

Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica.
Divisió de Ciències de la Salut.
Facultat de Medicina.
Universitat de Barcelona.

**INDICADORS PSICOPATOLÒGICS
EN UN GRUP D'HEROINÒMANS.
ESTUDI DEL TRASTORN ESQUIZOTÍPIC
DE LA PERSONALITAT.**

Autor: FRANCESC ABELLA I PONS.
Director: Dr. MIQUEL SÁNCHEZ I TURET.

Tesi doctoral.

Barcelona, 24 de març de 1999.

A l'Àngels, la Laia i l'Arnau,
La meva tribu.

A tu que, com jo, mires amb ulls bruts de cendra,
perque tots dos sabem del foc.

Ricard Creus.

Agraïments

Potser aquesta és una de les parts que més costa redactar. No tant per no saber a qui agrair, sino per a ésser capaç de no oblidar-me ningú. Sempre havia pensat que els agraïments a la família eren més qüestió de tràmit que altra cosa. Ara entenc que no és així. Tinc que agrair, jo diria més encara, quasi benenar la tolerància i el temps que la meva tribu m'ha deixat per escriure tot això. Temps que els hi he restat de passejades, de firetes i de berenars diversos.

Vull agrair també a la persona que més em va influenciar alhora de dedicar-me al món de les drogodependències en la meva època d'estudiant, el Dr. Miquel Sánchez Turet. Vull agrair també que molts anys després em dirigís aquesta tesi. També al servei de documentació de la FAD, per la seva accessibilitat i facilitat en les cerques bibliogràfiques.

Un agraïment molt sincer a la Teresa Garriga i la Pilar Quejido, les íntimes companyes. Junts vàrem començar a aprendre l'ofici d'atendre i d'entendre els drogodependents.

Als companys i companyes del Servei de Toxicomanies de l'Hospital de Santa Maria, pels consells i orientacions rebuts. També als pacients atesos i tractats que han servit de base per aquest estudi. Molts d'ells ja no hi són. També als entrevistats en el grup control. En definitiva estic enormement agraït a N, sense ella aquesta tesi seria pura suposició.

Índex

I. Part teòrica.

Introducció.	Pàgina
1.- Gènesi i motivació	7
2.- Perspectiva històrica del fenomen de la drogodependència	8
3.- Aproximació històrica dels opiacis	10
4.- Determinants biopsicosocials	11
4.1.- Neurobiologia dels opiacis	11
4.1.1.- Tipus d'opiacis	11
4.1.2.- Acció farmacològica	12
4.1.3.- Mecanisme d'acció	12
4.1.3.1.- El receptor opiacis	12
4.1.3.2.- Tipus de receptors	13
4.1.3.3.- Encefalines i endorfines	13
4.1.4.- Farmacocinètica	13
4.1.5.- Efectes indesitjables	14
4.1.5.1.- Intoxicació aguda	14
4.1.5.2.- Intoxicació crònica o dependència	14
4.1.6.- La dependència física als opiacis	15
4.1.6.1.- Teoria de la supersensibilització per desús	15
4.1.6.2.- Teoria de la redundància farmacològica	15
4.1.6.3.- Teoria de l'expansió enzimàtica	16
4.1.6.4.- Teoria dels nous receptors	16
4.2.- Factors psicològics en les drogodependències	17
4.2.1.- Aspectes conceptuals	17
4.2.2.- Opiacis i condicionament clàssic o responent	18
4.2.2.1.- Tolerància condicionada	18
4.2.2.2.- Respostes condicionades semblants	19
4.2.2.3.- SAO condicionat	19
4.2.2.4.- Desig i/o querència i addicció	20
4.2.3.- Opiacis i condicionament instrumental o operant	21
4.2.3.1.- Opiacis com a reforçadors positius	21
4.2.3.2.- Reforçadors negatius	21
4.2.3.3.- Interacció entre condicionament clàssic i condicionament instrumental	22
4.2.4.- Aprenentatge social i opiacis	23
4.2.4.1.- Inici del consum	23
4.2.4.2.- Manteniment del consum	24
4.2.4.3.- Abandó del consum	24
4.2.5.- Opiacis i model psicoanalític	25
4.3.- Determinants socials	25
4.3.1.- Generalitats	25
4.3.2.- L'adolescència	26

4.3.3.- La família	28
4.3.4.- L'escola	29
4.3.5.- El grup d'iguals	29
4.3.6.- La societat en general	30
5.- Situació actual del consum d'opiacis	31
5.1.- Situació general del consum de drogues	31
5.2.- Situació general del consum d'heroïna	32
5.3.- Característiques sociodemogràfiques dels consumidors d'heroïna	34
5.4.- Relacions socials en els consumidors	36
5.5.- Història del consum d'heroïna	36
5.6.- Patrons actuals de consum d'heroïna	37
5.7.- Importància de les consultes per consum d'heroïna en relació a altres substàncies	37
5.8.- Perfil actual del consumidor d'heroïna	38
6.- Avaluació del trastorn per dependència a drogues	39
6.1.- Trastorns per consum de substàncies	40
6.1.1.- Dependència de substàncies	40
6.1.2.- Abús de substàncies	41
6.2.- Trastorns induïts per substàncies	41
6.2.1.- Intoxicació per substàncies	41
6.2.2.- Abstinència de substàncies	42
6.3.- Trastorns relacionats amb el consum d'opiacis	42
6.3.1.- Trastorns per consum d'opiacis	42
6.3.1.1.- Dependència d'opiacis	42
6.3.1.2.- Abús d'opiacis	42
6.3.2.- Trastorns induïts per opiacis	42
6.3.2.1.- Intoxicació per opiacis	43
6.3.2.2.- Intoxicació per opiacis, amb alteracions perceptives	43
6.3.2.3.- Abstinència d'opiacis	44
6.3.2.4.- Delirium per intoxicació per opiacis	45
6.3.2.5.- Trastorn psicòtic induït per opiacis, amb idees delirants o amb al·lucinacions	45
6.3.2.6.- Trastorn de l'estat d'ànim induït per opiacis	46
6.3.2.7.- Trastorn sexual induït per opiacis	47
6.3.2.8.- Trastorn del son induït per opiacis	47
6.3.2.9.- Trastorn relacionat amb opiacis no especificat	48
7.- Les classificacions basades en la descripció clínica	48
8.- Els trastorns de la personalitat	49
8.1.- Classificació	50
8.2.- Factors genètics	50
8.3.- Factors psicològics	51
8.4.- Factors neuroquímics	

8.4.1.- El paper de les hormones	52
8.4.2.- El paper dels enzims	52
8.4.3.- El paper dels neurotransmissors i neuroreguladors	52
8.4.4.- Neurofisiologia	54
8.5.- Criteris diagnòstics generals per a un diagnòstic de trastorn de la personalitat	55
9.- El trastorn Esquizotípic de la Personalitat	56
9.1.- Sobre el concepte d'estructura de la personalitat	56
9.2.- Antecedents històrics	58
9.3.- Característiques clíniques	69
9.3.1.- Diagnòstic	69
9.3.2.- Síntomes clínics	70
9.4.- Comorbiditat amb altres trastorns i síndromes	73
9.4.1.- Comorbiditat de l'Eix II	73
9.4.2.- Comorbilitat de l'Eix I	74
9.5.- Psicometria i Psicodiagnòstic	75
9.5.1.- Psicodiagnòstic de Rorschach	75
9.5.2.- Test d'Apercepció Temàtica (TAT)	75
9.5.3.- Inventari Multifàsic de Personalitat Minessota (MMPI)	76
9.6.- Epidemiologia	76
9.7.- Curs i pronòstic	76
9.8.- Tractament	76
10.- Psicopatologia i drogues: una doble visió del problema	78
10.1.- Model etiològic	80
10.2.- Model de socialització	80
10.3.- Model independent	80
10.4.- Model de la disfunció dopaminèrgica	81
10.5.- Model de l'automedicació	81
11.- La comorbiditat	81
12.- Estat actual del problema	82
Hipòtesis de treball	86
 II. <u>Part experimental</u>	
Metodologia.	
1.- Tipus d'estudi	87
2.- Tractament estadístic dels resultats	88
3.- Procediment general	88
4.- Subjectes	89
5.- Material	95
6.- Variables utilitzades en l'estudi	98
6.1.- Variables independents	96
6.2.- Variables dependents	98

Resultats.

1.- Característiques descriptives del grup experimental	99
1.1.- Distribució segons el tipus de tractament actual	99
1.2.- Distribució segons la via d'ús preferent en l'administració d'heroïna	100
1.3.- Tractaments anteriors per dependència als opiacis	100
1.4.- Antiguitat en el consum d'opiacis	101
1.5.- Presència d'HIV	102
1.6.- Relació sexe- edat (en intervals)	103
1.7.- Relació sexe-HIV	104
1.8.- Relació sexe-havent rebut tractament anteriorment	105
1.9.- Relació sexe-tipus de tractament actual	106
1.10.- Relació sexe-via d'administració de la substància	107
1.11.- Relació sexe-anys de consum (en intervals)	108
1.12.- Relació edat (en intervals)-HIV	109
1.13.- Relació edat (en intervals)-tipus de tractament actual	110
1.14.- Relació edat (en intervals)-tractaments anteriors	111
1.15.- Relació edat (en intervals)-via preferent d'administració	112
1.16.- Relació edat (en intervals)-anys de consum (recodificat)	113
1.17.- Relació HIV. tractaments anteriors	114
1.18.- Relació HIV- tipus de tractament actual	115
1.19.- Relació HIV-via d'ús preferent d'administració de la substància	116
1.20.- Relació HIV-anys de consum (en intervals)	117
1.21.- Relació tractament actual-tractaments anteriors	118
1.22.- Relació via preferent d'administració de la substància- tractaments anteriors	119
1.23.- Relació anys de consum (recodificat)-tractaments anteriors	120
1.24.- Relació via d'administració preferent-tipus de tractament actual	121
1.25.- Relació anys de consum (recodificat)-tipus de tractament actual	122
1.26.- Relació anys de consum (recodificat)-via preferent d'administració de la substància	123
2.- Comparacions de mitjanes en el grup experimental	124
2.1.- Comparació de mitjanes de l'edat en funció del sexe	124
2.2.- Comparació de mitjanes de l'edat en funció d'HIV	125
2.3.- Comparació de mitjanes de l'edat en funció de la via preferent d'administració	126
2.4.- Comparació de mitjanes de l'edat en funció dels tractaments anteriors	127
3.- Descripció de les escales del Mini-Mult en el grup experimental i en el grup control i grau de significació	128
3.1.- Hipocondriasi	128
3.2.- Depressió	129
3.3.- Histèria	130
3.4.- Paranoia	132
3.5.- Psicastenía	133
3.6.- Esquizofrènia	134
3.7.- Hipomania	136
3.8.- Desviació psicopàtica	137

4.- Relació descriptiva de les diferents variables del grup experimental i la patologia obtinguda en el Mini-Mult	139
4.1.-Relació “anys de consum” (RECOM) i “tenir patologia”	139
4.2.- Relació “edat” (REEDAT) i “tenir patologia”	140
4.3.- Relació “HIV” i “tenir patologia”	141
4.4.- Relació “tractaments anteriors” i “tenir patologia”	141
4.5.- Relació “tractament actual” i “tenir patologia”	142
4.6.- Relació “via d’ús” i “tenir patologia”	142
4.7.- Relació “sexe” i “tenir patologia”	143
4.7.1.- “sexe” grup experimental i “tenir patologia”	143
4.7.2.- “sexe” grup control i “tenir patologia”	143
4.7.3.- Relació “ser home” / grup / “tenir patologia”	144
4.7.4.- Relació “ser dona” / grup/ “tenir patologia”	144
5.- Relació “patologia” / “grup”	145
5.1.- Grup experimental	145
5.2.- Grup control	146
6.- Contrast “existència de patologia” / “grup”	147
7.- Nombre d’individuos amb patologia en funció del grup de pertanyença i nivell de significació estadística	148
8.- Descripció d’índexs mostrals de les subescales clíniques en ambdós grups.	
8.1.- Grup experimental	148
8.2.- Grup control	148
9.- Reconversió de les mitjanes de les puntuacions típiques (T) a puntuacions del perfil Mini-Mult	148
9.1.- Grup experimental	148
9.2.- Grup control	149
10.- Comparació entre les mitjanes de les puntuacions típiques (T) entre els dos grups i nivell de significació estadística	149
11.- Descripció del perfil Mini-Mult resultant del contrast entre els dos grups	154
Discusió	155
Conclusions.	164
III. <u>Bibliografia.</u>	167
IV. <u>Annexos.</u>	
1. Aportació bibliogràfica específica.	
2.- Protocol de respostes del Qüestionari de Personalitat Mini-Mult.	
3.- Base de dades de la Tesi, en format disket 3 ½.	

Introducció

1.- Gènesi i motivació.

L'any 1984 vaig començar a aprendre dels pacients heroinòmans. Ja en aquells inicis em feia algunes preguntes que encara ara, no he resolt de manera satisfactòria. En aquells moments, una cosa sí la tenia prou clara: davant meu estaven passant moltes i importants coses. Aquell acte voraç, agressiu i destructiu com era consumir heroïna no podia ser, de cap manera, una simple qüestió entesa en funció de dependències psíquiques i físiques. Darrera del consum hi ha una persona, dins d'ella hi ha un ésser que pateix, un ésser que estava intentant resoldre uns problemes amb altres problemes, i la solució, esdevenia més problema.

Jo havia de conèixer millor allò què estava passant, n'havia d'aprendre, necessitava entendre. Encara ara estic immers en aquesta tasca. Ara, amb els anys sóc més organitzat, més metòdic en les meves observacions. Catorze anys després vull explicar el què penso, el què dedueixo, el què crec que està passant, tot fent una aproximació a quelcom íntim, profund i misteriós. Potser, amb la ciència, el coneixement, la tècnica, els diagnòstics, les classificacions i els instruments de mesura, aconseguirem una lleugera aproximació a un fenomen amb clares implicacions bio-psico-socials. Quin és el pes de cadascuna d'elles en cadascun dels individus és la tasca que el terapeuta ha d'esbrinar. Només amb aquesta concepció ampla i globalitzadora estarem en condicions d'ajudar, objecte final i primordial de la nostra tasca assistencial.

Per aquest motiu, en el present treball, es planteja, mitjançant observacions, arribar a una més clara comprensió del problema, a una més clara concepció del jove, de la seva personalitat i de la seva conducta com un tot que caldrà tractar, també, com un tot, és a dir, desde perspectives psicològiques, mèdiques, socials, psiquiàtriques, laborals, educatives, etc. Totes i cadascuna d'elles són elements inalienables del trencaclosques que cal pacientment construir per accedir al canvi.

2.- Perspectiva històrica del fenomen de la drogodependència.

L'ús de substàncies addictives és tan antic com la pròpia humanitat. Malgrat cadascuna de les substàncies que anomenem drogues tinguin les seves peculiaritats i la seva corresponent història tenen, totes elles com a denominador comú, la necessitat de modificar la quotidianitat, d'alterar allò habitual, de millorar, d'amagar, de resoldre, de guarir, d'apropar, d'estar.

En les societats més primitives, les conductes i les vivències de l'home estaven regulades més pel grup que individualment. L'home, partint de la seva capacitat simbòlica expressa diferents significats de la seva existència en forma de rituals. Aquests rituals necessiten d'alguna substància que modifiqui la percepció interna i

externa per poder participar d'allò sobrenatural. Així, s'utilitzen drogues amb aquesta capacitat modificadora de la percepció, com ho són els al·lucinògens. És el cas d'algunes tribus d'Amèrica, que utilitzaven vegetals amb propietats psicotròpiques. Cada medi i cada cultura ha disposat d'aquestes substàncies que han permès aquest contacte amb allò diví, amb el desconegut, és a dir, amb aquella part de nosaltres que ens fa por i no dominem. En el nostre medi, els bolets, les Amanites utilitzades per les bruixes en els seus rituals. És curiosa la forma en que tota aquesta simbologia i les seves coseqüències traspassen al llenguatge de cada dia malgrat, moltes vegades no en saben l'origen. Expressions tan nostres com "estas tocat del bolet", com a sinònim de manifestació de problemes en l'esfera mental produïts o induïts per algú d'aquests vegetals, les utilitzem a diari sense recordar-ne el seu origen.

Cultures com la dels Inques, consumien fulles de coca com a element distintiu de classe social, i com a remei exclusiu que evita el dolor i alleugereix el viatge al més enllà. En cada una d'aquestes societats, el consum de drogues esdevé un element integrador, essent regulat i acceptat el seu ús per normes provinents de la mateixa comunitat. En aquest context, la droga té un valor que va més enllà dels seus efectes immediats, podríem dir que els seus objectius són els definits i acceptats per la comunitat.

En les societats clàssiques, ja es coneix l'opi i els derivats de la cannabis, que s'utilitzaven especialment en la medicina tradicional. En la cultura grega i romana, era l'alcohol la droga comunitària. Els grecs amb el culte a Dionís, i els romans, amb les seves adaptacions, a Bacus, celebraven les seves festes rituals, tot facilitant la desinhibició sexual, essent el vi l'element bàsic i essencial.

Durant l'Edat Mitjana, l'ús de les drogues es relaciona molt directament amb la bruixeria. Com abans hem esmentat, junt als al·lucinògens s'empraven la datura, la belladona, la mandràgora, etc. Els seus usuaris eren els bruixots que les utilitzaven amb finalitats adivinatòries i curatives. En aquesta època, el vi perd les connotacions orgiàstiques de l'època anterior i passa a tenir un significat asexual i religiós (vi com a sang de Crist, utilitzant el seu consum a mode de celebració, de compartir, etc).

L'ús de drogues també es va beneficiar de les guerres, el comerç, els viatges, tot contribuïnt a adquirir costums alienes a les diferents comunitats. Però no va ser fins a l'arribada del capitalisme, quan les drogues van perdre el marc de referència del seu lloc d'origen mantingut fins aleshores, i es comencen a utilitzar en altres contextos, perdent així el seu paper integrador inicial.

Al segle XIX, la societat comença a seguir les directrius imposades pel capitalisme, principis com producció i consum, fent que les drogues esdevinguin un mitjà de guany econòmic. Un clar exemple d'això el tenim en les Guerres de l'Opi, que van ser motivades per raons estrictament comercials a favor d'Anglaterra i en detriment de la Xina. Una repassada als llibres d'història ens farà comprendre més encara aquest cas concret i com els propis governs defensaven amb tota classe d'arguments els seus interessos econòmics.

És en aquest segle, quan els productes naturals van quedant en un segon terme, deixant lloc als elaborats a partir de processos químics: derivats de l'opi com la morfina, síntesi de l'alcaloide principal de la coca, la cocaïna, etc. En alguns ambients

intel·lectuals d'Europa s'utilitzaven la morfina, la cocaïna i els derivats cannàbics com a mitjà per aconseguir noves experiències, noves sensacions, noves inspiracions. Personatges com Baudelaire, Alejandro Dumas, Gautier, etc, creaven els seus espais i de consum (el Club dels Haixixiens, per exemple). Es tractava d'aconseguir uns objectius individuals, malgrat el consum es fes en grup.

L'alcoholisme es va convertir en la toxicomania més greu i transcendent del món occidental, tant en els països amb una clara tradició de consum, com també en els que no. L'abús de drogues comença a ser un dels principals problemes sanitaris i socials de les diferents comunitats.

Ja en el segle XX, degut en part als medis de comunicació, s'instraura en la gent una tradició consumista, creant-se necessitats forçades, artificials i falses. Alhora s'ofereix una solució màgica per tot. Molts negocis es beneficien d'aquesta nova manera de percebre la vida, les relacions, les tradicions. Les indústries del tabac, de l'alcohol i dels medicaments, utilitzen qualsevol mitjà publicitari per tal d'imposar-se a la gent. El consum d'aquestes substàncies arrela de forma important en les cultures civilitzades, aconseguint, ben aviat, l'augment de molts problemes sanitaris i econòmics, degut a la fàcil disponibilitat i a la gran quantitat d'estímul que inciten al seu consum.

Durant la dècada dels 60 s'inicien als Estats Units, els moviments d'eprotesta per part dels joves. Joves que defensaven un conjunt de valors oblidats per la societat capitalista. La queixa era mediatitzada per drogues prohibides en la societat occidental, i que eren utilitzades en països com el Pròxim Orient i l'Índia, cultures que exportaven misticisme i misteri.

Això suposava uns nous destinataris: els joves, com a norma, menors de 30 anys. L'ús de certes drogues s'integra dins d'un moviment de protesta i esdevé un mitjà per expressar una determinada filosofia i actitud. Drogues com els Al·ucinògens (LSD) i la Marihuana es converteixen en elements integradors. Amb el temps, la protesta contracultural va anar perdent intensitat i poder, i allò que s'inicià com una marginació voluntària, va acabar sent una autèntica marginació, en convertir-se els joves en un grup minoritari amb diferència dels seus orígens socioeconòmics.

De forma paulatina i lenta, s'instaura una nova forma de consum de drogues per una part de la joventut, l'augment de les drogues legals i dels derivats opiàcics, la heroïna especialment. La tradició de la heroïna en el nostre país ha deixat unes conseqüències de les que encara ara n'estem pagant els seus efectes. Les drogues deixen de ser un mitjà per a convertir-se en un objectiu. L'objectiu serà l'experimentació dels seus efectes. Aquesta situació no es pot aïllar d'un context on hi intervenen diferents factors socials, econòmics, individuals (dintre d'aquests factors individuals, per què no els psicopatològics ?) , essent el consum de drogues un símptoma més d'un funcionament no gratificant de la societat.

Situacions més actuals, com el consum de derivats anfetamínics (MDMA, Speed, etc), ens fan replantejar si en veritat ens troben davant noves situacions o davant d'una nova tipologia de joves. Consums associats al benestar, a la diversió, a la despesa exagerada, al ritme frenètic. Sigui com sigui, de la seva observació en caldrà treure'n conclusions reparadores.

De tota aquesta descripció històrica, en podem deduir que el consum de drogues pot tenir significacions molt diverses en funció, no només dels trets farmacològics d'una determinada substància, sinó també de les connotacions que hom li doni pel fet de diferents vivències socials i personals.

3.- Aproximació històrica dels opiàcis.

La primera referència d'aquesta substància apareix en els escrits de Teofrast, en el segle III abans de Crist. La paraula Opi, significa en grec, suc i s'obté del cascall de la *Papaver somniferum*, planta molt semblant a les roselles dels nostres camps i amb cert parentesc. Paracels (1493-1541), en va popularitzar el seu ús a Europa. És durant el segle XVIII que s'estén el consum de l'opi fumat en pipa per l'Orient. Al 1803, Setürner va aïllar i descriure un alcaloide de l'opi, que va anomenar morfina.

El 1832 Robiquet va aïllar la codeïna. El 1848 Merck va aïllar la papaverina. No és fins el segle XX en que es produeixen els opiàcis sintètics i semisintètics. El 1973 es va fer una descripció dels receptors opiàcis en vertebrats. El 1975 Hughes i col. van aconseguir l'aïllament de les encefalibes. Al mateix any, Goldstein i cols, aïllen les endorfines, pèptids opiàcis endògens, que es troben ampliment distribuïts pel sistema nerviós central. Des d'aquest descobriment, el nombre de pèptids que es creu que actuen com a neurotransmissors en el cervell ha augmentat de forma considerable, en l'actualitat és superior a quaranta¹.

4.- Determinants biopsicosocials.

4.1.- Neurobiologia dels opiàcis.

4.1.1.- Tipus d'opiacis.

a) Alcaloides naturals.

Constitueixen aproximadament el 25% en pes de l'opi, podent dividir-se en dues classes químiques ben definides:

¹ Talbott,J;Hales,R;Yudofsky,S. *Tratado de Psiquiatria.The American Psychiatric Press.Ancora,S.A.* Barcelona, 1989.pp: 8.

a.1.- Fenantrènics, com:

Morfina (10% de l'opi).
Codeïna (0.5% de l'opi).
Tebaïna (0.2% de l'opi).

a.2.- Benzilisoquinolínic, com:

Papaverina (1% de l'opi).
Noscapina (6% de l'opi).

b) Derivats semisintètics.

Heroïna o diacetilmorfina.
Apomorfina.

c) Derivats sintètics.

c.1.- Derivats de la fenilpiperidina: petidina (meperidina), difenoxilat i loperamida.

c.2.- Derivats de la morfina: levorfanol i dextrometorfà.

c.3.- Derivats de la difenilpropilamina: metadona i propoxifé.

c.4.- Derivats del benzomorfa: pentazocina i ciclazocina (agonistes i antagonistes parials).

c.5.- Al·lil substituït: nalorfina i naloxona (antagonistes).

c.6.- Altres: tilidina.

4.1.2.-Acció farmacològica dels opiacis (morfina i heroïna).

a) Sistema Nervios Central (SNC):

1.- *Accions depressores*, somnolència, depressió del centre respiratori i de la tos, analgèsia (contra el dolor d'origen visceral), alteració de la consciència o percepció del dolor, disminució del sofriment i no de la sensibilitat. Són potents analgèsics majors.

2.- *Accions estimulants*: emètiques, per estimulació directa del centre del vòmit, miosi, activitat convulsionant. Accions hipotalàmiques, alteració dels mecanismes termoreguladors i dels nivells de testosterona.

3.- *Accions sobre la conducta*: alternances del tipus eufòria i disfòria i un determinat caràcter subjectiu de l'analgèsia.

a) Aparell digestiu:

- 1.- Disminució de les secrecions.
- 2.- Augment del to (gran restrenyiment).
- 3.- Augment de la pressió del tracte biliar.

b) Altres accions: vasodilatació cutània, reaccions vegetatives, alliberació d'histamina i al·lèrgia.

4.1.3.- Mecanisme d'acció.

4.1.3.1.- El receptor opiàci.

Els opiàcis actuen com a agonistes en receptors estereoespecífics situats especialment al SNC i al budell. Aquests receptors estan presents en concentracions màximes al sistema límbic, al tàlem, al cos estriat, a l'hipotàlem, al mesencèfal i a la medulla espinal. L'afinitat de molts, però no tots els opiàcis, per als receptors té bona correlació amb llur potencial com a analgèsics.

La unió d'un agonista al receptor inicia la seqüència de fenòmens que produeixen els efectes observats i que ja s'ha descrit en el punt anterior, tot disminuint l'activitat de l'adenilciclasa. L'afinitat del opiàcis per als receptors *in vitro* té relació amb la concentració de sodi. Al SNC els opiàcis inhibeixen l'alliberació d'acetilcolina, noradrenalina i substància P i alteren l'alliberament de dopamina.

4.1.3.2.- Tipus de receptors.

Entre les propietats dels opiàcis que es poden alterar per modificacions estructurals, destaquen:

- a) L'afinitat per a subespècies dels receptors.
- b) L'activitat agonista versus l'antagonista.
- c) La liposolubilitat.
- d) La resistència a la desintegració metabòlica, i
- e) La unió a l'albumina plasmàtica.

4.1.3.3.- Encefalines i Endorfines.

Ja s'ha fet referència abans, en l'apartat *aproximació històrica dels opiàcis*, de l'important descobriment dels pèptids cerebrals, amb accions semblants a la morfina, per part de Hugher i col.laboradors (1975) i Goldstein i col.laboradors (1975), les encefalines i endorfines, respectivament. Substàncies que comparteixen les propietats farmacològiques dels alcaloides agonistes opiàcis, i que pertanyen a dos sistemes funcionalment i anatòmicament diferents, actuen com a modeladors de la neurotransmissió. L'observació i estudi d'aquestes substàncies endògenes ha permès, sense cap mena de dubte, una aproximació més gran al coneixement i acció dels opiàcis exògens, més concretament de la heroïna.

4.1.4.- Farmacocinètica.

Els processos bàsics de la farmacocinètica, fan referència a:

- a) *Absorció*: tracte gastrointestinal, mucosa nasal i pulmó via parenteral. D'uns anys ençà, han aparegut altres vies d'entrada, pel que es refereix a la heroïna especialment (inhalació, esnifada, etc), arrel de l'avís de situacions de risc com ara la SIDA i altres malalties contagioses.
- b) *Metabolisme hepàtic*. Glucuronoconjugació.
- c) *Distribució*: 1/3 lligada a proteïnes plasmàtiques, s'enmagatzema durant les primeres hores en teixits parenquimatosos com ara el ronyó, els pulmons, el fetge i la melsa, així com al múscul esquelètic. A les vint-i-quatre hores de

l'administració la concentració tisular és molt baixa. El temps de vida mitjana o semivida és de 2.5 a 3 hores.

- d) *Eliminació*: el 90% s'elimina en forma lliure o conjugada per via urinària.

4.1.5.- Efectes indesitjables.

Els principals efectes negatius i indesitjables del consum de derivats opiàcics en general, i dels morfínics en concret, son fonamentalment de tipus colateral, com vòmits i restrenyiment. Es poden descriure com es fa clàssicament en la literatura sobre el tema segons: Intoxicació *aguda* i Intoxicació *crònica* o, el que és el mateix, dependència.

4.1.5.1.- Intoxicació aguda.

Es donen conjuntament coma, pupil·la puntiforme (punt d'agulla) i depressió respiratòria. La intoxicació aguda ha suposat durant molt de temps un dels motius de demanda d'ajuda urgent per part de molt dels usuaris d'heroïna. Aquesta situació es resol, a nivell mèdic mitjançant l'administració d'un antagonista opiàcic, del tipus naloxona, que desplaça del receptor la substància.

4.1.5.2.- Intoxicació crònica o dependència.

La simptomatologia que apareix quan es suspen l'administració de la substància depen de molts i variats factors, com la pròpia substància emprada, el seu nivell de puresa, la dosi diària, la freqüència de l'administració, la durada en l'ús, la salut i la mateixa personalitat de l'individu (capacitat de tolerar i resistir el dolor, experiències prèvies, la informació prèvia que té de la manifestació de la simptomatologia, etc).

La síndrome d'abstinència (SAO) de la morfina i de l'heroïna es caracteritza per l'aparició dels primers signes i símptomes a les 6-8 hores després de la supressió de la droga. Al principi es manifesta rinorrea, llagimeig, badalls i sudoració, després aparix midriasi, anorèxia i "pell de gallina", inquietud, irritabilitat i tremolor. El moment més àlgid cal situar-lo entre les 48 i les 72 hores i serà determinat per una creixent

irritabilitat, insomni, badalls violents, esternuts, llagrimeig i coriza; pot anar acompanyat també de nàusees, vòmits, espasmes intestinals i diarrea, elevació de la freqüència cardíaca i de la pressió arterial, calfreds, espasmes abdominals i àlgies als ossos i músculs de les extremitats i de l'esquena.

La no ingesta de sòlids i líquids, combinada amb vòmits, sudoració i diarrea produeix marcada pèrdua de pes, deshidratació, cetosi i alteracions de l'equilibri àcid-base, i ocasionalment pot presentar-se col.lapse cardio-vascular.

Sense cap tractament, la SAO segueix el seu curs i quasi tots els signes i símptomes desapareixen en 7-10 dies, no pas així la rehabilitació total de l'equilibri fisiològic.

A l'administrar opiacis exògens, la seva presència en el cervell i l'ocupació dels receptors produeix una retroalimentació negativa, i una inhibició de la producció dels opiacis endògens, d'igual manera que, per exemple, l'administració de corticoides produeix l'inhibició de la secreció corticosuprarrenal. La SAO seria, doncs, conseqüència de la manca d'aquests opiacis endògens². Aquesta és una opinió molt particular, i que manifesta la gran divergència que existeix sobre les explicacions del fenomen de la dependència física als opiacis,

4.1.6.- La Dependència Física als opiacis.

Moltes han estat les teories que han pretés explicar aquesta complexa situació. Totes aquestes teories, tenen en comú el concepte de la tolerància, i amb tots els processos que integren el consum compulsiu d'altres substàncies. Les hipòtesis neurofisiològiques sobre l'acció dels receptors opiacis, no es poden deslligar dels coneixements bioquímics i de les explicacions socio-culturals que envolten el consum i el consumidor. Els principals models explicatius, fan referència a:

4.1.6.1.- Teoria de la supersensibilització per desús.

Teoria defensada per Jaffe, J.F i Sharpless, S.K. (1968), i que proposa que en teixits perifèrics, les terminacions postsinàptiques del SNC poden desenvolupar una "hiperexcitabilitat latent" com a conseqüència de l'absència d'ús de les sinapsis. Això es pot deure per motiu d'un continu bloqueig local farmacològic, o per una progressiva reducció de l'activitat neuronal convergent en aquestes sinapsis com a resultat dels efectes agonístic d'una determinada droga en una zona cerebral. Afirment també aquests autors, que canvis a nivell cel.lular en neurones sotmeses a la continua presència d'una substància química estranya (en el nostre cas, opiacis exògens), poden jugar un important paper (adaptació directa, farmacogenètica o quimiogenètica)³.

² Valdecasas, F.G. *Iniciación a la farmacología del comportamiento*. Ramón Bayes.. Conducta humana, nº 31. Fontanella. Barcelona, 1977. pp: 18.

³ Citat en Freixa, F. Et Al. *Toxicomanias. Un enfoque multidisciplinario*. Fontanella. Barcelona, 1981.

4.1.6.2.- Teoria de la Redundància farmacològica.

Teoria formulada per Martin (1970). Aquesta teoria preten explicar la dependència física i la tolerància en base a canvis a nivell de circuits en la conducció de l'impuls nerviós en el SNC. Els trets característics que proposa aquest autor, són:

- a) En el SNC de l'ésser humà una determinada funció cerebral es pot correlacionar amb l'activitat d'una "via neuronal primària", que habitualment fa aquesta funció. Però es troben a més, vies "secundàries" (l'autor n'anomena redundants) que habitualment són poc o gens activades en la mediació de l'esmentada funció cerebral.
- b) Els dos tipus de vies són diferencialment sensibles a agents químics, com les drogues.
- c) Ambdues vies estan sotmeses a inhibició tònica per als teixits o òrgans afectors de la funció cerebral, mitjançant un sistema de retroalimentació, semblant als sistemes de feed-back propis del nostre organisme (hormones, etc).
- d) Si la via primària és bloquejada selectivament per un període de temps perllongat per una substància química, esdevindrà una disminució de l'acció inhibidora sobre les vies secundàries. Situació que portarà a la seva progressiva activació i eventualment a la seva hipertròfia (tolerància). Per altra part, quan el bloqueig selectiu sobre la via primària s'acabi (manca de droga, administració de naloxona, etc) tindrà lloc una sobreactivació del teixit efector (a l'estar estimulat per la via primària i la secundària hipertrofiada), manifestant-se a nivell clínic una simptomatologia de quadre d'abstinència. Aquest SAO remetrà quan les vies hagin realitzat una "re-adaptació" pels mateixos mecanismes però ara en sentit contrari.

Un aspecte molt important d'aquesta teoria, és que la simple ocupació d'un receptor en la via primària no és suficient per a desenvolupar els mecanismes ara descrits i que porten a la tolerància i a la dependència fisiològica. La droga que encaixa en el receptor, ha de tenir capacitat agonista. Així, per exemple, la naloxona, que té la capacitat d'ocupar el receptor, però no té acció agonista opiàcea, per tant, no produeix dependència física (Wikler, A. 1956)⁴.

4.1.6.3.- Teoria de l'expansió enzimàtica.

Teoria defensada per Shuster (1961) i Goldstein i Goldstein (1961). Parteixen de la base de que certs fàrmacs poden induir modificacions de l'activitat enzimàtica relacionada amb els processos metabòlics que afecten la vida interna d'aquests mateixos fàrmacs⁵. Així, l'opiàci inicia el procés a l'inhibir un enzim en que la seva funció és sintetitzar una substància important per al metabolisme cel·lular (per exemple un neurotransmissor). La disminució conseqüent d'aquesta substància provoca una elevació en la síntesi de l'enzim, cosa que a la vegada, tendirà a restablir el nivell original de la substància. Quan cesa l'administració de la droga, hi ha un excés d'enzim

⁴ Freixa, F. Et Al.

⁵ Freixa, F. Et Al.

i un excés de substància, apareixent els quadres clínic d'abstinència ja descrits. La seva desaparició tindrà lloc quan, per inversió del mecanisme adaptador, es restableixin els valors habituals. Aquests canvis tenen lloc a nivell presinàptic.

4.1.6.4.- Teoría dels nous receptors.

Teoría original de Sakel (1930) i elaborada més tard per Collier (1966). Proposa dos tipus de receptors:

- a) "Silenciosos", en els que l'arribada de l'opiàci al receptor no produeix efectes observables.
- b) "Farmacològics" o "Actius", en els que sí s'observen canvis.

El nombre de receptors "silenciosos" o "actius" poden augmentar o disminuir segons els processos d'adaptació cel.lular, com per exemple, amb la presència d'una substància química. Així, una droga que augmenta el nombre de receptors silenciosos i disminueix el d'actius, dona lloc a tolerància sense dependència fisiològica. Aquests canvis adaptacionals tenen lloc a nivell postsinàptic.

4.2.- Factors d'aprenentatge en les drogodependències.

4.2.1.- Aspectes conceptuals.

Alguns autors⁶ consideren que la dependència a les drogues com un constructe multidimensional que implica un sistema de components subjectius, conductuals, fisiològics i bioquímics. En aquesta tònica, Edwards (1986), proposa el concepte de *Síndrome de dependència*, que es caracteritza per un ampli repertori d'abús de drogues específic, una conducta de búsqueda, un increment de la tolerància, símptomes d'abstinència repetitius, evitació d'aquests símptomes, compulsió per a consumir i una determinada tendència a recaure després de l'abstinència.

