,16	-,09	-,11
<b>Ideação Paranóide</b>	<i>r</i>	,34	,22	,50
<b>Psicoticismo</b>	<i>r</i>	,21	,17	,27
<b>Índice Geral de Sintomas</b>	<i>r</i>	,19	,14	,28
<b>Total de Sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	,01	-,14	,07
<b>Índice de sintomas Positivos</b>	<i>r</i>	,20	,33	,32

Notas: \* $p \leq ,05$ ; \*\* $p \leq ,01$

## Discussão

Participaram no presente estudo 63 consumidores de substâncias psicoativas, que se encontravam em tratamento em regime de internamento.

Em relação aos dados sociodemográficos dos participantes, verifica-se que a maioria é do sexo masculino. Ao nível das habilitações literárias, a maioria possuía a escolaridade básica, estava desempregada, com um baixo nível socioeconómico, vivia acompanhada. A idade média de início dos consumos foi de 16 anos, tratando-se de consumidores cujo a dora de eleição é a heroína e álcool. Estes dados estão em conformidade, com a média nacional para a população toxicodependente, segundo dados divulgados pelo SICAD (2016b).

Relativamente aos objetivos principais do estudo, nomeadamente a caracterização dos participantes ao nível da Sintomatologia Psicopatológica, encontramos resultados relativamente elevados para o Índice de Sintomas Positivos, acima do estabelecido para a população portuguesa, por Canavarro (1999).

Este resultado sugere a existência de comorbilidade ao nível da sintomatologia psicopatológica no grupo de utentes estudados.

Os valores mais elevados para as subdimensões do BSI, foram encontrados ao nível da sintomatologia Depressiva, Ideação Paranoide e Obsessões e Compulsões. Nos resultados obtidos através da análise correlacional com todas as dimensões do BSI, verificamos que todos os pares de correlações contemplados se revelaram positiva e estatisticamente significativos. Tal poderá significar que a presença de algum tipo de sintomatologia psicopatológica terá um efeito cumulativo, isto é, tenderá a surgir conjuntamente com outro tipo de sintomatologia.

Especificamente, a sintomatologia depressiva surge neste estudo, como o valor mais elevado, o que poderá estar associado ao facto de a maioria da amostra total, ter como substância de eleição a heroína e o álcool. Ou seja, uma vez que vários estudos indicam que a maioria dos indivíduos que apresentam um quadro depressivo, quer na fase dos consumos, como na fase da abstinência são heroinómanos e/ou alcoólicos, deduzimos que estes tipos de consumidores apresentam sintomatologia depressiva, quando comparados a outros tipos de dependentes (por exemplo, substâncias como a cocaína e o haxixe estão normalmente associados a episódios psicóticos), (Marques, 2000). Sobre os distúrbios induzidos por substâncias, Schuckit (2006) refere que os transtornos originados pelo uso de substâncias, são sintomas psicopatológicos provocados pelo uso de diferentes tipos de

drogas. Consumos elevados de álcool, poderão ocasionar um quadro depressivo, a cocaína mesmo que usada por indivíduos saudáveis poderá provocar sintomas de esquizofrenia, em relação ao consumo de haxixe os efeitos são semelhantes, como delírios e alucinações e risco de esquizofrenia em sujeitos propensos a este tipo de sintomatologia.

De acordo com um estudo espanhol desenvolvido por, Arias et al., (2013), em que se procurou comparar dependentes de cocaína com outro tipo de dependências, numa amostra de 837 indivíduos internados em centro de saúde mental e em unidades de toxicod dependentes, verificou-se ao nível da sintomatologia psicopatológica, que 73% dos cocainómanos tinham duplo diagnóstico, com prevalência de transtorno paranoide, histriónico, limite e antissocial.

Em relação aos resultados obtidos no presente trabalho, estes estão consonantes com outros estudos realizados em Portugal, tornando patente que, a psicopatologia e as adições estão interligadas, apontando para uma elevada comorbilidade entre os indivíduos consumidores de substâncias psicoativas.

Também um estudo desenvolvido por Godinho (2007), em que foram comparados um grupo de toxicod dependentes sem abrigo a residir num Centro de Acolhimento (CA) e um grupo de toxicod dependentes com acompanhamento em ambulatório no Centro Atendimento a Toxicod dependentes (CAT), ambos integrados no programa de substituição com metadona, foram encontradas diferenças significativas, na dimensão obsessão e compulsão, ideação paranoide e depressão.

