

## AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE NO CAT DE CASTELO BRANCO – PERFIL OBTIDO A PARTIR DO *MINI-MULT* QUESTIONÁRIO APLICADO AOS UTENTES EM PROGRAMA DE METADONA

SÍLVIA FELIZARDO

**RESUMO:** O objectivo deste estudo é a descrição das características da personalidade dos utentes em tratamento de substituição opiácea com Metadona no Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) de Castelo Branco, utilizando o Mini-Mult Questionário. Constituiu-se uma amostra de 42 indivíduos, correspondendo a 50% desta população. Fez-se também uma caracterização sociodemográfica e de consumos, de doenças infecto-contagiosas e de intervenções terapêuticas. Verificou-se que a maioria destes utentes apresentam personalidades patológicas ou limítrofes. São sugeridas algumas estratégias de intervenção nesta população, tendo em conta as características observadas e é realçada a importância da avaliação psicológica na intervenção psicoterapêutica.

**Palavras-chave:** Personalidade; *Mini-Mult*; Toxicodependente; Avaliação Psicológica; Metadona.

**RÉSUMÉ:** L'objectif de cette étude c'est la description des caractéristiques de la personnalité des patients en traitement de substitution opiacé avec méthadone au Centre de Soins pour les Toxicomanes (CAT) Castelo Branco, avec utilisation du *Mini-Mult* Questionnaire. On a fabriqué un échantillon de 42 individus, correspondant à 50% de la population. On a réalisé aussi la description socio-démographique et de consommation, des maladies infectieuses et contagieuses et d'interventions thérapeutiques. On a vérifié que ces patients manifestent personnalités pathologiques ou *borderline*. Quelques stratégies thérapeutiques sont proposées à cette population et l'importance de l'évaluation psychologique se révèle, surtout dans l'intervention psychothérapeutique.

**Mots-clé:** Personnalité; *Mini-Mult*; Toxicomane; Évaluation Psychologique; Méthadone.

**ABSTRACT:** The main objective of the present study is to describe the personality features of the patients in opiate substitute treatment with methadone, at Castelo Branco's Drug Addiction Treatment Centre (CAT). For this purpose it was used the Mini-Mult Questionnaire. It was organized a sample of 42 individuals, corresponding to 50% of the population. A characterisation was done on socio-demographical features, consumptions, infectious-contagious diseases and therapeutic interventions. It was verified that most of the patients showed pathological or borderline personalities. It is suggested some intervention strategies for this population, having in consideration the observed features and it is also shown the importance of the psychological evaluation in the psychotherapeutic intervention.

**Key Words:** Personality; Mini-Mult; Drug Addict; Psychological Evaluation; Methadone.

## 1. INTRODUÇÃO

A avaliação psicológica em toxicodependência, como noutros domínios, tem, ou deve ter, um papel relevante para o diagnóstico e intervenção psicoterapêutica.

Não esquecendo que a toxicodependência, como referido por Olievenstein *et al.* (1989) resulta do “encontro de um produto, com uma personalidade e um momento sociocultural”, ou seja, resulta da interacção entre vários factores (psicológicos, ambientais e socioculturais), este trabalho propõe-se caracterizar o perfil de personalidade dos toxicodependentes em programa de substituição opiácea com metadona no CAT de Castelo Branco, sendo para tal utilizado um inventário de personalidade. Não se procura encontrar um padrão de personalidade específico dos toxicodependentes como factor explicativo da toxicodependência, mas conhecer e compreender as fragilidades e os recursos destes utentes, de forma a procurar utilizar estratégias de intervenção mais adequadas.

Os inventários de personalidade, procuram reflectir não só o comportamento dos indivíduos, mas também os aspectos internos: formas de sentir e pensar que remetem para as suas motivações, atitudes e valores. Um perfil de personalidade traçado através da manifestação, em maior ou menor grau, de um conjunto de características, permite encontrar os traços de personalidade mais salientes. Neste estudo, não será feita uma avaliação de cada caso *per se*, mas uma análise de um conjunto de utentes.

Numa revisão de literatura sobre estudos das características da personalidade em toxicodependentes, refere-se um estudo realizado por Weissman, em 1976 (citado por Neto, 1996, p. 71) com uma amostra de 106 heroíno-dependentes, utilizando o SCL-90, no qual conclui que um terço apresentava depressões moderadas a graves. Neto (1996) realça também que, segundo Wurmser (1998), as populações estudadas com a ajuda de testes demonstram psicopatologia severa. A maioria dos casos apresenta perturbações da personalidade, uma minoria apresenta neuroses, os casos de psicose são raros, sendo a extensão da depressão massiva particularmente nos heroíno-dependentes. Este autor refere ainda que o Grupo para o Avanço da Psiquiatria – Comissão sobre o Alcoolismo e Toxicodependência, em 1991, fez um artigo de revisão onde

afirma que um número significativo de estudos realizados entre 1975 e 1985, documentaram uma elevada taxa de depressão em toxicodependentes e uma elevada taxa de incidência de perturbações do eixo 2 (eixo das perturbações da personalidade), particularmente perturbação anti-social da personalidade, segundo critérios da DSM III (Idem, p. 76). Fernandez e Llorente (1997), resumindo estudos publicados sobre características da personalidade de heroínómanos em tratamento em comunidade terapêutica afirmam que estes pacientes revelam uma predisposição para sintomas ansiosos e depressivos ao longo do tratamento, que estes sintomas podem interferir significativamente no seu processo de desabitação e associam-se a uma maior vulnerabilidade comportamental, motivacional e cognitiva. Sobre esta temática, refere-se ainda, o estudo realizado por Janeiro e Metelo, em 2004, no CAT do Sotavento/Olhão, com o objectivo de descrever o perfil de personalidade de 52 utentes deste CAT, através da utilização do inventário de personalidade NEO-PI-R. Estes autores, após uma análise estatística por *clusters* dos resultados, caracterizaram três grupos em termos de personalidade e realçaram a importância da avaliação da personalidade nas implicações psicoterapêuticas.