Aquesta *síndrome de dependència* succeeix amb una intensitat graduada, doncs no tots els elements que la constitueixen necessiten estar presents o tenir la mateixa intensitat, sino que a mesura que la intensitat de la síndrome augmenta, hi ha una més gran coherència entre els seus elements. S'ha suggerit (H.A. Skinner, 1986) que els

⁶ Hodgson, R i Stockwell, T. The theoretical and empirical basis of the alcohol dependence model: a social learning perspective. Es troba a Heather, I. Roberston i P. Davies (Eds.). The misuse of alcohol. Croom Helm. Londres. 1985.

elements de caire psicobiològic (la tolerància i l'abstinència), sembla que fluctuïn en intensitat a través de situacions, en funció de la quantitat de substàncies consumides i el temps transcorregut desde la última dosi. Els elements conductuals i subjectius (com la pèrdua de control, l'estil de consum compulsiu i el desig) es mantenen de forma consistent mitjançant determinades situacions i durant llargs períodes de temps.

Des de una perspectiva merament psicològica, encara podem interpretar i entendre la conducta addictiva sota dos prismes, dins el model conductual (Craighead, 1981). Des de la teoria del condicionament clàssic, que alguns anomenen paulovian o responent. Però també des de la teoria del condicionament instrumental, operant o el que alguns defineixen d'skinnerià.

4.2.2.- Opiacis i Condicionament Clàssic.

Els principis del condicionament clàssic van ser descrits per I. Paulov, gràcies als seus estudis sobre els reflexos en animals. Un dels primers autors que va entendre l'addicció en termes de condicionament clàssic va ser Wikler (1965). Aquest autor havia observat símptomes propis dels moments de consum, fins i tot, símptomes propis de l'abstinència als opiacis, en pacients amb llargs períodes d'abstinència. Situació que avui en dia ens recordaria el concepte de síndrome d'abstinència tardà . Wikler va anomenar aquesta situació: d'abstinència condicionada. Segons això, diferents episodis d'abstinència (resposta incondicionada) podrien haver-se associat amb estímuls ambientals (estímuls condicionats), fent que la presència d'aquests estímuls o el simple fet de recordar-los podria provocar la resposta condicionada d'abstinència.

4.2.2.1.- Tolerància condicionada.

Molts dels efectes d'una gran varietat de substàncies psicoactives disminueixen a mesura que les administracions d'aquesta droga es repeteixen o, quan l'organisme necessita una dosi progressivament més gran per a produir un efecte determinat durant successives administracions. Aquest fenomen s'anomena tolerància (Kalant, 1978).

Son diverses les investigacions que incideixen en el paper, que en el desenvolupament de la tolerància, tenen els estímuls ambientals (Hayes, et al. 1976.; Lal et al. 1976.; Siegel, 1976.; Fernandes et al. 1977.; Carder, 1979.; Eikelboom et al. 1981.; Kesner et al. 1981.; Post et al. 1981.; Melchior et al. 1984.). Podem parlar d'una tolerància conductual, que depen tant de l'experiència directa de l'opiaci, com de l'experiència amb els senyals ambientals que es troben presents en el moment de l'autoadministració de la substància. Segons això, la tolerància no és una conseqüència inevitable de l'estimulació repetida d'una droga, sino que aquesta es modula mitjançant els senyals ambientals que estàn presents en el moment de l'administració de la droga.

El mateix Paulov (el primer que va descriure les bases del condicionament responent) va suggerir que l'administració d'una droga constitueix un assaig de condicionament (Paulov, 1927). Autors més recents han adaptat aquesta antiga teoria als nous fenòmens (Siegel, 1975, 1978). Segons això, el procés a través del qual es desenvolupa la tolerància condicionada, és el següent: quan l'opiaci (Estímul Incondicionat -EI-) s'administra, el seu efecte (Resposta Incondicionada -RI-) va precedit de l'estimulació ambiental en que té lloc l'administració (Estímul Condicionat

–EC-). Si la resposta condicionada (RC) que espontàniament produeix l'estimulació ambiental són del signe oposat a l'efecte de la droga (EI), aleshores es produeix una resposta condicionada copensatòria.

Posem un exemple. S'ha observat que en subjectes que havien consumit morfina, amb el consegüent efecte d'analgèsia, respostes d'hiperalgesia (sensibilitat excessiva al dolor) en les proves de condicionament (Siegel, 1975.; Krank, Hinson i Siegel, 1981). Si aquestes respostes condicionades compensatòries interactúen amb els efectes incondicionats de la droga, el resultat serà una debilitació progressiva dels esmentats efectes a mesura que les respostes condicionades vagin creixent. Aquesta atenuació dels efectes d'una droga durant la seva administració en el temps defineix el fenomen de la tolerància condicionada

4.2.2.2.- Respostes condicionades semblants.

Molts usuaris d'heroïna ens manifesten un cert plaer alhora de l'introducció de l'agulla hipodèrmica per tal d'introduir-se la substància. Podriem parlar aquí d'una doble addicció: la química i la ritual. Les noves vies d'administració, no només han reduït els riscos de contraure determinades infeccions, sino que milloren el pronòstic terapèutic, alhora d'evitar un altre condicionament. Però una altra situació derivada d'aquesta l'acostumem a trobar quan el consumidor d'heroïna, en un procés terapèutic i abstinent a la substància, manifesta una mena d'idealització de l'agulla hipodèrmica, arribant-se a injectar substàncies sense cap mena de capacitat psicoactiva (solucions salines, etc). En aquest context, també tenen lloc canvis fisiològics. L'anàlisi d'aquestes conductes ens parlen de la importància de les conductes relacionades amb el consum de drogues com a reforçadors condicionats. Aquest és un fenomen no massa estudiat, però sí alguns dels nostres pacients refereixen efectes subjectius i fisiològics semblants als de l'heroïna, quan s'injecten qualsevol altra cosa totalment inèrta. Aquesta situació ha estat descrita en la literatura especialitzada (O'Brien, 1975.; O'Brien et al. 1980.; O'Brien et al. 1986.1993).

El ritual d'injectar-se (EC) funciona com a estímul condicionat complex que, en base a repetits aparellaments amb els efectes agonistes de l'opiaci (EI), és capaç de provocar efectes agonistes dèbils (RCs). Woods i Schuster (1971), va observar que un estímul previament associat amb l'autoadministració de droga, pot mantenir la resposta condicionada (RCs) amb una solució salina, durant un cert període de temps.

4.2.2.3.-Síndrome d'Abstinència condicionada.

També els signes i símptomes de la SAO poden condicionar-se segons els model clàssic o reponent (Wikler (1965). En els rituals diaris del toxicòman, la SAO s'associa habitualment a estímuls ambientals molt específics (persones, situacions, espais, argot, etc) que serveixen com a EC per produir espontàniament respostes d'abstinència (RCs compensatòries que deiem abans). Hi ha evidència de respostes fisiològiques, conductuals i subjectives en pacients abstinentes o en tractament amb Metadona (fàrmac agonista dels efectes opiacis), associat a la naloxona (fàrmac antagonista dels efectes opiacis) i que precipita la SAO i resposta incondicionada (RI) –amb un estímul novel·lós- Estímul Condicionat (EC). La resposta condicionada resultant (RC) s'assembla a la RI (SAO) (O'Brien et al. 1975, 1977, 1986, 1993).

4.2.2.4.- Desig i/o querència i addicció.

Segons aquest paradigma clàssic, les respostes condicionades compensatòries que mediatitzen la tolerància condicionada, també tenen a veure amb el desig (“craving”) i en la síndrome d’abstinència.

D’igual forma que la tolerància condicionada depen de la presència de senyals ambientals associades a l’administració de la droga, també és probable que molts dels símptomes de l’addicció a opiàcis depenguin dels senyals predroga (Hinson i Siegel, 1980). Aquesta opinió, es basa en l’observació de que la síndrome d’abstinència es caracteritza per ser de direcció oposada als efectes de la droga (Kalant, 1973; Hinson i Siegel, 1982; O’Brien et al., 1978).

Podriem afirmar que les Respostes Condicionades produeixen una més gran disposició a administrar-se la droga, és a dir, les respostes compensatòries incrementen el desig o de la droga. Hi ha estudis que incideixen en això. Així, en el cas de l’alcohol i opiàcis (Ludwig i Stark, 1974), s’ha descrit que sobre el 56% d’una mostra de 60 pacients diagnosticats d’alcoholisme van augmentar el seu desig per l’alcohol quan es trobaven en llocs en els que era probable que n’hi hagués. Altres autors (Mathew, Claghorn i Largen, 1979) troben que el 48% d’un grup de 48 alcohòlics abstinents mostraven més gran desig per l’alcohol quan es trobaven en situacions en les que l’havien consumit anteriorment. Aquests mateixos autors, conclouen en el seu llibre que “el desig és en gran mesura una resposta condicionada a senyals ambientals”⁷. Altres autors reforcen aquesta opinió (O’Brien, 1975.; Teasdale, 1973), tot indicant que els estímuls ambientals en els que l’individu s’ha autoadministrat heroïna són capaços de provocar un desig subjectiu de droga, així com tota una simptomatologia observable d’abstinència. Altres autors (Cami) més en el nostre medi, han obtingut resultats semblants i que donarien crèdit a aquesta teoria, concretament amb les experiències amb rates automutilades.

Malgrat aquestes aportacions, no hem d’oblidar el paper dels estats emocionals com a participants i facilitadors del desig de droga. Ludwig i Stark (1974) afirmen que aproximadament el 75% de la seva mostra de pacients va experimentar desig per l’alcohol quan referien estar deprimits, nerviosos o estressats. D’igual manera, Mathew et al. (1979) observen en la seva mostra que aproximadament el 85% dels seus pacients afirmaven que les situacions de caire desagradable no relacionades amb el consum d’alcohol, precipitaven, també, el desig. De tots els clínics és coneguda la situació en els nostres pacients de que quan presenten estats emocionals com depressió, tristesa, ansietat, etc, poden aparèixer situacions de desig, i, fins i tot, síndrome d’abstinència. En tot cas, ens situen en posició d’alt risc de recaiguda.

⁷ Graña Gómez, J.L., pp: 129.

4.2.3.- Opiacis i Condicionament Instrumental o Operant.

El concepte d'anàlisi funcional de la conducta formulat per B.F. Skinner (1975, 1977) ha tingut una important transcendència en els estudis experimentals que s'han realitzat en la comprensió del fenomen de les drogodependències. També Skinner va aplicar la seva anàlisi mitjançant la seva teoria en altres aspectes i àmbits, com la lingüística (recordem el famós debat amb N. Chomsky) i la seva interpretació del fet cultural (obres literàries com Walden 2).

La premissa essencial del condicionament operant es basa en el fet de que la probabilitat de que succeeixi una conducta està determinada per les seves conseqüències. Qualsevol esdeveniment estimulant que incrementi la probabilitat d'una conducta operant s'anomena reforçament o reforçador. En el nostre àmbit, una droga funciona com un potent reforçador si és capaç d'augmentar la probabilitat d'ocurrència de la conducta a la que segueix. Diuen els principis del condicionament instrumental que la finalitat bàsica d'un reforçador sempre és augmentar la probabilitat de la conducta, tant si es tracta d'un reforçador positiu, com negatiu, com ara mateix exposarem. Una altra cosa és un càstig, que el seu objectiu és disminuir l'esdeveniment d'una determinada conducta (Whaley, D.L.; Malott, R. W., 1978).

4.2.3.1.- Opiacis com a reforçadors positius.

L'any 1940, Spragg va suggerir que les drogues podien funcionar com a reforçadors de la conducta. Parteix de l'observació de que ximpanzés depenents de l'heroïna eren capaços d'aprendre a seleccionar de entre dues opcions la que contenia una solució de morfina que, més tard, l'experimentador li administrava per via intravenosa.

Són molts els autors que han observat la relació entre els opiacis i la seva capacitat d'actuar com a reforçadors positius (Speelman i Goldberg, 1978.; Henningfield et al. 1986.; Young i Herling, 1986). Coincideix la literatura en citar a Woods i Schuster (1971) com els primers que van demostrar que precisament la morfina funciona com a reforçador positiu. Descriuen que la morfina tenia la capacitat reforçant a dosis menors que les que calien per a produir dependència física, doncs no existien senyals de SAO.

4.2.3.2.- Reforçadors negatius.

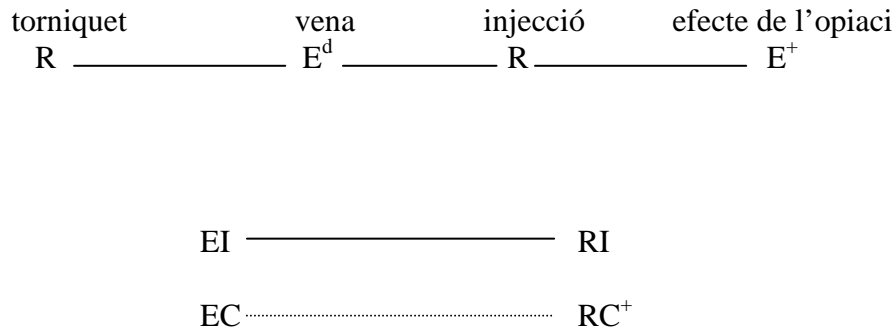
Una vegada instaurada la conducta d'autoadministració, els efectes dels opiacis tenen un component aversiu com la nàusea. Aquest efecte aversiu, que desapareix amb el consum continuat, pot considerar-se com un reforçador negatiu, doncs una vegada que l'individu ha desenvolupat la dependència física, si deixa de consumir la droga apareixerà una SAO. L'evitació de l'aparició de la síndrome d'abstinència s'aconsegueix amb el consum continuat. És a dir, l'individu pren l'opiaci tant pel que aquest li dona (reforç positiu), com per evitar el malestar associat a la no administració (reforç negatiu). Tant d'una manera com de l'altra, el que es produeix, és un augment de la conducta addictiva. Aquestes explicacions són defensades per autors que segueixen aquest paradigma (Goldberg i Schuster, 1970).

Wikler (1970), va suggerir que l'efecte principal en l'autoadministració crònica d'opiacis és l'eliminació de la SAO, doncs els efectes d'eufòria desapareixen als pocs

dies de l'addicció, excepte l'efecte momentàni de "flash" produït per l'autoadministració intravenosa de morfina.

4.2.3.3.- Interacció entre Condicionament Clàssic i Condicionament instrumental.

Totes dues teories, dins el paradigma del model conductual, es complementen i ens serveixen alhora de fer una explicació centrada en l'individu pel que fa al consum d'opiacis. Un esquema sintetitzat d'aquesta complementaritat dels models, podria definir-se així (extret de Graña Gómez, J.L., 1994):



Podriem descriure la seqüència de la següent manera:

- S'emet la resposta operant (injecció d'heroïna), per tant s'aconsegueix l'efecte reforçant.
- L'efecte de l'opiaci serveix d'estímul incondicionat i provoca canvis en el SN autònom (en la respiració, en l'activitat gastrointestinal, temperatura, etc), donant lloc a una resposta incondicionada.
- Els esdeveniments ambientals que tenen lloc abans i després de la conducta d'autoadministrar-se funcionen com a estímuls condicionats i provoquen una resposta condicionada.
- Aquests estímuls, també serveixen d'estímuls discriminatius per la conducta d'autoadministració i per els efectes reforçants de la substància.
- Els estímuls ambientals i les conductes a ells associades amb els efectes de la droga esdevenen reforçadors condicionats per a la conducta operant.

Fins aquí hem descrit alguns dels factors que influeixen en el propi individu, però hi ha altres aspectes que ens serveixen per analitzar tant l'adquisició com el manteniment de la conducta de consumir drogues en general, i derivats opiacis en particular. Els primers contactes amb l'autoadministració d'opiacis per via intravenosa, poden atribuir-se a factors socials. L'experiència anterior amb altres tipus de drogues pot facilitar i modular l'efecte reforçant inicial dels opiacis. Malgrat això, cal considerar que malgrat sovint es descriuen els factors socials i ambientals com a causa de l'abús d'opiacis, aquests no acostumen a ser una condició necessària per a iniciar-se en la perillosa conducta de l'autoadministració. Tot i així, s'imposa el tenir en compte també aquest factors propis d'un aprenentatge que es produeix en la interrelació amb els demés membres de la comunitat, allò que s'anomena l'aprenentatge social.

4.2.4.- Aprenentatge social i opiàcis.

Moltes de les investigacions actuals sobre l'abús de drogues parteixen de la teoria de l'aprenentatge social (Bandura, 1982). Segons això, l'addicció a les drogues s'explica com un aprenentatge directe o en base a influències de modelatge (amics que consumeixen), amb la conducta de l'individu (habilitats, expectatives, creences, atribucions, etc.) i les propies influències del medi (disponibilitat, accessibilitat, etc.). Impliquen interdependència continua entre la conducta, els processos mediacionals i els esdeveniments ambientals.

4.2.4.1.- Inici del consum.

En aquesta fase d'inici, intervenen aspectes familiars, fracàs escolar, pressió de grup, habilitats de competència social, disponibilitat de la droga, curiositat, etc. (Botvin, Eng i Williams, 1980; Schinke i Gilchrist, 1983; Bachman, O'Malley i Johnston, 1984;).

Pel que fa als factors familiars que incideixen en l'inici del consum de drogues, tenim actualment prou informació que ens orienta a pensar que aspectes com la manca d'autoritat, l'excessiva permisivitat, manca de límits, manca de valors i responsabilitats, consum familiar de substàncies legals, etc, poden esdevenir un terreny abonat per a que es dongui una situació de consum. Moltes investigacions confirmen aquestes afirmacions. Així, autors com Chein et al. (1964), Blum et al. (1969) i Hunt (1974), destaquen la influència que tenen els pares en l'ambient social dels seus fills, tot trobant una relació directa entre la permisivitat paterna en la dinàmica familiar i el consum de derivats cannàbics. Observaven que el consum de drogues era més freqüent entre els joves que percebien un estil de lideratge patern més permissiu i tolerant que no pas dialogant, i que imposava límits. Baer i Corrado (1974), explicaven que les experiències primerenques en l'àmbit familiar pel que fa a la manca d'interessos, càstig físic i la percepció d'una infantesa desagradable, eren factors de predisposició al consum posterior de drogues. Si la relació familiar és positiva, la probabilitat de que el jove es relacioni amb les drogues és molt menor (Chein et al. 1964; Rosenberg, 1969; Blum et al. 1969).

Un altre factor a tenir en compte és el vincle amb els companys i amics del grup de relació. Són diversos els estudis que refereixen que els joves que consumeixen tenen amics que també ho fan (Leventhal i Cleary, 1980). En la majoria d'ocasions, les primeres experiències de consum tenen lloc en una situació d'amics i d'interrelació. Podem deduir que el grup d'amics, amb la pressió que exerceix, esdevé un model d'aprenentatge favorable al consum, que junt amb la disponibilitat de determinades substàncies, comporten al jove a iniciar-se fàcilment en aquesta conducta.

L'adquisició de la conducta de consumir drogues es relaciona també amb una mancança d'habilitats necessàries per a resistir la curiositat de tastar. En funció de la teoria de l'aprenentatge social, les habilitats socials per fer front a aquesta oferta consten d'una interacció activa entre cognicions i conductes, que es modifiquen mútuament durant el temps. Tenen molta importància els pensaments, que representen un aspecte de l'autoeficàcia, és a dir, la convicció de que es pot realitzar amb èxit la conducta exigida

per aconseguir els resultats desitjats (Bandura, 1982). És clar que cal una base d'esdeveniments que hagin reforçat previament conceptes tant necessaris com l'autocontrol, l'autoestima, els valors, el concepte de salut, certes habilitats socials, l'assertivitat, etc. Les conductes representen l'execució observable d'aquestes habilitats socials. L'èxit en aquesta desició, pot esdevenir, també, un potent reforçador positiu, i si aquesta conducta té lloc dins un context social concret (colla d'amics, grup de pertinença, escola, etc), pot convertir-se en un eficaç reforçador social.

4.2.4.2.- Manteniment del consum.

Una vegada el consum ja està iniciat, les variables que intervenen en el seu manteniment són diferents. Així, la necessitat d'incrementar un estat afectiu positiu pot portar a una més gran experimentació en la fase d'inici, mentre que amb un consum estabilitzat la propietat farmacològica de la substància pot reduir la font d'ansietat que afecta al consumidor: desde el SAO, a un problema personal i/o familiar (Mckennel, 1970; Ashton i Stepney, 1982), etc.

Una de les situacions que més s'evidencien en la història d'un consumidor d'opiacis, és l'escalada progressiva que aquest ha realitzat en la seva vida de consum. L'inici amb drogues legals, el pas als derivats cannabics, anfetamínics, cocaïnics i finalment opiacis, és del tot habitual. La manca d'un control personal sobre situacions estressants pot portar a una situació d'indefensió apresada, fent que les seves conseqüències es manifestin en forma de fracàs personal, sentiments d'insatisfacció, baixa autoestima i manca d'unes expectatives adequades per afrontar el futur. Molts heroinòmans creuen que el consum de drogues els ajuda a disminuir un estat afectiu negatiu o a induir-ne un de positiu. En aquesta fase de manteniment, també cal que tinguem en compte el context social en que el jove consumidor es desenvolupa. En aquest sentit, les amistats establertes, les relacions personals i afectives, els llocs, els espais, els horaris, les situacions, etc. poden esdevenir en poderoses senyals que orienten, situen i donen sentit al jove consumidor, marcat justament per un fort desarrelament personal i afectiu. El context, també es pot convertir en un potent reforçador (condicionament operant) i en un poderós condicionant difícil de deshabituar (condicionament clàssic).

4.2.4.3.- Abandó del consum.

És habitual l'opinió que tenen molts heroinòmans (en els primers moments del consum) que ells no tenen cap mena de problema amb la substància. En tot cas es situen en una posició d'ús, no pas d'abús. Tot i així, consideren la possibilitat d'un canvi (Prohaska i DiClemente, 1986). Però a mesura que augmenten les dificultats entre ells i la droga, i entre ells i la societat, i, evidentment, entre un Jo que necessita consumir i un Jo que no ho vol fer, és quan comencen a considerar seriosament la possibilitat de canviar el seu estil de vida.

Les taxes de pacients que consulten els serveis especialitzats no coincideixen amb la totalitat de consumidors esperats. Uns no consulten per la falsa seguretat que tot sols podran resoldre el seu problema. Altres per manca de confiança en els professionals i en els serveis sanitaris. Uns altres, en canvi, sí accedeixen i demanen ajuda. En la desició del canvi intervenen moltes variables, algunes d'elles poc previsible: una malaltia, un problema amb la justícia, una qüestió econòmica, una situació personal

insostenible, una experiència religiosa, la mort d'un amic, etc. En totes aquestes variables, s'observa un denominador comú, alhora d'iniciar un futur procés terapèutic: caldrà un elevat nivell de motivació, així com un procés orientat a adquirir tota una sèrie d'estratègies de funcionament personal que hauràn de substituir les "habilitats" anteriors. Caldrà realitzar una mena de re-aprenentatge, de re-educació dels elements bàsics de relació amb els demés, les substàncies i un mateix. Habilitats d'assertivitat, de búsqüeda de reforssos en les conductes socialment acceptades i cercar recompenses en els pasos aconseguits dia a dia.

Si definim la toxicomania com un fenòmen bio-psico-social, vol dir que en el seu origen hi intervenen variables pròpies de cada un d'aquests tres aspectes. Vol dir també, això, que en la seva terapèutica hi intervindràn estratègies biològiques, mèdiques i orgàniques, a més d'estratègies psicològiques, socials i ambientals.

4.2.5.- Opiacis i model psicoanalític.

Fora del context cognitiu i conductual, altres models han pretés explicar la conducta humana relacionada amb el consum de drogues en general, i referent als opiacis especialment. En farem una breu descripció d'aquest tema desde la perspectiva de la psicologia dinàmica. Trobarem moltes i més extenses referències a l'annex 1 d'aquesta Tesi Doctoral. Des d'aquesta perspectiva, la conducta dels addictes a opiàcis es descriu en termes de fixació libidinal, amb regressió a nivells pregenitals, orals i, fins i tot, altres de més antics en el desenvolupament psicosexual. Conceptes que apareixen en aquesta relació entre individu i substància, fan referència a mecanismes de defensa, control dels impulsos, alteracions afectives, etc. Una patologia greu del Jo s'associa sovint a l'abús de substàncies i és considerada com a indicador de greus alteracions en el desenvolupament de la personalitat.

Veurem amplies referències en l'annex 1.

4.3.- Determinants socials.

4.3.1.- Generalitats.

El consum d'opiacis no és una conducta exclussiva de les classes socials més desfavorides, malgrat l'incidència en aquests grups sigui més gran que en altres grups més afavorits. Molts factors associats a la pobresa, a la manca de treball, a les dificultats de poder-se desenvolupar personalment, a la manca de recursos econòmics, a no tenir els mínims necessaris per a subsistència digna, la marginalitat, etc. contribueixen a l'aparició de problemes de dependència, especialment en substàncies tan autodestructives com els derivats opiàcis, que més que drogues d'integració i relació, esdeven drogues de destrucció i marginació.

Alguns patrons de conducta semblants entre ells s'observen habitualment en adolescents consumidors d'heroïna. Kaplan (1996) fa referència a autors que en diuen d'això *síndrome conductual de l'heroïna*, que es manifesta amb depressió, símptomes d'ansietat, impulssivitat, por al fracàs, ús de l'heroïna com a mena d'ansioític per a emmascarar sentiments de baixa autoestima, tristesa i agressió, estratègies d'afrontament molt limitades, baixa autoestima i baixa tolerància a la frustració. Tot això acompanyat amb una imperiosa necessitat de gratificació immediata. Desenvoluparem aquest tema tot seguit.

Altres factors socials que tenen una gran pes tan en l'inici com en el manteniment del consum de drogues i d'opiacis concretament, són la família, el barri, l'escola, el grup d'iguals. És a dir, tot allò que envolta el jove pot esdevenir no una suma de factors que el protegeixen sino que contràriament, esdevenen factors de risc que inciten i mantenen el seu problema, tot i que ell en trobarà una ràpida, potent i gratificant solució a les seves dificultats.

4.3.2.- L'adolescència.

L'adolescència és l'etapa evolutiva que més preocupa i més interès ha suscitat en la recerca psicològica, social, educativa, etc. Aquesta etapa de pas, entre un món definit per la seguretat, la proximitat dels adults, la manca de decisions profundes, es caracteritza precisament per tot el contrari: preguntes que mai s'acaben, situacions d'incomoditat, de rebeldia envers els progenitors, de contradiccions, de queixes, d'inquietuds, de desgana, de desànim, de dubtes, però a la vegada de compromisos, de curiositats, de noves experiències. És difícil per tothom, per qui ho passa i per qui ho veu passar. Pels fills i pels pares. Especialment pels pares davant la por en que el seu fill o filla s'iniciï en allò prohibit, en el món de les drogues. El jove juga, el jove provoca i fa por. Els pares tenen por. Són moltes les variables que intervenen. Una infantesa basada en l'adquisició de l'autoestima, confiança en un mateix, disposició de models saludables, coherents i madurs, adquisició d'hàbits de salut coincidents amb el benestar, assegurin, entre altres una personalitat preparada, protegida.

Però l'adolescència té un paper important en l'inici i manteniment d'una toxicomania. És bàsicament en aquesta època on es donen les conductes d'iniciació i experimentals. Dediquem un espai a parlar-ne.

Biològicament parlant, podem dir que la pubertat representa l'inici d'aquest període que en conjunt anomenem adolescència. Els canvis puberals són essencialment hormonals. Abans d'iniciar-se la fase puberal, els estrògens (en les noies) i els andrògens (en els nois), es donen aproximadament en la mateixa proporció en ambdós sexes. Durant aquesta etapa prepuberal, té lloc en l'organisme un mecanisme de retroalimentació negativa que manté baix el nivell de gonadotropines. Mentre això succeeix, no es manifesten, encara, les característiques sexuals secundàries. L'inici de la pubertat suposa la reducció de la sensibilitat d'aquest mecanisme de feed-back. Les cel·lules productores de l'hormona alliberadora de gonadotropina maduren. També augmenten, en aquest moment, les taxes d'hormones folículoestimulant i luteinizant. Com a conseqüència de tot això maduren les gònades, desenvolupant-se els caràcters sexuals secundaris propis d'aquesta edat: canvis de veu en els nois, aparició de pel axilar i púbica, desenvolupament dels pits en les noies, etc. En les noies es produeix un evident augment d'estrògen, mentre que els andrògens es veuen incrementats en ambdós sexes (Toro, J. 1993).

Tots aquests canvis donen lloc a una autètica conmovió general de l'adolescent. La seva aparença física queda trastocada i alterada. El seu cos va prenent formes pròpies d'una tipologia més adulta i desenvolupada. Paral·lelament es desenvolupa la seva capacitat intel·lectual i augmenten els interessos i motivacions, així com un canvi en les relacions interpersonals. És el pas de ser "fill de" a ser "amic de", situació que els pares viuen amb especial angoixa i preocupació. Això produeix un cert distancament entre pares i fills, fent que el grup d'iguals prengui una importància rellevant en aquest punt,

convertint-se en el principal agent d'influència. La progressiva autonomia social i psicosocial del jove multiplica les seves experiències i, per tant, els seus aprenentatges, que a la vegada, junt a determinades experiències augmenten encara més l'esmentada autonomia. Amb tot això, no és gens estrany que l'autoimatge i l'autoestima de l'adolescent experimentin també modificacions de gran rellevància.

L'adolescència és un període en que el procés de diferenciació pren un sentit més extrem. L'adolescent es diferencia ràpidament de l'infant. Els nois es diferencien ràpidament de les noies. Els adults percebeixen diferentment els adolescents. L'adolescent mateix es percebeix a sí mateix com a diferent de com es percibia fins aleshores. No només se sent diferent, sino que pren consciència d'aquesta situació. Tots aquests canvis i que van teint lloc d'una manera ràpida i sense informació prèvia, essent una suma de fets biològics, psicològics i socials, constitueixen, al menys en la majoria dels casos, una situació d'estress important. Això pot donar lloc a disfuncions o alteracions de tot tipus. No cal dir, que davant una situació com aquesta, qui conviu amb l'adolescent patirà també un cert i elevat nivell de preocupació, que a la vegada emetrà i transmetrà al jove, fent que els seus nivells d'angoixa s'incrementin fins a límits preocupants.

En l'adolescència, desde el punt de vista psicopatològic, és habitual observar (Rutter, 1986):

- a) Un increment de la freqüència de trastorns depressius en ambdós sexes, a partir de la pubertat.
- b) Una distribució d'aquests trastorns en nois i noies comparable a la que s'observa en poblacions d'adults.
- c) La pubertat, junt amb l'adolescència, inicia una etapa de la vida que compta amb la taxa més elevada de suïcidis.

En aquesta relació entre trastorns afectius i situacions de risc per a la pròpia vida, influeixen molts factors psicosocials, com determinades situacions estressants, com hem dit abans, conflictivitat familiar, frustracions sentimentals, fracassos escolars, etc.

Pearce (1978) observa canvis significatius en una població hospitalària. Va estudiar 547 nens atesos al Maudsley Hospital de Londres durant dos anys seguits. En l'etapa prepuberal va trobar simptomatologia depressiva en un de cada nou nens. En canvi, en el període postpuberal presentaven aquesta simptomatologia un 25% dels nois. També va observar que abans de la pubertat, els nens amb simptomatologia depressiva duplicaven en nombre a les nenes. Després de la pubertat, succeïa exactament el contrari, essent les nenes afectades d'aquesta simptomatologia les que doblaven la quantitat de nens afectats. Amb aquestes dades, es pot concloure que d'alguna manera els canvis puberals també faciliten o precipiten alteracions emocionals i més concretament de caire afectiu.

En termes generals, els adolescents no consumeixen més drogues, ni en major quantitat, que els adults, malgrat pot ser que en ocasions ho facin d'un mode diferent.

De fet, tant el consum de drogues legals com el de legals, no és més majoritari entre la població adolescent, sino que s'incrementa amb l'edat⁸:

- El consum d'alcohol augmenta significativament a partir dels 22 anys.
- El grup majoritariament consumidor de drogues de disseny (MDMA i similars) té edats compreses entre els 19 i 25 anys.
- L'edat mitjana d'inici en el consum d'heroïna és de 20 anys.
- La cocaïna és generalment una droga d'adults. L'inici del consum es produeix sobre els 22 anys.

4.3.3.- La família.

L'influència de la família és determinant tan en la construcció de l'identitat personal com en el desenvolupament de pautes de relació amb els demés. Hi han determinades maneres de relacionar-se amb els fills que poden afavorir l'aparició de conductes problemàtiques d'ús de drogues.

Passem a referir algunes de les característiques que afavoreixen l'aparició de problemes, és a dir, alguns dels factors de risc detectables en el medi familiar i que poden influir alhora de l'aparició de problemes de consum de drogues:

- *La sobreprotecció*, entesa com l'excés de protecció que no obeeix a motius reals, sino que és causada per la propia angoixa dels pares.
- *La manca de comunicació*, entesa com la dificultat per a escoltar o respondre adequadament al fill.
- *La dificultat per a fixar límits*, és a dir, l'excessiva permissivitat o rigidesa, motivada per l'incapacitat per a donar al fill l'autonomia que per la seva edat necessita.
- *Situació familiar conflictiva*, quant hi ha una evident relació de conflicte entre els pares. Pares que no han resolt els seus problemes i diferències, poden transmetre'ls als seus fills.
- *Consum excessiu de drogues per part dels pares*, quan hi ha un ús abusiu de drogues, tan legals (tabac, alcohol i psicofàrmacs) com il·legals per part dels progenitors.
- *Sobreexigència*, entesa com l'excés d'espectatives dels pares envers els seus fills.
- *No fomentar l'autonomia*, és a dir, l'incapacitat per a permetre que el fill vagi assumint les responsabilitats que per la seva edat li corresponen.

4.3.4.- L'escola.

L'escola és un espai on el jove rebrà una part important i bàsica de la seva formació. Educar és més que informar o instruir. Els professors i professores, a més de transmissors de coneixements, són autèntics agents socialitzadors.

⁸ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.mir.es/plandrog/actuar.htm> (1997).

Les interaccions que es produeixen en el medi escolar, els còdis de disciplina, els valors implícits en l'acció educativa, les pautes prevalents de conducta, són elements essencials en el desenvolupament del jove. La vivència escolar no només té a veure amb els resultats acadèmics de l'alumne, sino també en quan a tot allò afectiu, als seus valors, al seu desenvolupament personal, etc.

Alguns dels factors escolars que poden incidir davant un problema de consum de drogues, són els següents:

- *La mala adaptació escolar*, és a dir, escassa integració al medi escolar o adaptacions formals que no suposen una implicació de l'alumne en la vida escolar.
- *Insatisfacció*, entesa com a manca de gratificació i d'atractiu en l'escola.
- *Absència de motivació i manca d'espectatives*, es refereix a la manca d'interés per la vida escolar i poca confiança en la seva utilitat.
- *Baix rendiment*, quan l'alumne rendeix per sota de les seves possibilitats.

4.3.5.- El grup d'iguals.

El consum de drogues entre els adolescents es quasi sempre una activitat grupal (alcohol, cannabis, etc). És més tard, davant de la instauració de certs consums, com el d'heroïna, que es donaràn situacions de consum en solitari. El jove, s'integra en el grup de forma ràpida i moltes vegades gratuïta, és a dir, acceptant, sense masses dificultats, les seves condicions, normes, conductes i actituds. El grup té una funció protectora i iniciàtica a la vegada.

Alguns dels factors de risc aquí identificats, serien:

- *La debilitat davant la pressió del grup*, és a dir, la dificultat per a desmarcar-se del grup en aquelles situacions en que el jove voldria fer-ho.
- *L'excessiva dependència del grup*, es refereix a la búsqueda en el grup de les solucions o respostes a aquells conflictes o necessitats que no són ateses en la família o en l'escola.
- *Determinades posicions en el grup*, referit al lloc que ocupa cada un en el grup, tot dependent del rol que desenvolupi.
- *Senyes d'identitat afavoridores del consum*, quant el grup es defineix per referència a conductes o estils de vida relacionats o lligats al consum de drogues. Caldria recordar aquí tot allò relacionat amb la manera de vestir, amb la forma de relacionar-se, però especialment amb el llenguatge (argot) propi de certs nuclis de consumidors.

4.3.6.- La societat en general.

Hem de reconèixer que algunes de les peculiaritats de la nostra actual societat afavoreixen l'aparició i el manteniment del problema de les drogodependències. Tots estem sotmesos a l'influència de certs condicionaments, malgrat algunes persones (els joves especialment) n'estiguin més exposades que altres, i determinades persones (els joves una altra vegada) en siguin més receptius.

Alguns dels trets socials actuals que tenen una elevada importància en aquest tema, són els següents:

- *L'actual concepció de l'oci.* L'oci, avui en dia és concebut com una mena de desconexió, com un temps buit, pobre d'activitats enriquidores. En alguns contextos, hi ha una manca d'alternatives a l'oci de caràcter consumista i molt lligat al consum d'alcohol. A vegades, però, les alternatives hi són, però del tot difícils d'aconseguir per als joves.
- *La publicitat.* La publicitat de drogues institucionalitzades associa el seu consum a valors apreciats pels joves: alcohol i diversió, joventut, seducció, èxit, esport; tabac i aventura, risc, poder, prestigi, esport, etc. Sovint la publicitat ofereix una visió màgica del producte que ofereix: remei de la fatiga, facilitador de la relació, solució de problemes, etc.
- *El sistema de valors dominant.* Alguns dels valors dominants en l'actualitat són coherents amb l'ús de drogues, com per exemple el predomini d'allò estètic davant d'allò ètic, l'hedonisme excessiu i el consumisme, etc.