Um outro estudo desenvolvido por membros do Núcleo de apoio Técnico da Delegação Regional do Alentejo, (Santos, Calado, Coxo & Parente, 2011) incidiu numa amostra de 226 indivíduos de ambos os sexos em tratamento ambulatório nos diversos CAT do Alentejo. Também estes encontraram comorbilidade entre os toxicod dependentes, concluindo, após a aplicação do BSI que as dimensões Somatização, Sensibilidade interpessoal, Depressão, Hostilidade, Psicoticismo apontam para valores da média da população geral. Relativamente aos três índices (IGS, ISP, TSP) estes apresentavam valores médios superiores aos da população geral.

Por sua vez, a equipa de tratamento do CAT de Coimbra investigou 40 indivíduos, maioritariamente heroínómanos, em tratamento ambulatório. Os valores do Índice Geral de Sintomas e no Índice Sintomas Positivos do BSI foram superiores em relação à população geral, tal como as subdimensões Depressão, Hostilidade, Ideação Paranoide e o Psicoticismo (Araujo, Carriço, Ferreira & Fraga, 2012).

Uma explicação para os resultados encontrados pode ser interpretada à luz do Modelo de automedicação, que defende que as substâncias são utilizadas pelo indivíduo, em função das perturbações psicopatológicas evidenciadas por este, a escolha de uma substância é determinada pelos efeitos que ela exerce e os benefícios que daí advém para o sujeito. A ansiedade ou a depressão podem ser diminuídas através do consumo de álcool, a sintomatologia paranoide é atenuada com a utilização de opiáceos e a cocaína utilizada como estimulante (López-Ibor, 2004).

Segundo Khantzian (1985) e Verheul (2001), a heroína tem efeito sedativo, é consumida para suprimir sintomas como a agressividade ou a ansiedade e é utilizada por sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia para reduzir o stresse.

Por sua vez, Patrício (1997) relata que em ambiente clínico, podemos observar que, os toxicodependentes frequentemente iniciaram os consumos de substâncias psicoativas, para aliviar os sintomas de uma perturbação primária, que os próprios desconheciam. O uso continuado de substâncias, acaba por desencadear comportamentos aditivos.

Um outro modelo que pode contribuir para explicar os resultados encontrados é o modelo de Perturbação Psiquiátrica secundária, de Kosten e Ziedonis (1997) que defende que o uso de substâncias precipitaria o aparecimento de perturbações mentais em indivíduos que de outra forma não as desenvolveriam. Segundo López-Ibor (2004) as perturbações são em parte, consequência dos consumos de substâncias psicoativas e tendem a extinguir-se após as primeiras semanas de abstinência.

Trabalhos de investigação realizados em Madrid (Espanha) entre 2011 e 2013, com indivíduos em tratamento nos vários Centros de Atendimento de Toxicodependentes e nos Centros de Saúde Mental (CAD), apontam para resultados semelhantes aos mencionados neste trabalho.

Com a coordenação da Sociedade Espanhola de patologia dual (SEPD), foi elaborado um estudo piloto com uma amostra de 400 indivíduos policonsumidores de substâncias psicoativas. Dos utentes que recorreram às estruturas de apoio, 300 apresentavam algum transtorno por uso de substâncias. Como substância de eleição, a mais elevada foi o álcool, a cocaína e por último a heroína. Ao nível da sintomatologia evidenciada, os transtornos mais frequentes foram, os transtornos de humor, transtornos de personalidade e esquizofrenia (Szerman Bolotner et al., 2011).

Uma das questões da presente investigação foi avaliar se os indivíduos integrados em programa de desabitação de substituição de substâncias psicoativas, apresentavam um

nível mais elevado de sintomatologia psicopatológica, comparativamente aos sujeitos em processo avançado de tratamento.

Os resultados da investigação confirmam esta hipótese, o Índice geral de Sintomas e o Índice de Sintomas Positivos dos utentes da UDA são, significativamente superiores à dos utentes que se encontram na CT, assim como as nove subdimensões de sintomatologia.

Esta diferença pode ser explicada, através da ocorrência de sintomas físicos e psicológicos inerentes a uma desintoxicação física, coincidente com o início da abstinência, assim, a prevalência de sintomas poderá estar associada à debilidade física e instabilidade emocional a que o indivíduo está sujeito durante este processo.