Bergeret *et al.* (1983) defende que a maioria dos toxicodependentes não apresentam personalidades neuróticas ou psicóticas mas são como adolescentes que não tiveram tempo de terminar a sua crise da adolescência, são personalidades imaturas, fluidas, ansiosas e insatisfeitas. Segundo a teoria desenvolvida por este autor, três factores dominariam o quadro clínico das personalidades dos toxicodependentes: as manifestações comportamentais (derivadas da utilização de mecanismos de defesa projectivos situando no exterior as fontes de dificuldades, com manifestações de comportamentos que muitas vezes incluem condutas de risco); as carências identificatórias (presentes nas dificuldades de afirmação perante os outros, ideais pessoais vagos e irrealistas e ausência de instâncias morais interiorizadas); e as carências do imaginário (apesar da imaginação estar exacerbada, com imagens repetidas, pelas substâncias químicas, o imaginário está reduzido, limitando as trocas afectivas com o exterior e dificultando a antecipação do desejo e prazeres realizáveis). Tudo isto se prende com a importância do

deficit relacional no problema da toxicod dependência realçado por Neto, em 1996, que salienta o facto dos toxicod dependentes desistirem mais facilmente das relações humanas trocando-as pela obtenção de prazer através de uma via inerte, química e não relacional.

Tendo em conta estes estudos e estas considerações teóricas, surge este trabalho, que é um estudo observacional descritivo, que fornecerá informação relativa a características da personalidade segundo o *Mini-Mult* Questionário, dos toxicod dependentes em tratamento de substituição opiácea com metadona no CAT de Castelo Branco. É um estudo transversal, uma vez que irá focar um único grupo representativo da população a estudar e os dados serão recolhidos num único momento. Propõe-se observar as seguintes variáveis: a configuração das escalas de validade do Inventário de Personalidade; o valor obtido nas escalas de validade e escalas clínicas; e a elevação do perfil clínico. Para além destas variáveis principais fazem parte do estudo variáveis de controlo, que podem ter efeitos nas principais: variáveis sócio demográficas e de consumos; variáveis relativas a doenças infecto-contagiosas; e variáveis relativas às intervenções terapêuticas.

## 2. MÉTODO

A presente investigação segue os parâmetros de um estudo observacional descritivo, de uma só amostra. Fez-se uma caracterização da população estudada em duas grandes vertentes: **1)** caracterização sociodemográfica e de consumos, de doenças infecto-contagiosas e de intervenções terapêuticas; **2)** perfil de personalidade.

### 2.1. Participantes

A população é constituída pelos toxicod dependentes em

seguimento no CAT de Castelo Branco, integrados no programa de tratamento de substituição opiácea com metadona (N=84) no início de Junho de 2004. Não foram incluídos os utentes detidos, nem os que tomam metadona nos Centros de Saúde. Para recolher informação acerca desta população foi realizado um estudo por amostragem em que a amostra é uma amostra aleatória simples, inserindo-se nas amostras probabilísticas. Para a selecção da amostra foi atribuído um número (de 1 a 84) aos números dos ficheiros dos indivíduos da população e posteriormente seleccionados ao acaso 42 elementos (n=42). Sendo o erro de amostragem inversamente proporcional à raiz quadrada do tamanho da amostra (Ribeiro, 1999, p. 57) com este número de participantes (n=42) o erro de amostragem é de 0.15.

### 2.2. Instrumentos

Foram utilizados dois questionários, apresentados aos participantes com uma folha de rosto visando informar sobre a investigação e motivá-los a responder.

**2.2.1.** Questionário de caracterização sociodemográfica, intervenções terapêuticas e de consumos, construído para o estudo, que permite fazer o levantamento de dados indispensáveis à caracterização da amostra quanto a várias dimensões: história pessoal e social actual, história médica e psicoterapêutica, história de consumos.

**2.2.2.** *Mini-Mult* Questionário – Questionário de Personalidade que é uma versão abreviada do Questionário de Personalidade MMPI e possibilita uma aplicação mais económica em termos de tempo e mais fácil de aplicar em contexto de investigação, uma vez que é constituída por 71 afirmações (em vez de 566) que permitem obter as notas das escalas do MMPI, à excepção da escala de masculinidade – feminilidade que não é utilizada. Possui três escalas de validade e oito escalas clínicas, descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das escalas

Escalas de Validade	Características
<i>Escala L – Mentira</i>	É composta por itens que referem situações socialmente desejáveis mas raramente verdadeiras.
<i>Escala F – Infrequência</i>	É composta por itens de baixa frequência de resposta no grupo norma (<10%), seleccionados para detectar formas atípicas de responder aos itens.
<i>Escala K – Correção</i>	Integra itens seleccionados para identificar pessoas com psicopatologia conhecida, mas que quando respondem ao teste dão um perfil normal.

(continua)