5.- Situació actual del consum d'opiacis.

5.1.- Situació general del consum de drogues.

Les dades més recents (Plan Nacional sobre Drogas, 1996), fan referència als següents aspectes:

- a) S'evidencia que l'alcohol, junt amb el tabac, és la droga que més es consumeix en el territori espanyol. També és la substància amb més entitat epidemiològica. Les enquestes, tot i això, indiquen un cert descens en el seu consum, però també informen, a la vegada, del canvi en els patrons del seu consum, especialment en el cas dels joves consumidors, que fan ingestes en grans quantitats, en breus períodes de temps, especialment en caps de setmana i festes, en espais relacionats amb la diversió i al que associen, sovint, el consum d'altres drogues.

Aquest fenomen del policonsum és una de les característiques més habituals en les drogodependències en el nostre medi. Aquest model s'havia evidenciat en el consum tradicional lligat a la heroïna i torna a aparèixer

amb les noves substàncies i els nous patrons de consum. Recordem aquí la definició de Síndrome de Haddock que en fa Domingo Comas (1990).

- b) Hi ha evidències clares que ha augmentat el consum de psicoestimulants (amfetamines, èxtasi i similars) i drogues que produeixen alteracions de la percepció (Al·lucinògens, etc). El consum d'aquestes drogues afecta, en termes generals, a persones molt joves. És un consum que acostuma a ser esporàdic i es realitza mitjançant unes pautes similars a les que mencionàvem per l'alcohol.

Els dos fenòmens ara descrits (les noves substàncies i el consum abusiu d'alcohol), tenen unes característiques molt importants alhora de plantejar tant una terapèutica com una prevenció adequada:

- Es tracta de joves normalitzats, sense problemes de desestructuració ni marginació social.
 - El consum es concentra habitualment en els espais i temps de diversió.
 - Les drogues són essencials en el món relacional d'aquests joves, actuant com a eix de sociabilitat (tant pel que fa a la seva capacitat desinhibidora com estimulant).
 - Hi ha una poca consciència social dels seus riscos i perills, així com una certa tolerància per part dels adults.
- c) Pel que fa a la heroïna (que durant més de deu anys ha estat la substància que més ens ha preocupat i més atenció ha rebut) les últimes dades confirmen que el seu consum està estabilitzat o en cert descens, així com el canvi en les vies d'administració que, ara per ara, són en la seva majoria no parenterals.

Malgrat això, no hem d'oblidar que el consum d'heroïna segueix provocant la majoria dels problemes greus relacionats amb el consum de drogues il·legals en el nostre país (morts per reacció aguda, SIDA, ingressos a presó, etc). També altres informacions aconsellen mantenir-se expectants i atents i no baixar l'atenció envers aquesta problemàtica. Aquesta substància, com totes les altres, també està sotmesa a les lleis del mercat, d'oferta i demanda, essent del tot possible un rebrot del seu interès per part del tràfic organitzat. Així, la mortalitat per reacció aguda a opiàcis o cocaïna, que havia baixat de forma important entre els anys 1991 i 1994, actualment s'ha estabilitzat i la proporció de consumidors d'heroïna que utilitza xeringues com a via principal d'administració ha desacelerat també el seu ritme de descens. A més, les pràctiques de risc per a la transmissió del virus de la SIDA segueixen essent habituals entre els consumidors d'aquesta substància. De totes maneres, el consumidor tipus d'heroïna és una persona amb molts anys de consum i, per tant, amb molts problemes de salut i un important nivell de deteriorament social, aconseguit molt sovint, la marginalitat, tot precisant una atenció social i sanitària molt específica. Els programes de disminució de riscos, en són un perfecte exemple.

- d) El consum de cocaïna ha aconseguit el seu màxim nivell precisament en l'any 1996. Concretament pel que fa a nombre de persones admeses a tractament per abús o dependència, però no hi ha indicis del què està passant en la seva incidència, és a dir, l'incorporació de nous consumidors a aquesta substància. Segons les darreres enquestes escolars sobre drogues 1994.; EED, 1996), s'observa que entre els estudiants de 14 a 18 anys, el consum ha augmentat. També sembla que en alguns grups i situacions el consum de cocaïna està essent substituït pel d'anfetamines o, fins i tot, éxtasis,, per ser aquests més barats, entre altres raons.
- e) Cada vegada hi ha més evidències que demostren que els psicofàrmacs, del tipus hipnòtics, sedants i benzodiacepines, es troben entre les substàncies psicoactives que provoquen més problemes sanitaris dins la població general.

5.2.- Situació general del consum d'heroïna.

El tipus de demanda actual en els serveis de drogodependències, així com les dades presentades pels diversos sistemes d'informació, evidencien que el nombre de consumidors problemàtics d'opiacis pot estar estabilitzat o en descens. Repasem algunes dades que en fan referència.

- a) En l'any 1996 han disminuït, per primera vegada desde 1992, els pacients admesos en tractament (de 20.017 a 16.830). Per altra part, el nombre de pacients heroïnòmans admesos i que ja havien rebut un o varis tractaments previs ha augmentat el 1996. Molt possiblement això es deu a l'accessibilitat dels programes amb agonistes i de disminució de riscos.

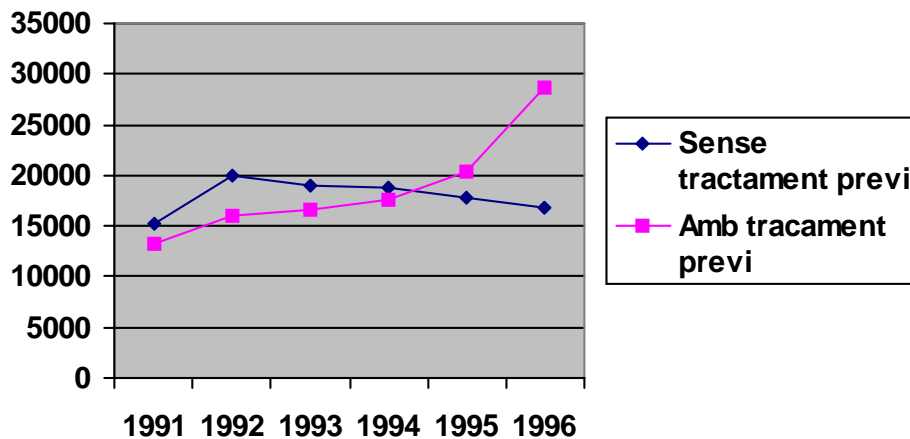


Figura nº 1: Evolució del nombre de pacients heroïnòmans admesos a tractament per heroïna a Espanya. 1991-1996 (Font: DGPNSD. Sistema Estatal d'Informació sobre Toxicomanies SEIT).

b) El nombre de morts per reacció aguda en el conjunt de sis ciutats (Madrid, Sevilla, Barcelona, Valencia, Saragossa i Bilbao) va disminuir entre 1991 i 1994, posteriorment s'ha estabilitzat.

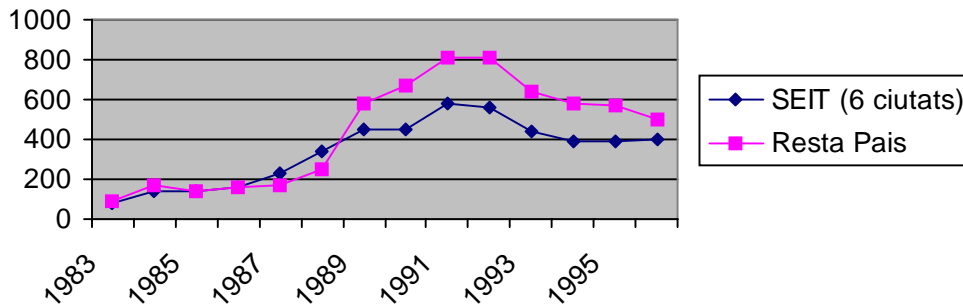


Figura n° 2: Evolució de les morts per reacció aguda després del consum d'opiacis en sis grans ciutats espanyoles i en el conjunt de l'Estat (Font: DGPNSD. Sistema Estatal d'Informació sobre Toxicomanies SEIT).

c) Continua augmentant l'edat mitjana dels consumidors d'heroïna admesos a tractament i l'edat del primer ús d'aquesta substància. El mateix succeeix amb els admesos a tractament per primera vegada per aquesta droga: al 1991 l'edat mitjana era de 25.7 anys i al 1996 de 28.6 anys. L'edat d'inici en el consum ha passat dels 20.6 anys (1991) als 21.3 anys (1996).

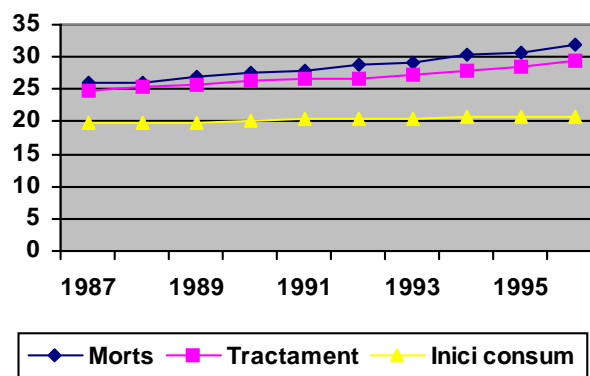


Figura n° 3: Edat mitjana dels consumidors d'opiacis registrats per l'indicador de tractament i l'indicador de mortalitat del SEIT i edat mitjana d'inici de consum dels admesos a tractament. España, 1987-1996. (Font: DGPNSD. Sistema Estatal d'Informació sobre Toxicomanies SEIT).

5.3.- Característiques sociodemogràfiques dels consumidors d'heroïna.

Les dades que ara es descriuen fan referència a les característiques dels pacients heroinòmans que inicien tractament durant l'any 1996 a Catalunya, entre els quals, estan inclosos els pacients amb els que s'ha realitzat el present estudi, doncs el servei de

toxicomanies en que tots ells han consultat ha notificat les seves dades al Sistema d'Informació sobre Drogodependències⁹

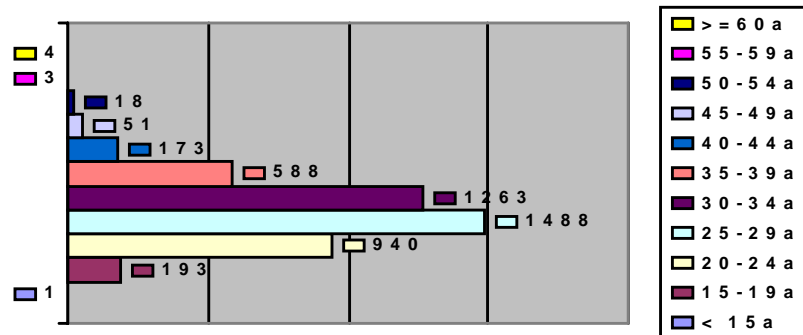


Figura nº 4: Distribució d'edat en casos de dependència a heroïna (gener-desembre, 1996). Font: Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya. Generalitat de Catalunya.

Pel que fa al sexe, s'observa un predomini dels homes (870,6%) sobre les dones (19,4%). En relació a les edats, el període 25 a 29 anys és el que agrupa més pacients.

Pel que fa al nivell d'instrucció, la majoria tenen el certificat escolar i EGB, pocs passen a ampliar els estudis.

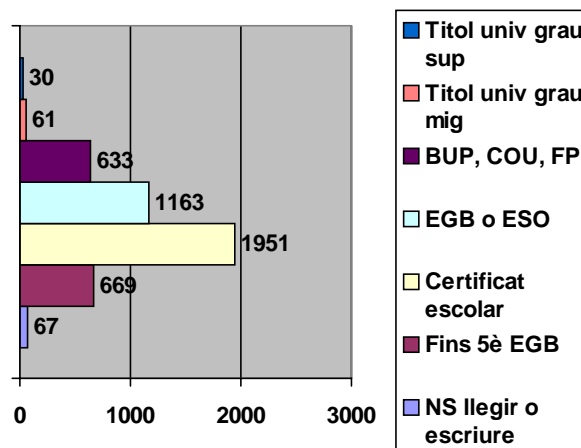


Figura nº 5: Distribució segons el nivell d'instrucció en casos per dependència de l'heroïna (gener-desembre, 1996). Font: Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya. Generalitat de Catalunya.

Una gran majoria dels pacients heroïnòmans estudiats durant l'any 1996, a Catalunya estàn en atur. Observem una gran variabilitat pel que fa a la manera d'obtenció dels recursos per a sobreviure i mantindre's econòmicament.

⁹ Sistema d'informació sobre Drogodependències a Catalunya. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. 1996.

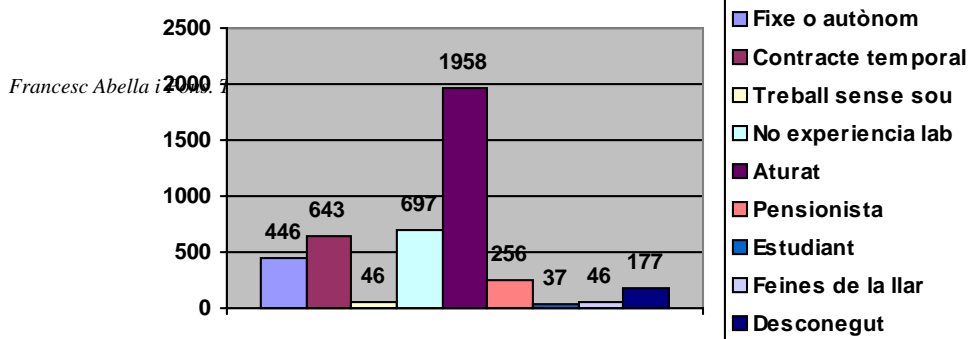


Figura nº 6: Distribució per situació laboral en casos per dependència de l'heroïna (gener-desembre, 1996). Font: Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya. Generalitat de Catalunya.

La procedència dels pacients que sol·liciten ajuda pel seu problema de dependència, segueixen fent-ho mitjançant l'iniciativa personal (68,6%), tot i que són importants les altres vies d'entrada a tractament: Atenció sanitària primària (8,19%), Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (7,38%), Xarxa psiquiàtrica (0,91%), Hospitals generals (2,90%), Altres serveis sanitaris (0,76%), Atenció primària social (1,31%), Altres serveis socials (1,14%), Associacions d'afectats (0,65%), Administració de Justícia (4,93%), Altres no especificats (2,18%) i d'origen desconegut (0,93%)¹⁰

En la seva majoria, acostumen a tenir un domicili estable. Durant l'any previ a l'admissió a tractament, un 86.2% va viure la major part del temps en una casa o pis (sovint amb la seva família d'origen o amb la seva família pròpia, cosa ben diferent del que succeeix en altres països d'Europa), i la resta en altres llocs: presons (5.4%), al carrer o albergs (3.9%) i en pensions (1.6%). Les dones han viscut al carrer, albergs, presons o pensions amb més freqüència que els homes (8.6% davant un 4.8% en homes)¹¹

5.4.- Relacions socials en els consumidors.

Les relacions socials dels heroïnòmans són molt escasses. Cosa ben diferent dels consumidors de les noves drogues de síntesi, en que el consum és una mena de facilitador social de les seves relacions personals i socials. El consumidor d'heroïna es relaciona bàsicament amb els seus, és a dir, amb la parella i amb els qui conviu. En molts casos, els germans (32,3%), la parella (38,8%) o altres amb qui conviu (13,3%) han experimentat amb l'heroïna. Sense tenir en compte aquestes persones ara esmentades, i durant l'any anterior a l'inici del tractament, un 30,4% no va sortir ni es va relacionar en un context d'oci amb amics o companys no consumidors d'opiacis.

5.5.- Història del consum d'heroïna.

Les més recents enquestes (1996) coincideixen en el consumidor tipus: van consumir heroïna per primera vegada per via pulmonar (fumada) o intranasal (esnifada), tardant poc temps en passar a consumir-la habitualment. Quant van començar a fer-ho diàriament, un 56,5% utilitzava principalment la via pulmonar i un 31,9% la via injectada.

¹⁰ Sistema d'informació sobre Drogodependències. Generalitat de Catalunya. 1996.

¹¹ Plan Nacional sobre Drogas. 1996.

A través de la seva història toxicològica, els consumidors tenen períodes d'abstinència amb certa freqüència. Quant van ser admesos a tractament, portaven com a terme mig 9,3 anys consumint heroïna i, durant aquest període, un 61,3% dels enquestats havia tingut algun episodi d'abstinència, havent estat, al menys, tres mesos abstinent a aquesta substància. Un 38,3% han canviat de via principal d'administració de la heroïna des de que van començar en el consum diari, essent el canvi més habitual des de la via parenteral a la via pulmonar.

5.6.- Patrons actuals de consum d'heroïna.

Seguint amb les dades facilitades pels pacients atesos durant l'any 1996 a l'Estat Espanyol, i recollides pel SEIT, durant el mes previ a la demanda d'ajuda, el 82,3% dels usuaris prenen heroïna cada dia. El 84,2% consumeix heroïna marró¹². A Catalunya i Balears, predomina la heroïna blanca¹³. A les Illes Balears el 63% dels consumidors aquesta modalitat. A la resta de Comunitats Autònomes, la proporció de consumidors que usa (1996) aquest tipus d'heroïna no supera el 10%.

La via predominant d'administració és la pulmonar, encara que segueix havent-hi un nombre important de consumidors que la via d'ús és la parenteral. Segons les dades del SEIT, en el mes previ a la recollida de dades, un 58,1% havien utilitzat principalment la via pulmonar i un 35,5% la via parenteral. Per altra part, la via inhalada-fumada predomina en el grup de tractats per primera vegada i la injectada en el grup dels que ja han estat tractats amb anterioritat. La proporció de tractats per primera vegada i que la via principal és la parenteral va disminuir desde un 50,3% al 1991 a un 27,1% al 1996.

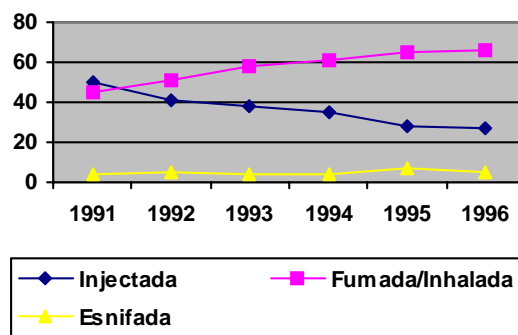


Figura nº 7: Distribució dels pacients admesos per primera vegada a tractament per heroïna segons la via d'administració més freqüent (%). Espanya, 1996. (Font: DGPNSD. Sistema Estatal d'Informació sobre Toxicomanies SEIT).

5.7.- Importància de les consultes per consum d'heroïna en relació a altres substàncies.

Les enquestes acostumen a donar una lectura desdibuixada de la realitat. Més quant el que es pregunta pot no ser fiable del tot. Les dades obtingudes mitjançant

¹² Heroïna-base, més apta per a fumar, però també pot injectar-se previa solució en medi àcid (llimona, etc). Aquest tipus d'heroïna no és habitual a Catalunya, però sí a la resta de país.

¹³ Clorhidrat d'heroïna, molt soluble en aigua, apta per a ser injectada o esnifada, però poc apta per a fumar, doncs es destrueix abans de volatilitzar-se.

sistemes d'informació que tenen com a base l'anàlisi de les variables obtingudes dels pacients que inicien un tractament, ens poden servir com a bona base per aprendre de les seves característiques i peculiaritats. Segons les dades que ara mateix presentarem, s'observa de quina manera, el consum d'heroïna segueix essent el principal problema de salut pel que fa al consum de drogues.

Tant les dades de Catalunya com de la resta del país, segueixen una tendència que ens informa de l'heroïna com una substància que, com hem vist, sembla que s'estabilitzi, però pel que fa al nombre d'usuaris segueix acumulant el gruix de la població toxicòmana.

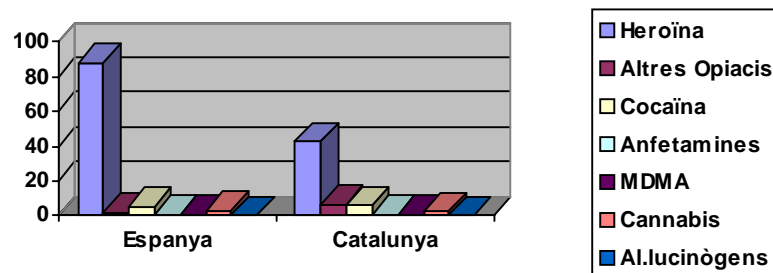


Figura n° 8: Substància origen de tractament (%).Espanya/Catalunya, 1996.

5.8.- Perfil actual del consumidor d'heroïna.

Tenint en compte totes les aportacions referides ara mateix, podríem atrevir-nos a fer una mena de "retrat robot" del perfil de l'actual consumidor d'heroïna, i com a resultat de les informacions extretes de les consultes de pacients durant l'any 1996¹⁴

Es tracta en major part d'homes, majoritàriament solters, amb fills (40% dels casos). El seu nivell d'estudis és baix i mantenen un domicili estable, principalment amb la família d'origen i pròpia. L'incidència de l'atur és alta, obtenint els seus principals ingressos d'activitats il·legals en una proporció superior al 25%. La despesa setmanal en drogues per al consum és d'una mitjana de 40.830 ptes. Les seves relacions socials són mínimes, especialment amb no consumidors.

Pel que fa a les pautes del consum i història toxicològica, la majoria van tastar heroïna per primera vegada fumada o inhalada, tardant poc temps en consumir-la habitualment. La mitjana d'antiguitat en el consum és de 9.3 anys, en la majoria dels casos amb algun període d'abstinència d'almenys tres mesos. La via de consum dominant és la pulmonar. Representa un 40% els consumidors que han passat de la via endovenosa a la pulmonar. La majoria va consumir heroïna diàriament en el mes previ al seu ingrés.

6.- Avaluació dels trastorns relacionats amb substàncies.

Els trastorns relacionats amb substàncies es podem classificar en dos grups¹⁵ (DSM IV):

¹⁴ Sistema Estatal d'Informació sobre Toxicomanies (SEIT).

¹⁵ DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson. Barcelona. 1995.

- a) Trastorns per consum de substàncies (dependència i abús), i
- b) Trastorns induïts per substàncies (intoxicació, abstinència, delirium induït per substàncies, demència persistent induïda per substàncies, trastorn amnèsic induït per substàncies, trastorns de l'estat d'ànim induït per substàncies, trastorn psicòtic induït per substàncies, ansietat induïda per substàncies, disfunció sexual induïda per substàncies i trastorn del son induït per substàncies.

Es pot observar l'implicació de les diferents substàncies en funció dels trastorns associats o induïts:

	Dependència	Abús	Intoxicació	Abstinència
Alcohol	X	X	X	X
Al·lucinògens	X	X	X	
Anfetamines	X	X	X	X
Cafeïna			X	
Cannabis	X	X	X	
Cocaïna	X	X	X	X
Inhalants	X	X	X	
Nicotina	X			X
Opiacis	X	X	X	X

Taula nº 1: *Diagnòstics associats a la classe de substància.*

	Delirium per intoxic.	Delirium per abstin.	Tr. amnèsic	Tr. De l'estat d'ànim	Tr. D'ansietat	Disfunc. Sexuals.	Tr. Del son	Tr. Psicòtics.
Alcohol	X	X	X	X	X	X	X	X
Opiacis	X			X		X		X
Al·lucinògens	X			X	X			
Cannabis	X				X			X
Cocaïna	X			X	X			X

Taula nº 2: *Trastorns induïts per substàncies associats a diverses substàncies.*

6.1.- Trastorns per consum de substàncies.

6.1.1.- Dependència de substàncies.

S'enten en aquesta categoria qualsevol patró desadaptatiu de consum de substàncies, en general, que comporti alguna mena de deteriorament o malestar clínic significatiu, expressat al menys per tres dels ítems que seguidament s'exposarà, i en algun moment d'un període continuat d'un any:

- (1) Tolerància, definida per qualsevol dels següents ítems:

- (a) Una necessitat de quantitats marcadament creixents de la substància per aconseguir la intoxicació o l'efecte desitjat.
 - (b) L'efecte de les mateixes quantitats de substància disminueix clarament pel consum continuat.
- (2) Abstinència, definida per qualsevol dels següents ítems:
- (a) La síndrome d'abstinència característica per a cada una de les substàncies.
 - (b) Es consumeix la mateixa o una semblant per aliviar o evitar els símptomes d'abstinència.
- (3) La substància és consumida amb freqüència en quantitats superiors o durant un període més llarg del que inicialment es pretenia.
- (4) Hi ha un desig persistent o intents inútils de controlar o interrompre el consum de la substància.
- (5) S'utilitza molt de temps en activitats relacionades amb l'obtenció de la substància, en el consum de la substància o en la recuperació dels efectes de la substància.
- (6) Es redueixen de manera evident i important les activitats socials, laborals o recreatives degut al consum de la substància.
- (7) Es segueix prenent la substància malgrat tenir consciència de problemes psicològics o físics recidivants o persistents, que semblen causats o potenciats pel consum de la substància.

6.1.2.- Abús de substàncies.

Es defineix per:

- A. Un patró desadaptatiu de consum de substàncies que comporta un deteriorament o malestar clínicament significatiu, expressat al menys per un dels següents ítems durant un període d'un any:
- (1) Consum recurrent de substàncies, que dona lloc a l'incumpliment d'obligacions en el lloc de treball, l'escola o la llar.
 - (2) Consum recurrent de la substància en situacions en les que fer-ho és físicament perillós.
 - (3) Problemes legals repetits relacionats amb la substància.
 - (4) Consum continuat de la substància, malgrat tenir problemes socials continuos o recurrents o problemes interpersonals causats o potenciats pels efectes de la substància.

- B. Els símptomes no han complert mai els criteris per a la dependència de substàncies d'aquesta classe concreta de substància.

6.2.- Trastorns induïts per substàncies.

Com hem vist abans, els criteris diagnòstics i estadístics DSM IV, subdivideixen encara en dues aquesta categoria:

6.2.1.- Intoxicació per substàncies.

Es defineix per:

- A. La presència d'una síndrome reversible específica d'una substància degut a la seva ingesta recent, o a una exposició. Cal advertir i tenir en compte, però, que diferents substàncies poden produir síndromes semblants o idèntiques.
- B. Canvis psicològics o comportamentals desadaptatius clínicament significatius deguts a l'efecte de la substància sobre el sistema nerviós central, com per exemple: irritabilitat, labilitat emocional, deteriorament cognoscitiu, deteriorament de la capacitat de judici, deteriorament de l'activitat laboral i/o social. Aquests canvis es presenten durant el consum de la substància o poc temps després d'haver-ho fet.
- C. El símptomes no es deuen a una malaltia mèdica i no s'expliquen millor per la presència d'un altre trastorn mental.

6.2.2.- Abstinència de substàncies.

Es defineix per:

- A. La presència d'una síndrome específica d'una substància degut al cesament o reducció del seu consum perllongat i en grans quantitats.
- B. La síndrome específica de la substància causa un malestar clínicament significatiu o un deteriorament de l'activitat laboral i social o en altres àrees importants de l'activitat de l'individu.
- C. Els símptomes no es poden atribuir a una malaltia mèdica i no s'expliquen millor per la presència d'un altre trastorn mental.

6.3.- Trastorns relacionats amb el consum d'opiacis.

En aquest apartat, el que es realitza és l'aplicació de les categoritzacions ara esmentades al consum d'opiacis. Per tant, els criteris diagnòstics específics de cada subdivisió seràn els mateixos que els ara explicats però, en aquest cas, aplicats als derivats opiacis com a substància.

6.3.1.- Trastorns per consum d'opiacis.

6.3.1.1.- Dependència d'opiacis (els mateixos criteris que els explicats en el punt 6.1.1).

6.3.1.2.- Abús d'opiacis (els mateixos criteris que els explicats en el punt 6.1.2.).

6.3.2.- Trastorns induïts per opiacis.

Es descriuen a continuació els trastorns provocats pel consum d'opiacis, amb la seva corresponent explicació. Aquesta es pot trobar en el volum ja referenciat dels Criteris Diagnòstics i Estadístics¹⁶:

- Intoxicació per opiacis.
- Intoxicació per opiacis, amb alteracions perceptives.
- Abstinència d'opiacis.
- Delirium per intoxicació per opiacis.
- Trastorn psicòtic induït per opiacis, amb idees delirants o al·lucinacions.
- Trastorn de l'estat d'ànim induït per opiacis.
- Trastorn sexual induït per opiacis.

- Trastorn del son induït per opiacis.
- Trastorn relacionat amb opiacis no especificat.

6.3.2.1.- Intoxicació per opiacis.

La característica essencial de l'intoxicació per opiacis és la presència de canvis psicològics desadaptatius clínicament significatius, com per exemple, eufòria inicial seguida d'apatia, disfòria, agitació o inhibició psicomotriu, alteració de la capacitat de judici o deteriorament de l'activitat social i laboral. Aquests canvis apareixen durant o poc temps després del consum d'opiàcis. L'intoxicació s'acompanya de constricció pupil·lar i un o més dels següents símptomes: somnolència (fins i tot coma), llenguatge farfollant, disàrtria i disminució de la memòria i l'atenció. Les persones afectades amb intoxicació d'opiacis poden presentar manca d'atenció al seu entorn, fins el punt d'ignorar esdeveniments potencialment perillosos per a la seva integritat física. Els símptomes no es deuen a cap malaltia mèdica ni s'expliquen per la presència d'un altre trastorn mental.

La importància de les alteracions comportamentals i psicològiques resultants del consum d'opiàcis, depen de la dosi i les característiques del propi individu, com la tolerància que ha desenvolupat, el grau d'absorció, cronicitat del consum, etc). Els símptomes d'intoxicació per opiacis es perllonguen habitualment durant unes hores, d'acord amb el temps de vida mitjana (t/2) de la majoria dels opiacis. L'intoxicació greu per una sobredosi per opiàcis, pot portar coma, depressió respiratòria, midriasi i, fins i tot, la mort.

¹⁶ DSM IV. 1995.

En definitiva, els criteris diagnòstics són els següents:

- A. Consum recent d'un opiaci.
- B. Canvis psicològics significatius, del tipus: eufòria inicial seguida d'apatia, disfòria, agitació o inhibició psicomotriu, alteracions de la capacitat de judici o deteriorament social o laboral. Aquests canvis apareixen durant o poc temps després del consum d'opiacis.
- C. Miosi (o midriasi per anoxia en l'intoxicació greu) i un o més dels següents signes, que apareixen durant o poc temps després del consum d'opiacis:
 - Somnolència o coma.
 - Llenguatge entrabancat.
 - Deteriorament de l'atenció o de la memòria.
- D. Els símptomes no són deguts a una malaltia mèdica ni s'expliquen millor per la presència d'un altre trastorn mental.

6.3.2.2.- Intoxicació per opiacis, amb alteracions perceptives.

Cal fer aquest diagnòstic quan els criteris coincideixen amb intoxicació per opiacis i apareixen en absència de delirium, al·lucinacions amb el judici de realitat intacte o il·lusions auditives, visuals o tàctils. El concepte *Judici de realitat intacte* fa referència a que la persona és conscient de que les al·lucinacions estan produïdes per la substància i no són la representació d'una realitat externa. Quan les al·lucinacions apareixen sense judici de realitat intacte, ha de considerar-se el diagnòstic de trastorn psicòtic induït per substància, amb al·lucinacions.

6.3.2.3.- Abstinència d'opiacis.

La característica essencial d'aquest criteri diagnòstic és la presència d'una síndrome d'abstinència característica que es presenta després de l'interrupció o disminució d'un consum abundant i perllongat d'opiacis. La síndrome d'abstinència també pot ésser provocada per l'administració d'un antagonista opiaci, com ara la naloxona o la naltrexona. Aquesta abstinència es caracteritza per un patró de signes i símptomes contraris als efectes propis de la substància. Les primeres manifestacions d'abstinència són molt subjectives i varien molt entre individus: ansietat, inquietud i sensació de dolor localitzat, sovint, a l'esquena i les cames, junt amb la necessitat irresistible d'obtenir la substància (craving) i un comportament de búsqueda de la droga, a més d'irritabilitat i més gran sensibilitat al dolor. Per al seu diagnòstic, cal tenir tres o més dels següents símptomes: humor disfòric, nàusees o vòmits, dolors musculars, llagimeig o rinorrea, midriasi, piloerecció o augment de la sudoració, diarrea, badalls, febre i insomni. La piloerecció i la febre s'associen a l'abstinència greu i s'observen poc en la clínica, doncs els consumidors acostumen a resoldre aquest malestar abans de ser atesos. Aquests símptomes poden provocar un malestar clínicament significatiu o un deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu. Els símptomes no es deuen a cap malaltia mèdica ni s'expliquen millor per la presència d'un altre trastorn mental.

De manera més resumida, els criteris diagnòstics han de presentar:

- A. Alguna de les següents possibilitats:
- (1) Interrupció (o disminució) d'un consum abundant i perllongat (això és varies setmanes o més) d'opiacis, i
 - (2) Administració d'un antagonista opiàci després d'un període de consum d'opiacis.
- B. Tres o més dels següents signes i símptomes, que apareixen de pocs minuts a alguns dies després del Criteri A:
- (1) Humor disfòric.
 - (2) Nàusees o vòmits.
 - (3) Dolors musculars.
 - (4) Llagrimeix o rinorrea.
 - (5) Dilatació pupil·lar, piloerecció o sudoració.
 - (6) Diarrea.
 - (7) Badalls.
 - (8) Febre.
 - (9) Insomni.
- C. Els símptomes del Criteri B provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament de l'activitat social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.
- D. Els símptomes no són deguts a malaltia mèdica ni s'expliquen millor per la presència d'un altre trastorn mental.

6.2.3.4.- Delirium per intoxicació per opiàcis.

El delirium que apareix durant l'intoxicació per substàncies pot desenvolupar-se després d'haver ingerit dosis relativament altes d'algunes drogues com cannabis, cocaïna i al·lucinògens. En altres substàncies, com l'alcohol, els barbitúrics o la meperidina, el delirium a vegades només es presenta després d'una intoxicació mantinguda durant alguns dies. Sovint, el delirium es resol en poques hores o dies quan l'intoxicació cedeix.

A mode de resum, els criteris diagnòstics per delirium induït per intoxicació:

- A. Alteració de la consciència (p.e.j., disminució de la capacitat de presentar atenció a l'entorn) amb reducció de la capacitat per a centrar, mantenir o dirigir l'atenció.
- B. Canvi en les funcions cognitives (com deteriorament de la memòria, desorientació, alteració del llenguatge) o presència d'una alteració perceptiva que no s'explica per una demència previa o en desenvolupament.

- C. L'alteració es presenta en un curt període de temps (sovint en hores o dies) i tendeix a fluctuar durant el dia.
- D. Demostració, mitjançant història, de l'exploració física i de les proves de laboratori de (1) o (2):
 - (1) els símptomes dels Criteris A i B es presenten durant l'intoxicació per la substància (en aquest cas l'opiaci).
 - (2) el consum de medicaments s'estima relacionat etiològicament amb l'alteració.

6.3.2.5.- Trastorn psicòtic induït per opiacis, amb idees delirants o amb al·lucinacions.

La característica principal d'aquesta categoria, és la presència d'al·lucinacions o idees delirants considerades efecte fisiològic directe de la substància. No s'inclouen les al·lucinacions quan l'individu és conscient de que son provocades per la droga. En aquest cas, les al·lucinacions caldrà diagnosticar-les com a intoxicació per substàncies o abstinència de substàncies, tot especificant si hi ha o no alteracions perceptives. Veiem el següent quadre:

- A. Al·lucinacions o idees delirants.
- B. A partir de l'història clínica, l'exploració física o els exàmens de laboratori, hi ha proves de (1) o (2):
 - (1) els símptomes del Criteri A apareixen durant 30 dies o els 30 dies següents a una intoxicació o per abstinència de la substància.
 - (2) el consum d'un medicament està etiològicament relacionat amb l'alteració.
- C. L'alteració no s'explica millor per la presència d'un trastorn psicòtic no induït per substàncies. Les proves de que els símptomes no son atribuïbles a un trastorn psicòtic no induït per substàncies poden ser les següents: els símptomes precedeixen a l'inici del consum de la substància, els símptomes persisteixen durant un període important de temps (aproximadament un mes) després de l'abstinència aguda o l'intoxicació greu, o són clarament excessius en relació amb el que caldria esperar pel tipus o la quantitat de la substància utilitzada o la durada del seu ús, o hi ha altres informacions que suggereixen l'existència d'un trastorn psicòtic no induït per substàncies (p. ej. una història d'episodis recidivants no relacionats amb substàncies).
- D. L'alteració no apareix exclusivament en el transcurs d'un delirium.

Caldrà especificar, encara, si aquest trastorn psicòtic induït pel consum d'opiacis, és d'inici durant l'intoxicació, o és d'inici durant l'abstinència.

6.3.2.6.- Trastorn de l'estat d'ànim induït per opiàcis.