Em relação às síndromes de abstinência induzidas pelas substâncias, estas não se revelam da mesma forma e variam consoante a substância de consumo.

Assim para o álcool, são recorrentes sintomas como, insónias, alucinações ou ilusões visuais, agitação psicomotora e ansiedade. Em relação à heroína, constam as insónias, humor disfórico, entre outros. Para a cocaína observa-se, a insónia ou a hipersónia, irritabilidade, a ansiedade ou a ideação suicida (Cerejeira & Lagarto, 2013).

A diferença entre os dois grupos a nível da sintomatologia pode também ser explicada pelos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Associação Americana de Psiquiatria, 2013), segundo este, as perturbações induzidas por substâncias, são correspondentes às perturbações com o mesmo quadro clínico, nomeadamente, as perturbações psicóticas, perturbação depressiva, perturbação da ansiedade ou a perturbação do sono, entre outras. No entanto só se considera uma perturbação primária se, tiverem surgido antes do início dos primeiros consumos ou se persistirem por mais de quatro semanas após a paragem dos consumos (Cerejeira & Lagarto, 2013).

Os utentes internados na CT, têm em média oito meses de permanência em tratamento, enquanto que os utentes da UD têm um tempo máximo de internamento de 14 dias, assim, podemos considerar que o duplo diagnóstico deve levar em conta o tempo de internamento e o tempo de abstinência em que se encontra o utente.

Em relação às subdimensões do BSI, os valores médios mais elevados, encontram-se nos utentes internados na Unidade de Desabituação.

Na dimensão somatização, existe uma diferença significativa, provavelmente relacionada com o processo de desabituação, que implica dor e sofrimento e níveis de ansiedade elevados, tal como na dimensão sensibilidade interpessoal, onde prevalece uma baixa auto estima, desvalorização e inadequação pessoal, ao contrário dos utentes da CT

que, provavelmente já tiveram oportunidade de trabalhar algumas destas competências. Os valores da dimensão ideação paranoide e Psicoticismo, também se revelam mais elevados, que poderá ser explicada não só pelos sintomas de abstinência atrás referidos, como também pela terapêutica farmacológica de substituição que poderá adulterar os valores mais elevados.

Outra questão colocada no presente trabalho foi avaliar a motivação para o tratamento e segundo os resultados, os valores dos três fatores de SOCRATES 8D revelaram-se elevados. O fator ação, foi o que registou um valor médio mais alto, os dados sugerem que os indivíduos avaliados estão predispostos para a mudança.

Segundo o Modelo Transteórico de Prochaska e Diclement (1983), na fase ação, os indivíduos promovem esforços para atingir um objetivo, a abstinência e assim permanecer durante seis meses. No caso dos utentes avaliados, a aceitação do problema pode ter contribuído para a procura de tratamento e o facto de terem iniciado um processo terapêutico, significa que já estão a fazer algo para mudar em relação às drogas e pediram ajuda para solidificar essa intenção.

O fator reconhecimento do problema, evidencia também um valor médio, alto, de acordo com o Modelo Transteórico, o indivíduo reconhece que tem um problema relacionado com os consumos e que se não fizer nada, a situação tende a agravar-se, existe uma vontade de mudança. O reconhecimento em relação à doença, pode ser explicada pelo apoio técnico que o utente usufrui, através da intervenção terapêutica, é sensibilizado para as consequências do uso de substâncias.

Um bom preditor de um tratamento com sucesso é, o indivíduo aceitar que tem um problema e que precisa de ajuda para o superar.

Foi realizado um estudo na Austrália, com 225 utentes internados em centros de desabilitação física com problemas de álcool e outras drogas e mais de metade tinha uma sintomatologia psicopatológica associada. De acordo com os resultados, 127 utentes tiveram nos últimos 30 dias um transtorno por uso de substâncias e em 129 foi identificada uma sintomatologia primária. Da amostra total, 186 reconhece ter um transtorno, para além do problema de adição. Ao nível da sintomatologia evidenciada, os transtornos mais frequentes foram as obsessões compulsões, depressão e psicoticismo (Vella, Deane & Kelly, 2015).

Um estudo longitudinal, realizado em Inglaterra, com uma amostra representativa da população, comparou grupos que se encontravam em regime de tratamento ambulatorio

e em regime de internamento e concluiu que a motivação e a aderência ao tratamento foram substancialmente superiores no grupo de internamento (Millar et al., 2013).