Escalas Clínicas	Características
<i>Escala Hs – Hipocondria</i>	Mede a preocupação do indivíduo com o funcionamento somático. A elevação dos resultados não tem diagnóstico unívoco e sinaliza características de personalidade relativamente estáveis e resistentes à mudança.
<i>Escala D – Depressão</i>	Integra itens relativos à sintomatologia depressiva (humor depressivo, desmoralização, tristeza, perda da auto-estima, insatisfação geral e falta de esperança). É um bom indicador do grau de desconforto e insatisfação psicológica do sujeito em relação a si próprio e ao meio em que vive.
<i>Escala Hy – Histeria</i>	Compreende itens relativos ao carácter histérico e a sintomas de conversão somática. A elevação nesta escala assinala a presença de características dos dois tipos e pode ocorrer em pessoas que geralmente mantêm uma fachada de ajustamento superior e só em situações de <i>stress</i> manifestam vulnerabilidade e desenvolvem sintomas de conversão.
<i>Escala Pd – Psicopatia</i>	Desenvolvida para identificar a personalidade psicopática, caracterizada por ausência de respostas emocionais profundas, dificuldade em aprender com experiência, egocentrismo, desprezo pelas normas e costumes sociais, podendo atingir comportamentos anti-sociais.
<i>Escala Pa – Paranóia</i>	Desenvolvida para detectar características paranóicas (ideias de referência, sentimentos de perseguição, conceito de si grandioso, hipersensibilidade interpessoal e rigidez psicológica). Permite identificar estas características em dois tipos de perturbação, perturbação caracterial (Carácter Paranóico) e perturbação grave da personalidade (Psicose Paranóica ou Delírio Paranóide).
<i>Escala Pt – Psicastenia</i>	Validada com indivíduos caracterizados por grande fadiga física e intelectual, dúvidas sistemáticas e excessivas, medos injustificados, obsessões e compulsões e grandes níveis de ansiedade.
<i>Escala Sc – Esquizofrenia</i>	Validada com grupo de sujeitos muito heterogéneo que apresentavam em comum características psicóticas, designadamente, perturbações do pensamento, da percepção, do afecto, dificuldade de controlo dos impulsos e alterações da sociabilidade. Em sujeitos normais, uma elevação surge em personalidades muito criativas e imaginativas, ou em sujeitos muito individualistas, imaturos, com interesses específicos pouco desenvolvidos, dificuldades sexuais, problemas de identidade e dificuldades de pensamento e comunicação.
<i>Escala Ma – Hipomania</i>	Desenvolvida para identificar sintomas hipomaniacos aos quais está subjacente uma hiperactividade do pensamento e da acção. Este quadro caracteriza-se por instabilidade e labilidade do humor, euforia, excitação psicomotora, auto-conceito grandioso, egocentricidade, impulsividade e facilidade de passagem ao acto.

Aos participantes é pedido que respondam Verdadeiro ou Falso a cada afirmação, não demorando muito tempo entre uma e outra e dêem todas as respostas por ordem. Após a cotação das respostas é obtida uma nota bruta para cada uma das escalas que vai ser convertida em nota T, sendo a média 50 e o desvio-padrão 10. Notas T acima de 70 são consideradas indicadoras de patologia. É a análise do modo como os sujeitos se posicionam em cada uma das escalas que permite descrever o perfil de personalidade.

A escolha de uma versão do MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) para estudar o perfil de personalidade deve-se ao facto de lhe ser reconhecido validade em diferentes domínios da avaliação (o psiquiátrico, o forense e mais especificamente das

toxicodependências), e de fornecer elementos sobre problemas psicológicos, sintomas psicopatológicos e outras características da personalidade, úteis na escolha de estratégias de intervenção clínica. (Manita, 2002).

### 2.3. Procedimento

Foi solicitado aos participantes o preenchimento dos questionários quando estes vinham ao CAT tomar metadona, informando-os do tema e utilidade da investigação, e explicando-lhes a importância e confidencialidade da sua participação. Após o seu consentimento os questionários foram aplicados individualmente, sempre por uma Psicóloga que explicava como se preenchiam.

Os dados relativos à idade de início de consumos de heroína correspondem aos registados nos processos individuais dos utentes. Quanto aos dados sobre a dose inicial e última dose de metadona foram confirmados e/ou adquiridos nos registos da enfermagem.

### 3. RESULTADOS

O tratamento estatístico dos dados foi realizado no programa informático SPSS 10.0 for Windows. Foi realizada a estatística descritiva das variáveis em estudo.

#### 3.1. Caracterização Sociodemográfica e de Consumos

**Quadro 2** – Características sociodemográficas da amostra

	%	Média	DP
<b>Sexo</b>		<b>Idade</b>	34
Masculino	71,4	(anos)	6,48
Feminino	28,6		
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	42,9		
Casado/União de facto	42,9		
Sep./Divorciado	14,3		
<b>Filhos</b>		<b>Idade de início de consumos de heroína</b>	22
Sim	47,6	(anos)	4,49
Não	52,4		
<b>Coabitação</b>			
Família de Origem (pais)	42,9		
Família Nuclear (companheiro)	42,9		
Família da Irmã	2,4		
Sozinho	11,9		
<b>Habilitações Literárias</b>		<b>Tempo decorrido desde início dos consumos até à data da avaliação</b>	12
1º Ciclo	7,1	(anos)	4,71
2º Ciclo	38,1		
3º Ciclo	33,3		
Secundário	11,9		
Bacharelato	4,8		
Licenciatura	4,8		
<b>Situação Laboral</b>			
Empregado a tempo inteiro	47,5		
Empregado a meio tempo	7,2		
Baixa	4,8		
Desempregado	38,1		

As últimas análises de urina, para pesquisa de metabolitos opiáceos e de cocaína, realizadas aos utentes, antes da resposta aos questionários, revelaram ausência de consumos em 61,9% dos utentes e consumos em 38,1%. Do grupo que obteve resultados positivos aos consumos, 7,5% revelaram consumos positivos só de heroína; 12,5% heroína e cocaína e também uma percentagem de 12,5% só cocaína.

#### 3.2 Resultados relativos a doenças infecto-contagiosas

Os dados obtidos referem-se às respostas dadas pelos utentes nos questionários e não a uma pesquisa realizada aos dados que constam nos processos. O número de respostas de seropositividade para o HIV foi de 4,8%; para VDRL (Sífilis) e Tuberculose 0%. Foi encontrado um valor mais elevado para a Hepatite C, 40,5%; tendo sido baixa a percentagem de utentes que referiram ter Hepatite B, 4,8%.

#### 3.3. Resultados recolhidos sobre as intervenções terapêuticas

##### 3.3.1. Situação no tratamento de substituição opiácea com metadona

Relativamente à assiduidade às tomas de metadona, 25 (61%) dos utentes referiram que nunca faltaram; 1 (2,4%) que faltou uma vez e 15 (36,6%) que faltaram mais do que um vez. As razões apresentadas para as faltas variaram muito, desde “problemas com o horário”; “falta de tempo” “não ter meio de transporte”, “doença”, “recaída” “esquecimento”, etc. Não se verificou a predominância de nenhuma destas razões.