Trastorn caracteritzat per una persistent i notable alteració de l'estat d'ànim, que es considera provocada pels efectes fisiològics directes de la substància. Veiem en el quadre resum les seves característiques diagnòstiques:

- A. En el quadre clínic predomina una evident i significativa alteració de l'estat d'ànim caracteritzada per un o ambdós dels següents estats:
 - (1) estat d'ànim depressiu o notable disminució d'interessos o del plaer en totes o quasi totes les activitats.
 - (2) Estat d'ànim elevat, expansiu o irritable.

- B. A partir de l'història clínica, l'exploració física o les proves de laboratori, hi ha proves de que (1) o (2):
 - (1) els símptomes del Criteri A apareixen durant o en el mes següent a una intoxicació o abstinència.
 - (2) l'utilització d'un medicament està etiològicament relacionat amb l'alteració.

- C. L'alteració no s'explica millor per la presència d'un trastorn de l'estat d'ànim que no sigui induït per substàncies. Les proves de que els símptomes no son atribuïbles a un trastorn de l'estat d'ànim no induït per substàncies poden ser les següents: els símptomes precedeixen a l'inici del consum de la substància, els símptomes persisteixen durant un període important de temps (aproximadament un mes) després del final de l'abstinència aguda o l'intoxicació greu, o son clarament excessius respecte al que seria esperable atés el tipus o la quantitat de la substància utilitzada o la durada del seu ús; o hi ha altres dades que suggereixen l'existència independent d'un trastorn de l'estat d'ànim no induït per substàncies (per exemple una història d'episodis depressius majors recidivants).

6.3.2.7.- Trastorn sexual induït per opiàcis.

Es caracteritza per una alteració sexual clínicament significativa que provoca malestar acusat o dificultat en les relacions interpersonals. Segons la substància consumida, el trastorn pot alterar el desig i l'excitació sexuals, així com l'orgasme, o produir dolor. Aquestes característiques son les que caldrà especificar en el diagnòstic, que ha de complir els següents requisits:

- A. Trastorn sexual significatiu, que provoca malestar acusat o dificultat en les relacions interpersonals.

- B. A partir de l'exploració física, l'història clínica i els resultats de laboratori, hi ha proves de que el trastorn sexual s'explica en la seva totalitat pel consum de substàncies (en aquest cas derivats opiàcics), com es manifesta en els casos següents (1) o (2):
- (1) el símptomes del Criteri A apareixen durant 30 dies o els 30 dies següents a l'intoxicació per la substància.
 - (2) el consum del medicament està etiològicament relacionat amb l'alteració.
- C. L'alteració no s'explica millor per la presència d'un trastorn sexual no induït per substàncies, com ho demostra el fet de que els símptomes precedeixen a l'inici del consum o la dependència de la substància; els símptomes persisteixen durant un temps important (p.ej., un mes) després d'haver finalitzat l'intoxicació, o són excessius en relació amb el que s'hauria d'esperar, atés el tipus o la quantitat de la substància utilitzada o la durada del seu consum o bé hi ha proves de l'existència d'un trastorn sexual independent no induït per substàncies.

6.3.2.8.- Trastorn del son induït per opiàcics.

Durant l'administració aguda i de breu període, els opiàcics produeixen típicament un augment de la somnolència i de la profunditat subjectiva del son. L'administració aguda d'opiàcics disminueix el son REM, donant lloc a un lleuger canvi global de la quantitat total del son i de l'estat de vigília. L'administració crònica d'opiàcics produeix tolerància als efectes sedants en la majoria dels individus, alguns dels quals comencen a queixar-se ja d'insomni. Així ho demostren els estudis polisomnogràfics, que revelen un augment de l'estat de vigília i una reducció del temps total de son. L'abstinència d'opiàcics s'acompanya típicament de queixes d'hipersomnia.

Els criteris diagnòstics són els següents:

- A. Alteració prominent del son de prou gravetat com per a merèixer una atenció clínica independent.
- B. A partir de l'història clínica, l'exploració física o els resultats de laboratori, hi ha proves de que (1) o (2):
- (1) els símptomes del criteri A apareixen durant l'intoxicació o l'abstinència, o dins els més següent
 - (2) el fàrmac està relacionat etiològicament amb l'alteració del son.
- C. L'alteració no s'explica millor per la presència d'un trastorn del son no induït per substàncies. Entre les proves que demostren que els símptomes s'explicarien millor per la presència d'un trastorn del son no induït per substàncies s'inclouen les següents: l'aparició dels símptomes precedeix al consum de la substància; els símptomes persisteixen per un període important de temps (aproximadament un mes) després del període agut d'abstinència o intoxicació greu, o excedeixen clarament dels que caldria

esperar tenint en compte el tipus o la quantitat de substància consumida o la durada d'aquest consum; o hi ha altres proves que suggereixen l'existència d'un trastorn del son no induït per substàncies independentment.

- D. L'alteració no apareix exclusivament en el transcurs d'un delirium.
- E. L'alteració provoca malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.

6.3.2.9.- Trastorn relacionat amb opiàcis no especificat.

Aquesta categoria es reserva per a trastorns associats amb el consum d'opiàcis no classificables com: dependència d'opiàcis, abús d'opiàcis, intoxicació per opiàcis, abstinència d'opiàcis, delirium per intoxicació per opiàcis, trastorn psicòtic induït per opiàcis, trastorn de l'estat d'ànim induït per opiàcis, disfunció sexual induïda per opiàcis o trastorn del son induït per opiàcis.

7.- Les classificacions basades en la descripció clínica.

Sydenham (1624-1689) opinava que cada malaltia tenia una causa específica i proposava investigacions sobre l'especificitat pròpia de cada una d'elles. Pinel (1745-1826), considerava totes les malalties mentals com malalties originades per causes físiques, sense febre, inflamació, hemorràgia, ni llesió anatòmica. Durant el segle XIX es va accentuar l'opinió de que la patologia mental era una manifestació de la patologia física i es va intentar buscar, per tal d'explicar-la, llesions específiques. Un parell d'aportacions científiques de l'època van influenciar aquesta idea: el descobriment per part de Bayle de la causa específica de la paràlisi general progressiva (PGP) i el descobriment de Broca de les relacions de les afàsies amb determinades llesions cerebrals. No és d'estranyar, doncs, opinions com la de Griesinger en dir que "*les malalties mentals són malalties del cervell*".

Autors com Kahlbaum (1828-1899), es van interessar més en els conjunts de símptomes que en les malalties soterrades. Aquest autor, però, estava convençut de que es podria arribar, algun dia, al diagnòstic etiològic de les malalties psiquiàtriques. Kraepelin va aportar el concepte de curs. Considerava que el més útil era realitzar una descripció conductual acurada dels pacients per tal de buscar semblances i diferències sistemàtiques. Va aprofundir en l'estudi i la diferenciació d'aquells símptomes que, malgrat fossin rellevants i, en certa manera provocatius, podien aparèixer i desaparèixer en diferents moments, d'aquells símptomes que permaneixen, i que segons aquest autor, són els que ens permeten realitzar diagnòstics adequats. Bleuler, influenciat per Freud, proposava una etiologia comuna a tots els trastorns psíquics, i es va interessar per tal de classificar-los. Altres autors, com Bonhoeffer, en el cas de les psicosis orgàniques, pretenien reduir la multiplicitat de la psicopatologia a formes més bàsiques de reacció del cervell.

Durant molt temps, i possiblement per la influència expansiva de la psicoanàlisi, el diagnòstic com a intent d'ordenar, de classificar i d'entendre, va caure en cert descrèdit. També va influir en això, les dificultats de la psiquiatria biològica en trobar noves etiologies i tractaments eficaços per als trastorns psiquiàtrics. Recordem que

encara no havia pres importància la psicofarmacologia com a terapèutica amb una clara i evident funció reparadora i curativa dels trastorns mentals. En aquells moments, el procés diagnòstic es limitava a la formulació d'una hipòtesi de treball i a la seva validació clínica, la qual cosa permetia un diagnòstic sindròmic. Si es pogués trobar una validació de laboratori, caldria parlar d'un diagnòstic etiològic. No va ser fins als anys 50 que creix l'interès pel diagnòstic. Són dos els factors que poden incidir en aquesta situació (Guimon, J. 1989): (a) nous tractaments eficaços i la necessitat de validar els seus resultats, i (b) les aportacions de la psicofarmacologia i la recerca biològica, amb la necessitat de poder replicar els seus resultats de la investigació en diferents medis i en diferents mostres d'individus. Aquests dos requisits eren de difícil compliment per la manca de fiabilitat dels diagnòstics.

8.- Els trastorns de la personalitat.

Són molts els autors i són moltes les teories que han pretès explicar la personalitat d'una manera més o menys exacta, precisa o, si més no, de forma que satisfés i reunís la totalitat d'opinions que al respecte hi ha. Kaplan (1996) la defineix com *la totalitat dels trets emocionals i conductuals que caracteritzen a una persona en la seva vida diària en condicions normals, és relativament estable i previsible*.

Un trastorn de la personalitat, suposarà, doncs, una variació d'aquests trets de caràcter. Només quan els trets de personalitat són inflexibles i desadaptatius, i causen un deteriorament funcional significatiu o bé causen un malestar subjectiu, constitueixen un trastorn de la personalitat. Les persones que pateixen aquest tipus de trastorn presenten patrons de relació i de percepció de sí mateixos i de l'ambient que els envolta inflexibles, rígids, desadaptatius i profundament arrelats.

Els símptomes d'un trastorn de la personalitat són aloplàstics (capaços d'alterar i adaptar l'ambient extern) i egosintònics (acceptats per la persona). Les persones que ho pateixen, no se senten ansioses degut a les seves conductes desadaptatives, acostumen a no ser conscients del que la resta de la gent percebeix com els seus símptomes, i acostumen també a estar molt poc motivats pel tractament, essent la seva evolució imprevisible en moltes ocasions.

8.1.- Classificació.

Els trastorns de la personalitat es classifiquen en tres grups¹⁷:

- a) El trastorn de la personalitat paranoide, esquizoide i esquizotípic. Les persones amb aquest trastorn acostumen a estar considerades com a rares, extranyes o excèntriques.
- b) Els trastorns de la personalitat antisocial, borderline, histriònica i narcicista. Aquestes persones acostumen a tenir una clara inclinació al dramatisme, són també persones molt emotives i amb conductes d'enfrontament social.

¹⁷ DSM IV. 1995

- c) Trastorns de personalitat per evitació, per dependència i el trastorn obsessiu-compulsiu, així com una categoria anomenada trastorn de la personalitat no especificat (entre aquests s'inclou el trastorn passiu-agressiu de la personalitat i el trastorn depressiu de la personalitat). Són persones ansioses i temeroses.

Moltes persones presenten trets que no es limiten a un únic trastorn de la personalitat, així, és possible trobar un pacient que manifesti criteris per a més d'un trastorn de la personalitat. Si fós així, caldria ser classificat amb tots els diagnòstics necessaris. Els trastorns de la personalitat es codifiquen en l'Eix II del DSM IV.

8.2.- Factors genètics.

La millor prova de que els factors genètics contribueixen a la gènesi d'un trastorn de la personalitat prové de les investigacions dels trastorns psiquiàtrics en 15.000 parells de bessons norteamericans¹⁸. Entre els bessons monocigòtics, la concordància per als trastorns de la personalitat era molt més gran que entre els dicigòtics. També es demostrava que sobre múltiples mesures de la personalitat i el temperament, interesos en el temps lliure, i actituds socials, els bessons monocigòtics criats per separat eren molt semblants als bessons monocigòtics criats junts.

El grup (A) dels trastorns de la personalitat, que abans hem esmentat (paranoide, esquizoide i esquizotípic), era més habitual en els familiars de les persones esquizofrèniques que entre els grups control. De forma significativa, s'han observat més trastorns esquizotípics de la personalitat en les històries familiars de les persones esquizofrèniques que entre els grups control. També s'ha observat una menor correlació entre el trastorn esquizoide i paranoide de la personalitat i l'esquizofrènia.

Els trastorns de la personalitat del segon grup (B): antisocial, borderline, histriònic i narcicista, tenen una base genètica. El trastorn antisocial de la personalitat s'associa habitualment als trastorns per ús d'alcohol. La depressió és habitual en els familiars dels pacients borderline. Aquests pacients tenen més parents amb trastorns de l'estat d'ànim que els grups control, i el trastorn borderline de la personalitat i els trastorns afectius acostumen a estar junts molt sovint. S'ha observat una forta correlació entre el trastorn histriònic de la personalitat i el trastorn per somatització (síndrome de Briquet). Els pacients amb cada un d'aquests trastorns mostren un solapament de símptomes.

Els trastorns de la personalitat del tercer grup (C): per evitació, per dependència, obsessiu-compulsiu i no especificat, poden tenir també un substrat genètic. Els pacients amb un trastorn de la personalitat per evitació mostren un elevat nivell d'ansietat. Els trets obsessiu-compulsius són més habituals entre els bessons monocigòtics que entre els bessons dicigòtics, i els pacients amb un trastorn obsessiu-compulsiu de la personalitat mostren alguns signes associats a depressió.

¹⁸ Citat per Kaplan, H. I. pàg 749.

8.3.- Factors psicològics.

Els factors psicològics identificats en l'infantesa poden relacionar-se amb els trastorns de la personalitat en l'edat adulta. Per exemple, els nens que en la seva infantesa han estat temerosos, poden patir, d'adults, un trastorn de la personalitat per evitació.

La majoria d'autors coincideixen en afirmar que certs trastorns de la personalitat poden tenir a veure amb la relació afectiva i educativa rebuda precisament en la infantesa. És habitual observar nens ansiosos que s'han criat amb mares ansioses, fent que el fill sigui molt més vulnerable a un trastorn de la personalitat del que en seria un nen criat per una mare tranquil·la. Això és habitual detectar-ho en la pràctica clínica amb pacient toxicòmans, on s'observen baixos nivells d'autoconfiança, autoseguretat i autoestima.

Les cultures que potencien l'agressivitat poden contribuir als trastorns del tipus paranoide i antisocial de la personalitat. També l'ambient físic en el que el nen es desenvolupa pot afectar l'aparició d'un trastorn de la personalitat. Per exemple, un nen pot semblar hiperactiu si el seu hàbitat normal és un petit espai, però pot no passar si es desenvolupa en una ampla vivenda amb espai suficient, etc.

8.4.- Factors neuroquímics:

8.4.1.- El paper de les hormones.

Les persones que presenten trets d'impulsivitat sovint tenen alts nivells de testosterona, 17-estradiol i estrona. Estudis fets amb primats, mostren que els andrògens incrementen la probabilitat d'agressió i conducta sexual, tot i que el paper d'aquesta hormona en l'agressivitat humana no queda prou clar, encara. Els resultats del DST són normals en alguns pacients amb un trastorn borderline de la personalitat amb símptomes depressius (Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. 1996).

Handelsman i Cols. (1996) associen la conducta hostil i agressiva a baixos nivells de prolactina, produint també importants depressions. Altres autors (Alm i Cols. (1996) observen alts nivells de T3 i TSH en joves delinqüents. Concretament aquests autors afirmen que el risc de criminalitat en delinqüents amb la T3 elevada és de 3.8 vegades superior al de delinqüents sense aquests nivells. Korzekwa i Cols. (1996) relacionen els símptomes depressius amb alteracions tiroidees.

8.4.2.- El paper dels enzims:

La literatura especialitzada parla que proporcions baixes de monoaminooxidasa a nivell plaquetari es relacionen amb l'activitat i la sociabilitat en primats. Estudis fets amb estudiants universitaris, mostren que amb nivells baixos passen més temps amb altres persones que no pas els estudiants amb nivells alts de MAO plaquetaria. En alguns pacients esquizotípics també s'han observat nivells baixos de MAO plaquetaria. Cada vegada apareixen més aportacions que relacionen les concentracions plaquetaries de MAO amb diversos trastorns de la personalitat, especialment pel que fa a algunes de les seves manifestacions més característiques: conductes compulsives, ideació suïcida, ingesta compulsiva, etc. Així, per exemple, Stalenheim EG i Cols (1997) es plantejen

estudiar els nivells plaquetaris de MAO com a possible predictor en alteracions psiquiàtriques. En el seu estudi confirmen la MAO amb les característiques estables de la personalitat, podent servir com a índex de vulnerabilitat, no tant com a marcador clínic definitiu. Alm i Cols. (1996) també pretenen interrelacionar la MAO amb els trastorns de personalitat, especialment amb l'activitat delictiva. Aquests autors observen baixos nivells de MAO en delinqüents en relació al seu grup control. Finalment, Verkes i Cols. (1996), estudien la relació de la MAO amb la personalitat borderline i amb els desordres de tipus impulsiu (un subgrup experimental el formaven 15 dones bulímiques i l'altre 15 dones amb ideació suïcida). Aquests autors observen que nivells plaquetaris de 5HT més elevats en el grup de personalitat borderline. Les característiques impulsives es correlacionen negativament amb l'activitat plaquetaria de MAO.

8.4.3.- El paper dels neurotransmissors i neuromoduladors.

Les endorfines (ja explicades anteriorment: punt 4.1.3.3) , com hem dit, tenen efectes semblants a la morfina exògena, com analgèsia i supressió de l'activació del SNC. Nivells elevats d'endorfines endògenes poden relacionar-se amb una manera de ser flemàtica-passiva. Els estudis sobre trets de personalitat i els sistemes dopaminèrgics i serotoninèrgics donen a aquests neurotransmissors una funció activadora. Els nivells d'àcid hidroxindolacètic (5-HIAA), metabolit de la serotonina, són baixos en persones que intenten suïcidar-se i en pacients impulsius i agressius. Malone i Cols (1996) observen que la disfunció de serotonina s'associa amb els intents més mortals dels suïcides.

Quant s'augmenten els nivells de serotonina amb substàncies serotoninèrgiques (com la fluoxetina), poden produir-se canvis que milloren la qualitat de vida l'individu. La serotonina redueix la depressió, impulsivitat i rumiació en algunes persones, tot podent produir una sensació de benestar. L'increment de la dopamina en el sistema nerviós central (cosa facilitada per alguns psicoestimulants: com les anfetamines) pot produir eufòria. Els efectes dels neurotransmissors sobre els trets de personalitat segueixen generant grant discussions, especialment pel que fa a saber si aquests trets de personalitat són innats o bé són adquirits.

Estem assistint recentment a una espectacular atracció pel paper dels neurotransmissors en la terapèutica dels trastorns de tot tipus de problemes relacionats amb la personalitat. Ajuda a aquesta situació un acurat màrketing de l'industria farmacèutica oferint els neurotransmissors com estratègia immillorable dels patiments humans. Són molts els articles, llibres i tot tipus de literatura científica que en dona fe. Autors com Kramer, P. (1994), descriuen canvis de personalitat molt importants (disminució de la sensibilitat al refús dels demés, increment de l'assertivitat, millora de l'autoestima i millora de les capacitats per a tolerar l'estrés), que poden donar-se quan els nivells de serotonina s'incrementen com a resultat de l'administració de fluoxetina. Aquests canvis es donen al marge del diagnòstic otorgat.

El paper, doncs, de determinats neurotransmissors en la gènesi i manifestació dels trastorns de personalitat queda ampliament documentada en la literatura especialitzada. Només la relació d'articles que ofereix Medline mitjançant la recerca: Neurotransmissors i Trastorns de la personalitat és de 421 (maig de 1998). Algunes opinions fan referència a aspectes molt concrets. Així, Delgado i Cols. (1990) afirmen que els aspectes terapèutics d'algunes substàncies antidepressives poden dependre

bàsicament de la disponibilitat de la serotonina en aquells moments. En un article anterior, aquest mateix autors afirmava que dèficits de serotonina produeixen depressió (Delgado i Cols. 1994). Molinero i Cols. (1996) relacionen els dèficits de Alfametilparatoxina (AMPT) com a causant del caràcter deprimit. Salomon i Cols. (1993), es plantejen l'estudi del funcionament de les monoamines cerebrals en la patofisiologia de la depressió i el mecanisme d'acció que les converteix en substàncies antidepressives. Segons aquests mateixos autors, l'eficàcia dels inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (ISRS) i la noradrenalina son semblants. Neumeister i Cols. (1997), estudien el trastorn afectiu estacional, tot afirmant que els qui el pateixen tenen baixos nivells de Triptòfan (precursors de la Serotonina). Aquests mateixos resultats van ser avançats per Coppen i Doogan (1988). En trastorns de la conducta alimentària compulsiva (Wurtman i Cols. (1989) s'ha identificat el d-fenflurapine (derivat serotoninèrgic) com a fàrmac que pot ser útil en el tractament d'aquests símptomes. Fiteau i Col. (1993) estudien una ampla mostra de pacients deprimits mitjançant l'Escala de Depressió de Hamilton, tot observant millores significatives pel que fa a la rapidesa i efectivitat de l'estat d'ànim dels deprimits i disminució de l'ideació suïcida en els pacients que van utilitzar inhibidors de la recaptació de la serotonina. Meltzer, H (1989) ja havia descrit que alteracions funcionals de la serotonina eren causa de desordres afectius, tot associant-la amb molts símptomes importants de la depressió, com el son, la gana, l'ànim, l'activitat i la funció cognitiva. Actualment la documentació fa referència a la fluoxetina i els seus efectes antidepressius (Barr i Cols. 1997). Stein i Cols. (1993) relacionen la serotonina com a responsable de les característiques de la personalitat impulsiva i de les alteracions en el control dels impulsos. Delgado i Cols. (1993) observen que en l'estat depressiu hi estan implicats mecanismes neurobiològics relacionats amb la serotonina i les catecolamines, afirmant que aquestes substàncies tenen exitoses respostes antidepressives. Finalment, cal aportar l'opinió de Gerra i Cols. (1997), que en aquest recent estudi afirmen que els baixos nivells de serotonina tenen més a veure amb la presència de comorbiditat entre el consum d'heroïna i depressió familiar que no pas amb el consum d'heroïna o depressió per sí mateixos, en un interessant estudi amb mares de consumidors d'opiacis.

8.4.4.- Neurofisiología:

Hi ha poques evidències en aquest aspecte, i algunes fins i tot contradictòries, però sembla que en alguns pacients amb trastorns de la personalitat, principalment del tipus antisocial i borderline, s'han observat canvis en la conductància elèctrica que es reflexa en l'EEG (activitat d'ones lentes). També en pacients esquizofrènics s'ha trobat EEG més alterats que en el grup control (Gottschalk, LA.; Selin, C. 1991). Altres estudis fan referència als potencials evocats en el diagnòstic psiquiàtric en drogodependents, especialment pel que fa a la conducta agressiva i hostil (Fishbein DH i Cols. 1989), tot suggerint que en els individus amb conductes agressives s'observa un augment de les ones delta del EEG. Drake M i Cols. (1991) relacionen alteracions d'EEG en els trastorns de la personalitat. Això comportaria plantejar la hipòtesi que el consum de drogues esdevindria una mena d'antiepilèptic utilitzat pel drogodependent. Costa, L. i Bauer, L (1997), contrasten les lectures d'EEG en quatre grups de consumidors de drogues (alcohòlics, heroinòmans, cocainòmans i consumidors de cocaïna i alcohol alhora), tot observant que les alteracions més significatives es donen en aquells que consumeixen alcohol i cocaïna a la vegada).

Els pacients amb personalitat borderline presenten una evident vulnerabilitat de la funció cerebral (Ogiso Y. I Cols. 1993). També s'ha descrit la baixa latència del son REM com a indicador de depressió (Battaglia i Cols. 1993). No s'han trobat diferències significatives mitjançant la P300 en un grup d'individus amb problemes de personalitat antisocial i antecedents familiars d'alcoholisme (Hesselbrock, V i Cols, 199). Tampoc trobem informació en aquest sentit entre un grup d'esquizofrènics i un grup control (Blackwood DH i Cols. 1994).

Jawad SS i Cols. (1995) detecten que els desordres de caràcter eren més comuns en pacients psiquiàtrics en general, mentre que els que presentaven atacs convulsius no referien simptomatologia psiquiàtrica. Per la seva part, Perini i Cols. (1996), refereixen que els pacients amb epilepsia localitzada en el lòbul temporal presenten més alta incidència de desordres afectius i de personalitat.

8.5.- Criteris diagnòstics generals per un trastorn de la personalitat.

Cal tenir en compte que tots els trastorns de la personalitat es codifiquen en l'Eix II. Aquests són els criteris:

- A. Un patró permanent d'experiència interna i de comportament que s'aparta significativament de les expectatives de la cultura de l'individu. Aquest patró es manifesta en dues (o més) de les àrees següents:
 - (1) Cognició (per exemple, formes de percebre i interpretar-se a un mateix, als demés i als esdeveniments).
 - (2) Afectivitat (per exemple la gamma, la intensitat, labilitat i adequació de la resposta emocional).
 - (3) Activitat interpersonal.
 - (4) Control dels impulsos.
- B. Aquest patró persistent és inflexible i s'exten a una ampla gamma de situacions personals i socials.
- C. Aquest patró persistent provoca malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.
- D. El patró és estable i de llarga durada, i el seu inici es remunta al menys a l'adolescència o al principi de l'edat adulta.
- E. El patró persistent no és atribuïble a una manifestació o a una conseqüència d'un altre trastorn mental.
- F. El patró persistent no és degut als efectes fisiològics directes d'una substància (per exemple, una droga, medicament) ni una malaltia mèdica (per exemple un traumatisme cranial).

9.- El Trastorn Esquizotípic de la personalitat.

9.1.- Sobre el concepte d'estructura de la personalitat.

Cal distingir entre estil i estructura de la personalitat. Entenem per *estil* la manera funcional en que l'individu es relaciona amb el món intern i extern. Representa tota una sèrie d'elements dinàmics que tenen lloc entre un mateix i l'entorn psicosocial de la persona. Els estils funcionals esdevenen formes d'expressió de l'acció reguladora. Entenem per *estructura* aquells esquemes molt més interioritzats i duradors de records grabats, actituds, necessitats, temors, conflictes, etc. que es fixen i transformen el caràcter dels esdeveniments vitals que aniran apareixent en la vida de la persona.

Estructura i estil coexisteixen alhora. El concepte d'estructura psíquica és semblant als conceptes psicoanalítics de "nivells d'organització" normal, neuròtic, límit i psicòtic (Millon, 1998).

Pel que fa als trastorns de la personalitat, caldria distingir entre:

- a) Estructures defectives de la personalitat (que inclouria els estils esquizotípic, límit i paranoide).
- b) Estructures descompensades de la personalitat (serien estils amb formes més greus de patologia, com l'esquizofrènia).

Pel que fa a l'estructura de la personalitat, cal dir que aquesta està formada per trets molt complexos, que descansen en un continuum d'adaptabilitat. Podriem dir que aquesta capacitat d'adaptar-se és una qüestió de gradient, de grau, de continuïtat, no es tracta pas d'una dicotomia, on el binomi si o no és possible. Les nocions de salut versus malaltia, anormal versus normal, o psicòtic versus no psicòtic són els extrems d'aquest continuïtat, en el que intervenen matisos i certes peculiaritats. Així doncs, en aquesta línia entre els dos extrems, es poden descriure multitud i infinites discriminacions. A nivell pràctic, això ens permetrà diferenciar els nostres pacients en diferents classes generals. Serà més correcte i aproximat a la realitat parlar de lleu, moderat, avançat o greu.

En el trastorn esquizotípic s'observen amb determinada freqüència certs símptomes estranys, com l'explosió emocional, el pensament peculiar i els mateixos comportaments rars. El control intern (Jo) es troba molt debilitat. Aquesta estructura de personalitat compleix tots els elements per a ser anomenada *defectiva*, doncs refereix una història amb fluctuacions en les seves relacions personals i en el seu rendiment escolar i laboral.

Molts dels pacients amb aquest diagnòstic manifesten una extrema irregularitat en el compliment de les funcions i responsabilitats socials normals. Poques vegades persisteixen per aconseguir objectius madurs. Les seves històries mostren repetides contrarietats, manca de judici i previsió, tendència a la inconsistència de les seves aspiracions anteriors i incapacitat per a utilitzar les seves aptituds i habilitats naturals.

Millon (1998) explica aquesta estructura defectiva pròpia de l'esquizotípic, amb l'exemple d'estar pujat en una atracció de cavallets on primer passen dificultats i conflictes, i després dediquen el temps per a sortir-ne d'ells.

Malgrat aquesta capacitat per a "recuperar l'estat d'ànim" i agafar-se a la vida, aquests pacients experimenten períodes transitoris en els que manifesten comportaments

estrany, impulsos irracionals i pensaments delirants. Aquests períodes de confusió impliquen el caràcter làbil de la seva estabilitat i el seu control. Durant aquests estats alterats poden aïllar-se del seu entorn com si entressin en un son momentani en el que s'emboira la realitat i els temors i impulsos que es deriven d'aquesta foscor interna, els atrapa en una mar d'ansietats i comportaments primitius.

Aquestes desconexions momentànies de la realitat, tradicionalment anomenades "Trastorns psicòtics" (Millon, 1968), es donen amb poca freqüència en les personalitats patològiques lleus.

Els nivells defectius de la patologia estructural, sense tenir en compte l'estrany o desadaptatiu que puguin arribar a ser, estan en consonància amb la història vital i l'estil de funcionament de l'individu.

Els nivells del deteriorament estructural es divideixen en dues categories:

- a) Personalitats amb **dèficits estructurals**, que inclou les personalitats esquizotípic-defectiva, les limit-defectives i les paranoïdes-defectives.
- b) Patrons de personalitat amb **descompensacions estructurals**.

En definitiva, podem dir que les síndromes límit, paranoïde i esquizotípica són les principals variants d'aquestes estructures defectives de la personalitat. Malgrat el deteriorament pugui arribar a nivells més baixos de descompensació, aquestes síndromes no impliquen indecisió diagnòstica ni són una estació intermitja entre la normalitat i la desadaptació psicòtica total, sino patrons patològics cristallitzats, habituals i duraders.

Dues característiques distingeixen aquestes estructures defectives de personalitat a nivells menys greus:

1. **La competència social defectiva** (Millon, 1968) que es caracteritza per: a) una història personal erràtica i incapacitat d'aconseguir un bon nivell d'habilitat social proporcionat a les seves aptituds i talents naturals, b) inicis problemàtics i desorganitzacions repetides que caracteritzen la seva vida educativa, laboral o conjugal, i c) es creen moltes complicacions i experimenten els mateixos contratemps i dificultats una i altra vegada.
2. **Els episodis psicòtics periòdics, però reversibles**, que es caracteritzen per la pèrdua de contacte amb la realitat i pel descontrol cognitiu i emocional. Aquesta ruptura amb la realitat és breu i transitòria, mentre que en les personalitats greument descompensades és perllongada i permanent.

A manera de síntesi, podem dir que aquestes tres personalitats amb dèficits estructurals són comparables, en certa forma, a altres patrons de personalitat, així:

- a) L'esquizotípic és una variant més disfuncional i més defectiva estructuralment dels dos patrons amb dificultats per al plaer: els tipus esquizoïde i evitador.

- b) El límit normalment presenta un patró depressiu, depenent, histriònic, antisocial i negativista, amb dèficits estructurals.
- c) El paranoide és un tipus de personalitat amb dèficits estructurals semblant als patrons narcisista, antisocial, sàdic, compulsiu i negativista.

9.2.- Antecedents històrics.

No és habitual trobar en la literatura especialitzada molta documentació sobre el diagnòstic “esquizotípic”, especialment en relació a altres patologies (paranoide, etc). És l’any 1950 quan es descriu aquesta constel·lació sindròmica, tot i que antigament sí que es feien referències al que ara anomenem trastorn esquizotípic de la personalitat. En farem, tot seguit, una breu descripció històrica:

1668, 1684. (Willis).

El neuròleg anglès Willis observa una seqüència patològica en la que “persones joves, alegres i enèrgiques, i en ocasions fins i tot brillants, durant la seva infantesa passaven a l’estupidesa i torpesa durant l’adolescència”.

1852, 1853. (Morel).

El psiquiatre belga Morel, descriu el cas d’un noi de 14 anys que havia estat fins aleshores alegre i bon estudiant, però que de manera progressiva s’havia tornat melancòlic i tancat en ell mateix. Aquest autor considera que aquests casos eren del tot irremediabls, atribuint el seu deteriorament a una detenció del desenvolupament cerebral provocat per causes hereditàries. Anomenava aquesta malaltia *Dementia Praecox* per tal de deixar ben clara la seva observació de que els processos degeneratius començaven molt aviat i avançaven ràpidament.

1863 (K.L.Kahlbaum)

1871 (E.Hecker).

Aquests autors descriuen unes altres dues formes de deteriorament mental. Van aplicar el terme *Hebefrènia* a estats que s’iniciaven en l’adolescència, començant normalment amb una successió ràpida d’estats d’ànim erràtics, seguits per una debilitats de totes les funcions, tot progressant finalment en un declive psíquic inamovible. Es va introduir la qualificació de *Catatònic* per a representar la *bogeria muscular* en els casos en els que el pacient no manifestava reactivitat a les impressions sensorials, la manca de “voluntat pròpia” i restava mut i immòbil. Aquesta simptomatologia reflectia de manera evident el deteriorament de l’estructura cerebral.

1896. (Kraepelin).

Kraepelin, considerava que l’hebefrènia i la demència precoç eren pràcticament el mateix. Creia aquest autor que els diversos i complexos símptomes de la catatonía i de l’hebefrènia, així com certes alteracions paranoïdes, mostraven un aspecte comú de deteriorament primerenc i d’incurabilitat final.

Segons aquest autor, cada una d'aquestes malalties, no era més que una variació del concepte original de *Dementia Praecox* de Morel. Kraepelin assumia que el nucli d'aquesta nova síndrome unitària esdevenia un defecte biològic, però a diferència d'autors anteriors, creia també que els possibles agents causals eren les disfuncions sexuals i les disfuncions metabòliques, i no proposava l'habitual hipòtesi de la lesió anatòmica. Entre els principals signes que Kraepelin considerava bàsics, a més del deteriorament progressiu i inevitable, estaven les discrepàncies entre el pensament i l'emoció, el negativisme i els comportaments estereotipats, les idees vagues o desconnectades, les al·lucinacions, les idees delirants i un deteriorament mental general.

1900, 1911. (Bleuler).

E. Bleuler, qüestiona i modifica les propostes de Kraepelin. L'observació de centenars de pacients amb demència precoç li va fer concloure que era equivocat comparar el tipus de deteriorament en ells observat amb el que es podia trobar en els pacients que patien deficiències metabòliques o degeneració cerebral. A més, les reaccions i els pensaments dels seus pacients eren qualitativament complexos i molt creatius, diferenciant-se molt del pensament simple o sense propòsit que va observar Kraepelin. També va observar Bleuler que molts dels seus pacients manifestaven per primera vegada la seva malaltia en l'edat adulta, i no en l'adolescència, i una percentatge important no presentava deteriorament progressiu (que per a Kraepelin era condició essencial de la síndrome). Segons això, per a Bleuler, el concepte demència precoç era una denominació del tot equivocada i que no s'ajustava amb l'evidència clínica (especialment pel que feia a l'edat d'inici i el seu curs).

Els símptomes primaris, segons aquest autor, eren alteracions del vènicle associatiu entre pensaments, una falca entre l'afecte i l'intel·lecte, una ambivalència davant els mateixos objectes i una desconexió autista de la realitat. La varietat de casos que presentaven aquesta fragmentació dels pensaments, els sentiments i les accions, el va portar a denominar-los *el grup d'esquizofrènies* (1911). Una qualificació escollida per tal de representar el que ell veia com una escissió (*cisma*) en la ment (*phrenos*) d'aquests pacients.

Malgrat considerar l'esquizofrènia com un conjunt diversificat de trastorns, va conservar la visió kraepeliana de que el deteriorament originat per un procés de malaltia unitària era atribuïble a una patologia fisiològica. Els esquizofrèncics tenien en comú una malaltia neurològica que causava els símptomes primaris comuns. Els esquizofrèncics presentaven també diversos símptomes secundaris, com les al·lucinacions i les idees delirants, en que el seu contingut, Bleuler atribuïa a distintes experiències de la vida dels pacients i als intents d'adaptar-se a la seva malaltia bàsica. Els factors psicològics descrivien el caràcter particular del deteriorament esquizofrènic, però l'experiència no podia causar, segons l'autor, per sí sola la malaltia.

1906. (A. Meyer).

Seguint aquesta mateixa línia, A. Meyer va suggerir que la demència precoç no era una malaltia orgànica, sino una manera desadaptativa de reaccionar a l'estrès, comprensible en termes de potencials constitucionals del pacient i d'experiències vitals. Segons l'autor, aquestes reaccions desadaptatives produïen el que ell va denominar *deterioraments progressius d'hàbit*, que reflexaven *intents ineficaços per evitar problemes* (1912). Els símptomes de la psicopatologia eren considerats com el producte

final dels intents avortats i autoderrotistes per tal d'establir un equilibri psíquic. Meyer va donar una visió psicobiològica de l'esquizofrènia (ell preferia anomenar-la *paragesia*, pel seu caràcter distorsionat). També defensava aquest autor, que la *paragesia* podia presentar-se en forma atenuada i no psicòtica, és a dir, sense idees delirants, al·lucinacions o deteriorament. Considerava que els símptomes psicòtics clàssics eren signes avançats d'un sistema d'hàbits que potencial, malgrat no inevitablement, es desenvolupava, i que podia estabilitzar-se a nivell prepsicòtic. En aquest estat no clínic, la *paragesia* podia detectar-se mitjançant una varietat de signes atenuats i suaus que només suggerien el trastorn psicòtic manifest. La proposta de Meyer d'un sistema de reacció autodestructiva i desadaptativa (personalitat) que es compara amb una forma incipient de l'esquizofrènia va ser una idea i aportació molt innovadora, però que no va rebre tota l'atenció que mereixia.

