

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



A Intervenção e a Avaliação psicológica Desenvolvida na
Unidade de Desabilitação do Algarve

Telma Isabel Mascarenhas Metelo

N.º Aluno 7938

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica

Especialidade em Psicologia Clínica

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

A Intervenção e a Avaliação Psicológica Desenvolvida na
Unidade de Desabilitação do Algarve

Telma Isabel Mascarenhas Metelo

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Emília Marques

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizado sobre orientação de Professora Doutora Maria Emília Marques, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho 0031S2/08 – Certificação, Validação e creditação de Competências para Titulares da Licenciatura em Psicologia Aplicada com cinco ou mais anos de prática profissional.

Nome: Telma Isabel Mascarenhas Metelo N.º Aluno: 7938

Curso: Ciclo de Estudos Integrado Conducente ao Grau de Mestre em Psicologia

Área de Especialização: Psicologia Clínica

Ano Lectivo: 2008/2009

Orientador: Professora Doutora Maria Emília Marques

Data: 08-04-2009

Titulo da Dissertação: **A Intervenção e a Avaliação Psicológica Desenvolvida na Unidade de Desabituação do Algarve**

Resumo:

A desabituação física de uma ou várias substâncias é um processo mediante o qual os indivíduos privados das substâncias de que dependem, são acompanhados de forma a minimizar as consequências físicas e psicológicas da síndrome de abstinência. O processo de desabituação ocorre frequentemente em regime de internamento e requer acompanhamento médico e psicológico

A desabituação é considerada uma etapa inicial do tratamento que tem como objectivo tratar os efeitos fisiológicos agudos associados ao síndrome de abstinência dos consumos das mais variadas substâncias como, por exemplo, heroína, cocaína, álcool, benzodiazepinas, etc. Para além disso, o tempo de internamento em Unidade de Desabituação é relativamente curto, entre sete a vinte um dias, motivo pelo qual habitualmente não existe uma intervenção psicológica nestas unidades que prepare para as etapas posteriores do tratamento. No entanto, no nosso trabalho defendemos que a etapa de desabituação em internamento pode incorporar processos formais de avaliação e intervenção psicológica com intuito final de motivar e encaminhar o doente para o tratamento em ambulatório. Assim, pretende-se consciencializar o doente para a necessidade de manter um esforço contínuo dirigido ao processo de mudança e também, em função dos resultados da avaliação psicológica realizada descrever quais as áreas a trabalhar para prevenir a recaída.

Este trabalho tem como objectivo dar a conhecer o papel do Psicólogo Clínico na Unidade de Desabituação do Algarve (UDA). Para tal, é apresentada a actividade profissional da autora, num projecto que se iniciou em Dezembro de 2007, data de abertura da nova UDA, pertencente ao Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) do Ministério da Saúde. É de referir que a integração de psicólogos clínicos na UDA é uma novidade relativamente à constituição das equipas multidisciplinares destes serviços.

A autora dedicar-se-á exclusivamente à descrição da sua área de intervenção, ou seja, os procedimentos e modelo de Avaliação Psicológica na referida Unidade de Desabituação.

Palavras – chave: Unidade de Desabituação do Algarve; Intervenção Psicológica; Avaliação Psicológica.

Índice

I – Enquadramento Contextual e Objectivos.....	1
II – Enquadramento Teórico.....	3
As Toxicodependências e o Toxicodependente.....	3
A Desabilitação.....	6
As Unidades de Desabilitação	6
O Psicólogo Clínico nas Unidades de Desabilitação.....	8
Funções do Psicólogo Clínico na Unidade de Desabilitação do Algarve.....	11
A Avaliação Psicológica nas Toxicodependências	12
A Avaliação Psicológica na Unidade de Desabilitação do Algarve	13
III – Metodologia e Procedimentos	22
IV – Descrição das Actividades Desenvolvidas e Resultados Obtidos.....	24
VI – Discussão Crítica da Metodologia e dos Resultados Encontrados.....	35
VII – Considerações Finais e Conclusão.....	39
Referências Bibliográficas.....	41

I -Enquadramento Contextual e Objectivos

Em Portugal, tal como em todo o mundo ocidental, e principalmente a partir do início dos anos 70, verificou-se um aumento significativo do consumo de psicotrópicos e estupefacientes. Em consequência desse aumento e com o intuito de responder à problemática da toxicod dependência vigente, são criados em 1975 serviços sob a alçada do Ministério da Justiça que passam posteriormente em 1987, à jurisdição do Ministério da Saúde e cuja denominação actual é Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT).

O IDT está organizado de forma a prestar um serviço com uma visão global da problemática da toxicod dependência, que reúne uma experiência e um saber teórico-prático únicos, com capacidade, para que, de modo, eticamente responsável, seja efectivo nas diferentes áreas dependências, nomeadamente, a prevenção, o tratamento, a reinserção e a dissuasão.

O serviço é operacionalizado através de unidades especializadas, sendo elas entre outras, as Unidades de Desabituação, as Equipas de Tratamento, as Equipas de Reinserção, as Equipas de Prevenção, entre outras.

O Psicólogo Clínico integra as equipas multidisciplinares, desde os primórdios deste serviço. Estas equipas têm como função principal, proporcionar aos utentes um plano de tratamento individualizado, que considera as necessidades e recursos toxicod dependentes e da sua família, de forma a promover o seu processo de recuperação.

O presente trabalho surge na sequência das actividades desenvolvidas pela autora, enquanto Psicóloga Clínica, no IDT, desde o ano 2000, sendo que incidirá, exclusivamente, nas actividades desenvolvidas na Unidade de Desabituação do Algarve desde Dezembro de 2007.

Assim, em relação à estrutura do trabalho, primeiro, procurando contextualizá-lo em termos teóricos, de uma forma breve, descreve-se a problemática da Toxicod dependência e as características psicológicas do toxicod dependente, de seguida, é descrito o processo de desabituação e como se organizam as unidades de desabituação. Por último, aborda-se a intervenção do profissional de saúde e especificamente do psicólogo clínico na área das dependências e nas unidades de desabituação, em concreto. Nesta parte do trabalho, é também apresentada a perspectiva da autora tendo em conta as competências desenvolvidas ao nível da avaliação psicológica.

Num segundo momento, abordar-se-ão as metodologias aplicadas dentro da Psicologia Clínica, procurando fazer uma descrição do desenvolvimento das actividades, assim como uma discussão crítica da metodologia empregue e dos resultados encontrados.

Por último, a conclusão e as considerações finais pretendem evidenciar os aspectos relevantes, assim como, reflexões pessoais relativas à prática profissional da autora.

II – Enquadramento Teórico

Neste capítulo, far-se-á um breve enquadramento teórico sobre a definição de toxicodependências e características psicológicas do toxicodependente com o objectivo de definir o tema em estudo. Apresenta-se também uma caracterização das Unidades de Desabilitação e do seu funcionamento e, por último, a autora descreve o papel dos psicólogos clínicos no referido serviço, dando especial relevo ao modelo de avaliação psicológica implementado.

As Toxicodependências e o Toxicodependente

A questão do consumo de drogas é tão antiga como a humanidade; o uso de substâncias psicoactivas possui raízes históricas e culturais ancestrais que atravessam todos os períodos da história das civilizações. Esta relação de proximidade entre o consumo de drogas e o homem é reveladora do desejo do ser humano de alterar periodicamente a consciência através das drogas (Pires, 2004).

Nos últimos 30 anos várias investigações foram realizadas com o objectivo de perceber os factores etiológicos da toxicodependência, tais estudos incidiram a vários níveis desde o biológico ao social. Da conjugação de todos estes factores e de outros ainda por explorar na investigação, como a genética e alguns mecanismos neuroquímicos, tem-se delineado uma perspectiva integradora e globalizante.

De acordo com Rosa (1998), toxicomania, toxicodependência, adicção são designações que sucessivamente têm vindo a ser utilizadas para definirem comportamentos inadaptados de utilização de substâncias psicoactivas, geradoras de quadros médico-psicológicos com características diferentes, mas com a particularidade de produzirem uma perda de liberdade em relação a essas drogas.

Segundo Fernandez (1979, citado por Rosa, 1998), a dependência de substâncias é um estado psíquico e igualmente físico, resultante da interacção entre um organismo vivo e uma substância. Esta interacção caracteriza-se por modificações do comportamento e por outras reacções que levam o consumidor a tomar a substância de maneira contínua ou periódica a fim de obter os efeitos psíquicos e, às vezes, evitar o sofrimento da privação.

A característica essencial da dependência de substâncias é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito mantém um padrão de auto-administração repetida que resulta em tolerância, síndrome de abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas (DSM-IV-TR, 2002).

No que concerne à droga, Neto (1996), define quatro concepções: a) as drogas são substâncias exógenas, cujo uso provoca adição física e/ou psíquica; b) drogas são tudo aquilo que provoca determinados efeitos psicotrópicos, como alterações de humor e da consciência, a que o consumidor se habituou e de que não consegue prescindir; c) drogas são todas as substâncias psicotrópicas que têm cotação do mercado negro (que fazem mal à saúde e se vendem indevidamente); d) drogas são substâncias psicotrópicas que contribuem para degradar a saúde relacional dos seres humanos.

A droga é o “veículo” que leva à toxicodependência e ao tornar-se toxicodependente.

A partir deste pressuposto, pode-se referir Olivenstein (1989), que define a toxicodependência como o encontro de uma personalidade, de um produto e de um momento sócio-cultural.

Segundo Morel, Hervé e Fontaine (1998), a toxicodependência é uma questão de experiência íntima, uma intervenção pelo enviesamento de substâncias psicoactivas que resulta num indivíduo numa modificação de si próprio, uma transformação na forma de perceber o mundo e de se perceber a si mesmo, ou seja, não só o ambiente mas também os seus próprios pensamentos e as suas próprias organizações.

Em relação às considerações acerca da personalidade do toxicodependente, existe uma relação complexa entre personalidade e toxicodependência, quer pela perspectiva pela qual é considerada, ou seja, traço, estrutura ou perturbação personalidade, quer pela forma como é definida ao nível da etiologia, evolução e manutenção dos consumos.

De acordo com Amaral Dias (1979), os toxicodependentes apresentam uma grande variedade de estruturas de personalidade mas, através das experiências de consumo e de dependência de droga, regridem a um ponto comum.

“Os tipos de personalidades que podemos encontrar entre os toxicodependentes não difere muito da variedade que encontramos em todas as categorias de desvios sociais e que encontramos nos sujeitos que nos rodeiam no dia-a-dia e que também somos nós mesmos.” (Amaro & Cordeiro, 2001, p. 11)

Segundo Leal (s/d), na personalidade do toxicodependente podem estar presentes as seguintes características: extrema necessidade de atenção e de cuidados; extrema dificuldade em adiar o desejo e de resistir à frustração; facilmente enveredam pela “passagem ao acto” a qual substitui a possível elaboração mental do acontecido e que está associado à falta de “insight”; grande insegurança ou dificuldade em traduzir a informação da realidade em significados pessoais coerentes, reduzindo-se tais significados, para eles, às clássicas dicotomias (os bons somos nós, por oposição aos maus que são aos outros).