São referidos como responsáveis por levar a metadona para, maioritariamente o pai ou a mãe (em 35,7% dos casos) ou o próprio (42,9%), seguindo-se o companheiro(a) (11,9%). Em dois casos (4,8%) foi um amigo(a), num caso (2,4%) o sogro e outro (2,4%) a irmã.

O tempo em programa distribuiu-se de 1 a 75 meses, sendo a média 22 meses. Dos utentes da amostra, 24 (57,1%) estão pela primeira vez no programa, correspondendo os restantes 18 (42,9%) a reentradas.

Relativamente à dose de metadona no início ou reinício do programa de tratamento, a dose média foi de 44 mg, tendo sido a dose mínima de 20 mg e máxima de 94 mg. Na data de aplicação dos questionários, a dose mínima tomada

pelos utentes da amostra era de 2 mg, máxima de 145 mg e média 42mg.

### 3.3.2. Tratamento psiquiátrico concomitante

A maioria dos utentes (78,6%) não estava a tomar medicação psiquiátrica. Uma minoria (9,5%) tomava Ansiolíticos, e apenas 4,8% tomava Ansiolíticos e Hipnóticos; 2,4% Ansiolíticos e Antidepressivos; 2,4% Ansiolíticos, Antidepressivos e Hipnóticos; e 2,4% Neurolépticos.

### 3.3.3. Consultas de Psicologia

Dos 6 (14,6%) utentes que responderam nunca terem tido consultas de Psicologia, metade referiram que a razão era “Não preciso” a outra metade referiu “Nunca me disseram”. Em relação à frequência a consultas de Psicologia no momento da avaliação, 56% dos utentes tinham consultas, enquanto que 44% não tinham. Dos 23 utentes que referiram ter consultas, 16 (69,6%) apresentaram razões para irem às consultas ligadas a uma necessidade pessoal: “ajuda-me; preciso; para desabafar; para falar do tratamento; etc.”; 5 (21,7%) utentes referiram ter aderido à consulta porque “foi sugerido pelo CAT como fazendo parte do Serviço”, e 2 (8,7%) utentes não responderam. Dos 13 utentes que referiram não ir às consultas no momento da avaliação, mas que já foram no passado, quatro (30,8%) referiram razões ligadas a sentimentos pessoais (“não quero, não preciso, não gosto”), cinco (38,5%) apontaram razões ligadas a condições externas ao próprio (“falta de tempo, por causa do trabalho, por ser de longe”) e dois (15,4%) utentes referiram razões relacionadas com características do Psicólogo; um utente disse que “preferia um homem” e outro “devido à falta de competência”. Houve duas (15,4%) respostas “Não sei”.

## 3.4. Resultados do *Mini-Mult* Questionário

### 3.4.1. Configuração das escalas de validade

Foi analisada a configuração das escalas de validade (L – Mentira, F – Infrequência e K - Correção) obtida depois da codificação dos resultados de cada um dos utentes e comparada com configurações típicas (Fig. 1, Fig. 2, Fig.3 e Fig. 4)

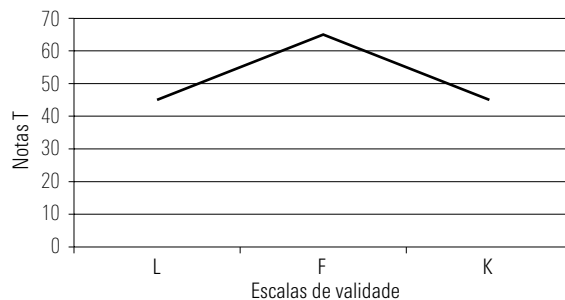


Figura 1 – Perfil L-F-K (K elevada)

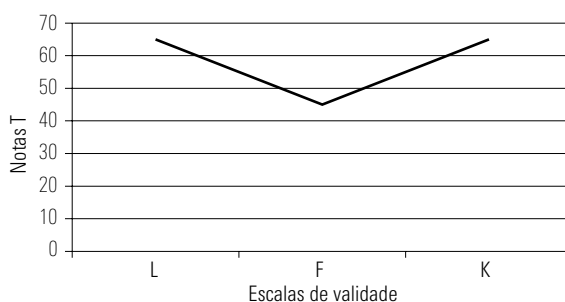


Figura 2 – Perfil L-F-K (L e K elevadas)

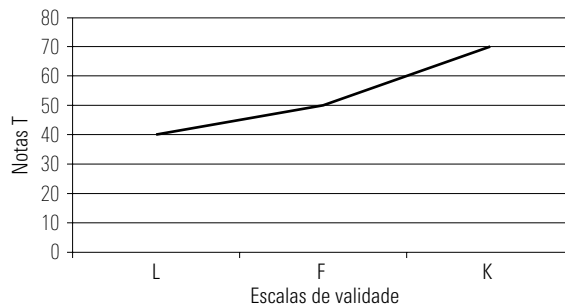


Figura 3 – Perfil L-F-K (K elevada)

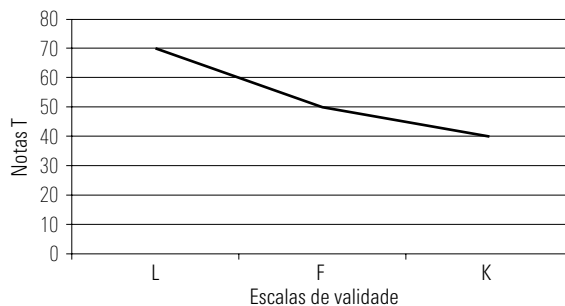


Figura 4 – Perfil L-F-K (escala L elevada)