Segons això, tant les aportacions de Bleuler com de Meyer ens posen sobre el camí dels primers antecedents de la síndrome esquizotípica. Aquests autors creuen que un defecte o una disposició constitucional pot desenvolupar un sistema de personalitat moderadament disfuncional i durader sota un règim d'experiències vitals que impedeixen que aquests potencials s'agreguin per a donar lloc a un estat clínic manifest.

1937. (G. Langfeld).

Malgrat aquestes noves aportacions, alguns autors van conservar la idea originària de Kraepelin del deteriorament inevitable dels pacients en la demència precoç. Aquest és el cas de Langfeld, quan afirmava que alguns pacients esquizofrènics seguien un curs inevitable de descompensació, mentre que altres no ho feien. Aquesta distinció el va fer reservar el nom d'esquizofrènic per als que eren denominats com de tipus *processal*, que finalment es deterioraven, tot aportant el terme *esquizofreniforme*, per als que eren descrits com de tipus *reactiu*, en que els seus símptomes estaven matitzats més afectivament i apareixien després d'intensos i aguts precipitants. Suposadament, els esquizofrènics processals tenien personalitats esquizoides premòrbides que arribaven insidiosament a l'estat clínic amb molt poques senyals externes. A mesura que anava avançant el deteriorament, agafaven més importància els signes previament incipients de les alteracions del Jo, els defectes del pensament associatiu i els sentiments de despersonalització.

1941. (G. Zilborg).

G. Zilborg, es centra bàsicament en la forma no psicòtica de l'esquizofrènia. Es refereix a aquests pacients com *esquizofrènics ambulatoris*. Aquest autor no accepta les classificacions del tipus cas límit, esquizofrènia incipient i similars, quan el que observa són formes menys avançades del procés bàsic de la malaltia esquizofrènica, tot considerant del tot equivocat i injustificat inventar nous termes. Citem un paràgraf que insisteix en això:

“...refusar un diagnòstic d'apendicitis només perquè l'apèndix no s'ha herniat i no s'ha format una peritonitis...L'esquizofrènia no és una demència precoç..., és un nom genèric que inclou cert tipus de processos psicopatològics. És comprensible que aquests...es presentin amb diferents nivells d'intensitat, en varies etapes de desenvolupament –des de la forma inicial fins la més avançada- i en diversos graus de manifestació clínica.” (pàg. 151).

Zilboorg considerava que els símptomes més rellevats i manifestos, com les idees delirants, al·lucinacions i afecte aplanat, eren el *fenòmen terminal* i que només s'observava en aquells casos més avançats. Considerava que aquests esquizofrènics ambulatoris:

"...mai arriben al punt en que els familiars i el psiquiatre considera necessària l'hospitalització i...semblen anar per la vida com qualsevol altra persona normal, malgrat son ineficients, deambuladors, informals en les seves implicacions amb les coses i les persones...Aquests individus es mantenen més o menys desconnectats en un sentit real o figurat, envers l'interior o envers l'exterior..."

És suficient dir que la superficialitat de l'afecte, tan aclaparadora en les manifestacions del quadre clínic, no ha de confondre's amb l'absència d'afecte o amb alguna alteració especial misteriosa del que s'ha anomenat esfera emocional... L'esquizofrènic sembla no tenir emoció només per que aquesta part de la seva personalitat que tracta de la realitat externa d'ella vida...desenvolupa un mínim paper en ella ". (pàg. 154 i 155).

1945-1947, 1968. (Rapaport i Cols).

Rapaport i Cols, fan un reconeixement de la variant prepsicòtica estable de l'esquizofrènia mitjançant estudis de psicodiagnòstic es plantegen classificar en subgrups l'ampli espectre de l'esquizofrènia, tot identificant una important població de pacients que denominen preesquizofrènics. Veiem aquesta cita:

"Hi havia casos...en que la seva adaptació era tan precària que les tendències al retraïment esquizofreniformes per ansietat i inhibició, o les produccions idèiques esquizofreniformes de tipus obsessiu-fòbic ja havien penetrat en la seva vida; així doncs, qualsevol tensió o estrès podia precipitar una psicosi esquizofrènica, però en condicions favorables continuarien amb l'esmentat comportament o ideació preesquizofrènics, sense un brot agut ". (1968, pàg. 57).

Una altra aportació d'aquest grup d'investigadors va ser la subdivisió del grup preesquizofrènic en dues categories, el tipus *inhibit* i el tipus *hiperideic*, tot describint-los de la següent manera:

La categoria inhibida es caracteritza per bloqueig, retraïment, evident ansietat, sentiments de folia, incompetència, inhibició extrema de l'afecte i cert tipus de preocupació sexual. El grup hiperideic, es caracteritza per una abundant fantasia, ideació obsessiva obsessions i preocupació per sí mateixos i pels seus cossos. Aquests individus son molt introspectius i es mostren molt preocupats per les seves idees i pensaments.

1948. (R. Schafer).

Schafer, en la mateixa línia, creia que es podrien fer distincions més clares encara dins el grup preesquizofrènic. Va substituir les denominacions *inhibit* i *hiperideic* pels termes *caràcter esquizoide*, *esquizofrènia incipient* i *caràcter esquizofrènic*. Va descriure a l'esquizoide segons tot el referit ara mateix. La forma incipient reflexava comportaments, pensaments i percepcions que suggereixen la imminència d'una escissió psicòtica. El caràcter esquizofrènic s'aproxima bastant a molts dels símptomes incorporats en el síndromes esquizotípic de la personalitat del

DSM-III. Agafant com a punt de referència el concepte d'esquizofrènic ambulatori de Zilboorg, Schafer va escriure:

“Aquest terme diagnòstic s’aplica als pacients que durant la seva vida desenvolupen una desorganització esquizofrènica de manera insidiosa i en que el seu desenvolupament s’estabilitza, de manera que sembla que els mecanismes esquizofrènics estan integrats en la seva composició caracterial. No s’ha produït un brot agut i no hi ha cap raó per a anticipar un procés ràpid de deteriorament. No s’observen els símptomes seqüendaris clàssics (al·lucinacions, idees delirants), malgrat un exàmen clínic són del tot evidents els trastorns primaris del pensament i l’afecte. Normalment els principals símptomes diagnòstics són els estranys, els impulsius i els que es racionalitzen d’una manera fantàstica i imperturbable, tot produint-se lluites ferotges en la imaginació, en que el seu producte no s’acostuma a distingir de la realitat. En tots aquests casos poden apareixer símptomes fóbics, obsessiu-compulsius, psicopàtics i histriònics. Com a regla general, la façana que els protegeix és adequada per a moltes rutines o situacions socials simples”. (pàg. 86).

1947, 1953. (P. Federn.; G. Bychowski).

P. Federn primer i G. Bychowski després, van recuperar el terme *d’esquizofrènia latent* de Bleuler (més tard, aquest segon autor descriuria la *psicosi latent*), tot fent referència a aquells pacients que amagaven la seva profunda patologia sota el pretext de manifestacions neuròtiques, en que l’esquizofrènia latent s’evidencia mitjançant el comportament i les maneres pròpies del pacient, i no tant per les seves produccions verbals. Per a Bychowski, el símptoma principal era la facilitat amb que els processos primaris s’introduïen en els pensaments i en el llenguatge. Observava aquest autor certes tendències depressives també en aquests pacients.

1949. (P. Hoch.; P. Polatin).

P. Hoch i P. Polatin descriuen el solapament de símptomes neuròtics com exponent de processos esquizofrènics més profunds, tot articulant el terme *d’esquizofrènia pseudoneuròtica*, afirmant que aquesta no era més que una variant estable de l’esquizofrènia que, malgrat a vegades precipitava una psicosi clínica, acostumava a conservar els seus símptomes distintius i la seva situació ambulatoria durant llargs períodes de temps. Mitjançant la presentació d’un conglomerat de trets i símptomes clínics que formaven una única constel·lació, l’esquizofrènic pseudoneuròtic mostrava diversos signes que imitaven i exageraven la simptomatologia neuròtica clàssica, indicant de forma més subtil o menys brusca els trastorns de pensament i la disregulació de les emocions que són característics de l’esquizofrènia clínica. Fixem-nos en aquesta cita:

“No és estrany que presentin algunes connexions emocionals inapropiades...i s’observa absència de modulació i de flexibilitat en la manifestació emocional...Molts d’aquests pacients es mostren freds, controlats i, a la vegada, hipersensibles a les situacions emocionals, intensificant normalment frustracions banals i sense respondre o omitint les bàsiques. A vegades és especialment impressionant l’absència d’inhibició al manifestar emocions en persones, per altra part, notablement inhibides...”

“...La gran majoria d’aquests pacients amb aquesta simptomatologia pseudoneuròtica desenvolupaven episodis psicòtics que eren de curta durada...En

aquests atacs psicòtics de curta durada (micropsicosis) acostumen aparèixer a la vegada tres elements molt significatius. El pacient expressa idees hipocondríiques, idees de referència i sentiments de despersonalització, que acostumen a estar interconnectats “ (pàg. 250-253).

1950, 1953, 1956. (S. Rado).

S. Rado és qui va encunyar el terme esquizotípic, en una conferència pronunciada a la New York Academy of Medicine, l'any 1950. Més tard ho va ampliar el 1953 en un discurs adreçat a l'Associació Americana de Psiquiatria, i essent desenvolupat ampliament en diversos articles durant el 1956. Aquest autor considerava el concepte d'esquizotípic com una abreviació de fenotip esquizofrènic, és a dir, una possible representació d'una predisposició hereditària o genotipo subjacent de forma manifesta. Rado especificava l'existència de dos defectes hereditaris: a) una deficiència en la integració del plaer, i b) una diatesi propioceptiva. Expliquem tot seguit aquests conceptes.

- a) *Deficiència en la integració del plaer.* Considerava aquest autor que l'absència de plaer, enlenteix la integració psicodinàmica. Concretament:
- Debilita el poder motivador de les emocions de benestar com un desig agradable, una alegria, l'afecte, l'amor i l'orgull.
 - Debilita l'efecte oposat compensador que exerceixen les emocions de benestar sobre les emocions d'urgència, fent sorgir pors i ràbia amb excessiva força.
 - Redueix la coherència de l'acció del Sí mateix, que es considera el sistema més integrador de l'organisme i esdevé la mateixa base de la seva autoconsciència.
 - Disminueix l'autoconfiança i el sentit de seguretat de l'esquizotípic en relació a sí mateix i al seu entorn social.
 - Impossibilita el desenvolupament d'una funció sexual ben integrada.
 - Limita la capacitat de l'esquizotípic per a disfrutar adequadament de les activitats de la seva vida, així com l'afecte que es donen i reben en les relacions humanes.
- b) *La diatesi propioceptiva,* lesiona, a més, la composició de l'acció del sí mateix. Aquest doble deteriorament sembla ser l'origen de la gran manca d'autoconfiança del pacient i també de sentir-se inevitablement diferent de les altres persones. Per altra part, la fragilitat del deteriorament de l'acció del Sí mateix predisposa al pacient a una escissió desintegradora que està indicada pel trastorn de pensament.

El pacient, el que farà és intents constants i individuals per compensar aquests defectes innats (esquizoadaptació). Rado va afirmar que el seu èxit dependrà de la interacció de tres processos reparadors: (1) l'estalvi meticulós de la capacitat mermada de plaer, (2) la capacitat per a traslladar el pes de la funció adaptativa a altres (malgrat la hiperdependència ambivalent) i (3) l'adequació amb que els pensaments no emocionals poden substituir els limitats sentiments de plaer. Considera també aquest autor que el patró esquizotípic no és completament fix, si no que es tracta d'un procés adaptatiu que pot avançar o retrocedir en quatre estadis:

- a) **El compensat:** en circumstàncies favorables l'esquizotípic funcionarà bé, sense fracassos.
- b) **El descompensat:** el descontrol urgent ve indicat per la producció de temors i còlera inadequats o excessius. Una crisi de descontrol urgent va unida a una escissió del sistema compensatori d'adaptació, provocant d'aquesta manera la descompensació, caracteritzada pel que sembla ser una lluita de mecanismes fòbics, depressius i fins i tot altres d'hiperreactius.
- c) **El desintegrat:** és sinònim de psicosi esquizofrènica manifesta. La desorganització del Sí mateix ha reduït el pacient a la incompetència adaptativa, procés desintegrador que provoca un trastorn del pensament, de l'activitat, etc. Aquest procés de desintegració esquizotípica pot continuar durant un període indefinit de temps. Hi ha, malgrat tot, una possibilitat de remissió espontània, però també una amenaça de deteriorament progressiu.
- d) **El deteriorat:** està marcat per una reducció progressiva de la funció, una mena d'abstinència quasi completa de la tasca adaptativa.

1972,1973,1991. (P. Meehl).

P.Meehl, atret per les formulacions de Rado, elabora un model explicatiu, al que va denominar esquizoataxia: a partir de l'organització fenotípica esquizotípica de Rado, la psicopatologia pren forma mitjançant les diverses formes d'història social que pot presentar cada pacient. Segons aquest autor:

“La relació estadística entre esquizoataxia, esquizotipia i esquizofrènia és una inclusió de classe: tots els esquizoatàxics es converteixen en esquizotípics quan a l'organització de la personalitat, però la majoria d'aquests es mantenen compensats. Algunes persones, en desventatja per altres vulnerabilitats constitucionals, i que es vinculen amb mares esquizofrenogèniques, estan abocats a l'esquizofrènia clínica. La qual cosa fa que l'esquizoataxia sigui etiològicament específica en el seu paper com a condició necessària. Postulo que un individu no esquizoatàxic, qualsevol que sigui la resta de composició genètica i qualsevol que sigui la seva història d'aprenentatge, pot, com a molt, desenvolupar un trastorn de caràcter o una psiconeurosi; però no arribarà a ser un esquizotípic i, per tant, mai manifestarà la seva forma descompensada, l'esquizofrènia” (1972/1973. Pàg. 832).

1968. (S. Kety.; D. Rosenthal.; P. Wender.; F. Schulsinger).

1977. (P. Wender).

Aquests autors insisteixen en la seva convicció de que l'esquizofrènia està determinada genèticament, doncs posseeix una gran varietat de formes fenotípiques tot depenent dels diversos i múltiples potenciadors ambientals. Aquests autors es van proposar trobar una estratègia que els permetés treure més informació sobre quelcom tan confós com diferenciar entre les variables genètiques de les variables ambientals. En la seva revisió van concloure que existien quatre variants que havien estat denominades com esquizofrènia o bé n'estaven molt relacionades amb ella. Agruperen aquestes

variants en el que van anomenar espectre esquizofrènic, la qual cosa va permetre una classificació tenint en compte tant la gravetat com la seva cronicitat:

- a) **Esquizofrènia crònica:** corresponia a la formulació inicial de Kraepelin de demència precoç, amb el seu desajustament prepsicòtic, el seu deteriorament progressiu i la seva prominència de símptomes primaris de Bleuler. En la literatura contemporània aquest grup és conegut de diferents maneres, com esquizofrènia real i esquizofrènia processal.
- b) **Reacció esquizofrènica aguda:** es presenta una evident i abundant història premòrbida. El trastorn sembla causat per esdeveniments externs que comporten a la ràpida descompensació, es fa més evident pels símptomes secundaris més exagerats de Bleuler, i a llarg plaç tenen més bon pronòstic.
- c) **Esquizofrènia límit:** és el subgrup que més coincideix amb la definició de la síndrome esquizotípica del DSM-III
- d) **Personalitat inadequada:** més semblant a la personalitat esquizoide (DSM-III) que a l'esquizotípica (DSM-III).

Pel que fa al tema que ens ocupa, ens centrem en el tercer subgrup, el de l'esquizofrènia límit. El mateix autor, ens defineix les seves característiques, basades en una història crònica de mala adaptació psicològica amb dificultats evidents en les següents àrees:

- 1) **Pensament:** enfollit, gandul, il·lògic amb tendència a ignorar la realitat, la lògica i l'experiència, tot generant una pobra adaptació a les experiències de la vida.
- 2) **Vida afectiva:** caracteritzada per anhedonia, de manera que els individus refereixen una biografia d'infelicitat (malgrat mai hagin estat greument depressius).
- 3) **Relacions interpersonals:** caracteritzades per una tendència als oposats polars que oscil·len entre l'absència d'una implicació profunda i intensa amb altres persones i una implicació excessivament "profunda" i dependent dels demés. També hi ha problemes en l'ajust sexual, com un feble impuls sexual o un patró promiscu i caòtic d'interacció sexual.
- 4) **Psicopatologia:** caracteritzada no només per la seva intensitat, si no també per la seva manca de constància amb múltiples manifestacions neuròtiques que varien molt sovint (aspectes obsessius, fòbies, símptomes de conversió, símptomes psicossomàtics, etc); ansietat greu i generalitzada, i a vegades episodis de curta durada, denominats micropsicòtics, durant els quals l'individu experimenta idees delirants transitòries, al·lucinacions, sentiments de despersonalització o desrealització. El curs d'aquestes alteracions tendeix a durar tota la vida, generalment sense deteriorament. Aquests processos sembla que siguin refractaris als fàrmacs neurolèptics.

1991. (L.J. Siever).

En la línia de Kety i Cols, aquest autor proposa l'existència d'una base psicobiològica en la personalitat esquizotípica. Aquest autor afirma que *"...alteracions subtils del control cognitiu poden generar no només símptomes persistents que reflecteixen distorsions cognitiu-perceptives, si no també trets d'excentricitat, un llenguatge peculiar i indiferència social...La dimensió d'organització cognitiu-perceptiva és la capacitat que té l'individu per a percebre i donar atenció als estímuls per a processar aquesta informació en relació amb l'experiència prèvia i per a seleccionar les estratègies de resposta apropiades. Les alteracions d'aquesta dimensió es tradueixen pels defectes dels processos d'atenció-selecció que organitzen l'avaluació cognitiu-perceptiva de l'individu amb el seu medi i la relació amb el seu ambient. El resultat pot ser el deteriorament i el malestar en les interaccions socials i en un enteniment equivocat o desconfiança en les motivacions dels demés. L'aïllament social representa la principal estratègia d'afrontament per al processament defectiu de la informació de caràcter social. En els casos més greus aquests individus són propensos a les distorsions cognitiu-perceptives, amplificades per la indiferència social, que obstaculitza la possible entrada, en principi correctora de les proves de realitat "* (pàg. 1648 i 1649. 1991).

1993. (Beck i Freeman).

Aquests autors prenen un punt de vista més cognitiu que no pas genètic-constitucional, tot i no refusar aquesta hipòtesi. Es centren en el contingut de les disfuncions cognitives d'aquest trastorn. Descriuen els símptomes nuclears de la següent manera:

"... Alguns individus esquizotípics es centren en els detalls sense perdre la perspectiva de la situació global, en tant que altres limiten la seva atenció en el detall. Molts esquizotípics tenen distorsions cognitives del tipus del raonament emocional i de la personalització. En el raonament emocional, la persona creu que, atès que sent una emoció negativa, ha d'haver-hi una situació externa negativa corresponent. En la personalització, l'individu creu que és el responsable de les situacions externes quan no és aquest el cas. Aquests pacients acostumen a ser molt correctes i són incapaços d'avaluar adequadament la probabilitat d'un resultat imaginat " (pàg. 138).

1993. (L.S. Benjamin).

Aquest autor dona importància a les conseqüències interpersonals d'aquesta disfunció cognitiva, sense refusar del tot les perspectives biològiques, tot afirmant:

"...el desig de l'esquizotípic és que el deixin sol. En principi, la seva actitud és de retraïment hostil i d'autonegligència. Aquest pacient creu que té una capacitat d'influència màgica que pot aplicar-se directament (telepatia) o indirectament (control mitjançant un ritual). Normalment, l'esquizotípic imposa aquests "poders" a distància. És conscient dels sentiments agressius, però habitualment els conté". (pàg. 356).

“ Aquest retraïment, fa que aquest individu visqui aïllat, sovint refusat de la resta de les persones. Durant la seva infantesa és habitual que sigui un gran consumidor de TV, escolta música tot sol, etc. Si aquest retraïment és pràcticament total durant un llarg període de temps, perd contacte amb les normes socials tot desenvolupant les seves pròpies regles d’higiene personal, vestit i interacció “ (pàg. 360).

1993. (P.T. Costa i T. Widiger).

Aquests autors s’han proposat identificar els trets inherents més significatius i representatius de la personalitat esquizotípica, tot fent apreciacions diferencials entre els trastorns esquizoïdes i els trastorns esquizotípics, afirmant:

“ ...Ambdós es caracteritzen clarament per un excés d’introversió, malgrat es diferencien en que en els esquizoïdes són més importants l’anhedònia social i física, mentre que en els esquizotípics són més significatives les alteracions cognitiu-perceptives...Els pacients esquizoïdes i esquizotípics prototípics se diferencien clarament també i més evidentment pel següent: l’esquizoïde prototípic presenta baixa hostilitat i baixa autoresponsabilitat, mentre que l’esquizotípic prototípic presenta una autoresponsabilitat excessivament elevada (ansietat social i malestar general al relacionar-se amb altres persones” (pàg. 44).

1995. (T. Millon).

Aquest és l’autor que més informació està aportant en aquests moments sobre el trastorn esquizotípic de la personalitat. Ja a l’any 1969, les seves formulacions coincideixen a la nova síndrome esquizotípica del DSM III. Millon distingeix molt detalladament entre els trastorns esquizoïdes i els trastorns esquizotípics. Malgrat aquestes dues divisions, els trastorns comparteixen molts símptomes clínics, existeixen característiques prou importants que els diferencien, especialment les associades a l’experimentació i a l’expressió de l’afecte i de l’ansietat. Igual que succeeix en el cas dels límits i dels paranoïdes (DSM III), és fàcil trobar diferents subtipus d’esquizotípics, ja que els patrons de personalitat més avançats i disfuncionals se superposen amb els tipus de caràcter més greus. Tenint en compte aquestes consideracions, Millon va idear els següents criteris, criteris que es van tenir en compte alhora de redactar els criteris diagnòstics del DSM-III. Aquests prenen de manera ja definitiva l’actual nom de síndrome esquizotípic. Segons aquest autor:

“ El patró es caracteritza per un dèficit evident i notable de l’interès social, una fugida de les relacions interpersonals íntimes, excentricitats comportamentals freqüents, pensament autista no delirant i ansietat de despersonalització. Existeix una tendència a portar una vida sense sentit, buida i ineficaç, rodant sense objecte i mantenint-se en la perifèria d’iniciativa social. Alguns individus es presenten amb una elevada activació i deficiències afectives i cognitives, tot mostrant-se apàtics, impertorbables, desmotivats, mínimament connectats amb el món extern. Altres individus es troben ansiosament tensos i tancats en ells mateixos, atemoritzats i intencionadament retrets, amb tendència a reaccionar de mode hipersensible i a desconnectar-se de les amenaces externes anticipades”

L'avaluació dels antecedents i de la història personal d'aquests pacients, segons la visió de Millon, revela el següent:

1.- Construccions socials deficitàries (dificultats serioses que experimenten tant en activitats escolars, matrimonials o laborals, fracassos repetits en el manteniment de papers duraders, satisfactoris i segurs en relació amb l'edat i les seves aptituds).

2.- Episodis minipsicòtics periòdics (per exemple experimentar varis períodes breus i reversibles de comportaments estranys, afectes extrems, impulsos irracionals i pensaments delirants). Malgrat això, les breus escissions de la realitat acostumen a reconèixer-se com a peculiars o desviades.

Per altra part, i a mode de descriure més acuradament aquesta personalitat, l'autor proposa que des de l'adolescència o l'inici de l'edat adulta, al menys 3 dels següents criteris s'hagin presentat a un nivell significativament superior que en la majoria i no es limiten a períodes discrets ni es troben precipitats necessàriament per esdeveniments vitals suficientment estresants:

1. Aïllament social : l'individu prefereix la vida aïllada amb els íntims vincles i obligacions personals, amb el temps va adoptant paper socials i laborals cada vegada més perifèrics.
2. Excentricitat comportamental: freqüents rareses o hàbits peculiars. Els demés els consideren com a persones estranyes o diferents.
3. Pensament autista no delirant: comunicació social barrejada amb irrelevancies personals, disgregacions, etc. Sembla que l'individu queda absorbt i perdut en somnis, confonent sovint la fantasia amb la realitat.
4. Es pot donar: a) cautela ansiosa (prefereixen ser hipersensibles i mostrar-se confosos, especialment en situacions de contacte social, estar vigilant, ser desconfiat amb els altres i reservats en el seu comportament), o b) aplanament emocional (aspecte descuidat, ganduls, amb mandra, sense alegria i indiferència, amb evidents deficiències d'activació i afecte).
5. Follia alarmant: períodes de despersonalització, desrealització i dissociació, experimentant sentiments de buit i de manca de sentit.

El conjunt de criteris diagnòstics per a la personalitat esquizotípica, es va modificar amb el DSM-II-R, mitjançant les alteracions de dos criteris. El primer va ser l'eliminació de la despersonalització i la desrealització, doncs s'havia observat que aquests símptomes no es manifestaven clínicament en molts dels pacients que presentaven aquests trastorn. En el DSM-III-R es va afegir un nou ítem o aspecte que feia referència als comportaments o aspectes rars, excèntrics o peculiars, atès que aquestes característiques sí que s'observaven sovint en les persones amb aquest diagnòstic.

La CIE no inclou l'esquizotípic com a trastorn de la personalitat, si no que el contempla com un component de l'ampli espectre dels trastorns esquizofrènics.

El DSM-IV caracteritza el trastorn esquizotípic de la personalitat com a identificatiu d'un patró durader de dèficits socials i interpersonals. Implica també una reduïda capacitat per a les relacions íntimes que a més generen malestar i les distorsions cognitives i excentricitats comportamentals. Els seus criteris, tot i tenir en compte diferents àmbits, tenen una important visió cognitiva del tema.

9.3.- Característiques clíniques.

9.3.1.- Diagnòstic.

El trastorn esquizotípic de la personalitat es diagnostica en base a les peculiaritats dels pacients, en funció del pensament, conducta i aparença. Sovint és difícil fer una història clínica acurada degut a la forma poc habitual de comunicar-se. Els criteris diagnòstics utilitzats en aquest treball són els proposats pel DSM IV (1995)¹⁹, i que expossem tot seguit:

Criteris pel diagnòstic de Trastorn Esquizotípic de la Personalitat:

- A. Un patró general de dèficits socials i interpersonals associats a malestar agut i una capacitat reduïda per a les relacions personals, així com distorsions cognitives o perceptives i excentricitats del comportament, que comencen al principi de l'edat adulta i es donen en diversos contextos, com ho indiquen cinc o més dels següents punts:
- (1) Idees de referència (excloses les idees delirants de referència).
 - (2) Creences rares o pensament màgic que influeix en el comportament i no és consistent amb les normes subculturals (com per exemple: superstició, creure en la clarividència, telepatia o "sisè sentit"; en nens i adolescents, fantasies o preocupacions estranyes).
 - (3) Experiències perceptives inhabituals, incloses les il·lusions corporals.
 - (4) Pensament i llenguatge estrany (circumstancial, metafòric, sobreel·laborat o estereotipat).
 - (5) Suspició o ideació paranoide.
 - (6) Afectivitat inapropiada o restringida.
 - (7) Comportament o aparença estranya, excèntrica o peculiar.
 - (8) Manca d'amics íntims o desconfiança a part dels familiars de primer grau.
 - (9) Ansietat social excessiva que no disminueix amb la familiarització i que tendeix a associar-se amb els temors paranoies més que amb judicis negatius sobre sí mateix.

¹⁹ DSM IV. Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals. © Masson, S.A. Barcelona. 1995.

- B. Aquestes característiques no apareixen exclusivament en el transcurs d'una esquizofrènia, un trastorn de l'estat d'ànim amb símptomes psicòtics o un altre trastorn generalitzat del desenvolupament.

9.3.2.- Síntomes clínics.

Entre els pacients classificats en la categoria esquizotípic es troben diverses agrupacions de símptomes. Els tres aspectes del quadre esquizotípic que ara es descriurà es troben en l'origen de l'ansietat que té tendència a precipitar els episodis psicòtics, els processos cognitius i les preocupacions característiques, així com l'estat d'ànim i el comportament en general:

1. *Ansietat de despersonalització.* L'afecte deficient d'aquests pacients els priva de la capacitat de relacionar-se amb les coses o de viure els esdeveniments. Aquest aïllament o desautorització persistent del Sí mateix distingeix la qualitat irreal i sense sentit de la seva vida, poden fer sorgir un preocupant sentit de buit i d'insignificància. Molt sovint, l'esquizotípic es veu envaït per la por o el terror de la desintegració total, de la implosió i la inexistència. Aquests greus episodis de despersonalització precipiten violents brots psicòtics en els que el pacient busca desesperadament reafirmar la realitat.
2. *Autisme i disjunció cognitiva.* El desviament i la interferència dels processos que caracteritzen els patrons lleugerament aïllats són més pronunciats, fins i tot, en l'esquizotípic. Quan es troben prou motivats o impulsats a relacionar-se amb els demés, aquests pacients acostumen a ser incapaços d'orientar els seus pensaments amb lògica i es perden en irrellevàncies personals i en extrems anecdòtics i gens importants que no són pertinents amb el tema immediat. Els hi manca contacte i habilitat amb els demés, essent incapaços d'ordenar les seves idees en termes prou rellevants per a la comunicació social recíproca. Aquesta intensa disjunció, aquesta dispersa i autista característica del seu pensament, els separa encara més dels demés.
3. *Comportaments socials deficients i afecte empobrit.* Un examen evolutiu de l'esquizotípic ens indicarà un curs variable en el que la persona no ha pogut progressar en l'adquisició d'habilitats socials normals. La història escolar i laboral d'aquests pacients manifesta dèficit i irregularitats significatives, ateses les seves capacitats intel·lectuals de base. A més dels freqüents abandonaments, canvien d'un lloc a un altre i, si estan casats, acostumen a separar-se o divorciar-se.

Millon (1998) resumeix la clínica de l'esquizotípic en funció de diversos àmbits (funcional o estructural) i de diversos nivells (comportamental, fenomenològic, intrapsíquic i biofísic). Aquesta és la seva descripció:

Àmbits clínics del prototipus esquizotípic.

a) *Nivell comportamental.*

(Àmbit funcional).

Expressivament excèntric. Presenta maneres i formes d'expressar-se peculiars i socialment inadequades. Els demés els perceben com atípics, disposats a comportar-se de manera rara, reservada, curiosa o estranya.

(Àmbit funcional).

Interpersonalment reservat. Prefereixen la privacitat i l'aïllament, amb molt pocs intents de contacte i obligacions personals. Amb el temps adopten papers laborals cada vegada més perifèrics i activitats socials més marginals.

b) *Nivell fenomenològic.*

(Àmbit funcional).

Cognitivament desorganitzat. La capacitat per a llegir els pensaments i sentiments dels demés és marcadament disfuncional, barrejant les comunicacions socials amb irrellevàncies personals, amb un llenguatge circumstancial, idees de referència i disgregacions metafòriques. Acostumen a ser rumiadors, absorts en ells mateixos i es perden en somniacions amb pensament màgic ocasional, il·lusions corporals, suspicàcies, rares creences i confusió entre la realitat i la fantasia.

(Àmbit estructural).

Autoimatge enfollida. Manifesta perplexitat i il·lusions socials recurrents, així com experiències de despersonalització, desrealització i dissociació. Es veuen a sí mateixos com a desemparats, amb pensaments repetitius de buit vital i sense sentit.

(Àmbit estructural).

Representacions objectals caòtiques. Representacions internalitzades que consisteixen en una fusió d'elements, de relacions i afectes de la infantesa, impulsos i motivacions aleatoris, així com canals reguladors descoordinats que no és serveixen per a fixar tensions, acomodar-se a les necessitats i intervenir en els conflictes.

c) *Nivell intrapsíquic.*

(Àmbit funcional).

Mecanisme d'anul·lació. Els gestos i comportaments estranys, així com els pensaments idiosincràsics semblen ser el reflex d'una retracció o inversió dels actes o idees previs que han generat sentiments d'ansietat, conflicte o culpa. Els rituals o comportaments màgics serveixen per tal de penedir-se o anul·lar les suposades infraccions o pensaments perversos.

(Àmbit estructural).

Organització fragmentada. Els límits del Jo són permeables. Les operacions defensives i d'afrontament s'ordenen a l'atzar en un conjunt d'estructures morfològiques aïllades. Aquestes porten a accions vagues en les que es descarreguen directament els pensaments i afectes primitius, amb poques sublimacions basades en

la realitat i amb importants desintegracions posteriors a un nivell estructural psicòtic. Fins i tot sota un estrès moderat.

d) **Nivell biofísic.**

(Àmbit estructural).

Estat d'ànim atordit o insensible. Són persones excessivament desconfiades i que s'atordeixen, especialment en els contactes socials de relació. Són agitats i en estat d'alerta ansiosa, desconfien dels demés, tot mostrant-se més desconfiats dels seus motius, malgrat augmenti la familiaritat, o manifestin monotonia, apatia, mandra, manca d'alegria i aspecte insípid, amb notables i evidents deficiències en la relació cara a cara i en l'expressió emocional.

El mateix autor resumeix aquest esquema en el següent diagrama explicatiu sobre la configuració dels àmbits personalògics més rellevants del prototipus esquizotípic:

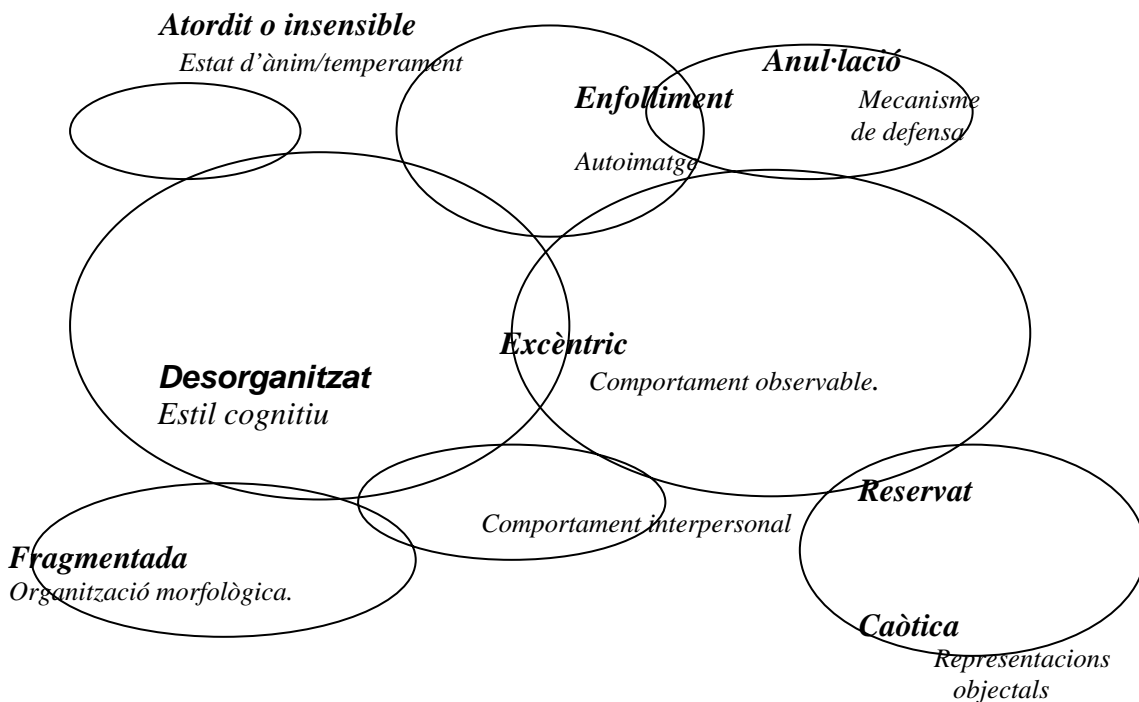


Figura nº 9: Diagrama de la intervenció dels diferents àmbits en el prototipus esquizotípic.

9.4.- Comorbiditat amb altres trastorns i síndromes.

9.4.1.- Comorbiditats de l'Eix II.