Ao compararmos os dois grupos de estudo ao nível da motivação para o tratamento, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Considerando por tempo de internamento na CT, não parece existir qualquer associação com os fatores de SOCRATES. Em relação ao álcool e outra drogas, tanto na UD como na CT a tendência central dos fatores não se revelou estatisticamente diferente. Por idade, não se encontraram correlações significativas com qualquer dos três fatores. O mesmo resultado se verificou para a variável, idade do início dos consumos.

Foi colocada como hipótese neste trabalho se, existiria uma relação significativa entre psicopatologia e motivação para o tratamento. Os resultados em ambas as amostras revelam que as variáveis relativas à motivação para o tratamento não estão significativamente correlacionadas com qualquer dimensão ou índice do BSI.

## Conclusão

Os resultados obtidos no nosso estudo sugerem a existência de sintomatologia no grupo de utentes estudados, estes estão consonantes com a revisão da literatura.

As subdimensões do BSI com valores mais elevados foram as dimensões Depressão, Ideação Paranoide e as Obsessões e Compulsões. De referir que qualquer das doze variáveis em comparação apresentaram médias superiores no grupo de utentes da Unidade de Desabilitação.

Em relação aos indicadores de motivação para o tratamento, a média mais elevada encontrou-se no fator ação, o que sugere que os utentes avaliados evidenciam uma vontade de mudança em relação aos seus comportamentos.

Não se encontraram diferenças significativas entre as dimensões do BSI e os fatores de SOCRATES.

Como limitações no nosso estudo, o tamanho da amostra, em futuros trabalhos sugere-se um maior numero de participantes e investigações com uma maior durabilidade, que possibilitem observar os sintomas, após períodos prolongados de abstinência.

## Referências Bibliográficas

- Araujo, C., Carriço, P., Ferreira Leita, V., & Fraga, M. (2012). Patologia dual: “Hoje tudo ou nunca mais”. Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., & Morant, C. et al. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(1), 191-200.
- Armstrong, T. & Costello, J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse or dependence. *Psychiatric Comorbidity*, 70 (6), 1224-1239.
- Associação Americana de Psiquiatria, (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., & Arias Horcajadas, F. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidroalcohol.
- Blume, A.W., Schmalings, K.B., & Marlatt, G.A. (2001). Motivation drinking behavior change depressive symptoms may not be noxious. *Addict Behaviors*, 26, 267-72.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Castro, M. & Passos, S. (2005). Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 32 (6), 330-335.
- Chambers, R. A., Connor, M. C., Boggs, C. J., & Parker, G. F. (2010). The dual diagnosis physician-infrastructure assessment tool: examining physician and dual diagnosis capacity. *Psychiatric Services*, 184-188
- Cerejeira, J. & Lagarto, L. (2013). Alterações psicopatológicas nas perturbações mentais orgânicas ou induzidas por estados físicos gerais – diagnostico diferencial. In D. Correia (Eds.), *Manual de psicopatologia* (pp. 175-208). Lisboa: Lidel.
- Ferros, L. (2008). Comorbidades na Toxicodependência. *RFML*, 13(2), 69-82.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª ed.). Londres: Sage Publications, Ltd.
- Franco, C.; Bolotner S. (2014). Patologia Dual. Uma nova forma de entender as adições e a saúde mental. XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

- Godinho, R. (2007). Estudo comparativo entre uma população toxicodependente sem-abrigo e uma população toxicodependente domiciliada: aspetos psicossociais e psicopatológicos. *Toxicodependência*, 13 (3), 3, 14.
- Janeiro, L. (2007). Motivação para o tratamento: estratégias psicoterapêuticas no tratamento da toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 13(1), 49-58.
- Janeiro, L., Faísca, L. e Miguel, M. (2007). Manual da Sócrates 8D: Guia de aplicação interpretação. Contributo para a adaptação à população portuguesa. Manuscrito não publicado. Universidade do Algarve e Universidade de Sevilha.
- Khantzian, E. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142 (11), 1259-1264. doi:10.1176/ajp.142.11.1259
- Kosten, T. e Ziedonis, D. (1997). Substance abuse and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23,181-186.
- Landry, M. J., Smith, D. E., & Steinberg, J. R. (1991). Anxiety, depression, and substance use disorders: Diagnosis, treatment, and prescribing practices. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23(4), 397-416.
- Lôo, H., Zarifian, E. (1982). La psicopatologie du toxicomane. *La reume du Fracticién*, 32 (37), 2453-2455.
- López-Ibor, J. (2004). Comunicação em congresso.
- Magrinelli, M., & Oliveira, M. (2006). Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(1), 3-12.
- Marques, T. J. (2000). Diagnósticos Duplos: Toxicodependências e Perturbações Psiquiátricas. *Saúde Mental*, 5(2), 9-16.
- Millar, T., Hayhurst, K., Jones, A., Pierce, M., Davies, L., & Weston, S. et al. (2013). Factors associated with receipt of residential rehabilitation by opiate users indicate that these clients are more amenable to drug treatment. *Drugs: Education, Prevention And Policy*, 21(2), 165-172.
- Miller, W. & Tonigan, J. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology Of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.