Configurações parecidas à configuração da Fig. 1 foram as mais frequentes, correspondendo a 71,4% (30) dos casos. Este tipo de configuração indica que o utente admite dificuldades pessoais e emocionais, procura ajuda, não estando muito seguro das suas capacidades para lidar com esses problemas. Esta configuração é a mais desejável para qualquer forma de intervenção psicológica. Em 6 questionários (14,3%) obteve-se uma configuração semelhante à representada na Fig. 4, que é frequente em pessoas que tentam parecer o melhor possível, apesar de terem problemas geralmente não os admitem e têm poucos recursos para uma intervenção psicológica. Configurações como a da Fig. 2 foram pouco frequentes, 7,1% (3). Este tipo de escalas ocorre geralmente em indivíduos que tentam evitar ou negar quaisquer sentimentos, impulsos ou problemas não aceitáveis e tendem a ser simplistas e a ver o mundo em termos de extremos (“bom” e “mau”). Apenas um utente obteve resultados que levaram a uma configuração semelhante à da Fig. 3, típica de um indivíduo com recursos apropriados para lidar com os problemas e que, no momento, não está a experimentar qualquer *stress* ou conflito. Em 2 casos, a configuração obtida foi indicadora de falsificação<sup>(1)</sup>. Os resultados obtidos nestes questionários não foram integrados na análise dos dados que se segue.

### 3.4.2. Resultados (notas T) das escalas

Os resultados das notas T obtidas em cada escala permitiu obter o perfil de personalidade de cada utente da amostra. Posteriormente, encontrou-se o perfil “médio” de personalidade de todos os participantes calculando a média das notas T obtidas em cada uma das escalas. Os valores médios mais elevados, acima de uma nota T de 70 (indicador patológico), foram obtidos nas escalas; *D* – Depressão (76); *Pd* – Psicopatia (73) e *Sc* – Esquizofrenia (82).

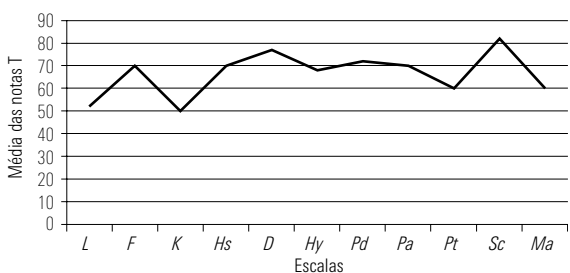


Figura 5 – Perfil do Grupo

### 3.4.3. Elevação do perfil clínico

A análise do perfil clínico de cada um dos utentes revelou que a maioria dos utentes (54,8%) apresentava perfis elevados (as notas T obtidas em três ou mais escalas clínicas eram superiores a 70, e pelo menos uma delas com uma nota superior a 80, sendo este perfil indicador de patologia); 20% perfis limítrofes (as notas T obtidas em várias escalas estão entre 60 e 70, o que caracteriza estados pontuais relacionados com determinadas fases ou circunstâncias da vida); 10% perfis em ponta (a elevação é relativamente normal, havendo uma ou duas escalas que se destacam das restantes com uma nota T mais elevada, assinalando uma área específica de dificuldade); e 12,5 % dos utentes da amostra apresentava um perfil clínico normal (as notas T das escalas estão entre 45 e 60).

Tentou-se cruzar variáveis dos dois questionários e fazer o tratamento estatístico dos resultados obtidos, utilizando testes não paramétricos, nomeadamente Testes de Independência de Qui-quadrado. A utilização destes testes assentava nos factos de não se conhecer a distribuição da população; a maioria das variáveis ser medida numa escala de medição que não é métrica e a amostra ter uma dimensão reduzida. No entanto, a dimensão da amostra não permitiu fazer esse tratamento estatístico, ou seja, não se obtiveram resultados significativos.

## 4. DISCUSSÃO

Neste estudo o objectivo foi caracterizar o perfil de personalidade dos utentes em programa de substituição opiácea com metadona, no CAT de Castelo Branco. Pensa-se que caracterizar esta população relativamente à personalidade é uma forma de a conhecer e assim poder responder mais adequadamente às suas necessidades.

Esta população foi também caracterizada a outros níveis, salientando-se a situação laboral que revelou que apenas 47,5% dos utentes estão empregados, estando 38,1% desempregados e os restantes de baixa ou com um emprego a meio tempo. Estes dados revelam que aproximadamente metade dos utentes não possui estabilidade profissional e provavelmente autonomia financeira, levando-nos a reflectir sobre a necessidade de um maior investimento na reinserção social. São também

relevantes os dados indicadores de um grande número de reentradas no programa de substituição opiácea com metadona (42,9%), uma vez que, demonstram recaídas nestes utentes. Salienta-se ainda que 44% dos utentes afirmaram não frequentar as consultas de Psicologia e apenas 56% recorriam a estas consultas. Parecendo-nos o Apoio Psicológico muito importante para o sucesso no tratamento da toxicod dependência, é imprescindível estimular os utentes a não abdicarem deste seguimento psicoterapêutico. Esta sugestão é reforçada pelo facto dos dados obtidos nas escalas de validade do inventário de personalidade aplicado revelarem que 71,4% dos casos obtiveram configurações nestas escalas indicadoras de possuírem recursos para intervenção psicológica.

Os dados relativos às características da personalidade revelaram personalidades patológicas em 54,8% dos utentes, havendo apenas 12,5% com um perfil clínico dentro dos parâmetros considerados normais pelo inventário de personalidade utilizado. Dos restantes utentes, 20% apresentaram perfis limítrofes de personalidade e 10% perfis que assinalam apenas uma área específica de dificuldade.