La síndrome esquizotípica covaria més freqüentment amb les personalitats esquizoide (EZD), evitadora (EV) i paranoide (PAR). El patró esquizotípic acostuma a

desenvolupar-se de manera insidiosa, esdevenint un patró estructuralment deficient cada cop més integrat, malgrat més disfuncional a la vegada, que substitueix a un trastorn de la personalitat evitadora i esquizoide menys greu. És per això que el que s'acostuma a observar en molts esquizotípics és una combinació de la seva pròpia constel·lació de trets superposats amb un estil esquizoide d'aïllament passiu o un estil evitador d'aïllament actiu. La comorbiditat deriva d'una font diferent en els trastorns esquizoïdes i paranoides. Les seves característiques de personalitat covarien en base a la gravetat patològica comuna i a la també comuna tendència a tenir temor i desconfiança dels motius dels demés. Es troba menys comorbiditat entre les personalitats esquizotípica i la límit, la masoquista (MAS) i la dependent (DPD). La conjunció amb la personalitat límit deriva bàsicament del fet de que comparteixen un patró de personalitat estructuralment deficient més greu. El següent diagrama ho resumeix:

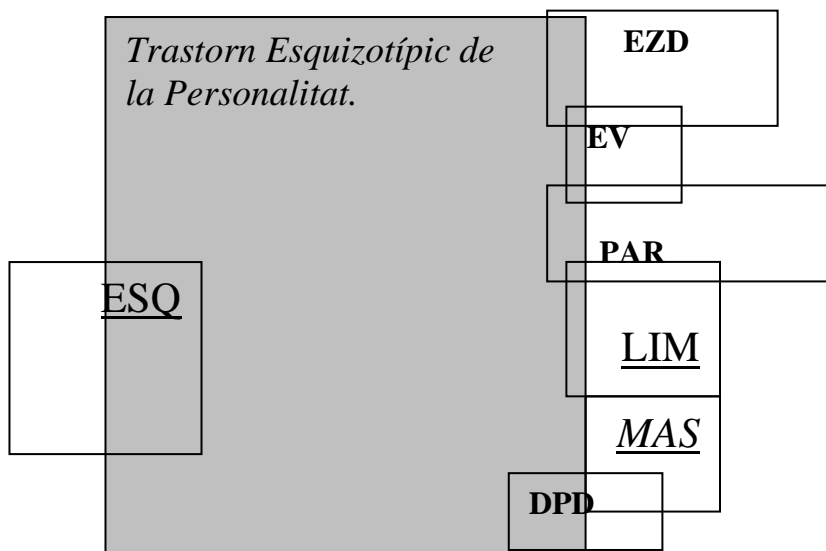


Fig. nº 10. Comorbiditat entre el trastorn esquizotípic de la personalitat i altres trastorns DSM de l'Eix I i de l'Eix II. (Millon, 1998).

9.4.2.- Comorbiditats de l'Eix I.

El principal interès ve donat per les alteracions esquizofrèniques (ESQ) a nivell psicòtic més greus, a les que els esquizotípics són especialment propensos. Particularment subjectes als:

a) trastorns esquizofrènics desorganitzats (hebefrènics). Els esquizotípics són identificables pels seus comportaments incongruents i fragmentats. Molts presenten postures, gestos i expressions verbals peculiars. El discurs tendeix a divagar a mode "d'amanida de paraules", composades per neologismes incoherents i una massa caòtica d'irrellevàncies. Les idees estan plenes de fantasia, il·lusió i al·lucinació, tot dispersant-se en idees delirants estranyes i fragmentaries que no tenen una lògica o una funció aparent. Acostumen a manifestar actes del tot regressius, com defecar-se o orinar-se.

b) catatònics, que acostumen a tenir lloc després d'un període en el que han aparegut ansietats i impulsos inconscients. Els estats d'ànim i les imatges subjectives es confonen amb les realitats objectives i, en últim terme, les dominen. Els comportaments manifestos estan distorsionats i guiats per un procés de pensament primari, apareixent com a deslligats de la realitat, sense propòsit, irracionals, estereotipats i estranys. Les idees es transmeten d'una manera rudimentària i confosa, reflexant idees delirants que es projecten en un món de percepcions al·lucinatòries. Es perd el control i les emocions s'experimenten caòticament. Són incapaços de centrar-se a la realitat o de coordinar pensaments i sentiments. Aquests esquizotípics tornen a un estat motor rígid i immòvil, una forma totalment desajustada d'invalidesa catatònica.

c) esquizofrènics residuals en els que és evident una experiència prèvia d'esquizofrènia manifesta, de pensaments i d'emocions estranyes que continuen apareixent superfluament, tot i que l'esquizotípic els controla. Encara que els signes positius de l'esquizofrènia es troben sota control, hi ha una contínua evidència del trastorn degut a la presència, també, dels signes negatius.

Durant un breu període de temps, els pacients esquizotípics poden donar sortida a emocions que no s'atrevirien a expressar en el curs de la vida diària. Tan caòtics i exagerats com semblen i com son, aquests brots tenen una clara funció adaptativa.

9.5.- Psicometria i psicodiagnòstic del trastorn esquizotípic.

Existeixen pocs índexs en el Rorschach, en el TAT i en el MMPI que identifiquin el patró de personalitat esquizotípica, i que diferenciï de manera clara del que aquests instruments psicodiagnòstics valoren en l'esquizofrènia greu i crònica. Hi han poques dades que permetin diferenciar la variant de personalitat de l'espectre esquizofrènic dels qui presenten la síndrome clínica. Això en part es deu a que la denominació esquizotípica és, en comparació a la història d'aquests tests, molt més recent. Tot i això valorem el tipus d'informació que ens donen, passant revista a aquests tres instruments, però donant especial importància al MMPI, atès que és en ell en que centrem la nostra recerca.

9.5.1.- Psicodiagnòstic de Rorschach.

La principal característica detectada en aquest test és la baixa i confosa qualitat de les respostes que dona el pacient. S'observa una evident dispersió del seu contingut, essent gran part d'ell de naturalesa rara i poc freqüent. També es registren verbalitzacions peculiars, contaminacions, seqüències incongruents i respostes fabulades. Són habituals les respostes de color pur. En l'altre extrem, hi ha respostes que es basen només en la forma. El nombre de respostes de moviment humà és baix, malgrat hi ha una proporció significativa de respostes animals, les quals són normalment de baixa qualitat. Malgrat tot, i a diferència dels pacients clarament esquizofrènics, els esquizotípics no tendeixen a perseverar, és a dir, a percebre repetidament el mateix una i altra vegada. Els esquizofrènics clínics també perceben molts més objectes poc freqüents o rars, o presenten respostes populars de color pur repetitives.

9.5.2.- Test d'Apercepció Temàtica (TAT).

Els pacients esquizotípics tenen més costum en explicar històries disgregades i desorganitzades que entre les altres personalitats, però això és menys freqüent i més coherent que entre els pacients esquizofrènics. El contingut de les històries reflexa directament el caràcter de la història de la vida real de l'esquizotípic. Mentre que els esquizofrènics tendeixen a donar respostes simbòliques (mostra de la natura del procés primari del seu pensament), els esquizotípics se centren més en la realitat. De totes maneres, els temes dels esquizotípics tenen una seqüència confusa i il·lògica, amb freqüents comentaris de tipus autorreferencial.

9.5.3.- Inventari Multifàsic de Personalitat de Minnessota (MMPI).

Són pocs els autors que s'atreveixen a perfilar les diferents personalitats segons uns patrons més o menys homogenis (Núñez, R.1979; Millon, 1998). El que fins ara, en els tests anteriors era el resultat d'evidències i de l'anàlisi de protocols propis d'aquesta personalitat, amb el MMPI, no es troben encara evidències clares que descriu aquest perfil. Així, és possible trobar en els esquizotípics una puntuació superior a la mitjana en l'escala 8 (Esquizofrènia), això és, una tendència a entrar en un món de fantasia i de preocupacions amb sentiments d'aïllament i alienació. Si l'esquizotípic és d'una modalitat més aplanada i menys florida, serà fàcil obtenir un perfil 2-7-8 (Depressió-Psicastenía-Esquizofrènia) . Si l'esquizotípic té més una tendència angoixada, podrà presentar el perfil 7-8/8-7 (Psicastenía-Esquizofrènia o a l'inrevés). Tot i així, no s'ha d'oblidar l'implicació d'altres escales, sempre que hi intervingui la 8. Un perfil 6-8 (Paranoia-Esquizofrènia) suggereix una descompensació especialment greu d'aquest individu esquizotípic.

9.6.- Epidemiología.

Apareix aquest diagnòstic aproximadament en un 3% de la població. No es coneix la proporció per sexes. S'observa una més gran associació de casos entre els familiars, i una més gran incidència entre els bessons monocigòtics que entre els dicigòtics (33% vs 4% en un estudi)²⁰.

9.7.- Curs i pronòstic.

Hi ha estudis que coincideixen en afirmar que el 10% de les persones amb aquest trastorn finalment acaben suicidant-se. Estudis retrospectius han demostrat que molts pacients que es creia que patien esquizofrènia, patien en realitat un trastorn esquizotípic, i la tendència actual és a pensar que la esquizotípic és la personalitat premòrbida del pacient esquizofrènic. Malgrat això, molts pacients mantenen una personalitat esquizotípica estable durant tota la seva vida, fent un bon procés d'integració en tots els àmbits socials, laboral i afectius.

²⁰ Citat per Kaplan, H.I. pàg. 755.

9.8.- Tractament.

Des del punt de vista clínic, sembla que diversos tipus d'intervenció poden esdevenir útils en molts trastorns de la personalitat diferents (Frances et Al. 1984). Els trastorns de personalitat comporten alteracions cognitives, afectives i conductuals, però també un deteriorament en les relacions interpersonals. Per tant, una intervenció eficaç en cadascuna d'aquestes àrees molt possiblement es generalitzaria a totes les altres. Cada un dels enfoc i punts de vista té alguna cosa a dir i a oferir. En farem un breu repàs.

El model psicodinàmic, es centra especialment en el tractament de l'estructura de la personalitat, tot reconeixent que es manifesten diversos trets desadaptatius, tan a dins com a fora de la relació de transferència, canalitzant el seu desenvolupament en el context de les relacions familiars i oferint un més gran coneixement dels conflictes inconscients que ajuden a impulsar-los i a mantenir-los. Els tractaments psicodinàmics, es diferencien en el grau d'ambició dels seus objectius, que van desde la psicoteràpia breu i de poca durada, a la psicoteràpia extensa, exploratòria i a llarg plaç. En la majoria dels casos no es planteja com a fita terapèutica un canvi fonamental de l'estil de personalitat de l'individu. Una fita més pràctica és la disminució de la rigidesa dels trets desadaptatius i reduir la seva interferència en el funcionament quotidià i amb les relacions significatives per la persona. Les tècniques psicoanalítiques no es plantegen cap mena de desafiament a les defenses del pacient, sinó l'ajuda mitjançant d'un període de crisi, amb un mínim de regressió i un màxim de compliment del pla terapèutic (Adams, J.W. 1978.; Khantzian, 1985.; Newcomb i cols. 1986.; Labouvie, 1987).

El model interpersonal, planteja que els trastorns de la personalitat són d'origen bàsicament interpersonal (Kiesler, 1986). Les diferents tècniques inclouen les teràpies de grup, de parella i de família, especialment el model sistèmic (Andolfi, M.1985.; Minuchin, S. i Fishman, H.Ch. 1985.; Andolfi, M.; Zwerling, I. 1985.; Stanton, M.D et Al. 1988).

La teràpia de grup és útil per a reconèixer la rigidesa de l'estil interpersonal de l'individu i l'efecte que exerceix sobre altres persones. La teràpia de parella acostuma a ser necessària, doncs el cónjuge pot estar reforçant els trets desadaptatius del pacient i obstaculitzar, així, el canvi. El model familiar o sistèmic, es planteja el símptoma com un missatge que cal entendre. La família esdevé un sistema que pot quedar cohesionat amb la conducta desadaptativa. Caldrà una terapèutica que entengui el grup familiar com un tot, on cada un juga un paper de manteniment i de canvi.

Els models conductual i cognitiu, es centren explícitament en la conducta problemàtica i desadaptativa, com l'incapacitat per a prendre decisions importants en el cas dels trastorn de la personalitat per dependència, l'incapacitat per a iniciar relacions en el cas del trastorn de la personalitat per evitació, etc. Diverses són les tècniques aquí utilitzades: el modelatge, la desensibilització sistemàtica, les tècniques d'exposició i el maneig de contingències, ús de reforçadors positius i negatius, etc. Les tècniques cognitives també són d'utilitat, doncs els estils cognitius rígids, il·lògics i irracionals són característics de molts trastorns de la personalitat (McCord i McCord, 1960.; Cahoon i Crosby, 1972.; Ghodse, A.H.; 1989.; Beck, AT i Freeman A.,1995).

El model biologista, també pot ser útil quan s'està davant de símptomes diana, que constitueixen característiques dominants i invalidants en alguns pacients amb aquest tipus de trastorns. Les experiències cognitiuperceptuals inusuals en el trastorn esquizotípic i l'ansietat en el trastorn per evitació, per exemple, són susceptibles de reduir-se amb una terapèutica farmacològica adient. Els trastorns de la personalitat, com hem vist abans, poden implicar una predisposició a patrons desadaptatius de base neuroquímica, això farà que l'intervenció química pugui tenir una acció directa i específica sobre el desequilibri bioquímic. Fins i tot si els símptomes afectius d'ansietat, o psicòtics, no són el resultat d'un desequilibri neuroquímic important, les intervencions farmacològiques contribueixen, ben segur, a mitigar els símptomes i ajuden el pacient a respondre millor a les intervencions psicològiques (Trstman i cols., 1995.; Yudofsky i cols., 1995.; Siever i Davis., 1991)²¹.

10.- Psicopatologia i drogues: una doble visió del problema.

Dins el context del consum de drogues i des d'una òptica biopsicosocial, entenem la personalitat, també, com un conjunt d'aspectes, situacions, influències, maneres de manifestar-se i, per què no, de diagnòstics diversos i que es poden manifestar i evidenciar alhora. La pràctica clínica i l'observació, ens permet evidenciar l'aparició de situacions en que s'apareixen alhora tant una situació de consum de drogues com d'un trastorn mental. Podem parlar de la influència de les diverses drogues i de la influència de diversos trastorns de personalitat.

Fem un breu resum dels antecedents històrics que fan referència al doble diagnòstic o diagnòstic dual o comorbilitat:

- Freud, S (1897).
L'addicció és una forma de satisfacció dels impulsos libidinals. L'addicció primària és la masturbació, essent les adiccions com a la morfina, a l'alcohol, al tabac, etc, només que els seus substituïts.
- Rado, S (1927).
Parla de la importància dels efectes orgàsmics dels tòxics.
- Krystal & Rasskin (1970).
L'etiologia de l'ús de drogues resideix en un intent de l'individu d'autoajudar-se.
- Kohut, H (1971).
El consum de drogues entès com una forma de substituir un defecte en l'estructura psíquica del qui consumeix.
- Oughourlian J.M (1977).
Per tal de delimitar la personalitat del toxicòman, cal tenir en compte aquests dos aspectes: a) el perfil de personalitat previ del consumidor (de difícil obtenció), i b) el perfil de personalitat a posteriori (influència del fàrmac, del temps de consum, del medi, etc).

²¹ Autors citats per Pérez de los Cobos. Jornades sobre Trastorns per l'abús de substàncies i trastorns mentals concomitants. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Barcelona, 2-6 de maig de 1998.

- Adams, J.W (1978).
Parla de l'existència en els toxicòmans d'una patologia subjacent pregenital.
- Wurmser (1978).
L'ús compulsiu de drogues com a símptoma de psicopatologia subjacent.
- Khantzian E.J (1985).
L'ús de substàncies addictives entès com un intent que fa l'individu d'automedicació per a pal·liar o reduir els seus problemes subjacents, molt especialment l'agressivitat.
- Newcomb , C. i Cols. (1986).
L'estrès incontrolat, conseqüència d'aconteixements vitals negatius, crea una sensació de pèrdua de control, generant un nivell disminuït de significat de la vida, experimentant-lo com a uncomfortable i que seria automedicat amb l'ús de drogues.
- Labouvie , E.W (1987).
Els nivells de fortalesa i de control de l'ego estan per sota de la mitjana normal en adolescents.
- Cabal Bravo i Cols. (1989).
Observen característiques de personalitat comuna i coincident, essent el tret principal l'antisociabilitat (Desviació psicopàtica). Es podria definir un perfil, amb la combinació de diferents trets que poden definir una *constel·lació* de personalitat.
- Duran Gervilla (1989).
Creu aquest autor que no hi ha investigacions que confirmen una personalitat pretoxicòmana.
- Casas Brugué, M (1991).
La dependència a heroïna és una forma d'automedicació com a tractament d'una malaltia endògena. Pacients amb hipofuncionament en el sistema opioide de neurotransmissió. Sensacions i disfuncions orgàniques desagradables quedarien compensades amb l'heroïna, conseguint la sensació de normalitat.
- Alonso Fernandez, F (1992).
Defensa aquest autor *la constel·lació* de personalitat: no hi ha una personalitat addicta concreta, però sí diferents trets de personalitat que constitueixen aquesta constel·lació.
- Llopis Llacer, J.J i Cols. (1992).
Els trets propis dels pacients heroinòmans, mesurats mitjançant el Qüestionari de personalitat MMPI, venen donats per elevacions en les escales 8-4-2 (Depressió, Desviació psicopàtica i Esquizofrènia).

En definitiva, son diverses les opinions i aportacions a aquesta interrelació consum-trets de personalitat. Cins son els models clàssicament descrits que pretenen explicar l'origen d'aquesta relació entre les característiques de la personalitat de l'individu i la substància:

10.1.- Model etiològic.

Breakey & Cols. (1974).; Tsuang & Cols. (1982).; Alteran & Cols. (1984).; Wellwe & Cols. (1988)²².

Aquest model considera que la freqüent associació es produeix per que el trastorn de personalitat és causat o precipitat per l'abús de determinades substàncies psicoactives. En sentit invers, trastorn de caire psicòtic, podrien incloure entre les seves manifestacions fenòmens addictius. Aquest trastorn constituiria, per sí mateix, un factor predisponent per a la toxicomania.

10.2.- Model de socialització.

Treffert (1978).; Hall (1979).; Millman & Sbrigilo (1986).; Dixon (1990).; Haas (1990)²³.

El consum de drogues afavoriria la socialització de l'esquizofrènic, tot proporcionant a individus aïllats i amb poques habilitats socials una identitat i un grup social amb el que identificar-se i compartir.

10.3.- Model independent.

Dixon (1990).; Haas (1990)²⁴.

Els dos trastorns són independents malgrat hi hagi una tendència a coincidir per la seva elevada prevalença en la població juvenil, de manera que els factors que influeixen en la població general com a determinants del consum ho són també en els esquizofrènics. Una vegada s'ha produït la coincidència s'estableixen influències recíproques entre ambdós.

10.4.- Model de la disfunció dopaminèrgica.

Batlle, Fani (1998)²⁵.

Els trastorns psicòtics endògens i les drogodependències comparteixen la mateixa disfunció biològica: un trastorn en el funcionalisme del sistema dopaminèrgic podria estar en l'origen tant de les psicosis com dels trastorns per dependència de substàncies psicoactives.

²² Citats per Nogueras Ormazábal, B et Al (1993).

²³ Idem.

²⁴ Idem.

²⁵ Batlle, Fani. Esquizofrènia i altres trastorns psicòtics. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Barcelona, 2-6 de març. 1998.

10.5.- Model de l'automedicació.

Freed (1975).; Treffert (1978).; Knudser & Vilman (1984).; Scheneier & Siris (1987).; Siris & Cols. (1988).; Wyatt & Cols. (1988).; Brady & Cols. (1990).; Golberg & Cols. (1991)²⁶.

Es considera l'abús de drogues com un intent d'autotractament dels símptomes (positius i negatius), dels símptomes depressius, de la disfòria o dels efectes secundaris dels neurolèptics.

11.- La comorbiditat.

Parlem de comorbiditat quan la presència conjunta entre trastorns mentals i abús de substàncies es presenta amb més probabilitat que la predictable a l'atzar (Guimon, J. 1992). De tots els models explicatius ara esmentats, és el de l'automedicació el que millor s'ajusta a la idea general d'aquesta Tesi. Insistim una mica més en aquest tema.

Segons hem dit abans, ens referim a una situació d'automedicació quan l'ús de drogues esdevé un intent de reduir els símptomes de la malaltia o del malestar personal que pateix l'individu. Aquesta conducta d'automedicació, en alguns casos, podria amagar els símptomes no detectats d'un trastorn més greu. Aquesta situació pot ser habitual en les entrevistes clíniques, quan l'heroinòman és atès i percebut pels professionals com a tal, sense esbrinar unes altres característiques de personalitat alterades que estarien dissimulades o desdibuixades per la demanda puntual del seu problema addictiu.

Dos autors han aportat un interessant debat sobre aquest tema. Khantzian (1985) proposa que l'automedicació en pacients amb diagnòstic psiquiàtric tindria com a funció aliviar determinades síndromes no resoltes pels tractaments prescrits. Per a Tien Ay (1990), l'automedicació en malalts no psiquiàtrics i en la població general, tindria a veure amb el consum associat a la presència d'un patiment psicològic inadequadament detectat o tractat. D'aquestes opinions els autors n'extreuen les seves corresponents implicacions terapèutiques. Khantzian obté bons resultats amb l'aplicació de Metadona com a neurolèptic en pacients esquizofrènics refractaris a altres medicacions i amb crisis freqüents d'agressivitat. Tien Ay afirma que el risc d'experimentar símptomes psicòtics és més gran per als consumidors de drogues que en els no consumidors.

Altres opinions, però, creuen que no hi ha un únic i predominant estil de personalitat en els consumidors (Staney, J. Blatt.; William H. Berman et Al, 1984). Aquests autors, per exemple, proposen 3 tipus d'individus que poden arribar a l'addicció:

- a) Aquells que presenten trets sociopàtics (representen el 42% dels qui presenten el doble diagnòstic).
- b) Aquells que presenten trets psicòtics (representen el 30%).
- c) Aquells que presenten trets neuròtics (28%).

²⁶ Noguera Ormazábal, B. Obra Citada.

En definitiva, estem davant un fet complex on no podem trobar una única i exclusiva explicació que serveixi de model explicatiu definitiu. És evident que tenim pacients amb els dos diagnòstics: trastorns de personalitat de diversa tipologia i consum de drogues, també de diversa modalitat. Ens trobem davant aquestes quatre possibilitats d'affectació:

- 1.- Individus sense psicopatologia que no consumeixen.
- 2.- Individus sense psicopatologia que sí consumeixen.
- 3.- Individus amb psicopatologia que no consumeixen.
- 4.- Individus amb psicopatologia que sí consumeixen.

Aquests darrers són els que més ens interesen pel present estudi. Segons l'anàlisi detallada de la literatura estudiada per aquesta Tesi i fent una aproximació de les diverses dades proposades pels diferents autors, podríem oferir el següent prorateig:

Dels que consumeixen drogues, el 72.5% presenten alteracions psicopatològiques diverses.

Dels que no consumeixen drogues, el 27.5% presenten alteracions psicopatològiques diverses.

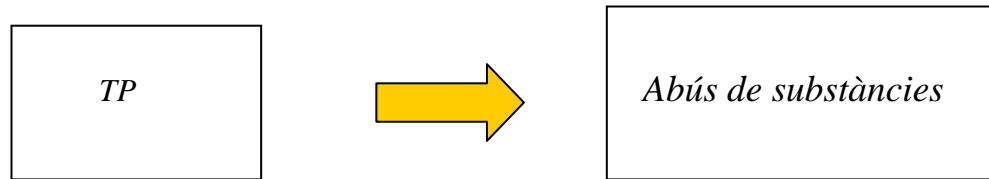
En l'apartat de definició d'hipòtesis ja plantejarem què es preten demostrar en relació al tipus específic de psicopatologia observada en un determinat grup d'observació.

12.- Estat actual del problema.

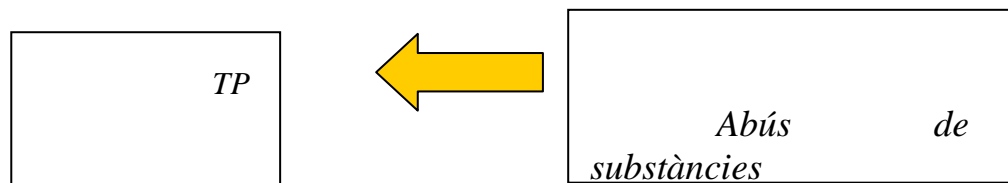
S'han aportat referències sobre la coexistència habitual del consum de drogues amb trastorns de personalitat. Intuïm que el nivell de psicopatologia en els nostres heroinòmans atesos és elevada, les dades ara esmentades en parlen. Una altra opinió (Camps Montané, N. 1995), proposa que els depenents als opiacis tenen un risc relatiu (RR) de 6.8 envers els no depenents en presentar trastorn de tipologia psicòtica. És a dir, un individu dependent als opiacis té 6.8 vegades més risc de presentar aquesta patologia que no pas els individus no depenents.

En general, i com a resum, l'estat actual del problema, pel que fa a la relació de trastorns de la personalitat i el consum de drogues, especialment els derivats opiàcis, s'ha contextualitzar-lo en aquest tres àmbits:

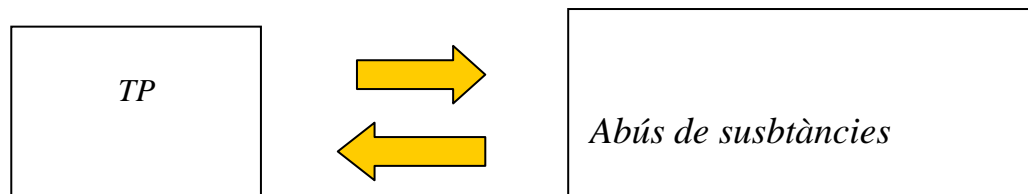
1. El trastorn de personalitat (TP) és un factor causal per a l'addicció. Aquí s'inclou l'hipòtesi de l'automedicació. El consum entés com a estratègia d'afrontament ràpida i eficaç a curt plaç:



2. L'addicció és un factor causal per al trastorn de personalitat (TP). Conseqüències del consum o de l'estil de vida addictiu:



3. El trastorn de personalitat (TP) i l'addicció interactuen. Es manifesta una potenciació mútua en cercle viciós.



Pel que fa als instruments psicòmètrics més utilitzats en la recerca dels trastorns de personalitat que cohexisteixen amb el consum de drogues en general, i amb el consum d'opiacis concretament, en la revisió bibliogràfica efectuada en l'elaboració d'aquesta Tesi, observem que el 31% dels estudis utilitzen qüestionaris de personalitat en la seva recerca. L'escala més utilitzada és l'Inventari Multifàsic de Personalitat de Minesota (MMPI), administrat en el 10% dels casos estudiats. Altres proves psicòmètriques utilitzades son: Rorschach, Millon, Sils, 16 PF, SCQ, EPQ-R, Escala de Likert, TAT i ASI. Tot i observar la utilització d'instruments projectius (Rorschach i TAT), és més habitual l'administració d'escales que permetin la contrastabilitat i l'obtenció d'índexs estadístics que permetin la posterior anàlisi de dades estadísticament. Podem concloure, doncs, que el MMPI és l'escala psicàmètrica més habitualment utilitzada en la literatura especialitzada pel que fa a la comorbiditat associada entre trastorns de personalitat i consum d'opiacis.

Tenint en compte això, els diferents autors que apliquen aquest qüestionari de personalitat, fan diverses aportacions, algunes vegades no coincidents entre elles, tot aportant diagnòstics diferents. Veiem-ho en el següent quadre resum²⁷:

<i>Autor</i>	<i>Referència bibliogràfica</i>	<i>Any</i>	<i>Principal tret psicològic detectat (MMPI)</i>
Fenichel, O.	"The Psychoanalytic Theory of Neurosis". Norton, New York.	1945	Tensió i estrés
Wikler, A.A	"A Psychodynamic Study of a Patient During Experimental Self-regulated Readdiction to Morphine". <i>Psyciat. Q.</i> 26:270.	1952	"Euforia negativa"
Wikler, A.A. Rasor, R.W.	"Psychiatric Aspects of Drug Addiction". <i>Am.J.Med.</i> 14:566-570.	1953	"Euforia negativa"
Hill, H.E.& Haertzen, C.A.& Glasser, R.	"Personality Characteristics of Narcotic Addicts as Indicated by the MMPI". <i>J.Gen.Psichol.</i> 62:127-139	1960	Psicopatia
Savit, R.A	"Psychoanalytic Studies on Addiction:Ego structure in narcotic addiction". <i>Psychoanal. Q.</i> 32:43-57.	1963	Tensió i estrés
Vaillant, G.E	"A Twelvw Year Followp of New York Narcotic Addicts.I" The Relation of Treatment to Outcome, <i>Amer.J.Psychiat.</i> 122:727-737.	1966	Depressió
Weider, A &Kaplan, E.	"Drug Use in Adolescents". <i>Psychoanal. Study Child</i> , 24: 399.	1969	Tensió i estrés.
Wishnie, H.	"Opioid Addiction: A masked depression". A S.Lesse(ed.) <i>Masked Depression</i> . New York:Aronson.	1974	Depressió
Berzins, J.I; Ross, W.F;English , G.E;Haley, J.V.	"Subgroups among opiate addicts: A typological investigation". <i>H. Abnorm. Psychol.</i> 83: 65-73.	1974	Esquizoidia

Alguns autors però, han qüestionat aquestes afirmacions pel fet d'haver obtingut l'informació i els perfils diagnòstics en condicions no habituals pel toxicòman (consulta, hospital, etc). És per aquest motiu que podem trobar en la literatura especialitzada altres investigacions fetes en el mateix context de l'individu. Aquestes en son algunes de les més significatives:

²⁷ Guimon, J (1992).

<i>Autor</i>	<i>Referència bibliogràfica</i>	<i>Any</i>	<i>Catarcterística</i>
Gerard, D.L & Kornettsky, C.	“Adolescent opiate Addiction: A Case study”. Psychiatr. 28: 367-380.	1954	Us adaptatiu de les drogues per part dels adolescents per a enfrontar-se a les seves ansietats d'identitat.
Chein,I & cols.	“The Road to Heroin”. New York: Basic Books.	1964	Us adaptatiu de les drogues per part dels adolescents per a enfrontar-se a les seves ansietats d'identitat.
Krystal, H & Raskin, H.A.	“Drug Dependence: Aspects of Ego Functions”. Wayne State University Press, Detroit.	1970	Dificultats dels toxicòmans en el reconeixement de les emocions doloroses i la seva tendència a somatitzar.
Wurmser, L.	“Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug abuse”. J. Am. Psychoanal. Assoc. 22: 820-843.	1974	Els pacients es troben inadequadament protegits contra la seva ràbia i agressió en el maneig de les relacions interpersonals.

Altres autors²⁸ afinen més les seves observacions, tot atorgant al MMPI la capacitat de perfilar uns trets característics del trastorn esquizotípic de la personalitat. El perfil 6-8 o 8-6 (puntuacions significatives en Paranoia –Pa- i Esquizofrènia –Sc-) indicarien aquesta opinió, tot puntualitzant que el perfil esquizotípic no esdevindria esquizofrènic si l'ambient i el recolçament en son favorables per l'individu. Aquestes puntuacions poden anar acompanyades també d'augmentats significatius en les escales 4 i 2 (Desviació Psicopàtica –Pd- i Depressió –2-). Aquesta opinió és recolçada per diferents autors (Meehl, 1962; Gilberstadt i Duker, 1965.)

Una altra característica dels estudis revisats, és la gran variació d'individus utilitzats en les mostres dels estudis de caire experimental. S'obtenen treballs amb molt pocs individus (N=20) i estudis amb nombre elevat (N=600). La mitjana de tots ells, ens aproxima a un nombre mig de 141 individus utilitzats en els estudis mitjançant qüestionaris de personalitat i l'estudi de la comorbiditat associada al consum d'opiacis.

²⁸ Nuñez, R (1979).

Hipòtesi de treball

S'intenta demostrar que existeix comorbiditat entre la dependència a la heroïna i els trastorns de la personalitat. Concretament, es vol comprobar si el perfil psicopatològic obtingut en una ampla mostra de pacients heroinòmans, mitjançant el Qüestionari de Personalitat Mini-Mult (Kinncanon, 1968), és semblant a la psicopatologia característica que defineix el trastorn esquizotípic de la personalitat.

Hi ha suficient evidència clínica i en la literatura científica dels elevats nivells de comorbiditat entre trastorns psicològics i psicopatològics i el consum de substàncies. Són moltes les opinions que apunten a relacionar el consum de drogues amb un intent de resoldre un malestar profund i personal. Manquen els estudis que ens informen del què passava abans de l'inici en el consum dels derivats opiàcics.

El present treball descriu el què passa ara, en el moment actual, amb la finalitat d'aportar dades sobre les característiques de personalitat que defineixen el jove consumidor d'heroïna una vegada ha cessat en la seva conducta de consum.

Metodologia

1.- Tipus d'estudi.

Es tracta d'un estudi observacional. Aquests tipus d'estudis impliquen, en general, un coneixement menor dels fenòmens estudiats que el que es disposa quan es planteja un disseny experimental on s'estudia, per exemple, l'efecte d'un tractament. En el disseny d'experiments s'intenta actuar sobre la causa d'una malaltia o d'un trastorn mitjançant un determinat tractament que se suposa pot reduir-ne els efectes. Però per poder arribar al plantejament experimental per avaluar un tractament, són necessaris aquest tipus d'estudis observacionals, ja que identifiquen les possibles causes. Aquest és el nostre cas i la nostra situació. Mitjançant l'observació ens plantegem oferir una explicació del què hem obtingut en el nostre grup d'intervenció.

Com a estudi observacional, els resultats obtinguts s'organitzen en taules de contingència (en el nostre cas del tipus 2x2), on es recullen dades sobre la presència o no presència de patologia (presència o no de patologia en el Qüestionari de personalitat Mini-Mult) i sobre l'existència o no existència del suposat factor de risc (consum o no d'heroïna).

Fonamentalment, la nostra situació és la següent: hem seleccionat una mostra d'heroinòmans (grup experimental) i una de no consumidors de drogues (grup control). En funció d'això, determinarem si els diferents individus pertanyen al grup de consumidors o al grup de no consumidors. Segons això, i dins del estudi observacional, ens trobem davant una situació de disseny de casos/controls.

2.- Tractament estadístic dels resultats.

Les dades han estat recollides, organitzades i tractades mitjançant el paquet estadístic SPSS Windows versió 6.0. Les gràfiques han estat realitzades amb el programa Quattro Pro Windows, versió 6.02.

Els estadístics utilitzats han estat els propis pel tipus de dades manejades. En les dades quantitatives els índexs mostrals de tendència central: mitjana, moda, mediana, desviació típica, valor màxim i valor mínim. En el contrast inferencial d'aquestes dades quantitatives s'ha utilitzat la *t d'Student Fisher* per al càlcul de diferències entre mitjanes. Previament, en l'anàlisi de les seves variàncies s'ha utilitzat el Test de Levine.

Pel que fa a les dades qualitatives, s'ha utilitzat la X^2 (*Chi Quadrat*) per al càlcul de diferències de proporcions. L'estadístic propi del disseny casos/controls és l'*Odds Ratio* (estadístic pròxim al Risc Relatiu).

En tots els estadístics utilitzats, l'Interval de Confiança (IC) ha estat del 95%.

3.- Procediment general de l'estudi.

Els pacients heroinòmans objecte del present estudi, van ser preguntats sobre una sèrie de qüestions relacionades a identificar les següents variables:

a) Descriptives en general:

- Edat.
- Sexe.
- Tipus de tractament actual: Lliure de Drogues, PMM, PMN.
- Via d'administració de la substància: pulmonar o endovenosa.
- Antiguitat en el consum d'heroïna: per anys i per intervals.
- Presència d'HIV.
- Haver rebut tractament per dependència anteriorment.

Els subjectes que formen el grup control, varen ser preguntats exclusivament, en la part descriptiva sobre el sexe i l'edat.

b) Administració del Qüestionari de Personalitat de Kincannon, (1968). Tant els individus del grup experimental, com els individus del grup control (població general), responien anònimament les seves preguntes. En tots els casos, la correcció i interpretació dels protocols ha estat realitzada per l'autor de la present Tesi. En el grup

experimental, també la seva administració ha estat personalitzada i individualitzada, en cap cas de forma conjunta o col·lectiva.

El Qüestionari Mini-Mult, forma abreviada de l'Inventari Multifàsic de Personalitat Minesota (MMPI), elaborat per Kincannon, l'any 1968, ha estat àmpliament validat i utilitzat en la recerca clínica (Monrás, M, 1986,1987). Els subjectes, en les seves respostes aportaven informació clínica pel que fa a les següents escales:

- Hipocondriasi (Hs).
- Depressió (D).
- Histèria (Hy).
- Desviació psicopàtica (Dp).
- Paranoia (Pa).
- Psicastènia (Pt).
- Esquizofrènia (Sc).
- Hipomania (Ma).

Com es pot observar, no hi consten les escales Masculinitat-feminitat (Mf) ni Introversió social (Si).

Pel que fa a les escales de validació: Sinceritat i Franquesa en les respostes (L), Manipulació en les respostes (F) i Factor corrector (K), no s'han inclòs en el treball estadístic, doncs s'han eliminat tots aquells subjectes que proporcionaven un protocol alterat i distorsionat.

Una vegada definits i explicats aquests aspectes, el plantejament del treball passa per la descripció estadística de la mostra d'heroïnòmans, pel que fa a les variables ara esmentades. En segon lloc, es pretén contrastar aquestes variables entre elles mateixes, dins el grup experimental. En tercer lloc, es vol descriure les variables psicopatològiques en ambdós grups i el contrast conseqüent. I en quart lloc, es vol definir un perfil de personalitat per cada un dels grups observats, i la seva possible diferència i significació estadística.

4.- Subjectes.