Bergeret (1997), afirma que a personalidade do toxicodependente caracteriza-se por: indiferença generalizada; falta de confiança em si próprio e nos outros; afastamento das relações interpessoais; pobreza de vida afectiva; vazio interior; angústias intensas e devastadoras; imediatismo; intolerância à frustração.

Dias (1979), refere como características da personalidade do toxicodependente: elevada impulsividade; reduzida tolerância à dor e à frustração; elevado hedonismo; incapacidade de adiar a resolução dos desejos, depressão; ansiedade elevada; imaturidade; ambivalência; labilidade infantil; agressividade voltada contra si; dificuldade de integração social; ausência de ligação aos papéis sociais convencionais e; relações interpessoais e conflituosas.

Torrado e Quakinin (2008) referem, relativamente aos toxicodependentes, a presença de percepções perturbadas de si próprios que parecem estar sedimentadas numa história pessoal frequentemente marcada por frustrações afectivas ancestrais, resultando no desenvolvimento de perturbações da personalidade, muito frequentemente associadas a uma precária auto-estima, depreciação do auto-conceito e tempo prolongado de consumos.

No que se refere ao funcionamento psicológico do toxicodependente, segundo Bergeret (1997), a toxicodependência não modifica a natureza da estrutura subjacente. O produto não é procurado em função de uma necessidade específica, mas é antes uma tentativa de defesa em relação às falhas de desenvolvimento mais profundo

Deste modo, a toxicodependência pode mascarar a verdadeira estrutura do indivíduo, pelo que quando o comportamento toxicómano desaparece, a estrutura, essa persiste.

A Desabituação

Designa-se por Desabituação o processo de abandono de uma ou várias substâncias e em relação às quais existia dependência física e psicológica

Segundo Morel, Hervé e Fontaine (1998), a desabituação pode definir-se como a “travessia do período marcada, com a interrupção da toma do produto, por perturbações físicas e psíquicas: a síndrome de privação. Esta é mais ou menos pronunciada segundo os produtos, as doses, a duração e a intensidade da toxicodependência”.

Por vezes a desabituação física é desvalorizada por se considerar que requer pouco tempo quando comparada com as restantes etapas do tratamento e que se centra sobretudo em aspectos físicos da dependência. Porém, trata-se de um passo fundamental para que nas fases posteriores do tratamento se possa verificar uma verdadeira mudança psicológica em relação ao consumo de substâncias.

É nas Unidades de Desabituação que os toxicodependentes podem efectuar a primeira etapa do seu tratamento, em regime de internamento, de um modo seguro e acompanhados por uma equipa multidisciplinar. Normalmente, existem três tipos de intervenção nas Unidades de Desabituação: a) intervenção médica que se ocupa da desabituação física das substâncias e de qualquer problema físico que surja durante o internamento; b) a intervenção na área da enfermagem para os cuidados médicos necessários e; c) a área da intervenção psicológica e psicossocial.

As Unidades de Desabituação

A primeira Unidade de Desabituação em Portugal foi criada no ano de 1986 no CAT das Taipas em Lisboa para responder ao aumento de pedidos de desabituação física de heroína.

Actualmente existem quatro Unidades de Desabituação tuteladas pelo Ministério da Saúde: Taipas (Lisboa); Cedofeita (Porto); Coimbra e; Algarve.

A Unidade de Desabituação do Algarve (UDA) surgiu no ano de 1996, sob a direcção do Dr. Álvaro Pereira, na sequência da implementação deste tipo de estruturas pelo Serviço de

Prevenção e tratamento da Toxicodependência, com vista a dar resposta à problemática da toxicodependência de forma global na região do Algarve.

A UDA funcionava no primeiro andar do Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) em Olhão.

No ano de 2000 devido a uma cada vez maior afluência ao serviço, e a uma mudança no padrão de consumos, tendo-se passado de uma droga em exclusivo para uma situação de policonsumos, gera-se a necessidade de construir novas instalações, que pudessem internar um maior número de utentes e que em termos estruturais, albergasse as condições necessárias para responder ao novo padrão de consumo.

Em Dezembro de 2007, entra em funcionamento a nova Unidade de Desabilitação Algarve, situada na Aldeia de Marim, concelho de Olhão, continuando esta Unidade sob a coordenação do mesmo director e constituída pela mesma equipa de profissionais de saúde.

É ainda de referir, que até à data de início de funções nas novas instalações, não existiam psicólogos na Unidade, sendo que autora deste trabalho, a tempo parcial, e o Dr. António Pinto, a tempo inteiro, passaram a fazer parte da equipa de profissionais de saúde da Unidade, sendo o trabalho desenvolvido de forma multidisciplinar.

A Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA) é um serviço do Instituto da Droga e da Toxicodependência que recebe utentes de todo o país e tem como missão oferecer aos doentes consumidores de substâncias psicoactivas um ambiente clínico protegido, em regime de internamento de curta duração, que lhes permita uma desabilitação de consumos problemáticos ou uma estabilização pessoal e clínica que torne possível um tratamento mais adequado.

A UDA oferece apoio médico, psicológico, fisioterapêutico, e de enfermagem, para além de apoio social e actividades ocupacionais e lúdicas consideradas adequadas à condição específica de cada doente.

O programa terapêutico é individualizado, voluntário, tem uma duração variável entre 7 a 21 dias e decorre em ambiente fechado ao exterior.

A pré-admissão a este serviço é efectuada pelas Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento (ETET), através do terapeuta de referência, que a priori definiu este tipo de tratamento com o utente e que assegura as condições necessárias de entrada (exames, informação acerca do regulamento interno, preenchimento da proposta de internamento). No momento de admissão à UDA o utente assina uma declaração manifestando a sua livre

vontade de ingressar no tratamento, assim como o cumprimento de normas e deveres contemplados no regulamento interno.

O Psicólogo Clínico nas Unidades de Desabituação

Segundo Patrício (1997), um profissional de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo clínico, assistente social, fisioterapeuta) é também pessoa igual e diferente do seu semelhante. Mas pelo facto de ser profissional de saúde, tem uma responsabilidade social particular e deverá assumi-la, participando na melhoria da condição de saúde da pessoa que nele confia.

O profissional de saúde na área das dependências, deverá compreender o sofrimento inerente à pessoa dependente e à dependência, deverá procurar compreender como evitá-lo, como surge, como é mantido, como tratá-lo e, como minimizar as suas consequências. No entanto, por vezes, essa compreensão torna-se bastante difícil, devido ao facto de a pessoa consumidora, viver com frequência numa situação de ambivalência face ao consumo, isto é, quer consumir mas sem estar dependente (Patrício, 1997).

Weegmann e Cohen (2003), no mesmo sentido, afirmam que um dos aspectos mais difíceis a serem trabalhados na toxicodependência é a ambivalência que o toxicodependente apresenta em relação à mudança.

Relativamente à relação do dependente com o profissional de saúde é fundamental que o primeiro reconheça que a relação com os técnicos de saúde com competência poderá ajudá-lo, mas que, fundamentalmente, é ele quem tem de aceitar essa ajuda e reagir de forma activa e adequada, para procurar resolver as suas dificuldades.

Ainda que existam aspectos de natureza biológica que justificam determinadas dependências, o tratamento medicamentoso, em exclusivo, não resolve o problema da dependência de substâncias. Ou seja, apesar de ficar resolvido o problema da dependência física, mantém-se a dependência psicológica, a rotina, a atitude de paixão pela manipulação das drogas, a estrutura de personalidade, os padrões relacionais, que constituem factores de recaída. Assim, o essencial no tratamento da toxicodependência está associado ao processo de mudança e redescoberta psicológica, a qual se realiza através da relação terapêutica com o psicólogo clínico.

Para que se verifique uma mudança psicológica, o psicólogo clínico deverá compreender o toxicodependente, procurando esclarecer a relação que este tem consigo próprio, com as suas vivências internas passadas e presentes, a sua auto-estima, a sua projecção ou ausência dela em relação ao futuro e a relação com meio social e familiar

De acordo com Amaro e Cordeiro (2001), a compreensão do toxicodependente envolve a relação com o próprio, com as suas vivências internas, passadas e presentes, a relação com o ambiente que o rodeia, com a sua família, o seu social.

Morel et al, (1998), referem que o tratamento da toxicoddependência consiste numa intervenção estruturada com o fim de ajudar uma pessoa a libertar-se da dependência de substâncias psicoactivas. Mas o que visa antes de tudo esta intervenção estruturada é favorecer uma mudança e uma dinâmica pessoal que não se pode realizar sem o suporte de uma relação e sem partir do concreto da situação do indivíduo.

Muitas vezes, o consumidor de substâncias inicia o tratamento na Unidade numa situação em que o “equilíbrio psico-físico com a droga está ameaçado”. Quando os consumidores de substâncias põem em causa esse equilíbrio podem fazê-lo “por desejo ou por necessidade” de ruptura com a droga, sendo que “o desejo é quase sempre ambivalente e a necessidade de ruptura é geralmente premente”.

Em Unidade de Desabilitação, é comum observar o que designamos por “mito da desintoxicação”, ou seja, os consumidores de substâncias imaginam que tratando o síndrome de privação resolvem o seu problema de dependência. Assim, sob influência desse mito corre-se o risco de sobrevalorizar desabilitação física em detrimento da mudança psicológica, o que aumenta a probabilidade de recaída.

Neste sentido, a função do psicólogo clínico é a de sensibilizar os toxicodependentes em tratamento na UDA para a necessidade de continuar o investimento em relação à mudança. Para os utentes que já reconheceram essa necessidade, a tarefa do psicólogo consiste em motivar para a mudança.

Negreiros (2006), refere que a falta de motivação representa um poderoso obstáculo à mudança no toxicodependente e que a motivação deve ser considerada como uma variável sujeita a intervenções específicas destinadas a aumentar o grau de envolvimento do sujeito no processo de tratamento e a encontrar uma estratégia de mudança.

De acordo com Janeiro (2007), a motivação para o tratamento é considerada uma componente importante no tratamento dos toxicodependentes, quer enquanto elemento que desencadeia o tratamento, quer enquanto foco do próprio processo terapêutico.

Desta forma, o papel do Psicólogo Clínico na sua relação terapêutica com o consumidor de substâncias na área das dependências e, especificamente, na Unidade de Desabilitação passa, num primeiro momento, por “favorecer e manter consciente a dimensão psicológica e social do seu problema, o que ele frequentemente minimiza, colocando-o no seu problema no físico”.

Para além disso, de acordo com Miller e Rolnick (1999), cabe ao terapeuta a função de motivar.

Em suma, para trabalhar com consumidores na Unidade de Desabilitação, o psicólogo clínico deve, “ser agente de contenção na relação”, mostrando capacidade para ouvir, ajudando o consumidor a lidar com as suas angústias derivadas de uma situação complexa em termos psicológicos que é a paragem de consumos.

Assim sendo, a desabilitação em internamento pode incorporar processos formais de avaliação e intervenção psicológica que têm como intuito final referenciar o doente para o tratamento em ambulatório.