O perfil médio de personalidade determinado para o grupo estudado apresenta valores indicadores de patologia nas escalas *D* – Depressão, *Pd* – Psicopatia e *Sc* – Esquizofrenia, sendo esta última a que apresenta valores mais elevados. As elevações das escalas *D* e *Pd* vão de encontro ao relatado pelo artigo de revisão realizado pelo Grupo para o Avanço da Psiquiatria (Neto, 1996) referido na introdução. Os valores elevados na escala *Pd* poderão estar relacionados com as manifestações de comportamento anti-social muitas vezes associadas a uma vida de consumos e descritas na teoria de Bergeret (1983) relativa à personalidade dos toxicod dependentes. O facto dos resultados demonstrarem valores muito elevados na escala *Sc* – Esquizofrenia não parece relacionar-se com patologia psicótica. Segundo o inventário utilizado, um perfil é considerado psicótico se revelar um traçado ascendente com três escalas mais elevadas: *Ps* – Psicastenia, *Pa* – Paranóia e *Sc* – Esquizofrenia, o que não se verifica no perfil encontrado. A elevação da escala *Sc* poderá estar relacionada com o deficit relacional, característico desta população, realçado por Neto (1996). Salienta-se que,

relativamente às pessoas responsáveis por levar a metadona para casa no fim-de-semana, foram referidas em grande maioria o pai, a mãe e ainda com mais frequência o próprio. Esta observação poderá ser indicadora de uma rede social pessoal pobre nestes utentes.

Assim, estes resultados parecem ir de encontro à frágil capacidade dos utentes em estabelecerem relações interpessoais geradoras de prazer o que leva a pensar em intervenções terapêuticas que impliquem a valorização e o treino destas relações. Esta frágil capacidade conduz a um sofrimento, sentimentos de inferioridade, ou a um vazio, que podem estar relacionados com a prevalência de sintomas depressivos nos utentes que participaram neste estudo. Os toxicod dependentes tendo em menor conta os outros, poderão estar mais susceptíveis a adoptarem comportamentos anti-sociais, vulgarmente associados ao consumo, o que por sua vez, poderá justificar a elevação da escala *Pd*.

Para ajudar estes utentes a aprender, e/ou reaprender a estabelecer relações humanas e investir, ou reinvestir nestas é importante oferecer relações psicoterapêuticas reparadoras de imagos parentais, de estilos relacionais, de formas de comportamento interiorizadas, e ajudá-los a criar meios pessoais para conseguirem depois por eles próprios estabelecer relações, de forma independente e satisfatória. Não devemos esquecer que, embora nem todas as famílias de heroínod dependentes sejam primariamente disfuncionais, o consumo de drogas introduz em todas disfuncionalidade. Pelo que, torna-se muitas vezes necessária a intervenção junto dos familiares do toxicod dependente por forma a (re)aprenderem formas saudáveis e eficazes de se relacionarem e para os ajudar a estreitar os laços afectivos. Outras vezes é necessário recorrer a um internamento em Comunidade Terapêutica, que envolve o toxicod dependente em psicoterapia e relações humanas.

A realização de grupos de Apoio Psicológico no CAT poderia ser um recurso importante na criação de competências relacionais nestes utentes. Para além da relação terapeuta-utente, o toxicod dependente é colocado numa rede de relações podendo experienciar várias interacções e criar, desenvolver e treinar competências pessoais e sociais.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecendo a existência de limitações dum trabalho deste tipo, uma vez que se trata de uma avaliação transversal e que não pressupõe uma análise individual dos casos, espera-se ter fomentado uma reflexão relativa às características da personalidade destes utentes, estabelecendo linhas de orientação, em termos de intervenção terapêutica e de futuros estudos. A nível da prática clínica, realça-se a importância da análise de cada caso no que diz respeito à avaliação da personalidade, que parece ser uma prática que não deve ser esquecida. Deixa-se um apelo a uma maior mobilização de esforços para a construção, ou aferição e adaptação de testes à população portuguesa, e especificamente à população toxicodependente. Relativamente a futuros estudos seria interessante estudar as características da personalidade de dependentes de outras substâncias; relacionar características da personalidade com características da família e num modelo mais sistémico estudar os mapas de rede social pessoal dos utentes.

### Contacto:

Sílvia Felizardo  
 CAT de Leiria  
 Rua Dr. Manuel Magalhães Pessoa, 1, R/C Esq. e 1º andar  
 2410-131 LEIRIA

### NOTAS

(1) Num dos casos os resultados da escala F eram superior aos valores obtidos em todas as outras escalas e o índice de dissimulação F-K de Gough, inferior a -9, indicador de falsificação segundo Gough, para a amostra americana. No outro caso, para além dos resultados da escala F serem superior aos resultados obtidos em todas as outras escalas, a escala *Hs* - Hipocondria apresentava um valor bruto inferior a 3, o que é um sinal de alerta para falsificação, segundo o manual de utilização do teste.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergeret, J.; Leblanc, J. *et al.* (1983). *Précis de Toxicomanies* (pp. 63-75). Paris: Masson.
- Fernandez, C.; Llorente, J. M. (1997). "Ansiedad y depresión en heroínómanos". *Colectânea de Textos das Taipas, Vol. X*: 157-167.
- Janeiro, L.; Metelo, T. (2004) "Contribuições para a descrição do perfil de personalidade dos utentes do CAT – Sotavento/Olhão". *Toxicodependências*, 10 (1): 25-35.
- Manita, C. (2002). "Avaliação psicológica no domínio das toxicodependências: Das estruturas aos processos". *Toxicodependências*, 8 (3): 11-25.
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroínó-dependentes: características e evolução de uma amostra* (pp.30-82). Lisboa: Universitária Editora.
- Olievenstein, C. *et al.* (1989). *A Clínica do Toxicómano: A falta da falta*. Porto Alegre: Edições Artes Médicas.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Anderson, W. P.; Duckworth, J. C. (1995). *MMPI & MMPI-2: Interpretation Manual for counsellors and clinicians*. Estados Unidos: Accelerated Development.
- Domingues, J. M. (1998). *Evolução do Perfil Psicológico do Toxicodependente em Comunidade Terapêutica*. Monografia de Fim de Curso na Área de Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Fabião, C. (2002). "Toxicodependência: Duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento. Uma revisão." *Toxicodependências*, 8 (2): 37-51.
- Hathaway, S. R.; McKinley J. C. (1983). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual for administration and scoring*. Estados Unidos: University of Minnesota Press.
- Pereira, A. (2003). *SPSS – Guia Prático de utilização. Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*, Lisboa, Edições Sílabo.