Característiques descriptives del grup experimental:

- a) N = 167.
- b) Subjectes escollits aleatòriament entre els pacients atesos en el Servei d'Alcoholisme i Altres Toxicomanies, de l'Hospital de Santa Maria de Lleida, durant el període 1990-1997.
- c) Paral·lelament a la condició de presentar un problema d'addicció a la heroïna i estar inclòs en el programa de tractament, tots els individus d'aquest grup es mantenen abstinents a drogues il·legals, contrastat analíticament, amb un període mínim de 30 dies en el moment de respondre al qüestionari de personalitat (Mini-Mult).

d) La descripció de les freqüències d'edat es presenta en la taula següent:

GRUP: 1 heroïna

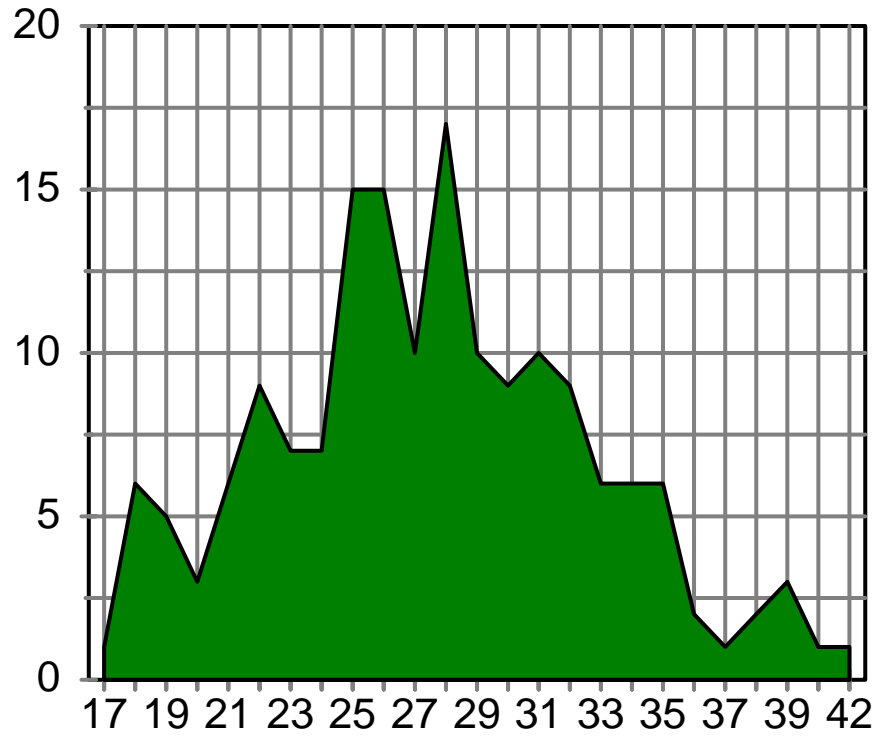
EDAT

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	
	17	1	,6	,6	
	18	6	3,6	4,2	
	19	5	3,0	7,2	
	20	3	1,8	9,0	
	21	6	3,6	12,6	
	22	9	5,4	18,0	
	23	7	4,2	22,2	
	24	7	4,2	26,3	
	25	15	9,0	35,3	
	26	15	9,0	44,3	
	27	10	6,0	50,3	
	28	17	10,2	60,5	
	29	10	6,0	66,5	
	30	9	5,4	71,9	
	31	10	6,0	77,8	
	32	9	5,4	83,2	
	33	6	3,6	86,8	
	34	6	3,6	90,4	
	35	6	3,6	94,0	
	36	2	1,2	95,2	
	37	1	,6	95,8	
	38	2	1,2	97,0	
	39	3	1,8	98,8	
	40	1	,6	99,4	
	42	1	,6	100,0	

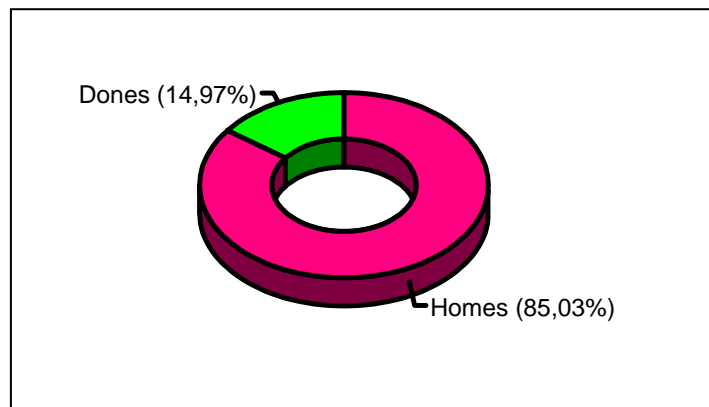
	Total	167	100,0	100,0	
Mean	27,533	Median	27,000	Mode	28,000
Std dev	5,174	Minimum	17,000	Maximum	42,000

Valid cases 167 Missing cases 0

La seva representació gràfica és:



e) Els homes representen el 85.03% i les dones el 14.97%. La seva representació gràfica és la següent:



Característiques del grup control:

- a) N = 124.
- b) Subjectes escollits aleatòriament entre la població general.
- c) La descripció de les freqüències d'edat es presenta en la taula següent:

GRUP: 2 control
EDAT

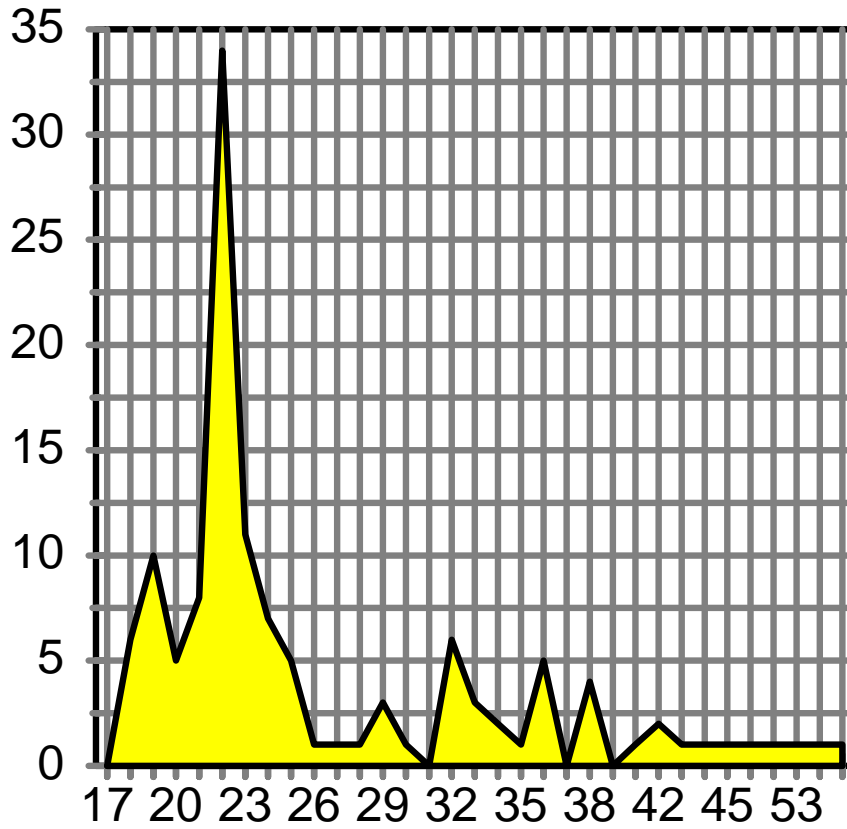
Value	Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
18		6	4,8	4,8	4,8	4,8
19		10	8,1	8,1	12,9	12,9
20		5	4,0	4,0	16,9	16,9
21		8	6,5	6,5	23,4	23,4
22		34	27,4	27,4	50,8	50,8
23		11	8,9	8,9	59,7	59,7
24		8	6,5	6,5	66,1	66,1
25		5	4,0	4,0	70,2	70,2
26		1	,8	,8	71,0	71,0
27		1	,8	,8	71,8	71,8
28		1	,8	,8	72,6	72,6
29		3	2,4	2,4	75,0	75,0
30		1	,8	,8	75,8	75,8
32		6	4,8	4,8	80,6	80,6
33		2	1,6	1,6	82,3	82,3
34		2	1,6	1,6	83,9	83,9
35		1	,8	,8	84,7	84,7
36		5	4,0	4,0	88,7	88,7
38		3	2,4	2,4	91,1	91,1
41		1	,8	,8	91,9	91,9
42		2	1,6	1,6	93,5	93,5
43		1	,8	,8	94,4	94,4
44		1	,8	,8	95,2	95,2
45		1	,8	,8	96,0	96,0
46		1	,8	,8	96,8	96,8
49		1	,8	,8	97,6	97,6
53		1	,8	,8	98,4	98,4
54		1	,8	,8	99,2	99,2
64		1	,8	,8	100,0	100,0

Total		124	100,0	100,0		

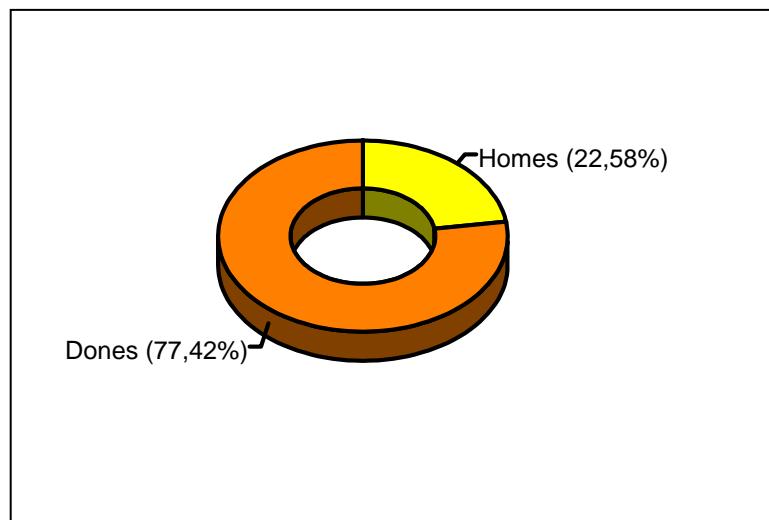
Mean	26,290	Median	22,000	Mode	22,000
Std dev	8,565	Minimum	18,000	Maximum	64,000

Valid cases 124 Missing cases 0

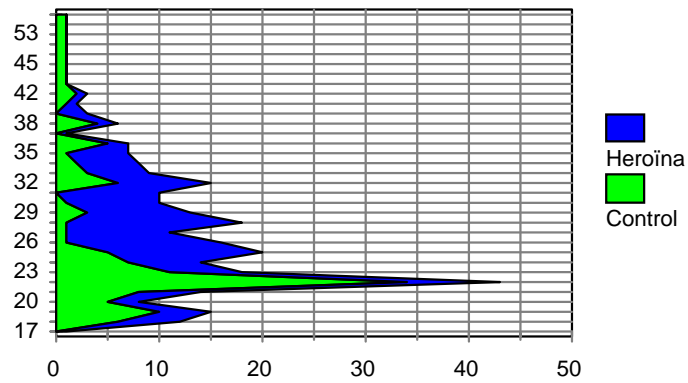
La seva representació gràfica és:



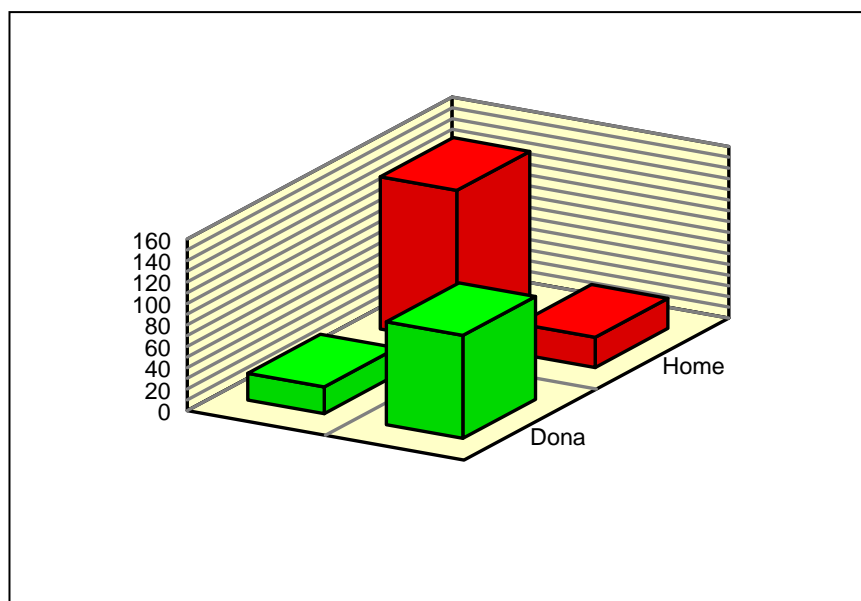
d) Els homes representen el 22,58% i les dones el 77,42%. La seva representació gràfica és la següent:



El contrast entre els dos grups, pel que fa a les edats, es pot observar en la gràfica següent:



El contrast entre el dos grups, pel que fa als sexes, és el següent:



Comparació de les mitjanes d'edat d'ambdós grups i nivell de significació estadística:

t-tests for independent samples of GRUP grup

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean

EDAT				
heroína	167	27,5329	5,174	,400
control	124	26,2903	8,565	,769

Mean Difference = 1,2426

Levene's Test for Equality of Variances: F= 21,704 **P= ,000**

t-test for Equality of Means				95%	
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	1,54	289	,126	,809	(-,350; 2,836)
Unequal	1,43	188,43	,154	,867	(-,468; 2,954)

5.- Material.

El Qüestionari de personalitat utilitzat en la recollida dels possibles nivells de psicopatologia, com ja s'ha comentat, ha estat el Mini-Mult²⁹ (una de les diverses versions reduïdes del MMPI). Igual que l'original, aquest qüestionari descriu un perfil de personalitat en funció de diverses escales, que es poden classificar en dos tipus:

- a) Escales de validació:
 - Validesa (L).
 - Fiabilitat (F).
 - Factor corrector (K).

- b) Escales clíniques:
 - Hipocondriasi (Hs).
 - Depressió (D).
 - Histèria (Hy).
 - Desviació psicopàtica (Pd).
 - Paranoia (Pa).
 - Psicastènia (Pt).
 - Esquizofrènia (Sc).
 - Hipomania (Ma).

²⁹ Annexe 2.

En les escales clíniques, no hi ha la subescala Masculinitat-feminitat (Mf) ni la subescala Introversió social (Si), que sí que hi són en el MMPI. En el Mini-Mult tampoc hi ha les subescales addicionals: Força del jo (Es), Dependència (Dy), Dominància (Do), Responsabilitat (Re) i Control (Cn).

Veiem seguidament el significat de les diferents subescales clíniques utilitzades en el present treball:

a) Hipocondriasi.

Avalúa el grau de preocupació anormal per a les pròpies funcions corporals. La persona amb una puntuació alta es preocupa massa pel seu estat de salut, sovint apareixen queixes de dolors i malestars difícils d'identificar i pels quals no es troba cap causa orgànica definida. És característic de les persones hipocondríiques ésser immadur en la forma d'enfrontar-se als seus problemes com a persona adulta, tendint a fracassar en la seva resolució adequada.

b) Depressió.

Avalúa la profunditat del símptoma o síndrome clínicament conegut com a depressió. Aquesta pot ésser la pertorbació principal del pacient o estar acompanyada o ésser el resultat d'altres problemes de personalitat. Una puntuació alta indica decaïment de l'estat d'ànim i de la moral, amb certs sentiments d'inutilitat i incapacitat per a mostrar optimisme normal en relació al futur. També una elevada puntuació, suggereix un rerafons personal caracteritzat per manca de confiança en sí mateix, tendència a preocupar-se, limitació d'interessos i introversió quan s'enfronta a una situació crítica.

c) Histèria .

Mesura el grau en el que l'individu és semblant o s'ajusta als pacients diagnosticats amb la síndrome d'histèria per conversió. Els símptomes poden ser malestars generals i sistemàtics, o més específics com paràlisis, contraccions musculars, molèsties gàstriques o intestinals, així com deficiències cardíaques.

Els subjectes que tenen una elevada puntuació són propensos a episòdics atacs de debilitat, desmaís i fins i tot convulsions epileptoides. És possible que mai no apareguin aquests símptomes en una persona que puntua significativament en aquesta subescala, però davant una situació de tensió, possiblement es comportarà obertament de forma histèrica i resoldrà els seus problemes que el pertorben tot manifestant tota aquesta simptomatologia.

d) Desviació psicopàtica.

Aquesta subescala avalua l'absència d'una resposta emocional profunda, la incapacitat de beneficiar-se d'experiències i la desconsideració envers les normes socials. Malgrat sovint sigui perillosa per a ell mateix o pels demés, aquesta persona és generalment agradable i intel·ligent, la seva tendència envers lo anormal

no es descobreix sovint fins que es troba en serioses dificultats, a no ser que s'utilitzin instruments psicomètrics objectius. Sovint, entre una crisi i una altra, poden comportar-se durant molts anys com si fossin persones perfectament normals. Les desviacions més habituals de les normes són: el mentir, robar, l'afecció a l'alcohol o altres drogues i la perversió sexual.

Poden tenir curts períodes de autèntica excitació psicopàtica acompanyats d'una depressió posterior quan s'adonen de les seves accions asocials o antisocials.

e) Paranoia.

Escala pensada per a detectar pensament paranoide o idees paranoides, tot avaluant els símptomes clàssics d'aquest trastorn: idees de referència, sensibilitat en les relacions interpersonal, actituds de sospita, rigidesa, adherència inflexible a idees i actituds, sentiments o idees de persecució, idees de grandesa i percepcions inadequades.

f) Psicastenia.

Avalua la semblança entre els subjectes estudiats i pacients psiquiàtrics afectats per fòbies o conducta impulsiva. Aquesta conducta pot ésser explícita (excessiu rentat de les mans, vacil·lacions o qualsevol altra activitat no efectiva) o implícita (manifestació d'incapacitat per a evitar pensaments inútils o idees obsessives). Les fòbies inclouen tot tipus de temors il·lògics de fets o situacions, així com reaccions extremes a estímuls habituals.

g) Esquizofrènia.

Mesura el grau de similitud amb els pacients que es caracteritzen per pensaments i conductes inusitades i estranyes. En l'esquizofrènia hi ha una separació entre la vida subjectiva i la realitat, de manera que l'interlocutor o observador no pot seguir racionalment els canvis del seu estat d'ànim i conducta. Aquesta escala discrimina al voltant del 60% dels casos diagnosticats com a esquizofrènics, malgrat no identifica algunes formes paranoides.

h) Hipomania.

Mesura el factor de personalitat característic de persones que presenten una marcada superproductivitat de pensament i acció. El terme hipomania fa referència a un grau més lleu de "mania". L'hipomaniac es presenta com a lleugerament fora del normal. Sovint el pacient hipomaniac es posa en dificultats al tractar de realitzar moltes coses, és actiu i entusiasta. En contra del què s'espera d'ell, a vegades pateix depressions. Les seves activitats poden molestar a altres persones (intents d'aconseguir reformes socials, entusiasme, promoure projectes constantment, poca atenció a principis socials establerts, etc).

6.- Variables utilitzades en l'estudi.

6.1.- Variables independents.

anyscon	Anys de consum de la substància.
edat	Edat.
grup	Grup (1= experimental, 2=control).
hiv	Presència d'HIV (1=si, 0=no).
recon	Recodificació en interval dels anys de consum de la substància.
reedat	Recodificació en intervals de l'edat.
sexe	Sexe (1= home, 2=dona).
traant	Tractaments anteriors (0=no, 1=si).
tracact	Tractament actual (1=Lliure drogues, 2=PMM, 3=PMN).
via	Via més habitual d'us de la substància (1=Pulmonar,2=Endovenosa).

6.2.- Variables depenents.

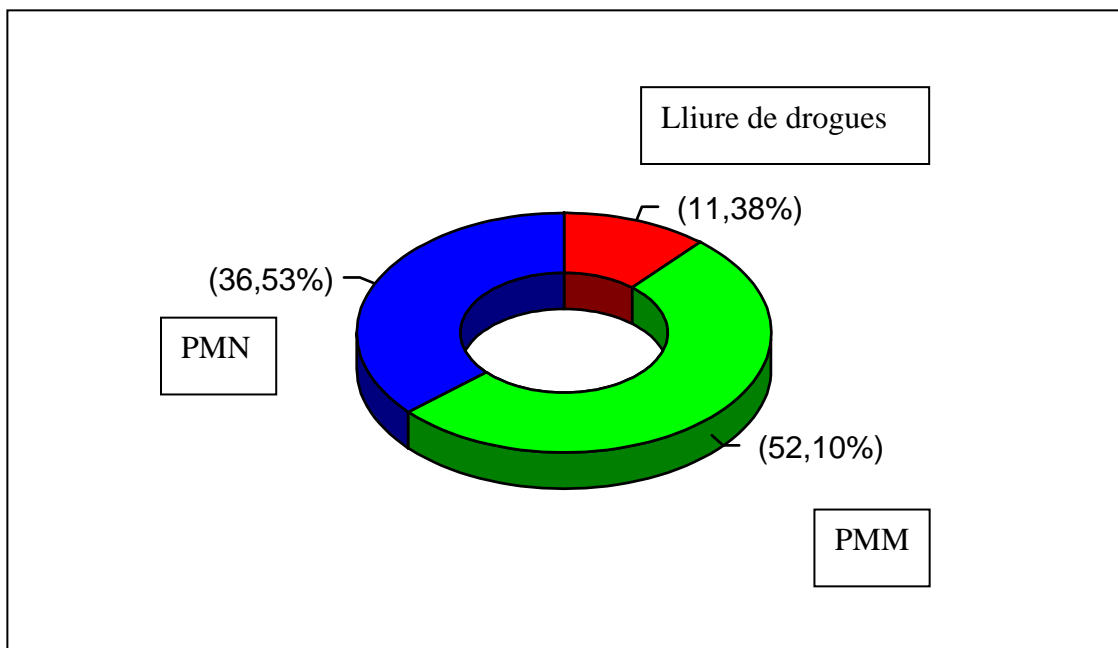
dpatolog	Presència de psicopatologia en l'escala D (0=no, 1=si).
dtipica	Puntuació típica obtinguda en el Mini-Mult, escala D
hspatolo	Presència de psicopatologia en l'escala Hs (0=no, 1=si).
hstipica	Puntuació típica obtinguda en el Mini-Mult, escala Hs.
hypatolo	Presència de psicopatologia en l'escala Hy (0=no, 1=si).
hytipica	Puntuació típica obtinguda en el Mini-Mult, escala Hy.
mapatolo	Presència de psicopatologia en l'escala Ma (0=no, 1=si).
matipica	Puntuació típica obtinguda en el Mini-Mult, escala Ma.
neurotic	Recodificació triada neuròtica (Hs+D+Hy)/3. (No tinguda en compte).
papatolo	Presència de psicopatologies en l'escala Pa (0=no, 1=si).
patipica	Puntuació típica obtinguda en el Mini-Mult, escala Pa.
pdpatolo	Presència de psicopatologia en l'escala Dp (0=no, 1=si).
pdtipica	Puntuació típica obtinguda en el Mini-Mult, escala Dp.
psicotic	Recodificació triada psicòtica (Pa+D+Sc+Ma)/4. (No tinguda en compte).
ptpatolo	Presència de psicopatologia escala Pt (0=no, 1=si).
pttipica	Puntuació típica obtinguda en el Mini-Mult, escala Pt.
scpatolo	Presència de psicopatologia en l'escala Sc (0=no, 1=si).
sctipica	Puntuació típica en el Mini-Mult, escala Sc.

Resultats.

1.- Característiques descriptives del grup experimental.

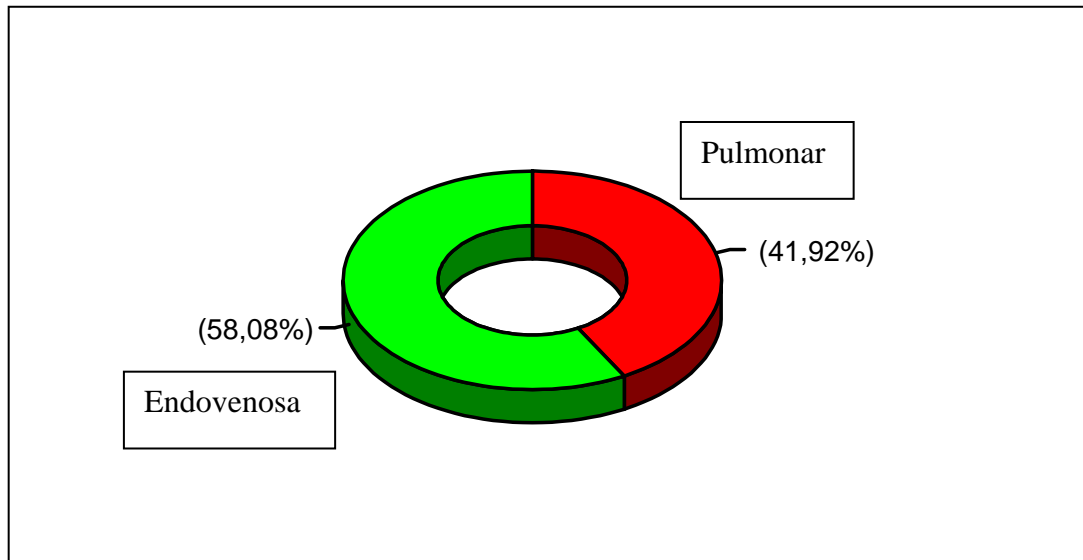
1.1.- Distribució segons el tipus de tractament actual:

Tractament	Freqüència	%
Lliure de drogues	19	11.38
PMM	87	52.10
PMN	61	36.52
Total	167	100.0



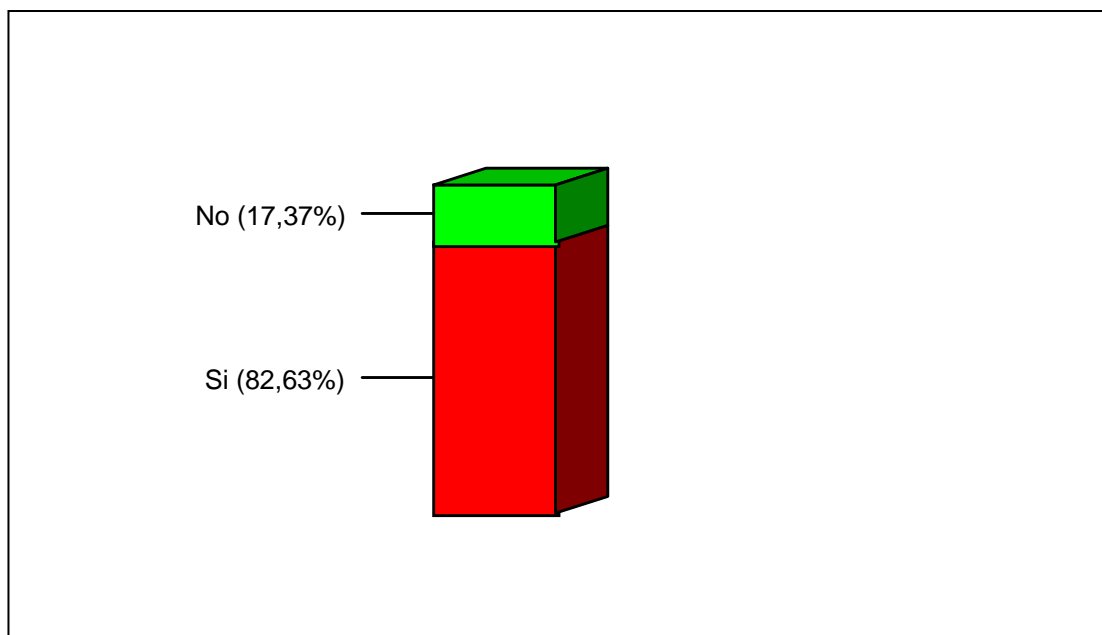
1.2.- Distribució segons la via d'ús preferent en l'administració de l'heroïna:

Via d'administració	Freqüència	%
Pulmonar	70	41.9
Endovenosa	97	58.1
Total	167	100.0



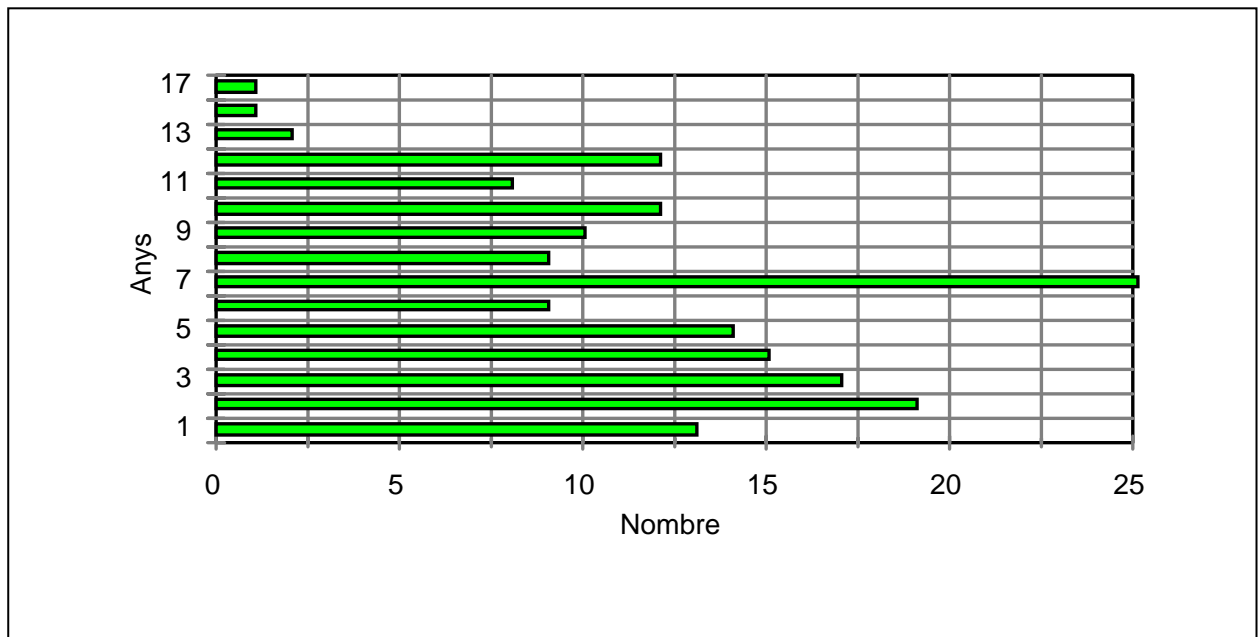
1.3.- Tractaments anteriors rebuts per dependència als opiàcis:

Tractaments anteriors	Freqüència	%
Si	138	82.63
No	29	17.37
	167	100.0



1.4.- Antiguitat en el consum d'opiàcis.

Anys	Freqüència	%
1	13	7.8
2	19	11.4
3	17	10.2
4	15	9.0
5	14	8.4
6	9	5.4
7	25	15.0
8	9	5.4
9	10	6.0
10	12	7.2
11	8	4.8
12	12	7.2
13	2	1.2
15	1	0.6
17	1	0.6
	167	100.0

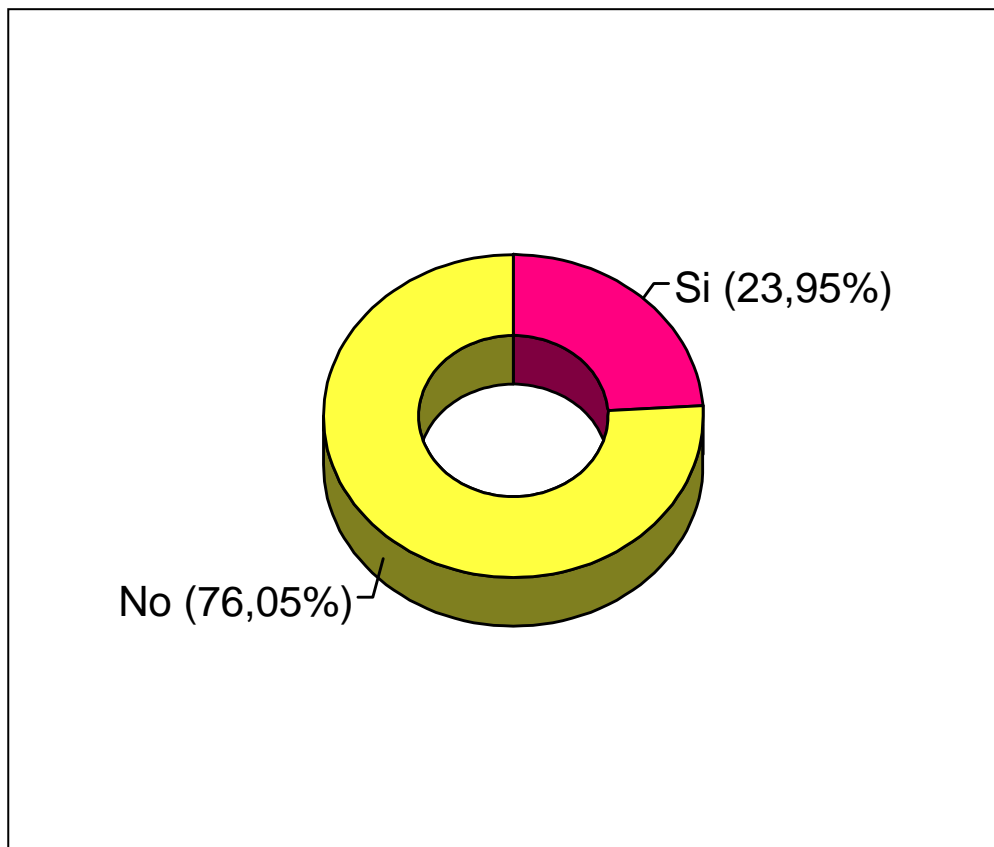


Í ndexos de tendència central:

Mitjana	6.186
Desv. Standart.	3.578
Mediana	6.0
Moda	7.0
Valor mínim	1.0
Valor màxim	17.0

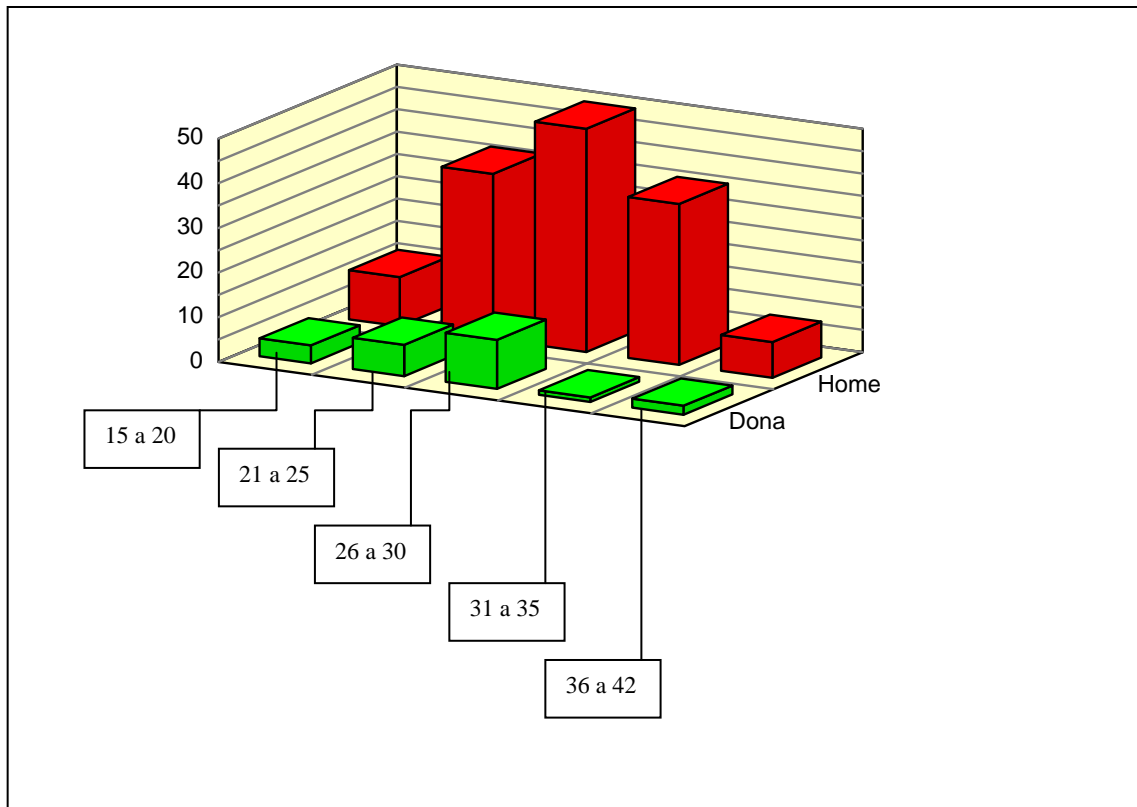
1.-5.- Pressència d'HIV.

HIV	Total	%
Si	40	24.0
No	127	76.0
	167	100.0



1.6.- Relació sexe - edat (en intervals).