- Millere, A., Pūce, A., Millere, E., Zumente, Z., Sudraba, V., & Deklava, L. et al. (2014). Treatment Motivation Factor Analysis of Patients with Substance Use Disorders In Latvia. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 159, 298-302.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças*. São Paulo: Edusp.
- Patrício, L. (1997). *Face à droga: como (re) agir*. Lisboa: Antunes & Amílcar, Lda.
- Polcin, D., Korcha, R., & Bond, J. (2014). Interaction of Motivation and Psychiatric Symptoms on Substance Abuse Outcomes in Sober Living Houses. *Substance Use & Misuse*, 50(2), 195-204.
- Prochaska, J.O., Diclement, C.C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin.Psychol.*, 51 (3), 390-5.
- Ryan R.M., Plant R.W., O'Malley S. (1995). Initial motivations for alcohol treatments: relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviours*, 20(3),279-297.
- Santos, A., Calado, Á., Coxo, D., Trindade, M. M., & Parente, M. (2011). Co-morbilidade psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo. *Toxicoddependências*, 17(1), 33-41.
- Schuckit, M.A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101(1), 76-88. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01592.
- SICAD, (2014). *Intervencão - Tratamento. SICAD*.  
Retirado de  
<http://www.sicad.pt/PT/Intervencão/TratamentoMais/SitePages/Home%20Page.aspx>
- SICAD, (2016a). *Unidades de Desabilitação Públicas 2014*.  
Retirado de  
[www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/.../UDPublicas/Relatorio\\_UDP\\_2014.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/.../UDPublicas/Relatorio_UDP_2014.pdf)
- SICAD, (2016b). *Sinopse Estatística: Portugal 2014*  
Retirado de  
[http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/.../Sinopse%20Estatistica\\_2014\\_PT.pdf](http://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/.../Sinopse%20Estatistica_2014_PT.pdf)
- Sousa, P. F., Ribeiro, L. C. M., Melo, J. R. F. D., Maciel, S. C., & Oliveira, M. X. (2013). Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. *Temas em Psicologia*, 21(1), 259-268.
- Szerman Bolotner, N., Arias Horcajadas, F., Vega Astudillo, P., Babín Vich, F., Mesías Perez, B., & Basurte Villamor, I. et al. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de

- patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 23(3), 249-255.
- Vella, V., Deane, F., & Kelly, P. (2015). Comorbidity in Detoxification: Symptom Interaction and Treatment Intentions. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 49, 35-42.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16 (5), 274-282.
- Weatherford, J. A. (2012). Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: A Review of Issues and Clinical Approaches for Dual Diagnosis. Research Papers.
- Wiers, R., Gladwin, T., Hofmann, W., Salemink, E., & Ridderinkhof, K. (2013). Cognitive Bias Modification and Cognitive Control Training in Addiction and Related Psychopathology: Mechanisms, Clinical Perspectives, and Ways Forward. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 192-212.

**Anexo A**

Pedido de autorização para a recolha de dados

040315 002746



Exmo. Senhor  
João José Correia Santos  
Praceta Miguel Tavares Blanco  
Lote 1, 3º Esquerdo  
Jardim das Gambelas  
8005-226 Faro

Referência

Sua Comunicação

Nossa Referência  
CES  
Registado c/ AR

ASSUNTO: Pedido de autorização para Estudo da Comorbilidade na Toxicodependência e Motivação para o Tratamento

Serve o presente para informar V. Excelência, que após análise do estudo "a CES em termos éticos nada tem a opor à sua realização."

Com os melhores cumprimentos,



Nuno Sancho Ramos  
Membro do Conselho Diretivo  
da ARS Algarve, I.P.