## ANEXO I

## QUESTIONÁRIO

## 1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: ❶ M  ❷ F 

Idade: \_\_\_\_ anos

Estado Civil: ❶ Solteiro  ❷ Casado/União de Facto  ❸ Divorciado/Separado  ❹ Viúvo Tem filhos? ❶ Sim  ❷ Não  Se sim, quantos? \_\_\_\_Habita com quem? ❶ Com os pais  ❷ Com companheiro(a)  ❸ Sozinho(a)  ❹ Em Instituição   
❺ Sem domicílio  ❻ Outra \_\_\_\_\_

Tamanho da família de origem (pais+irmãos): \_\_\_\_ elementos

Quantos irmãos mais velhos tem? \_\_\_\_\_ Quantos irmãos mais novos tem? \_\_\_\_\_

Meio de Residência: ❶ Cidade  ❷ Vila  ❸ Aldeia  ❹ Lugar Escolaridade: ❶ Sem escolaridade  ❷ 1.º Ciclo (antiga 4.ª classe)  ❸ 2.º ciclo (6.º ano)   
❹ 3.º Ciclo (9.º ano)  ❺ Secundário (12.º ano)  ❻ Médio (Bacharelato)  ❼ (Licenciatura (ou frequência) 

Profissão: \_\_\_\_\_

Situação perante o trabalho: ❶ A trabalhar a tempo inteiro  ❷ A trabalhar a meio tempo  ❸ Baixa   
❹ Reforma  ❺ Formação Profissional  ❻ Desempregado  ❼ Outro \_\_\_\_\_Vínculo Laboral: ❶ Conta Própria  ❷ Conta outrem  ❸ Outro \_\_\_\_\_

## 2. DADOS MÉDICOS

HIV: ❶ Positivo I  ❷ Positivo II  ❸ Negativo  ❹ Não testado/Ignore  ❺ Aguarda Sífilis: ❶ Positivo  ❷ Negativo  ❸ Não testado/Ignore  ❹ Aguarda Hepatite C: ❶ Positivo  ❷ Negativo  ❸ Não testado/Ignore  ❹ Aguarda Hepatite B: ❶ Positivo  ❷ Negativo  ❸ Não testado/Ignore  ❹ Aguarda Tuberculose: ❶ Positivo  ❷ Negativo  ❸ Não testado/Ignore  ❹ Aguarda 

## 3. INTERVENÇÕES TERAPÉUTICAS

Tem Apoio Psicológico actualmente: ❶ Sim  ❷ Não 

Porquê? \_\_\_\_\_

Se tem, esse Apoio Psicológico é: ❶ Semanal  ❷ Quinzenal  ❸ Mensal  ❹ Esporádico Nunca teve Apoio Psicológico? 

Porquê? \_\_\_\_\_

Toma algum ou alguns medicamentos psiquiátricos? ❶ Sim Quais? \_\_\_\_\_ ❷ Não Situação no tratamento de substituição opiácea: ❶ Nunca faltou  ❷ Faltou à toma uma vez 

Porquê? \_\_\_\_\_

❸ Faltou à toma mais do que uma vez  Porquê? \_\_\_\_\_

Pessoa responsável pela administração da metadona em casa: \_\_\_\_\_

Tempo total em programa de metadona: \_\_\_\_ meses

Dose inicial de metadona: \_\_\_\_ mg

Última dose de metadona: \_\_\_\_ mg

## 4. ANÁLISES DE URINA (ÚLTIMAS)

Sem Consumos: ❶ Sim  ❷ Não Com Consumos: ❶ Positivas a heroína e cocaína  ❷ Positivas só a heroína  ❸ Positivas só a cocaína

**ANEXO II**

**MINI-MULT QUESTIONÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nestas folhas encontram-se várias frases. Peça-lhe que responda VERDADEIRO ou FALSO a cada uma delas.  
 Se a sua resposta for VERDADEIRO faça um círculo à volta da palavra VERDADEIRO.  
 Se a sua resposta for FALSO faça um círculo à volta da palavra FALSO.  
 Não demore muito tempo entre uma pergunta e a seguinte e dê todas as respostas por ordem.