A avaliação psicológica realizada no internamento permitirá identificar quais os aspectos psicológicos, que devem ser objecto, de uma intervenção terapêutica diferenciada nas fases subsequentes do tratamento. Deste modo, a avaliação psicológica possui um valor estratégico para a intervenção psicológica, na medida em que é a partir desta que se deve orientar a intervenção psicológica na Unidade de desabilitação e também, nas etapas posteriores do tratamento. Por exemplo, se a avaliação nos indicar que factores psicológicos, como a ansiedade e os conflitos nas relações interpessoais, podem constituir um factor de recaída importante para o utente, logo a intervenção na Unidade de Desabilitação seria no momento da devolução dos resultados, a de ajudar o utente a reconhecer a relevância destes aspectos para o seu tratamento futuro.

Funções do Psicólogo Clínico na Unidade de Desabilitação do Algarve

De forma a alcançar os objectivos definidos, o psicólogo clínico na Unidade de Desabilitação do Algarve participa nas seguintes actividades:

- Realização de Consulta Psicológica Individual no processo de admissão, no decorrer do internamento e no momento da alta;
- Avaliação Psicológica com a fim de estabelecer o perfil psicológico dos utentes;
- Avaliação Psicológica com a finalidade de elaborar um plano de intervenção terapêutico individualizado e adequado à problemática de cada utente;
- Avaliação da estrutura de personalidade, funcionamento cognitivo, estado emocional e alterações de conduta dos utentes;
- Detecção e identificação das áreas de conflito e problemas psicológicos dos utentes;
- Elaboração de relatórios de avaliação psicológica, com devolução dos resultados no momento da alta;
- Monitorização de sessões de terapia de grupo;
- Participação nas reuniões clínicas diárias;
- Participação na reunião semanal do serviço;
- Realização de estudos psicométricos, com os instrumentos de avaliação psicológica utilizados na UDA;
- Participação em projectos de investigação;
- Realização de pesquisas científicas na área das toxicodependências;
- Integração na Comissão de acompanhamento da execução do plano de actividades de UDA;
- Orientação de estágios curriculares.

De uma forma geral, o trabalho do psicólogo clínico na Unidade de Desabilitação do Algarve, passa, principalmente, por tentar dar a cada utente um plano de tratamento individualizado, que procura promover gradualmente não só o bem-estar físico, associado à desabilitação física de determinada substância, mas também, ao nível psicológico, tentando fazer com que o utente reflecta sobre a sua identidade para além das drogas e também sobre a pertinência/necessidade de se mobilizar para um processo psicoterapêutico.

Nesta sequência, pode-se referir Thornton, Gottheil, Weinstein e Kerachsky (1997), que defendem que a intervenção psicológica com os consumidores de substâncias deve ser

adequada às suas características individuais. Através da definição de estratégias no sentido de personalizar o tratamento, verifica-se não só uma maior aproximação do indivíduo ao tratamento mas também uma melhoria significativa ao nível dos seus recursos.

A autora, desenvolve as suas competências na UDA a tempo parcial e participa, principalmente, na Avaliação Psicológica nas Consultas de Admissão e de Alta, assim como no acompanhamento psicológico aos utentes durante período de internamento.

A Avaliação Psicológica nas Toxicodependências

Segundo Manita (2002), à semelhança do que ocorre nos restantes domínios, é importante considerar a avaliação psicológica quando se realiza uma intervenção psicológica nas toxicodependências, sobretudo, a avaliação que se refere ao diagnóstico e à planificação da intervenção psicológica. E, para além disso, ou na base disso, a interrogação sobre “que avaliação?”, “como?” e “para quê?”.

Actualmente, continuam a ser escassos os instrumentos de avaliação psicológica particularmente direccionados para avaliação das toxicodependências, ou seja, para avaliar aspectos psicológicos referentes à relação do toxicodependente com a substância de consumo. Referimo-nos, por exemplo, à inexistência de escalas aferidas que permitam avaliar a auto-eficácia em situações de risco de recaída, que avaliem a contribuição do suporte social para o tratamento, entre outros aspectos igualmente importantes para o tratamento das toxicodependências.

No entanto, ao psicólogo clínico, compete-lhe, enquanto avaliador, utilizar as suas capacidades de forma a realizar uma boa avaliação clínica baseada nas suas competências de observação, técnica de entrevista, análise, integração e interpretação de dados recolhidos, sustentadas numa sólida formação. Neste sentido, os instrumentos de avaliação psicológica direccionados para a população em geral, não especificamente direccionados para a população toxicodependente, são também relevantes para a caracterização do funcionamento psicológico dos toxicodependentes e para compreender que função cumpre a dependência.

Quando é abordada a caracterização psicológica dos toxicodependentes, considera-se que se trata de indivíduos com características comuns, como se após o início dos consumos, e de modo repentino, a pessoa perdesse todas as suas características individuais e a sua história de vida o tornasse igual a todos os outros consumidores. É certo que enquanto consumidores compulsivos, cujo bem-estar físico depende de determinada substância, a maioria dos toxicodependentes rege-se por comportamentos padrão no que diz respeito à procura da substância ilícita de que dependem, perdendo, muitas vezes, a capacidade de viverem funcionalmente adaptados à sociedade.

A Avaliação Psicológica na Unidade de Desabilitação do Algarve

Do vasto conjunto de instrumentos e técnicas de avaliação psicológica que existem, seguidamente, descrevem-se os utilizados na UDA:

ENTREVISTA CLÍNICA

Gómez (1994) refere que o desenvolvimento da entrevista clínica com consumidores de substâncias tem como objectivo estudar a conduta do dependente tal como ocorre na sua interacção com o ambiente e, de forma retrospectiva, como foi adquirida e como se desenvolveu.

Através da utilização da entrevista clínica podemos conhecer dados relevantes e idiossincráticos sobre distintas características dos toxicodependentes, que seriam difíceis de obter utilizando outros métodos.

Possibilita ainda, conhecer o significado específico que as acções têm para cada utente, ao mesmo tempo que nos permite conhecer a história das suas condutas.

Em suma, a realização da entrevista clínica centra-se na análise da conduta actual e seus determinantes, ou seja, considera-se a dependência como o comportamento problema e procura-se relacioná-lo com seu meio envolvente, com o tipo de relação consigo próprio e com os outros, em articulação com o passado e com os projectos de futuro. O objectivo

principal é o de procurar fundamentos que justifiquem a motivação para a mudança relativamente aos padrões habituais de acção do toxicodependente.

Durante a realização da entrevista, baseada na entrevista motivacional, cabe ao psicólogo clínico adoptar uma atitude de aceitação e compreensão do outro, consciencializar o toxicodependente para a concretização de objectivos e de que forma a conduta problema pode ser antagónica à concretização desses mesmos objectivos. Deste modo é possível desenvolver “a crença de que o próprio possui acerca das suas capacidades para realizar a mudança”, fomentando a auto-responsabilização e a esperança (Janeiro, 2007, p. 54).

Segundo Miller e Rollnick (1999), a entrevista motivacional é uma forma concreta de ajudar o indivíduo a reconhecer os problemas e a mobilizar-se para a mudança. É particularmente útil com pessoas ambivalentes em relação à mudança. A entrevista motivacional possui uma abordagem empática que combinada com estratégias comportamentais ajuda a diminuir a ambivalência e fazer com que o indivíduo progrida no sentido da mudança. Ao mobilizarem-se para a mudança, os toxicodependentes recuperam as habilidades e recursos que necessitam para levar a cabo uma mudança duradoura.

MINI-MENTAL- STATE

Segundo Tavares et al. (2002), a adição é um fenómeno complexo com importantes causas e consequências médicas, psicológicas e sociais. Os efeitos da exposição prolongada de um agente biológico (a droga) num substracto biológico (o cérebro) por um longo período de tempo podem determinar compromissos ao nível das funções cognitivas.

O Mini-Mental State foi criado por Folstein, Folstein e McHugh (1975) com o objectivo de avaliar eventuais compromissos ao nível cognitivo, em diversas funções como, por exemplo, a concentração, a atenção ou a memória. É um instrumento de rastreio que permite uma avaliação rápida mas pouco aprofundada.

SOCRATES – 8D (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale – versão 8D)

É também utilizada, no contexto da avaliação psicológica, a SOCRATES 8D (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, Miller & Tonigan, 1996) para a avaliação da motivação para o tratamento. Os autores desta escala pretenderam criar um instrumento que identificasse em qual dos 6 estádios de mudança definidos por Prochaska e DiClemente (1982), se situavam os toxicodependentes em tratamento. Os estádios de mudança definidos pelos autores reflectem diferentes graus de motivação para o tratamento, a saber: pré-contemplação que se caracteriza por ausência de consciência do problema e ausência de intenção de modificar o comportamento; o estádio da contemplação onde já existe consciência do problema e possível consideração para a mudança ainda que não estabeleça um compromisso para a acção; o estádio da preparação onde se dão tentativas mal sucedidas para alterar o comportamento e pequenas mudanças em termos da conduta problema; o estádio da acção caracterizado por modificação do comportamento ou meio ambiente com vista a solucionar o problema e abandono do consumo de substâncias ou imposição de diferentes tipos de controlo sobre esse comportamento; o estádio da manutenção em que se desenrolam um conjunto de acções que visam uma consolidação dos ganhos obtidos no estádio precedente, destinados a prevenirem a recaída; e, por último, o estádio da recaída quando se verifica incapacidade em manter a mudança comportamental.

Contudo, a SOCRATES 8D não identifica estádios de mudança, avalia sim, a motivação para a mudança através de três dimensões independentes subjacentes aos estádios de mudança, sendo eles: o reconhecimento do problema directamente ligado à consciencialização do problema; a acção associada à mudança; e a ambivalência associada à questão acerca da capacidade que julga possuir para controlar o seu consumo, acerca da quantidade e dependência do consumo, e do impacto do mesmo sobre as outras pessoas (Janeiro, Faísca & Miguel, 2007, p. 3).

A SOCRATES 8D foi adaptada à população portuguesa em 2007 por Janeiro, Faísca e Miguel.

SCL-90-R (Symptom Checklist – 90 – Revised)

Por último, aplica-se o SCL-90-R (Symptom Checklist – 90 – R) que se trata de uma escala com noventa itens para auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional, desenvolvida por Lipman, Derogatis e Covi (1973). O SCL 90-R avalia a psicopatologia em termos de nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais. As 9 dimensões primárias pretendem medir os traços psicopatológicos da personalidade a partir da sintomatologia encontrada em cada uma das seguintes dimensões: Somatização – reflecte o mal estar resultante da percepção do funcionamento somático, ou seja, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, cefaleias, dores ou desconforto localizado na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade; Obsessões Compulsões – esta dimensão engloba os pensamentos, impulsos e acções experimentadas como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir. Esta escala é também um bom indicador da rigidez do pensamento; Sensibilidade Interpessoal – através desta dimensão, são avaliados sentimentos de inferioridade ou inadequação pessoal, particularmente nas comparações com outros, sendo as suas manifestações mais características a auto-depreciação, a timidez, o embaraço nas relações com os outros e as expectativas negativas relativas a essas relações; Depressão – esta escala inclui itens que procuram identificar sintomas de afecto e humor disfórico, sinais de isolamento, perda de interesse, falta de motivação e diminuição de energia, sendo, igualmente, contempladas a perda de objectivos e ideação auto-destrutiva. Ansiedade – reflecte um conjunto de sintomas e comportamentos associados com a ansiedade manifesta através de indicadores gerais como agitação, nervosismo, tensão e sinais cognitivos de ansiedade. Encontram-se, igualmente, incluídos sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico; Hostilidade – associada à agressividade e à cólera enquanto estado afectivo negativo, procura identificar pensamentos, sentimentos e acções características a este nível, as quais na prática se traduzem pela irritabilidade e ressentimento; Ansiedade Fóbica – é definida como a resposta de medo persistente a um sujeito, local, objecto ou situação específica. Tem um carácter irracional e é desproporcionada em relação ao estímulo desencadeante, levando o indivíduo a adoptar comportamentos de escape ou evitação; Ideação Paranóide – representa o comportamento paranóide, fundamentalmente, como um modo perturbado de pensamento, que se traduz principalmente ao nível do pensamento projectivo, hostilidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios; Psicoticismo – esta escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro até à evidência da psicose, incluindo

referenciadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide e sintomas primários de esquizofrenia.