## **Anexo B**

### Consentimento Informado

## Consentimento Informado

A presente investigação insere-se no âmbito do Projeto de Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve, tendo como objetivo fundamental avaliar a “Comorbilidade na Toxicodependência e Motivação para o Tratamento”.

Neste sentido, solicitamos a colaboração no preenchimento dos questionários que se seguem, devendo as respostas ser dadas de acordo com as indicações específicas de cada um.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas lhe é pedido que responda a todas as questões da forma mais **sincera** e **objetiva** possível.

Os dados recolhidos destinam-se apenas à presente investigação científica pelo que todas as respostas são **anónimas** e **confidenciais**.

A sua colaboração será voluntária, tendo o direito de recusar a participação sem que daí advenham quaisquer tipos de consequências para o seu tratamento na U.D.A./C.T.A.

Li, compreendi e tive oportunidade de esclarecer todas as dúvidas relativamente à minha participação no estudo referido e aceito participar.

Assinatura do Investigador

---

Assinatura do Participante

---

**Anexo C**

B.S.I. – Adultos

Nº _____	Data ____/____/____	<b>BSI (Adultos)</b>		L. R. Derogatis(1993); Canavarro (1995)	
Data Nasc. ____/____/____	Idade _____	Sexo ____	Grau de Parentesco _____	Profissão _____	_____
Escolaridade: _____	Zona de Residência _____		Nacionalidade: _____		
<p>A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve <b>O GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA</b>. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.</p>					
<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
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 públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder 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					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					

<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
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 de 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 das multidões como 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 que 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 na sua cabeça					

**Sofre ou sofreu de problemas de saúde? Não  Sim  Quais?**

**Anexo D**

Escala de SOCRATES 8 D (Versão Portuguesa)

## SOCRATES 8D

INSTRUÇÕES: Por favor leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se acerca do seu uso de drogas. Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda com cada afirmação neste momento. Por favor coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.»

	NÃO!	Não	?	Sim	SIM!	
	Discordo Fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo fortemente	
1	Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de drogas / álcool.	1	2	3	4	5
2	As vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente das drogas / álcool.	1	2	3	4	5
3	Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de drogas/ álcool os meus problemas vão tornar-se piores.	1	2	3	4	5
4	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de drogas / álcool.	1	2	3	4	5
5	Em tempos já consumi demasiado, mas consegui alterar isso.	1	2	3	4	5
6	As vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7	Eu tenho um problema com drogas / álcool.	1	2	3	4	5
8	Não estou só a pensar em mudar em relação às drogas / álcool, já estou de facto a fazer algo por isso	1	2	3	4	5
9	Eu já mudei em relação ao consumo de drogas / álcool e procuro apreender maneiras que me ajudem a evitar recaídas	1	2	3	4	5
10	Eu tenho um problema sério com drogas / álcool.	1	2	3	4	5
11	As vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de drogas / álcool	1	2	3	4	5
12	O meu consumo de substâncias / álcool está a causar muito mal	1	2	3	4	5
13	Actualmente estou fazendo coisas para parar ou diminuir o meu consumo de drogas / álcool.	1	2	3	4	5
14	Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de drogas / álcool.	1	2	3	4	5
15	Eu sei que tenho um problema com as drogas / álcool.	1	2	3	4	5
16	As vezes pergunto-me se o meu consumo de drogas / álcool é excessivo	1	2	3	4	5
17	Eu sou um toxicodependente / alcoólico.	1	2	3	4	5
18	Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de drogas / álcool.	1	2	3	4	5
19	Fiz algumas mudanças em relação ao consumo de drogas / álcool e quero ajuda para evitar consumir drogas / álcool do mesmo modo que consumia antes.	1	2	3	4	5

**Anexo E**

Questionário Sócio Demográfico

## Questionário Sociodemográfico

### Dados Biográficos

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Habitações \_\_\_\_\_ Literárias \_\_\_\_\_

Residência \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Empregado  Desempregado

### Historia familiar

Estrutura Familiar de origem: Monoparental  Biparental  Recasamento

Filhos: sim  Não  Quantos? \_\_\_\_\_

Estrutura Familiar Atual \_\_\_\_\_

### Historia Clínica

Início dos consumos \_\_\_\_\_ Droga de eleição \_\_\_\_\_

Medicação: sim  Não  Qual? \_\_\_\_\_

Modalidade de tratamento: Desabituação  Comunidade Terapêutica

Tempo de permanência no tratamento (Comunidade) \_\_\_\_\_