1. Tenho bom apetite.	VERDADEIRO	FALSO
2. Quase sempre acordo bem disposto(a).	VERDADEIRO	FALSO
3. A minha vida de todos os dias está cheia de coisas que me interessam.	VERDADEIRO	FALSO
4. Trabalho num estado de grande tensão nervosa.	VERDADEIRO	FALSO
5. Às vezes penso em coisas demasiado indecentes para poder falar delas.	VERDADEIRO	FALSO
6. Raramente tenho prisão de ventre.	VERDADEIRO	FALSO
7. Há alturas em que desejo muito sair de casa.	VERDADEIRO	FALSO
8. Algumas vezes tenho crises de riso ou de choro que não consigo impedir.	VERDADEIRO	FALSO
9. Sofro de náuseas e vômitos.	VERDADEIRO	FALSO
10. Parece que ninguém me compreende.	VERDADEIRO	FALSO
11. Às vezes apetece-me praguejar.	VERDADEIRO	FALSO
12. Tenho pesadelos quase todas as noites.	VERDADEIRO	FALSO
13. Tenho dificuldade em fixar a atenção quando trabalho ou quando estou ocupado(a).	VERDADEIRO	FALSO
14. Tenho passado por coisas muito especiais ou esquisitas.	VERDADEIRO	FALSO
15. Ser os outros tivessem querido, concerteza eu teria sido mais forte.	VERDADEIRO	FALSO
16. Numa certa altura da minha vida/infância aconteceu-me roubar pequenas coisas.	VERDADEIRO	FALSO
17. Tenho tido períodos (dias, semanas ou meses) durante os quais nada pude fazer bem feito, porque não conseguia tomar atenção a nada.	VERDADEIRO	FALSO
18. O meu sono é agitado e/ou incómodo.	VERDADEIRO	FALSO
19. Quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me contrariado porque ouço coisas esquisitas.	VERDADEIRO	FALSO
20. A maior parte das pessoas que me conhecem gostam de mim.	VERDADEIRO	FALSO
21. Muitas vezes sou obrigado(a) a receber ordens de pessoas que sabem menos do que eu.	VERDADEIRO	FALSO
22. Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser.	VERDADEIRO	FALSO
23. Acho que muitas pessoas aumentam as suas desgraças só para receberem simpatia e ajuda dos outros.	VERDADEIRO	FALSO
24. Às vezes fico furioso(a).	VERDADEIRO	FALSO
25. Acho que tenho pouca confiança em mim.	VERDADEIRO	FALSO
26. Nunca reparei que os meus músculos estremeçam ou tremam numa maneira incómoda ou estranha.	VERDADEIRO	FALSO
27. A maior parte das vezes tenho a impressão de que fiz qualquer coisa mal ou desastrada.	VERDADEIRO	FALSO
28. Sinto-me quase sempre feliz.	VERDADEIRO	FALSO
29. Há pessoas que são tão autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas me dizem, mesmo que eu tenha a certeza que elas têm razão.	VERDADEIRO	FALSO
30. Tenho a impressão de que os outros tentam prejudicar-me.	VERDADEIRO	FALSO
31. Acho que as pessoas são capazes de usar meios pouco honestos para ganhar qualquer coisa ou qualquer vantagem em vez de perderem.	VERDADEIRO	FALSO

(continua)

**ANEXO II** (continuação)

32. Tenho muitas vezes problemas com o meu estômago ou com os meus intestinos.	VERDADEIRO	FALSO
33. Muitas vezes não percebo porque sou brusco(a) ou rabugento(a).	VERDADEIRO	FALSO
34. Às vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo contá-los.	VERDADEIRO	FALSO
35. Estou convencido(a) de que tenho na minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que conheço.	VERDADEIRO	FALSO
36. Às vezes sinto que não sirvo para nada.	VERDADEIRO	FALSO
37. Nos últimos anos tenho gozado, geralmente, de boa saúde.	VERDADEIRO	FALSO
38. Há alturas em que faço coisas sem saber mais tarde o que fiz realmente.	VERDADEIRO	FALSO
39. Acho que muitas vezes tenho sido castigado(a) sem razão.	VERDADEIRO	FALSO
40. Nunca me senti tão bem como agora.	VERDADEIRO	FALSO
41. Não me importo com o que os outros pensam de mim.	VERDADEIRO	FALSO
42. Acho que tenho boa memória.	VERDADEIRO	FALSO
43. Para mim é difícil começar uma conversa quando encontro pessoas que não conheço.	VERDADEIRO	FALSO
44. Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral.	VERDADEIRO	FALSO
45. Raramente tenho dores de cabeça.	VERDADEIRO	FALSO
46. Não acho difícil conservar o equilíbrio quando ando.	VERDADEIRO	FALSO
47. Não gosto de toda a gente que conheço.	VERDADEIRO	FALSO
48. Há pessoas que tentam aproveitar-se das minhas ideias e dos meus pensamentos.	VERDADEIRO	FALSO
49. Gostava de não ser envergonhado(a).	VERDADEIRO	FALSO
50. Estou convencido(a) de que os meus pecados não podem ser perdoados.	VERDADEIRO	FALSO
51. Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são muito importantes.	VERDADEIRO	FALSO
52. Os meus pais muitas vezes criticam as pessoas com quem me dou.	VERDADEIRO	FALSO
53. Às vezes acontece-me dizer um pouco mal dos outros.	VERDADEIRO	FALSO
54. Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume.	VERDADEIRO	FALSO
55. Quase nunca senti palpitações e raramente me falta o fôlego.	VERDADEIRO	FALSO
56. Fico furioso(a) com facilidade, mas esqueço-me depressa.	VERDADEIRO	FALSO
57. Tenho alturas em que estou tão nervoso(a) que sou incapaz de estar sentado(a) numa cadeira.	VERDADEIRO	FALSO
58. Os meus pais e os meus amigos acham que eu tenho mais defeitos do que realmente tenho.	VERDADEIRO	FALSO
59. Ninguém se preocupa com o que pode acontecer aos outros.	VERDADEIRO	FALSO
60. Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra se essa outra deixar.	VERDADEIRO	FALSO
61. Há alturas em que me sinto cheio(a) de energia.	VERDADEIRO	FALSO
62. A minha vista não tem enfraquecido.	VERDADEIRO	FALSO
63. Raramente sinto barulhos ou zumbidos nos ouvidos.	VERDADEIRO	FALSO
64. Numa ou em várias alturas da minha vida senti que alguém tentava hipnotizar-me.	VERDADEIRO	FALSO
65. Às vezes sinto-me cheio(a) de energia sem nenhuma razão especial.	VERDADEIRO	FALSO
66. Mesmo quando estou ao pé de outras pessoas, sinto-me só a maior parte do tempo.	VERDADEIRO	FALSO
67. Julgo que quase toda a gente é capaz de mentir para se livrar de uma situação desagradável.	VERDADEIRO	FALSO
68. Sou mais sensível do que a maioria das pessoas.	VERDADEIRO	FALSO
69. Às vezes o meu espírito trabalha mais devagar do que o costume.	VERDADEIRO	FALSO
70. As pessoas desiludem-me muitas vezes.	VERDADEIRO	FALSO
71. Tenho abusado de bebidas alcoólicas.	VERDADEIRO	FALSO