Os três índices globais são medidas sumárias da perturbação que, apesar de correlacionadas, representam aspectos diferentes de psicopatologia: Índice Geral de Sintomas representa o nível global e a intensidade de angústia, ou seja, traduz a combinação da informação do número de sintomas positivos (≥ 1) com a informação respeitante à intensidade do stress nesses mesmos sintomas (de 1 a 4); Número de Sintomas Positivos - reflecte o número de sintomas presentes; Índice de Stress dos Sintomas Positivos - corresponde ao grau de intensidade do stress, ajustado ao número de sintomas presentes, ou seja, pontuação positiva.

De acordo com Manita (2002), o SCL-90-R para além de fazer uma despistagem inicial de sintomas é um instrumento útil para o acompanhamento dos progressos durante a terapia.

Trata-se de um instrumento bastante utilizado, o que permite comparar os resultados com outras instituições e com outras populações com outro tipo de problemáticas.

O SCL-90-R foi adaptado à população portuguesa por Batista (1993).

NEO-PI-R (NEO Personality Inventory Revised)

A prática clínica com toxicodependentes, induz a percepção de que existe uma relação entre o modo como os indivíduos são afectados pelo problema da dependência de drogas e a sua personalidade. Neste sentido, na UDA quando se pretende fazer um estudo mais aprofundado do perfil de personalidade do utente recorre-se ao NEO-PI- R (Revised Neo Personality Inventory) criado em 1992 por Paul T. Costa Jr. e Robert R. McCrae. Segundo Lima e Simões (2000, citado por Janeiro e Metelo, 2004, p. 26) os factores de personalidade assentes no modelo subjacente ao NEO-PI-R (Modelo dos Cinco Grande Factores de Personalidade), definem-se por agrupamentos de traços interrelacionados que descrevem de modo compreensivo e sintético o estilo emocional, interpessoal, experiencial, atitudinal e motivacional dos sujeitos.

O NEO-PI-R tem sido largamente utilizado em estudos onde se procura definir a personalidade do toxicodependente, entre eles, pode-se referir o de McCormirk et al. em 1998 e o de Piedmont et al. também em 1998.

O NEO-PI-R foi adaptado à população portuguesa em 1995 por Lima e Simões.

CAQ – (Questionário de Análise Clínica).

O Clinical Analysis Questionnaire é um teste clínico construído por Samuel Krug em 1980 que permite, simultaneamente, medir os traços normais e patológicos e obter um perfil completo e multidimensional do sujeito. O CAQ original consta de duas partes. A primeira, CAQ I recorre aos 16 traços de personalidade medidos pelo 16PF, a segunda, CAQ II, é constituída por 12 traços patológicos.

O CAQ II avalia 12 traços patológicos e está organizado em 12 escalas, sendo elas, a Hipocondria (D1); a Depressão Suicida (D2); a Agitação (D3); a Depressão ansiosa (D4); A Depressão Baixa Energia (D5); a Culpabilidade-Ressentimento (D6); a Apatia- Retirada (D7); a Paranóia (Pa); Desvio Psicopático (Pp); a Esquizofrenia (Sc); a Psicastenia e; o Desajuste Psicológico (Ps).

Para além das escalas primárias obtidas directamente a partir da folha de respostas, é possível obter pontuações secundárias, considerando os resultados das escalas primárias. Os factores de segunda ordem não proporcionam qualquer informação nova sobre o sujeito que não esteja já contida nas escalas primárias. Servem, no entanto, para organizar a informação primária de uma maneira útil para a interpretação. Estes factores são: a Ansiedade; a Extroversão; a Independência; a Socialização controlada ou Superego e; a Depressão.

O CAQ II foi adaptado à população portuguesa por Alexandra Barros do Departamento de investigação da CECOC-TEA, e os toxicodependentes e os alcoólicos constituíram dois dos grupos clínicos em análise.

MCMII-III – (Inventário Clínico Multiaxial de Millon III)

O MCMII foi criado na década de 80 por Theodore Millon e é um instrumento consolidado tanto pelos dados da teoria como pelos dados da investigação, o que conduz ao reforço das suas características psicométricas e aumenta a sua utilidade como instrumento clínico de avaliação. Este inventário está também organizado de acordo com as perturbações descritas no DSM-IV (Associação Psiquiátrica Americana).

É composto por 24 escalas clínicas e 4 escalas para validação dos dados, sendo as escalas de validação de dados compostas por: Índice de Sinceridade (X); Índice de Desejabilidade social (Y); Índice de Alteração (Z) e; Índice de Validade (V).

As 24 escalas básicas estão divididas em 11 escalas básicas de personalidade (1 – Esquizóide; 2A – Evitativa; 2B – Depressiva; 3 – Dependente; 4 – Histriónica; 5 – Narcisista; 6A – Antisocial; 6B – Agressivo-sádica; 7 – Compulsiva; 8A – Negativista (passivo-agressiva) e; 8B – Auto Destrutiva); 3 escalas de patologia grave da personalidade (S – Personalidade Esquizotípica; C – Personalidade Limite ou Borderline e; P – Personalidade paranóide); 7 escalas de sintomas clínicos moderados (A – Perturbação de Ansiedade; H – Perturbação Histeriforme, tipo somatoforme; N – Perturbação Bipolar; D – Perturbação Distímica ou Neurose Depressiva; B- Dependência do Álcool; T – Dependência de Substâncias e; R – Perturbação de Stress Pós-Traumático) e; 3 escalas de sintomas clínicos graves (SS – Perturbação do Pensamento ou Pensamento Psicótico; CC – Depressão Major e; PP – Perturbação Delirante).

De acordo com Millon e Millon (2007), o MCMII – III converteu-se num instrumento muito popular na avaliação dos pacientes consumidores de substâncias. Sendo que para além do potencial diagnóstico da sua escala específica que identifica a presença de abuso de substâncias, o MCMII-III, elabora um perfil de personalidade que leva a uma melhor compreensão da dependência do álcool ou das drogas.

RORSCHACH

O teste de Rorschach, tal como o próprio nome indica foi criado em 1918 por Herman Rorschach, tendo sido publicado em 1921.

Na UDA utiliza-se o sistema integrativo do Rorschach de John E. Exner Jr. (Escola Americana) desenvolvido a partir da década de 50, na medida em que, de acordo com Rodrigues, Almeida e Gomes (2000), a natureza do Rorschach está associada à sua operatividade e capacidade de fornecer informação acerca dos indivíduos. O SIR conceptualiza o Rorschach como uma tarefa perceptivo-cognitiva, em que se manifestam processos de tomada de decisão e de resolução de problemas reveladores das estratégias de confronto e da organização psicológica do sujeito.

Através do SIR, analisamos 7 domínios da organização de personalidade e funcionamento emocional do sujeito: Controlo e Tolerância ao Stress; Aspectos Afectivos; Percepção de Si; Percepção e Relacionamento Interpessoal; Processamento de Informação; Mediação Cognitiva e; Ideação.

A escolha pela aplicação do SIR na UDA, deveu-se, sobretudo, à população em questão, toxicodependentes e ao objectivo final da avaliação psicológica em internamento que passa pela devolução dos resultados ao utente de forma a consciencializá-lo do sobre a seu funcionamento e assim dar início ao processo de mudança. O SIR operacionaliza o as manchas de Rorschach de forma mais simples e possibilita uma maior entendimento por parte de quem recebe os resultados.

Contudo, a o sistema francês acaba por se tornar, quase sempre uma mais-valia para o psicólogo clínico que faz a análise, por exemplo, das suas verbalizações e tempos de latência. Pelo sistema Francês é possível avaliar os mecanismos de defesa preponderantes e associá-los à estrutura básica de personalidade do utente, assim como, através da representação simbólica de cada mancha pode ter acesso a temáticas variadas, tais como, os imagos parentais, atitudes face ao papel sexual, confronto com a autoridade, conflito, entre outros, temáticas estas não analisáveis no SIR.

CCQ - (Cocaine Craving Questionnaire)

O CCQ foi criado por Tiffany, Singleton, Haertzen e Henningfield e avalia o craving para a cocaína num momento temporal concreto. Não define pontes de corte, quanto maior a

pontuação obtida através da soma dos 45 itens divididos em 7 possibilidades de resposta, maior a intensidade do craving para a cocaína.

Optou-se pela utilização deste instrumento na UDA, porque cada vez mais, temos consumidores exclusivos de cocaína, droga esta com características diferentes ao nível da dependência que provoca, estando mais associada a maiores níveis de ansiedade e, consequentemente, impulsividade.

HISTÓRIA DE VIDA

Com intuito final levar o dependente a reflectir sobre o seu percurso até chegar a esta etapa do tratamento da sua dependência que, em princípio, terá sido fomentada pelo seu desejo de mudança, os dois psicólogos clínicos da UDA elaboraram uma História de Vida, a ser preenchida pelos utentes que é composta por vários temas, tais como, “A minha família...”; “A minha Infância...”; “Eu e a escola...”; “A minha adolescência...”; “Eu e o trabalho...”; “Eu e a minha sexualidade...”, entre outros.

Segundo Legrand (1993) a reflexão sobre a história de vida e um trabalho específico sobre o passado poderá desencadear mudanças no indivíduo. Desta forma, e tendo em conta que em primeira e em última instância, o objectivo é que consumidor de substâncias inicie um processo de mudança consistente, a elaboração da história de vida associada a uma reflexão sobre o seu passado, futuro e presente pode tornar-se um elemento fundamental.

III – Metodologia e Procedimentos

O Psicólogo clínico na Unidade de Desabilitação, e as funções especificamente desenvolvidas pela autora, intervém em todas as fases consideradas no período de internamento dos utentes.

Assim, aquando da admissão do utente na Unidade e após uma primeira avaliação médica, o utente é encaminhado para o Psicólogo clínico, onde se procede à realização da entrevista clínica, momento preponderante no processo de avaliação psicológica.

Após a entrevista, aplicam-se os instrumentos de avaliação psicológica, na seguinte ordem:

- MMS – (Mini Mental State) - Tendo em conta os efeitos das substâncias psicotrópicas no cérebro, torna-se sobremaneira importante a utilização de um teste que avalie o estado cognitivo geral do indivíduo.

- O SOCRATES 8D (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale), que avalia motivação para o tratamento.

- O SCL-90- R (Symptom Checklist – 90 – Revised) para uma avaliação de sintomas de desajustamento emocional.

Quando necessário e em função da sintomatologia apresentada pelo utente, tendo em conta as suas características individuais e as características da sua dependência, em caso dúvida ou para despiste de eventual psicopatologia, recorre-se a outros instrumentos de avaliação psicológica, tais como:

- NEO PI – R (NEO Personality Inventory Revised), com o fim de avaliar a estrutura, organização de personalidade, funcionamento e a relação com o meio envolvente;

- MCMI-III (Inventário Clínico Multiaxial de Millon – 3ª edição), com o objectivo de avaliar a estrutura de personalidade e as diferentes formas de psicopatologia, assim como os seus sintomas, sendo que este instrumento possui escalas específicas para a dependência de substâncias;

- CAQ (Questionário de Análise Clínica) que permite medir traços de personalidade psicopatológicos e obter um perfil completo e multidimensional do sujeito e;

- RORSCHACH, que avalia a organização de personalidade e funcionamento emocional do sujeito e se trata um instrumento bastante útil, na medida em que fornece um leque muito amplo de informações em diferentes domínios, tais como, a estrutura, organização, funcionamento, sentidos, processos e psicopatologia.

Por último, para uma avaliação específica na área das dependências, destaca-se:

- Escala de Avaliação da Severidade da Dependência (ASI);
- O Questionário de Craving de Cocaína (Cocaine Craving Questionnaire,CCQ);

No final da consulta de admissão efectuada pelo psicólogo clínico, é entregue ao utente um guião para orientar a elaboração da História de Vida. O intuito desta tarefa é a de estimular o toxicodependente a reflectir sobre o seu percurso de vida . A História de Vida é propriedade do utente e no final do internamento deverá levá-la consigo.

O último momento de intervenção do psicólogo clínico na UDA, passa pela consulta de alta, onde são devolvidos os resultados obtidos na avaliação psicológica, é feita uma reflexão sobre percurso do utente no internamento, são desmistificadas algumas crenças e expectativas relacionadas com a paragem dos consumos, e o utente é incentivado a investir num processo terapêutico que tenha em conta as suas dificuldades e as suas competências.

É ainda de referir, que para cada utente avaliado é elaborado um relatório de avaliação psicológica que depois é encaminhado para o seu terapeuta de referência, que o segue em ambulatório.

Para além disso, durante o período de internamento, o psicólogo é solicitado a colaborar na resolução de situações de crise, que podemos tipificar em três grandes grupos: 1) crises de sofrimento individual motivados por desejo de abandono, recordações de conflitos que ficaram por resolver no exterior e angústias relacionadas com a estadia no internamento e posterior saída; 2) conflitos entre utentes e; 3) conflitos entre utentes e os profissionais da UDA.

IV – Descrição das Actividades Desenvolvidas e Resultados Obtidos

De 3 de Dezembro de 2007 a 10 de Dezembro de 2008 a UDA recebeu 374 utentes. Desses 374 utentes, 274 cumpriram o tempo de internamento previamente definido, 24 foram alvo de alta disciplinar devido a incorrecções e incumprimento de normas, 74 tiveram alta por pedido do próprio e um foi transferido para outra unidade.

Tabela 1 – Faixas Etárias dos Utes Internados na UDA

Faixas Etárias	- 20 de anos	20 – 30 anos	30 – 40 anos	40 – 50 anos	50 – 60 anos
% de utentes	1%	30%	50%	15%	4%

Os utentes da UDA com idades compreendidas entre os 15 e os 61 anos, situam-se maioritariamente na faixa etária entre os 30 e 40 anos (50%). A faixa etária compreendida entre os 40 e os 50 anos representa 30%, 15% situam-se entre os 40 e os 50 anos, 4% entre os 50 e os 60 anos e 1% tinham menos de 20 anos.

Tabela 2 – Habilitações Literárias dos Utes Internados na UDA

Habilitações Literárias	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário	Curso Técnico	Licenciatura
% de utentes	13,5%	23%	40%	19%	2%	2,5%

Da totalidade dos utentes, ao nível das habilitações literárias, 40% tinham o 3º Ciclo completo, 23% o 2º ciclo, 19% o ensino secundário, 13,5% o 1º ciclo, 2,5% possuíam uma licenciatura e 2% tinham um curso técnico.

Tabela 3 – Situação Laboral dos Utentes Internados na UDA

Situação Laboral	Desempregados ou à Procura de Emprego	Empregados	Inactivos Economicamente	A frequentar Curso de Formação	Outra Situação
% de utentes	57,5%	34%	5%	1%	0,5%

No que se refere à situação laboral, 57,5% encontravam-se desempregados ou à procura de emprego, 34% encontravam-se empregados, 5% inactivos economicamente, 2% eram estudantes, 1% estavam a frequentar um curso de formação profissional remunerado e 0,5 % encontravam-se noutra situação.

Tabela 4 – Estado Civil dos Utentes Internados na UDA

Estado Civil	Solteiros	Casados	União de Facto	Divorciados	Separados	Viúvos
% de utentes	52%	9%	19%	9%	8%	1%

No que respeita ao estado civil 52% eram solteiros, 19% viviam em união de facto, 11% eram casados, 9% eram divorciados, 8% separados e 1% viúvos.

Relativamente ao motivo do internamento na UDA, 96% foram devidos ao consumo problemático de substâncias e 4% para terminar programa de substituição. Dos 96% internados por dependência de substâncias, 36% dos quais foram devidos também a paragem ou ajuste no programa de substituição e 2% devido a consumo problemático de substâncias e patologia psiquiátrica.

Ao nível das drogas consumidas, a situação de policonsumos (heroína, cocaína, álcool, benzodiazepinas, etc) é dominante, sendo a combinação de cocaína e heroína a mais frequente, dos 47% em situação de policonsumos, 24% tinham este tipo de consumos. De seguida, 32% eram consumidores exclusivos de heroína, 18% de álcool e 3% de cocaína

Da totalidade dos 374 utentes que ingressaram na UDA, foram acolhidos na consulta de admissão em Psicologia Clínica, 284 foram avaliados psicologicamente, com os instrumentos padrão definidos (Mini-Mental-State; SOCRATES 8D e SCL-90-R) e a 273 foram devolvidos os resultados da avaliação psicológica e o relatório na consulta de alta.

Relativamente aos outros instrumentos de avaliação psicológica utilizados na UDA, o MCMI-III foi aplicado a 20% dos utentes, o NEO-PI-R a 5% dos utentes e Teste de Rorschach – Sistema Integrativo de Exner a 15% dos utentes.

A utilização dos instrumentos de avaliação psicológica conduziu à elaboração de vários trabalhos de investigação, ainda a decorrer, nomeadamente com o SCL-90-R sob a designação “Psicopatologia que prevalência?” e com a SOCRATES 8D, para avaliar se existem diferenças na motivação para o tratamento em função dos estádios de mudança definidos pelo modelo transteórico. Os resultados intercalares obtidos serão descritos no nosso trabalho.

De entre os outros testes aplicados, nomeadamente o teste de Rorschach, descrever-se-ão apenas alguns resultados, tendo em conta que este estudo ainda se encontra em elaboração.

Em relação ao CAQ e CCQ, ainda não é possível apresentar conclusões preliminares porque só recentemente começaram a ser utilizados na UDA.

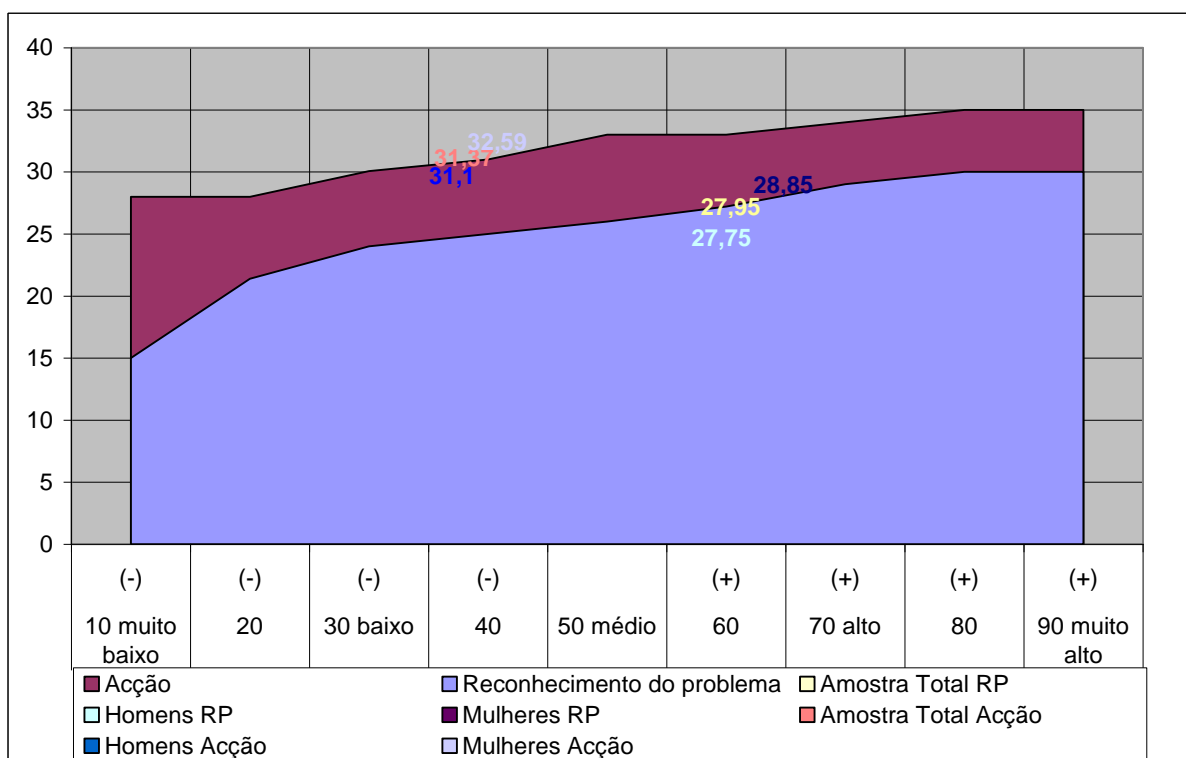
SOCRATES 8D

Relativamente ao estudo a decorrer com o SOCRATES 8D que pretende avaliar a motivação para o tratamento em função dos estádios de mudança definidos pelo modelo

transteórico. Da estatística descritiva, apurámos que de entre uma amostra de 144 utentes, 117 são do sexo masculino e 27 do sexo feminino.

É de referir que de entre os 3 factores medidos pela SOCRATES 8D, Reconhecimento do Problema, Acção e Ambivalência, se optou por não analisar o último, porque a formulação dos itens é ambígua e dificulta a interpretação de acordo com o modelo de referência.

PERFIL – SOCRATES 8D



Na amostra total de 144 sujeitos, ao nível do Reconhecimento do Problema (RP), um dos factores definidos pela SOCRATES 8D, constata-se uma média de 27,95 ($DP=2,92$), o que os situa no percentil 60. No que se refere ao factor acção, verifica-se uma média de 31,37 ($DP=3,07$), ou seja, os participantes encontram-se no percentil 40 relativamente a este factor. Assim, de acordo com o modelo transteórico, os utentes da UDA encontram-se no estágio contemplativo, ou seja, reconhecem o problema mas não actuam no sentido de mudar.

Dos 117 sujeitos do sexo masculino, ao nível do Reconhecimento do problema, apresentam uma Média de 27,75 ($DP=3,10$), o que os situa no percentil 60. Na acção a média

é de 31,10 ($DP=3,17$), equivalentes ao percentil 40, o que nos remete, mais uma vez, para o estágio de mudança contemplativo.

Os 27 sujeitos do sexo feminino, no que se refere ao Reconhecimento do problema apresentam uma média de 28,85 ($DP=1,70$). Na acção uma média de 32,59 ($DP=2,29$), situando-se assim no percentil 65 no Reconhecimento do Problema e no percentil 45 na acção, ou seja, reconhecem problema e poderão estar agora a iniciar o processo de mobilização para mudança.

Dos resultados obtidos, pode-se concluir, de uma forma geral, que a amostra estudada reconhece a sua problemática ligada à dependência de substâncias mas não se implica na mudança de forma consistente.

Relativamente às diferenças entre sexos os resultados são semelhantes mas denota-se uma maior predisposição, ainda que ligeira, por parte das mulheres para se mobilizarem para a mudança no que respeita ao consumo de drogas.

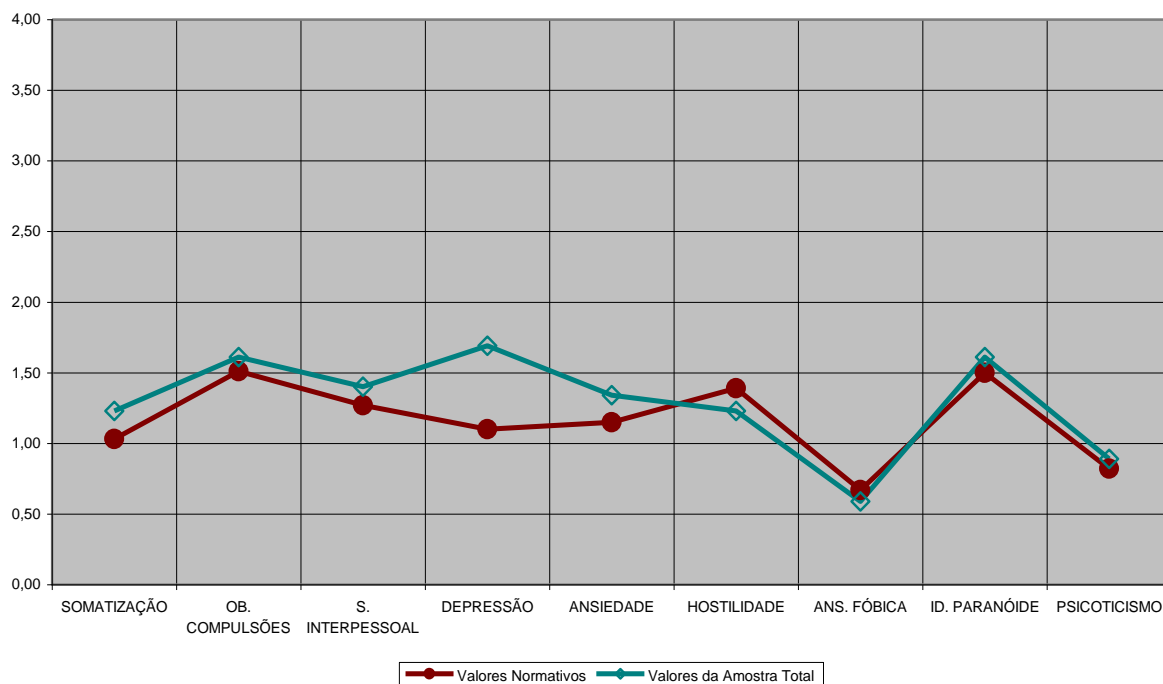
Na investigação em referência estão a ser analisadas outras variáveis para além do sexo, nomeadamente, as habilitações literárias, tipo de drogas consumidas, situação laboral e tipo de alta. Optou-se por não as descrever por não existirem ainda conclusões definitivas.

SCL-90-R

Relativamente ao SCL-90-R e à investigação em curso que procura chegar a conclusões acerca da prevalência de Psicopatologia nos utentes internados na UDA, dos resultados preliminares de uma amostra de 242 utentes, sendo 199 do sexo masculino e 43 do sexo feminino, apurou-se de entre as 9 escalas de ajustamento emocional contempladas no teste o seguinte: na escala da Somatização uma média de 1,23 ($DP=0,77$); na escala das Obsessões – Compulsões uma média de 1,61 ($DP=0,68$); na escala da Sensibilidade Interpessoal uma média de 1,40 ($DP=0,73$); na escala da Depressão uma média de 1,69 ($DP=0,75$); na Escala da Ansiedade uma média de 1,34 ($DP=0,77$); na escala da Hostilidade uma média de 1,23 ($DP=0,82$); na escala da Ansiedade Fóbica uma média de 0,59 ($DP=0,63$);

na escala da Ideação Paranoide uma média de 1,61 ($DP=0,75$) e; na escala do Psicoticismo uma média de 0,89 ($DP=0,57$).

PERFIL SINTOMATOLÓGICO DO SCL-90R – AMOSTRA TOTAL

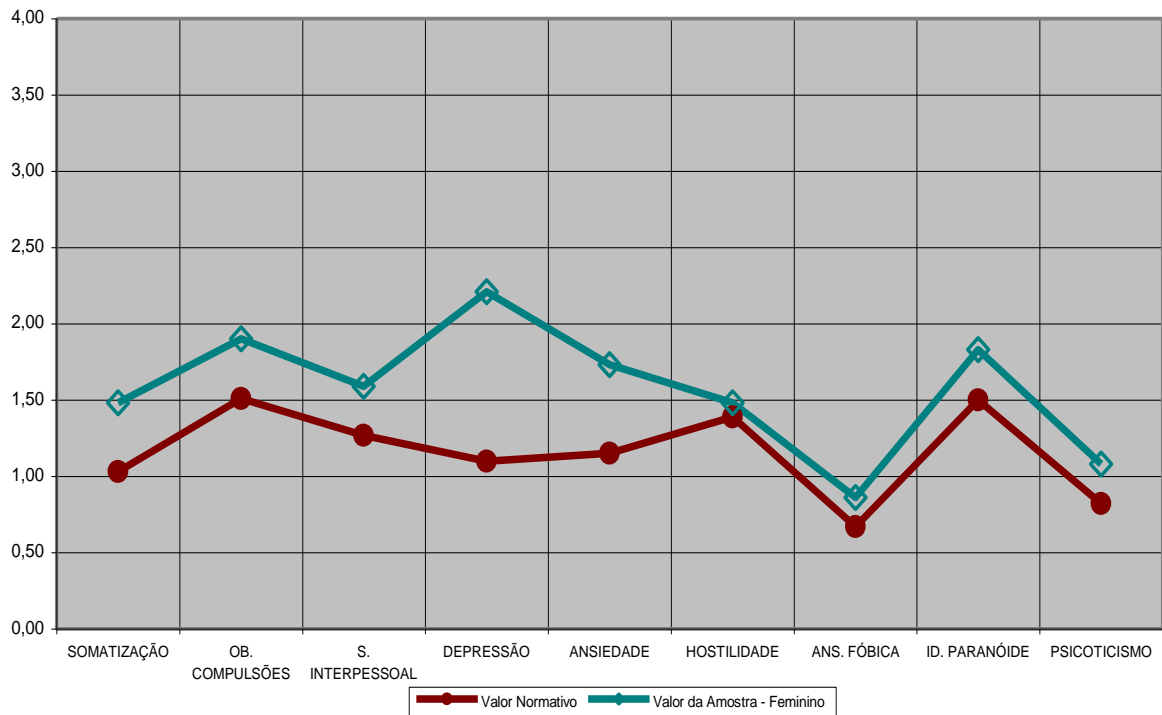


De acordo com estes resultados, encontramos um perfil em que a Somatização se encontra ligeiramente acima da média, assim como as obsessões-compulsões e a Sensibilidade Interpessoal. Ao nível da Depressão os valores são elevados. A Ansiedade também se encontra ligeiramente acima da média, assim como, a Ideação Paranoide e o Psicoticismo. A Ansiedade Fóbica e a Hostilidade não ultrapassam os valores normativos.

Na população feminina de 28 sujeitos, apurou-se de entre as 9 escalas de ajustamento emocional contempladas no teste o seguinte: na escala da Somatização uma média de 1,48 ($DP=0,97$); na escala das Obsessões – Compulsões uma média de 1,90 ($DP=0,78$); na escala da Sensibilidade Interpessoal uma média de 1,59 ($DP=0,91$); na escala da Depressão uma média de 2,21 ($DP=0,74$); na Escala da Ansiedade uma média de 1,73 ($DP=0,88$); na escala da Hostilidade uma média de 1,48 ($DP=0,92$); na escala da Ansiedade Fóbica uma média de 0,86

($DP=0,88$); na escala da Ideação Paranoide uma média de 1,83 ($DP=0,82$) e; na escala do Psicoticismo uma média de 1,08 ($DP=0,56$).

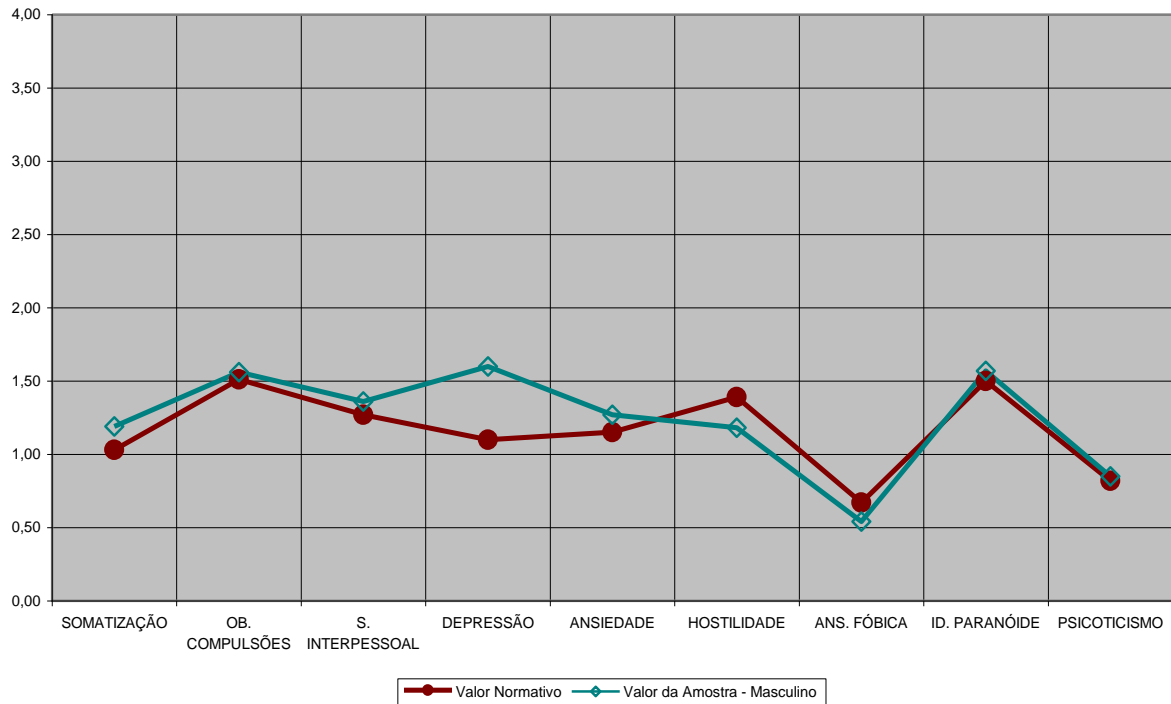
PERFIL SINTOMATOLÓGICO DO SCL-90R - SEXO FEMININO



De acordo com estes resultados, encontramos um perfil para a população feminina em que quase todos os domínios se encontram acima dos valores normativos, dando especial destaque à dimensão da Depressão que apresenta valores bastante elevados.

Na população masculina, apurou-se de entre as 9 escalas de ajustamento emocional contempladas no teste o seguinte: na escala da Somatização uma média de 1,19 e um ($DP=0,73$); na escala das Obsessões – Compulsões uma média de 1,56 ($DP=0,64$); na escala da Sensibilidade Interpessoal uma média de 1,36 ($DP=0,69$); na escala da Depressão uma média de 1,60 ($DP=0,62$); na Escala da Ansiedade uma média de 1,27 ($DP=0,63$); na escala da Hostilidade uma média de 1,18 ($DP=0,80$); na escala da Ansiedade Fóbica uma média de 0,54 ($DP=0,56$); na escala da Ideação Paranoide uma média de 1,57 ($DP=0,74$) e; na escala do Psicoticismo uma Média de 0,85 e um ($DP=0,56$).

PERFIL SINTOMATOLÓGICO DO SCL-90R - SEXO MASCULINO



De acordo com estes resultados, encontramos um perfil em que a Somatização se encontra ligeiramente acima da média, assim como a Ansiedade. Ao nível da Depressão os valores encontram-se acima da média. Os restantes domínios encontram-se na média.

Se considerarmos os resultados descritivos apresentados podemos afirmar que existem diferenças entre homens e mulheres apresentando as últimas sintomas muito mais acentuados que os primeiros. Porém surge um denominador comum, a Depressão que embora seja mais significativa nas mulheres, também se manifesta nos homens.

Tal como na investigação com a SOCRATES 8D estão a ser analisadas outras variáveis para além do sexo, nomeadamente, as habilitações literárias, tipo de drogas consumidas, situação laboral e tipo de alta. Da mesma forma, optou-se por não as descrever dado que não existirem ainda conclusões definitivas.

RORSCHACH - EXNER

No que respeita à investigação com o teste de Rorschach segundo o sistema integrativo de Exner que tem como objecto de estudo a personalidade e funcionamento emocional do dependente, consumidor de substâncias, dos resultados obtidos na avaliação psicológica efectuada a 15% dos utentes da UDA, verifica-se as seguintes características:

No que se refere ao Processamento de Informação, tendo em conta a forma como o sujeito incorpora a informação proveniente do exterior, esta população tende a simplificar excessivamente as suas percepções, percebidas como complexas ou ambíguas, evitando assim, processar a emoção e deixar-se invadir pelos afectos. Este estilo de lidar com as situações reflecte uma forma de economia psicológica mas também pode indicar a presença de problemas ao nível do processamento de informação e, como tal, pode criar um potencial para uma elevada frequência de comportamentos que não coincidem com as expectativas e exigências sociais, pois, devido a esta simplificação o sujeito acaba por perder informação importante.

Ao nível da Mediação Cognitiva que se refere às actividades de tradução ou identificação da informação que foi admitida, verifica-se que primam por uma mediação pouco convencional resultante de traduções personalizadas ou muito centradas no próprio indivíduo.

Na dimensão da Ideação que está associada às actividades de conceptualização da informação que foi admitida e traduzida, constata-se que a maioria dos sujeitos da amostra apresenta um estilo ambiguo, ou seja, o sujeito não tem um estilo definido de resposta básica e, por isso, indiscriminadamente, processará o afecto ou poderá fazer recurso ao pensamento, sendo muito menos previsível no seu comportamento, o que poderá reflectir uma maior vulnerabilidade perante determinadas dificuldades, principalmente, ao nível do confronto, sendo provável que as emoções interfiram de forma inconsistente no pensamento, na resolução de problemas e na tomada de decisões, sendo esta inconsistência ao nível do papel das emoções que torna o sujeito mais vulnerável aos seus efeitos, minimizando a sua eficácia.

No que respeita aos Aspectos Afectivos, denota-se que a organização de personalidade destes sujeitos apresenta uma maior vulnerabilidade para estados depressivos ou sofrer alterações dos estados de ânimo.

Ao nível da Percepção de Si, verifica-se que o sentimento de valor pessoal destes sujeitos tende a ser negativo, apresentando assim uma auto-estima baixa.

No que concerne à Percepção e Relacionamento Interpessoal, esta população evidencia pouca maturidade ao nível social, tornando-se propensa a experimentar dificuldades quando interage com o ambiente que a rodeia, estendendo-se essas dificuldades à esfera interpessoal.

Por último, ao nível do Controlo e Tolerância ao Stress, verifica-se que como a organização de personalidade destes sujeitos prima por imaturidade, isto acaba por criar uma maior vulnerabilidade para problemas ao lidar com as situações, pois as suas vivências de fracasso são mais intensas do que o habitual, provocando comportamentos muito semelhantes aos que se manifestam em situações de sobrecarga. Tais dificuldades manifestam-se a vários níveis, tais como, ao nível interpessoal, ao nível do controlo, ou ao nível de qualquer situação complexa ou geradora de mal-estar.

É de salientar que embora existam formas de funcionamento concordantes entre os dependentes de substâncias, não é possível de todo chegar a um organização de personalidade que seja comum a todos eles, parecendo existir, mesmo da pequena amostra tida em conta para este trabalho, várias estruturas de personalidade subjacentes ao fenómeno das dependências, nomeadamente, anti-social, border-line, depressiva, entre outras.

MINI-MENTAL-STATE

Os consumidores de substâncias avaliados, não apresentam compromisso ao nível das funções cognitivas “medidas” pelo teste.

MCMII-III

Relativamente ao MCMII-III, uma vez que a análise dos dados deste teste requer recursos extra, não foi possível até à data de realização deste trabalho, manejar os dados recolhidos.

V – Discussão Crítica da Metodologia e dos Resultados Encontrados

Os objectivos que sustentam a actuação do Psicólogo Clínico na UDA, tal como já foi referido anteriormente, são a promoção da mudança no consumidor de substâncias. Essa mudança refere-se à dependência de substâncias e também às características psicológicas do sujeito e do meio envolvente que contribuem para a manutenção dos consumos.

De acordo com Tavares (2006), estes indivíduos têm uma grande dificuldade em fazer mudanças básicas na sua vida. Essa dificuldade em mudar é frequentemente sustentada em crenças erróneas ou distorcidas sobre si próprio e que bloqueiam a mudança.

Na UDA, o toxicodependente é estimulado a reflectir sobre o seu passado (dependente de uma ou várias substâncias), o seu presente (período de desintoxicação) e o futuro, promovendo um processo terapêutico, após desintoxicação, que previna uma eventual recaída.

Para Soares (2001), a dificuldade e o desafio dos terapeutas é que perdido grande parte do impacto negativo do consumo as pessoas mantenham a noção de que é necessário um trabalho de organização interna de forma a criar mais recursos para viver sem droga.

Segundo Morel et. al (1998), deve desenvolver-se um prelúdio ao tratamento que crie uma abertura para a mudança e que prepare o terreno para o trabalho terapêutico posterior.

Para tal, o psicólogo clínico na UDA, apoia-se nos resultados da avaliação psicológica efectuada. É nesse sentido que de acordo com Janeiro (2007), o senso clínico obriga a que os resultados da avaliação orientem a intervenção.

Segundo Ferreira (2004), uma avaliação psicológica cuidadosa no que se refere a aspectos como o psicodiagnóstico, a motivação para o tratamento (incluindo se o paciente reconhece a origem psicológica do seu problema e se existe motivação para efectuar mudanças e não apenas para o alívio dos sintomas), a história dos consumos, o grau de severidade dos mesmos, capacidade de insight, ambiente familiar e social, permitirá uma proposta de intervenção terapêutica mais específica e fundamentada em critérios clínicos.

Tendo em conta os resultados da avaliação psicológica, é ainda importante referir que as estratégias e os objectivos terapêuticos devem ser adaptados à fase de motivação para a mudança em que o toxicodependente se encontra.

Neste sentido, Soares (2001), refere que no estágio de pré-contemplanção os indivíduos devem ser ajudados a desenvolver a consciência dos seus problemas; no estágio de contemplanção são extremamente abertos a intervenções que aumentem a consciência mas resistentes às intervenções orientadas para a acção; no estágio da acção precisam de ajuda prática, assim como, encorajamento e apoio.

Os trabalhos de investigação, ao nível da Psicologia Clínica, com os instrumentos utilizados para a avaliação psicológica dos utentes internados na UDA, permitem-nos descrever a personalidade, sintomatologia e a motivação para o tratamento.

No que concerne ao SOCRATES 8D, não tivemos acesso a estudos com os quais fosse possível comparar os resultados obtidos, em grande parte, devido ao facto de este ter sido recentemente adaptado à população portuguesa muito recentemente, no ano de 2007.

De qualquer forma, dos resultados do nosso estudo, apurámos que estes indivíduos se encontram no estágio contemplativo, ou seja, reconhecem o problema mas têm dificuldades em mobilizar-se para a mudança no que respeita consumo de substâncias.

No que se refere ao SCL-90-R, são várias as investigações que corroboram os nossos resultados, entre elas, destaca-se o estudo longitudinal de pacientes em programa de terapia de substituição opiácea com metadona elaborado Melo (2008). Nesse estudo, o SCL-90-R foi utilizado com o objectivo de caracterizar a sintomatologia psicopatológica dos participantes da amostra. Verificou-se que um dos três perfis sintomáticos encontrados apresentava pontuações mais elevadas em todas as escalas, com valores mais elevados nas escalas da Somatização, Obsessões-Compulsões, Ansiedade e, sobretudo, Depressão.

Num outro estudo realizado em Espanha por Haro et. al (2004), procurou-se avaliar qual o papel das perturbações de personalidade dos toxicod dependentes internados em Unidade de desabilitação, Neste estudo, a pontuação mais elevada no SCL-90-R foi observada na dimensão Depressão, tal como em estudos anteriores

No estudo de Godinho (2007) que teve como objectivo caracterizar uma população toxicodependente sem abrigo, do ponto de vista psicossocial e psicopatológico e verificar a possível existência de diferenças em relação a uma população toxicodependente domiciliada, verificou-se que em ambas as amostras todos os itens do SCL-90-R apresentaram, em termos de média, valores superiores aos encontrados na população portuguesa normativa.

No que se refere ao Rorschach, constata-se que os resultados preliminares obtidos são condicentes com os encontrados por Silva e Bacelar-Nicolau em 2003, num estudo onde se analisou um conjunto de protocolos de Rorschach de um grupo de 51 indivíduos dependentes de heroína e onde se pretendeu identificar diferentes padrões de características de resposta, verificou-se ao nível do procesamento de informação, que 50% dos indivíduos apresentavam um estilo económico, não atento aos pormenores e que despendiam pouco esforço intelectual ou afectivo neste tipo de operação. No que se refere à mediação, constatou-se que as respostas reveladoras de desajustamento ou de distorção perceptiva foram mais frequentes do que o indicado pelos dados normativos. No que respeita à Ideação, verificou-se a presença de um estilo dominante de confrontação que se caracterizava pela inconsistência. Ao nível dos Aspectos Afectivos, verificou-se que uma percentagem significativa dos sujeitos, passavam por vivências de tipo depressivo e deixavam transparecer alguma labilidade afectiva. No que se refere à percepção de si, verificou-se, predominantemente, que o interesse destes indivíduos por eles próprios afigurava-se baixo, tendo em conta os resultados normativos da população adulta portuguesa. Relativamente à Percepção e Relacionamento Interpessoal, 48% dos sujeitos da amostra apresentavam dificuldades de confrontação em situações sociais, demonstrando falta de habilidade ao nível social. Por último, ao nível do Controlo e Tolerância ao Stress, verificou-se a predominância de um estilo económico e evitante que não favorece nem o controlo nem a tolerância ao stress posta à prova nas contrariedades do dia-a-dia.

Os resultados obtidos através do conjunto de testes aplicados, no que se refere à estrutura de personalidade, motivação e sintomatologia apresentada pelos toxicodependentes, internados na UDA, reforçam a necessidade de intervir com os mesmos nas áreas onde apresentam sintomas mais acentuados, como seja, Ansiedade e Depressão e também na motivação para o tratamento. Ao nível da Estrutura de Personalidade, não é possível fazê-lo

de forma consistente e contínua devido ao pouco tempo que permanecem na UDA, desta forma, os utentes são encorajados a continuar o acompanhamento em ambulatório.

VI – Considerações Finais e Conclusão

Com a elaboração do relatório crítico da actividade profissional, agora a ser concluído, pretendeu-se, sobretudo, destacar a intervenção do Psicólogo Clínico na Unidade de Desabilitação do Algarve, tendo sido dada especial relevância à avaliação psicológica. A esse respeito, foram apresentados os procedimentos, instrumentos utilizados e resultados de 284 utentes, após um ano de funcionamento da UDA.

Em Portugal são quase inexistentes estudos sobre a população toxicodependente internada em Unidade de Desabilitação.

Os trabalhos de investigação, desenvolvidos na UDA, ainda que numa fase preliminar, são condicentes com outros estudos elaborados, noutros contextos, sobre a personalidade e funcionamento emocional do toxicodependente. Estes resultados reforçam a necessidade de intervenção psicológica nesta etapa do tratamento.

As investigações, ainda que numa fase preliminar em termos de resultados obtidos, são condicentes com grande parte dos estudos elaborados até à data sobre a personalidade e funcionamento emocional do toxicodependente.

Assim, relativamente a propostas para futuras investigações na UDA, com o fim de melhorar e adequar a intervenção terapêutica com os toxicodependentes que se caracterizam por ser uma população heterogénea, seria importante estudar, por exemplo: 1) a perturbação de personalidade enquanto factor preditor do sucesso terapêutico; 2) associação entre tipo de droga consumida e perturbações de personalidade; 3) diferença entre sexos relativamente à personalidade; 4) personalidade e severidade da dependência; diferenças entre sexos enquanto preditor de tratamento; 5) o género enquanto preditor de tratamento; 6) Avaliação longitudinal de sintomatologia (no período de internamento, 6 meses e 1 ano após o internamento; 7) por último, seria importante fazer um estudo de caracterização psicossocial dos utentes.

A intervenção Psicológica na UDA é fundamental para que o toxicodependente desenvolva um trabalho de consciencialização e reflexão sobre a sua problemática e se mobilize para efectuar mudanças nesta etapa que é decisiva para o tratamento. É de referir, no

entanto, que a desabilitação decorre num curto espaço de tempo e que a intervenção desenvolvida se circunscreve àquele breve período, que por si só se torna uma limitação. Para além disso é condição essencial para qualquer processo terapêutico que o paciente sinta o processo de mudança como necessário e por vezes, alguns toxicodependentes internados na UDA não têm consciência da necessidade imperativa de mudança e dificilmente beneficiam da intervenção terapêutica.

Para finalizar este trabalho, subscreve-se em seguida uma apreciação que define bem as questões associadas à intervenção dos profissionais de saúde no tratamento dos toxicodependentes:

“.. não há soluções mágicas no tratamento de toxicodependentes. Resta-nos, pois, aceitar os limites da nossa intervenção e manter a capacidade de discutir e desenvolver as diferentes modalidades de intervenção psicológica, procurando, na prática clínica tentar utilizar o melhor possível os diversos recursos existentes.”

(Prata, 2001)

Referências Bibliográficas

Amaro, S. & Cordeiro, S. (2001). As faces da droga: Reflexões sobre o Rorschach - Exner e a história de dois casos. *Jornal de Psicologia Clínica*, 1(4), 9-14.

American Psychiatric Association, (2002). *Mini DSM-IV-TR – Guia de referência rápida para os critérios de diagnóstico*. Lisboa: Climepsi.

Baptista, A. (1993). A Génese da Perturbação de Pânico. (Tese de Doutoramento não publicada): Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Portugal.

Bergeret, J. (1997). *A Personalidade normal e patológica*. Lisboa: Climepsi.

Dias, C.A. (1979). *O Que se mexe a parar. Estudos sobre a droga*. Porto: Afrontamento.

Carmo, P. & Parracho, D. (2002). *Manual de interpretação do Rorschach-Exner*. Vol. II. Lisboa: IPAF.

Fabião, C.(2002). Toxicodependência: Duplo Diagnóstico, Alexitimia e comportamento. Uma revisão. *Toxicodependências*, 8(2), 37-51.

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

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 12: 189-198.

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

Gómez, J.L.G. (1994). *Conductas adictivas – Teoría, evaluación Y tratamiento*. Madrid: Debate.

Haro, G.; Mateu, C.; Martínez-Raga, J.; Valderrama, J.C.; Castellano, M. & Cervera, G. (2004). The role of personality disorders on drug dependenc treatment outcomes follwing inpatient detoxification. *European Psychiatry*, 19; 187-192.

Janeiro, L. & Metelo, T.(2004). Contribuições para a descrição do perfil de personalidade dos utentes do CAT – Sotavento/Olhão. *Toxicodependências*, 10(1), 25-36.

Janeiro, L.(2007). Motivação para o tratamento: Estratégias Psicoterapêuticas no tratamento da toxicodependência. *Toxicodependências*, 13(1), 49-58.

Janeiro, L. B.; Faísca, L.M.& Miguel, M.J. L.. (2007). *SOCRATES 8D – Guia de aplicação e interpretação. Contributo para adaptação à população portuguesa*.

Krug, S. (1997). *CAQ – Questionário de análise clínica*. Madrid: TEA.

Legrand. M. (1993). *L' Approche biographique. Marseille:Hommes et Perspectives*.

Manita, C. (2002). Avaliação psicológica no domínio das toxicodependências. *Toxicodependências*, 8(13), 11-25.

Melo, M. E.(2008). Programa de manutenção de metadona do CAT de Loures. Estudo longitudinal: Alguns dados sócio-demográficos e sintomáticos. *Toxicodependências*, 14(3), 3-16.

Mendes Leal, M. R. (s/d). *Os que se drogam e os que não se drogam*. Manuscrito não publicado.

Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.

Millon, T. & Millon R. (2007). *MCMIII – Inventário clínico ,multiaxial de Millon III – Manual*. Madrid: TEA.

Morel, A.; Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicod dependente*. Lisboa: Climepsi.

Negreiros, J. (2006). *Intervenções motivacionais na toxicod dependência: teoria e prática* in A. C. Fonseca, M. R. Simões, M.C. Simões & M.S. Pinho. (Eds). *Psicologia Forense*. (pp. 521- 557). Coimbra: Almedina

Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroínod dependentes*. Lisboa: Universitária Editora.

Olivenstein, C.; Valleuer, M.; Mege, J.Y.; Geraud, B.; Angel, S.; P. Angel & Perpére, A. (1989). *A clínica do toxicómano: A falta da falta*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Patrício, L. (1997). *Face à droga como (Re)Agir?*. Lisboa. Manuscrito não publicado.

Pereira, A. (2008). *Regulamento interno. Normas e procedimentos da UDA*. Manuscrito não publicado.

Pérez, E.J.P.; Hermida, J.R.F.; Fernández, L.C.; González, M.P.B.; Villa, R.S.; Gradolí, V.T. (2007). *Guia clínica de intevención psicológica em adicciones*. Barcelona: Socidro galcohol.

Piedmont R. (1998). *The revised neo personality inventory. Clinical and research applications*. New York and London: Plenum Press.

Pires, S. (2004). Contributo para uma análise psicodinâmica do comportamento social em relação às toxicodependências. *Toxicodependências*, 10(2), 51-64.

Portilla, M.; Fernández, M.; Marínez, P. García, M. & Garcia, J. (2005). *Evaluación de la impulsividad*. Barcelona: Ars Médica.

Prata, I.(2001). Intervenções Psicológicas nas Toxicodependências: algumas questões. *Toxicodependências*, 6(2), 47-53.

Rodrigues, C.; Almeida; C. e Gomes, V. (2000). *Sistema Interpretativo do Rorschach de John Exner. – Manual de Aplicação, Codificação e Elaboração do Sumário estrutural*. Vol I. Lisboa: IPAF.

Rosa, A. (1998). *Toxicodependência – Manter a abstinência ... prevenir a recaída*. Coimbra. Manuscrito não publicado.

Silva, D. & Bacelar-Nicolau, H. (2003). Um Padrão ou vários padrões de características de resposta ao Rorschach num grupo de dependentes de heroína? *Toxicodependência*, 9(1), 47-64.

Soares, A.(2001). Uma Proposta Integrativa na Terapia Cognitiva da Toxicodependência. *Toxicodependências*, 7(2), 29-49.

Tavares, A.(2006). Do Acompanhamento Psicoterapêutico à Psicoterapia. Uma Abordagem à Toxicodependência. *Toxicodependências*, 12(2), 61-69.

Tavares, M. & Col. (2002). Drogas de abuso – O Discurso da biologia. *Toxicodependências*, 3 (3), 3-13.

Thornton, C.; Gottheil, E.; Weinstein, S. & Kerachsky, R. (1997). Patient – Treatment Matching in Substance Abuse – Drug Addiction Severity. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 15 (6), 505-511.

Torrado, M. & Quakinin, S. (2008). Identidade e toxicodependência no masculino. Relação paterna, auto-conceito e identidade de gênero. *Toxicodependências*, 14(1), 57-72.

Weegman, M. & Cohen, R. (2003). *The psychodynamics of addiction*. London and Philadelphia: Whurr.