Edat	Home	Dona	Total	%
15 a 20	11	4	15	9.0
21 a 25	37	7	44	26.3
26 a 30	50	11	61	36.5
31 a 35	36	1	37	22.2
36 a 42	8	2	10	6.0
	142	25	167	100.0

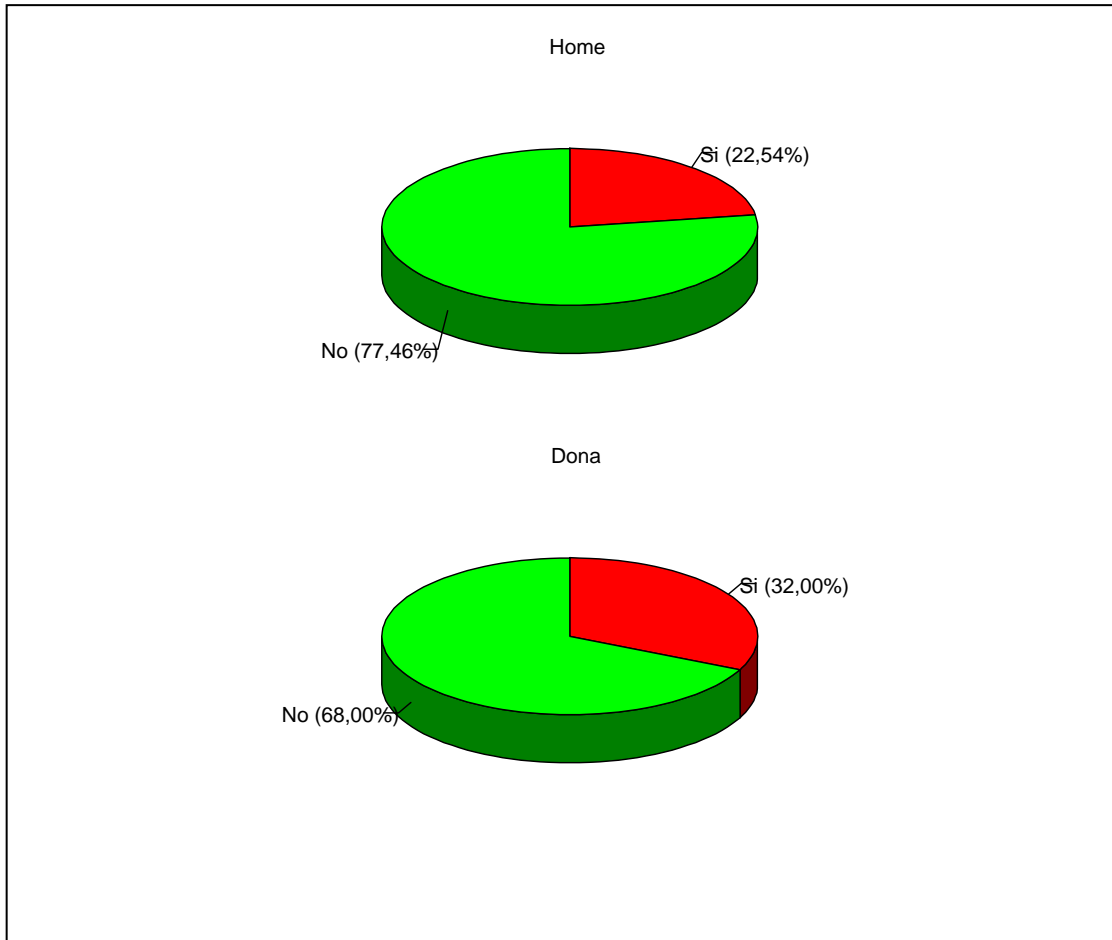


Chi-Square	Value	DF	Significance
-----	-----	---	-----
Pearson	6,66525	4	,15467
Likelihood Ratio	8,28256	4	,08176
Mantel-Haenszel test for linear association	2,42100	1	,11972

Minimum Expected Frequency - 1,497
 Cells with Expected Frequency < 5 - 2 OF 10 (20,0%)

1.7.- Relació sexe – HIV.

HIV	Home	Dona	Total	%
Si	32	8	40	24.0
No	110	17	127	76.0
	142	25	167	100.0



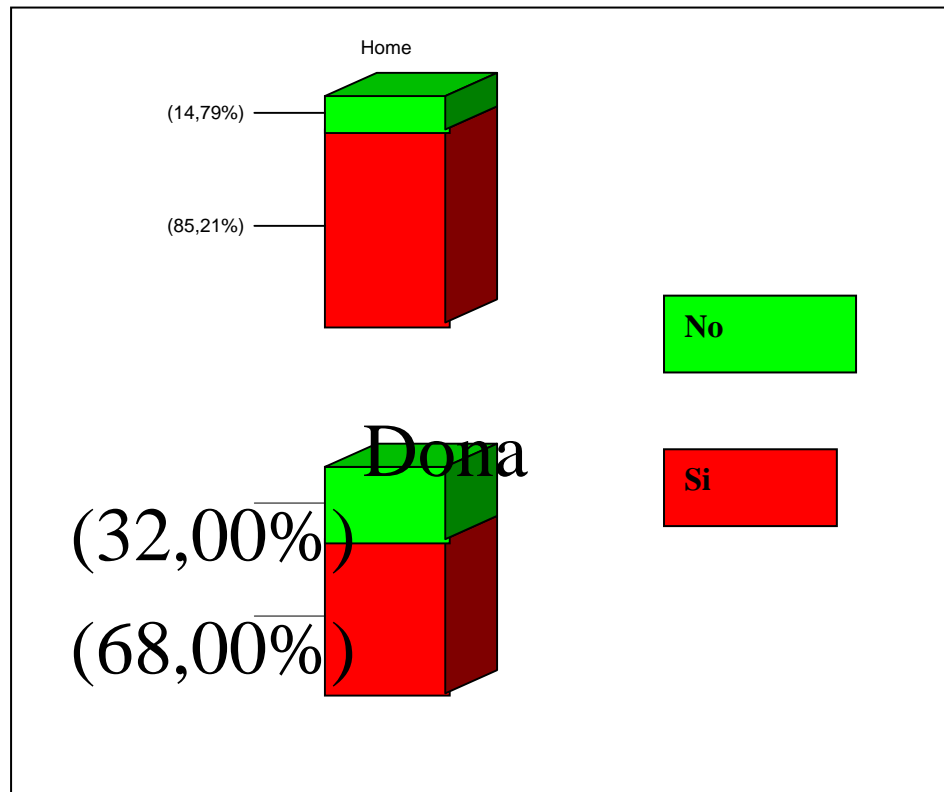
Chi-Square	Value	DF	Significance
-----	-----	----	-----
Pearson	1,04545	1	,30656
Continuity Correction	,59040	1	,44226
Likelihood Ratio	,99048	1	,31963
Mantel-Haenszel test for linear association	1,03919	1	,30801

Minimum Expected Frequency - 5,988

Number of Missing Observations: 0

1.8.- Relació sexe – havien rebut tractament anteriorment.

Tractament	Home	%	Dona	%	Total	%
Si	121	14.8	17	32.0	138	82.6
No	21	85.2	8	68.0	29	17.4
	142	100.0	29	100.0	167	100.0



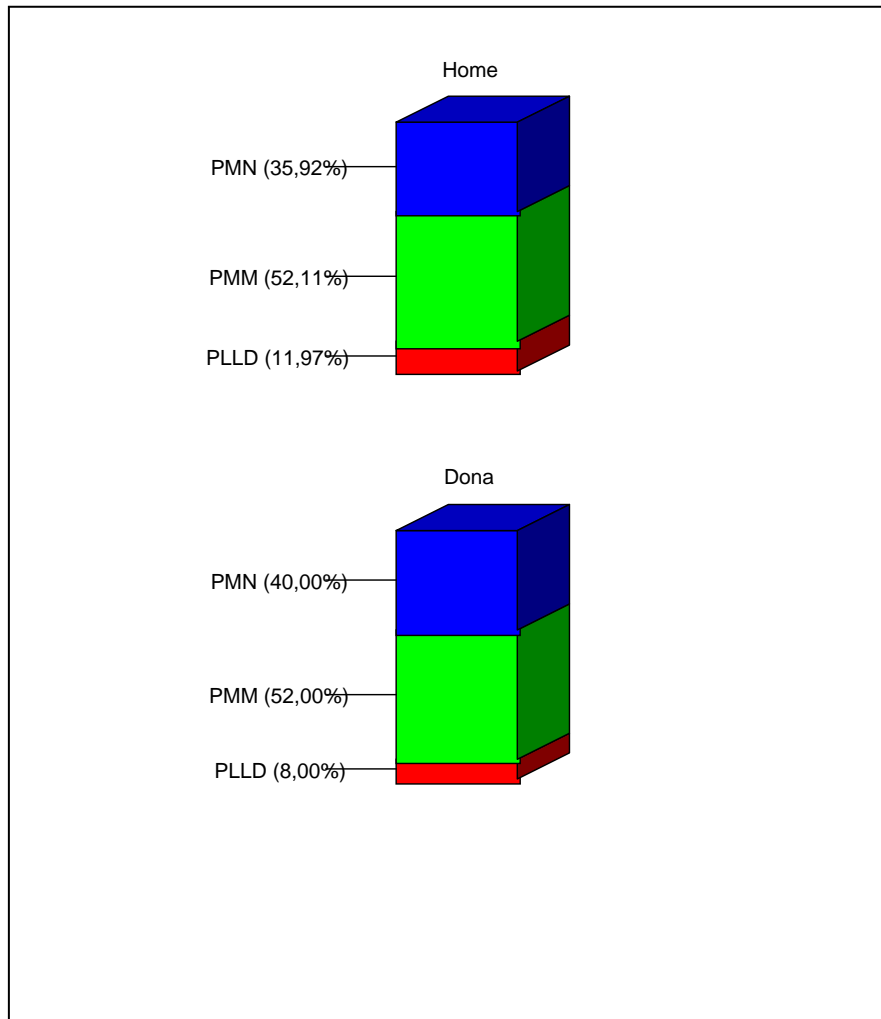
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	4,38827	1	,03619
Continuity Correction	3,27081	1	,07052
Likelihood Ratio	3,83766	1	,05011
Mantel-Haenszel test for linear association	4,36199	1	,03675
Fisher's Exact Test:			
One-Tail			,04103
Two-Tail			,04659

Minimum Expected Frequency - 4,341
 Cells with Expected Frequency < 5 - 1 OF 4 (25,0%)

Number of Missing Observations: 0

1.9.- Relació sexe – tipus de tractament actual.

Tractament	Home	%	Dona	%	Total	%
Lliure drogues	17	12.0	2	8.0	19	11.4
PMM	74	52.1	13	52.0	87	52.1
PMN	51	35.9	10	40.0	61	36.5
	142	100.0	25	100.0	167	100.0



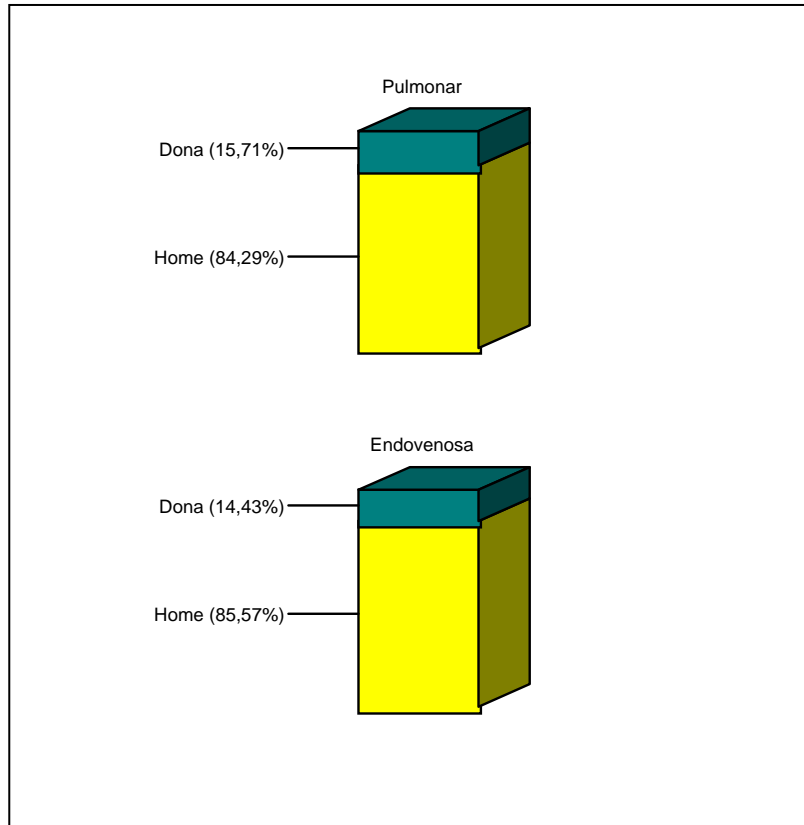
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	,39189	2	,82206
Likelihood Ratio	,41803	2	,81138
Mantel-Haenszel test for linear association	,32984	1	,56575

Minimum Expected Frequency - 2,844
 Cells with Expected Frequency < 5 - 1 OF 6 (16,7%

Number of Missing Observations: 0

1.10.- Relació sexe – via d'administració d'ela droga.

Via	Home	%	Dona	%	Total	%
Pulmonar	59	41.5	11	44.0	70	41.9
Endovenosa	83	58.5	14	56.0	97	58.1
	142	100.0	25	100.0	167	100.0



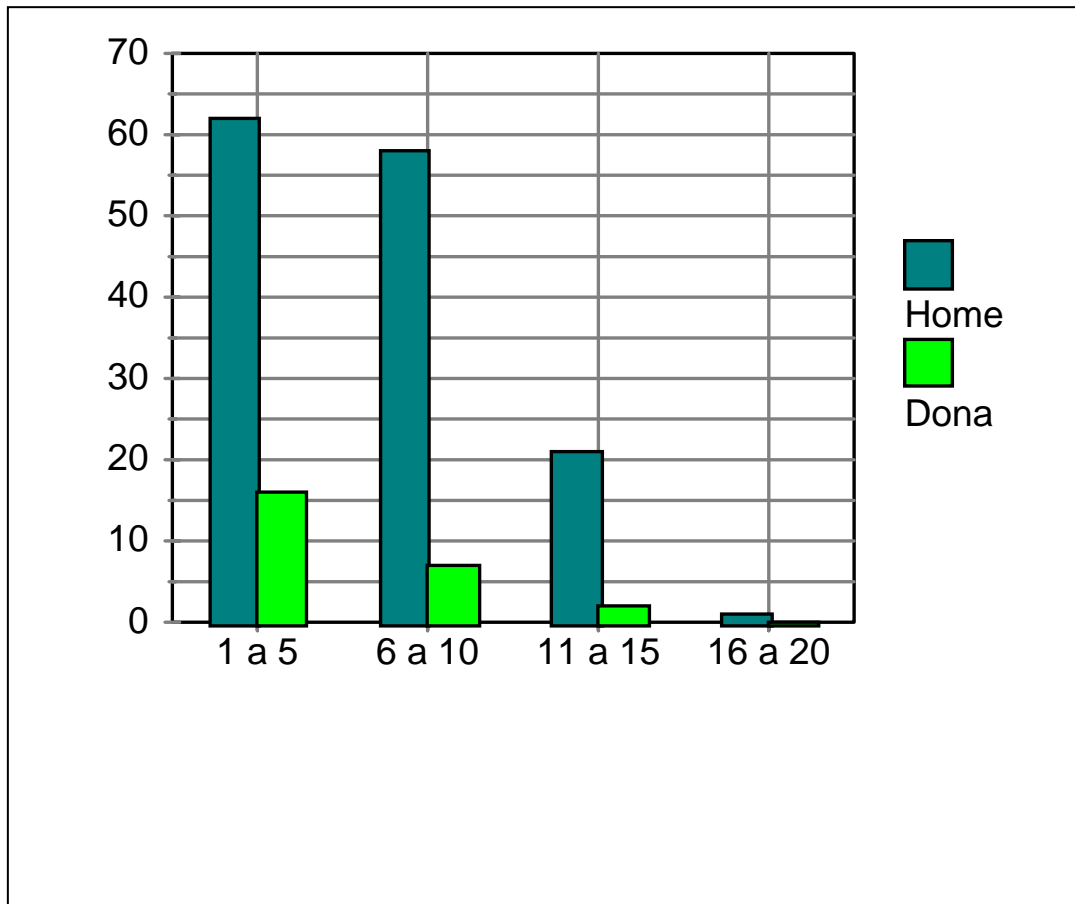
Chi-Square	Value	DF	Significance
-----	-----	---	-----
Pearson	,05244	1	,81887
Continuity Correction	,00008	1	,99265
Likelihood Ratio	,05225	1	,81919
Mantel-Haenszel test for linear association	,05213	1	,81941

Minimum Expected Frequency - 10,479

Number of Missing Observations: 0

1.11.- Relació sexe – anys de consum (en intervals).

Temps	Home	%	Dona	%	Total	%
1 a 5	62	43.7	16	64.0	78	46.7
6 a 10	58	40.8	7	28.0	65	38.9
11 a 15	21	14.8	2	8.0	23	13.8
16 a 20	1	0.7	0	0.0	1	0.6
	142	100.0	25	100.0	167	100.0



Chi-Square	Value	DF	Significance
-----	-----	----	-----
Pearson	3,67110	3	,29924
Likelihood Ratio	3,84577	3	,27861
Mantel-Haenszel test for linear association	3,25847	1	,07106

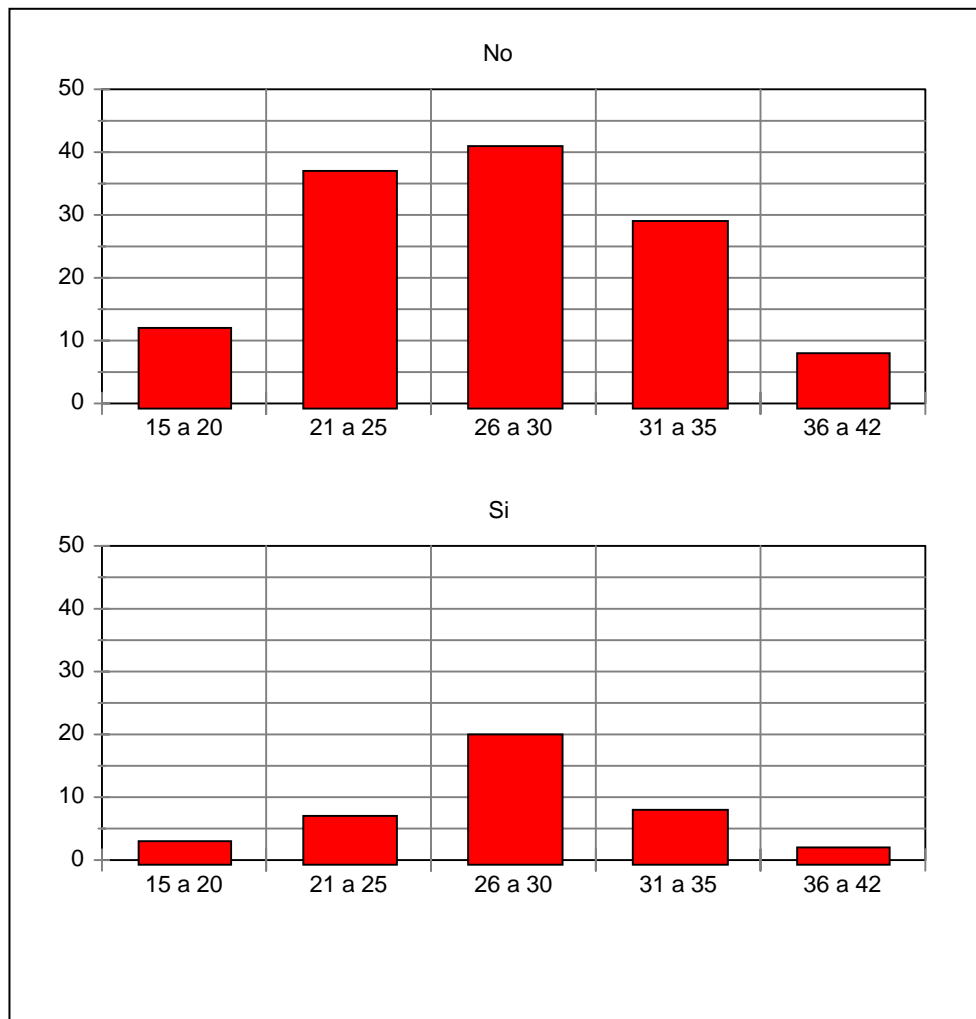
Minimum Expected Frequency - ,150

Cells with Expected Frequency < 5 - 3 OF 8 (37,5%)

Number of Missing Observations: 0

1.12.- Relació edat (en intervals) – HIV.

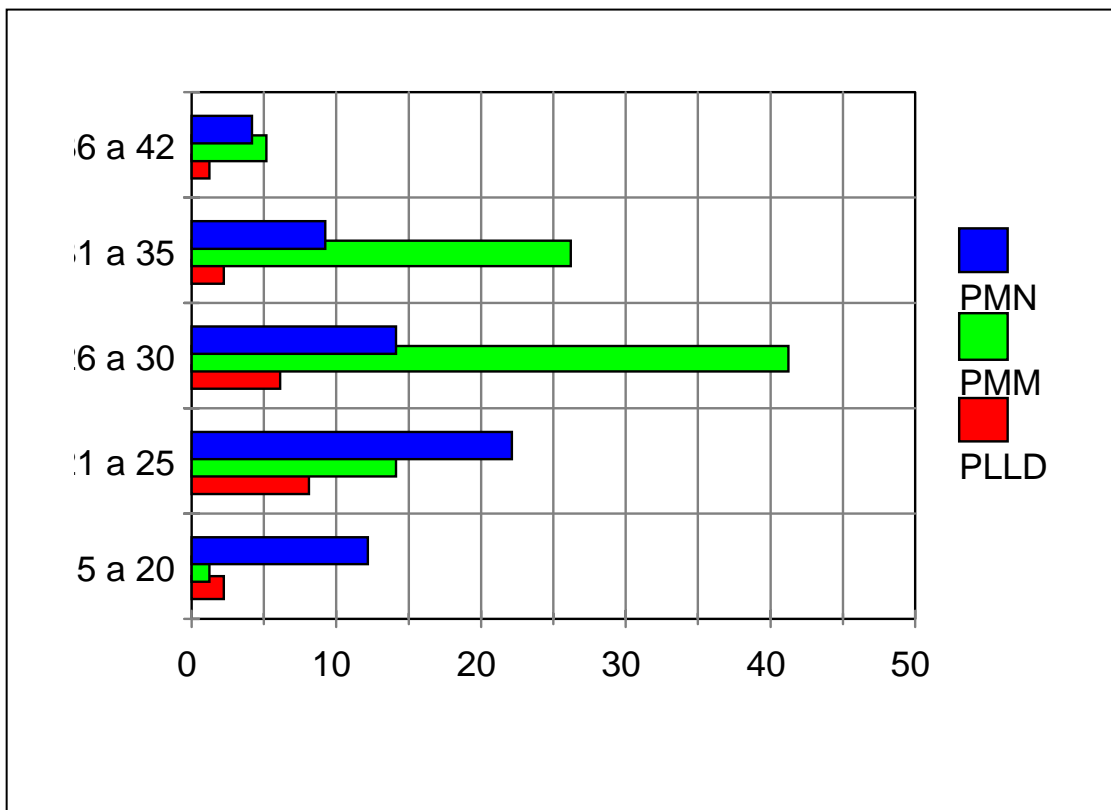
Edat	HIV	%	No HIV	%	Total	%
15 a 20	3	7.5	12	9.4	15	9.0
21 a 25	7	17.5	37	29.1	44	26.3
26 a 30	20	50.0	41	32.3	61	36.5
31 a 35	8	20.0	29	22.8	37	22.2
36 a 42	2	5.0	8	6.3	10	6.0
	40	100.0	127	100.0	167	
%	24.0		76.0		100.0	



Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	4,50125	4	,34240
Likelihood Ratio	4,47980	4	,34495
Mantel-Haenszel test for linear association	,28725	1	,59199
Minimum Expected Frequency -	2,395		
Cells with Expected Frequency < 5 -	2 OF 10 (20,0%)		

1.13.- Relació edat (en intervals) – Tipus de tractament actual.

Edat	PLLD	%	PMM	%	PMN	%
15 a 20	2	10.5	1	1.1	12	19.7
21 a 25	8	42.1	14	16.1	22	36.1
26 a 30	6	31.6	41	47.1	14	23.0
31 a 35	2	10.5	26	29.9	9	14.8
36 a 42	1	5.3	5	5.7	4	6.6
	19		87		61	
	11.4		52.1		36.5	



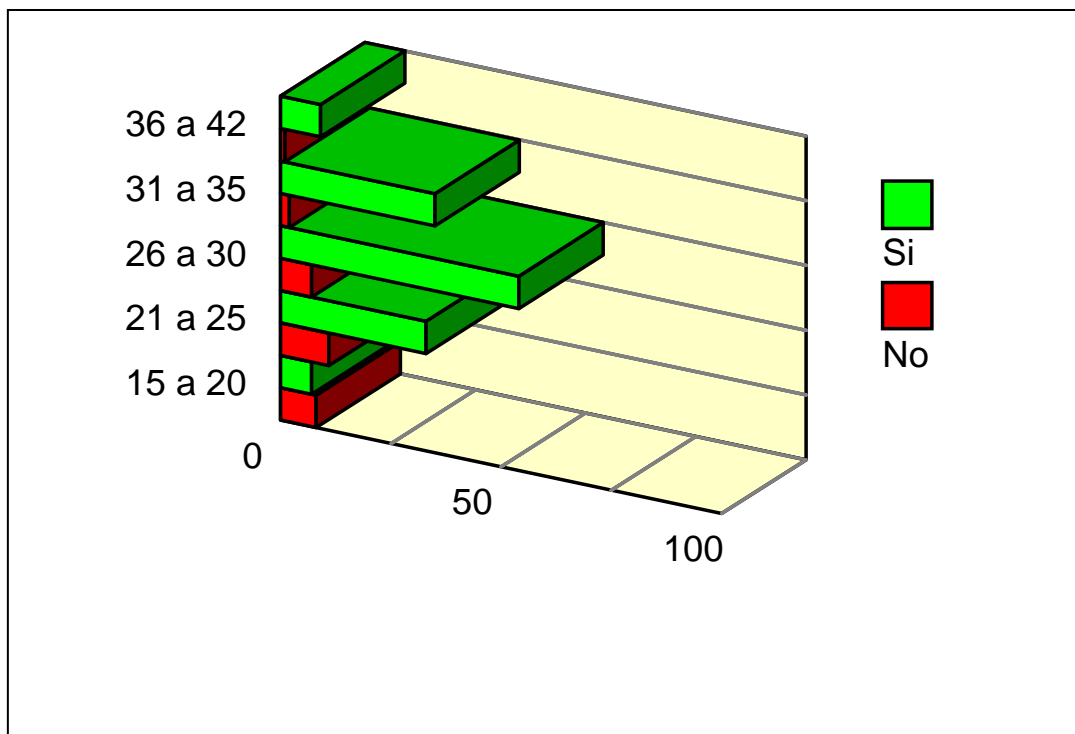
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	32,15741	8	,00009
Likelihood Ratio	34,30710	8	,00004
Mantel-Haenszel test for linear association	3,73009	1	,05344

Minimum Expected Frequency - 1,138
 Cells with Expected Frequency < 5 - 4 OF 15 (26,7%)

Number of Missing Observations: 0

1.14.- Relació edat (en intervals) – tractaments anteriors.

Edat	Tractament	%	No tractament	%
15 a 20	7	5.1	8	27.6
21 a 25	33	23.9	11	37.9
26 a 30	54	39.1	7	24.1
31 a 35	35	25.4	2	6.9
36 a 42	9	6.5	1	3.4
Total	138		29	
%	82.6		17.4	



Chi-Square	Value	DF	Significance
-----	-----	----	-----
Pearson	20,85142	4	,00034
Likelihood Ratio	18,43534	4	,00101
Mantel-Haenszel test for linear association	15,53027	1	,00008

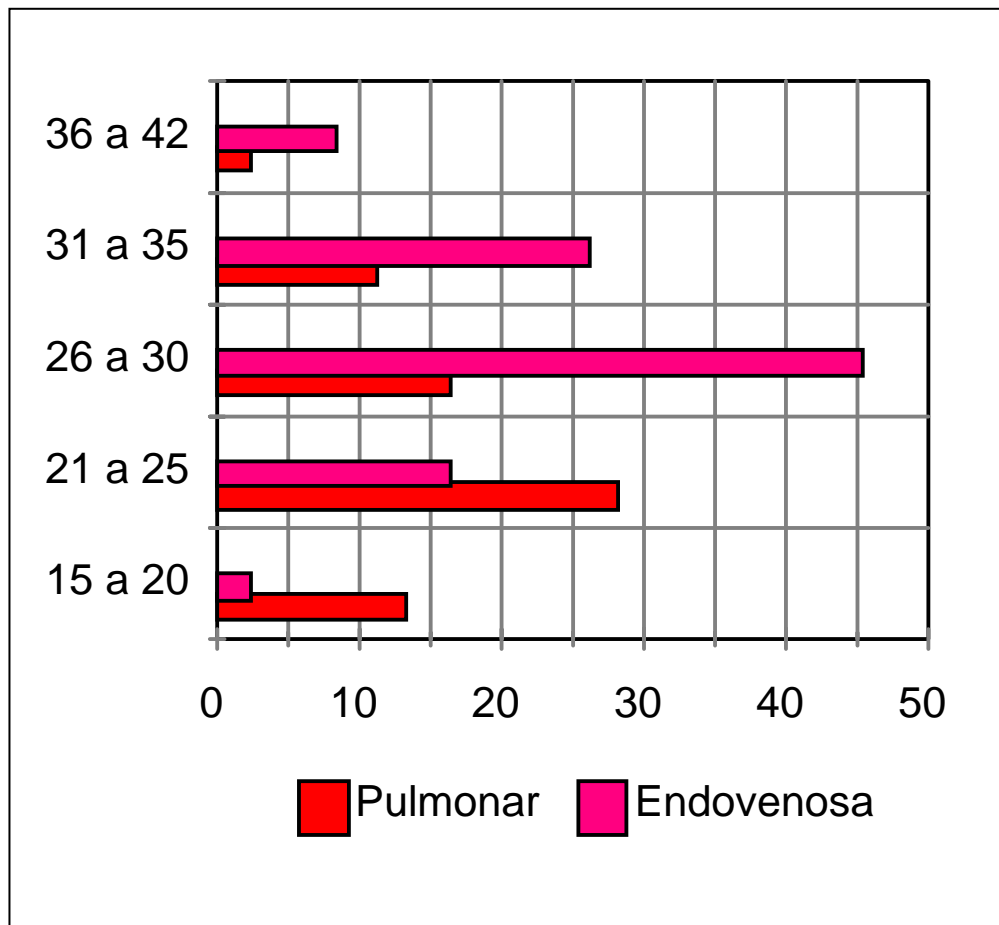
Minimum Expected Frequency - 1,737

Cells with Expected Frequency < 5 - 2 OF 10 (20,0%)

Number of Missing Observations: 0

1.15.- Relació edat (en intervals) – via preferent d’administració.

Edat	Pulmonar	%	Endovenosa	%
15 a 20	13	18.6	2	2.1
21 a 25	28	40.0	16	16.5
26 a 30	16	22.9	45	46.4
31 a 35	11	15.7	26	26.8
36 a 42	2	2.9	8	8.2
Total	70	100.0	97	100.0
%	41.9		58.1	



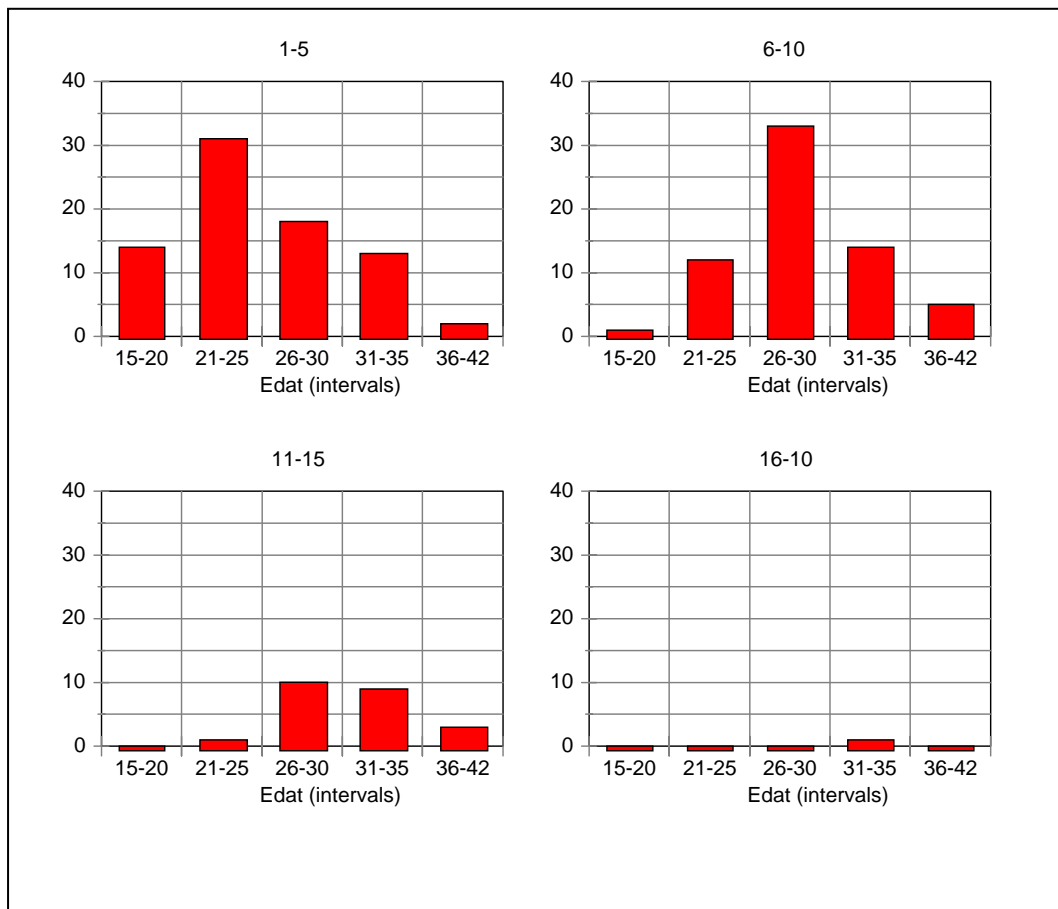
Chi-Square	Value	DF	Significance
-----	-----	----	-----
Pearson	31,25919	4	,00000
Likelihood Ratio	32,41863	4	,00000
Mantel-Haenszel test for linear association	23,13814	1	,00000

Minimum Expected Frequency - 4,192
 Cells with Expected Frequency < 5 - 1 OF 10 (10,0%)

Number of Missing Observations: 0

1.16.- Relació edat (en intervals) – anys de consum (recodificat).

Edat	1 a 5	%	6 a 10	%	11 a 15	%	16 a 20	%
15 a 20	14	17.9	1	1.5	0	0.0	0	0.0
21 a 25	31	39.7	12	18.5	1	4.3	0	0.0
26 a 30	18	23.1	33	50.8	10	43.5	0	0.0
31 a 35	13	16.7	14	21.5	9	39.1	1	100.0
36 a 42	2	2.6	5	7.7	3	13.0	0	0.0
Total	78	100.0	65	100.0	23	100.0	1	100.0
%	46.7		38.9		13.8		0.6	



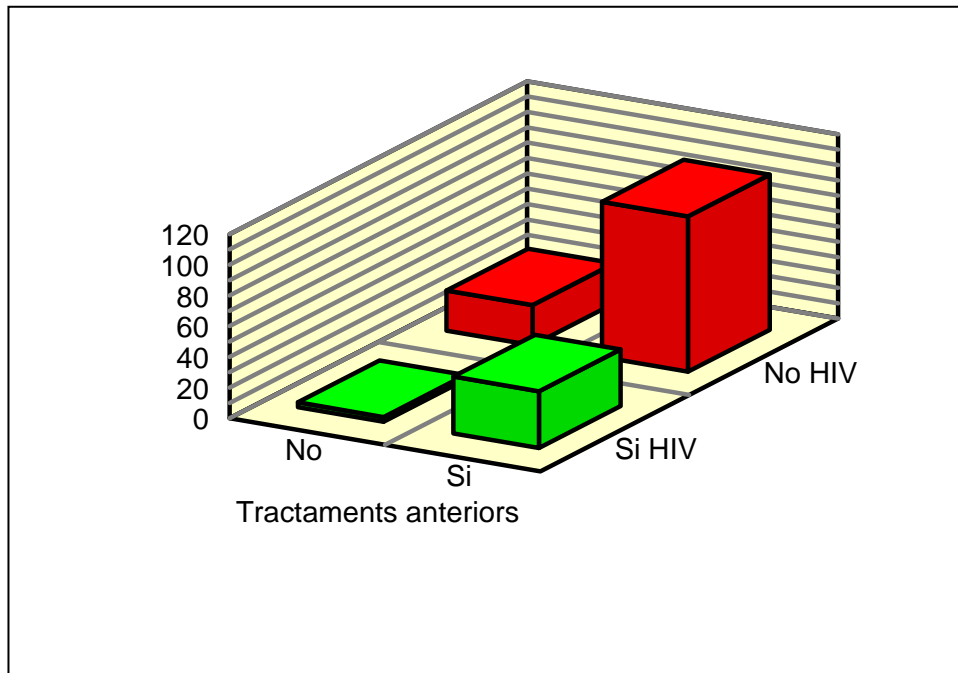
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	43,23732	12	,00002
Likelihood Ratio	46,72797	12	,00001
Mantel-Haenszel test for linear association	29,05923	1	,00000

Minimum Expected Frequency - ,060
 Cells with Expected Frequency < 5 - 9 OF 20 (45,0%)

Number of Missing Observations: 0

1.17.- Relació HIV – tractaments anteriors.

Trac.anterior	HIV	%	No HIV	%
Si	37	92.5	101	79.5
No	3	7.5	26	20.5
Total	40	100.0	127	100.0
%	24.0		76.0	



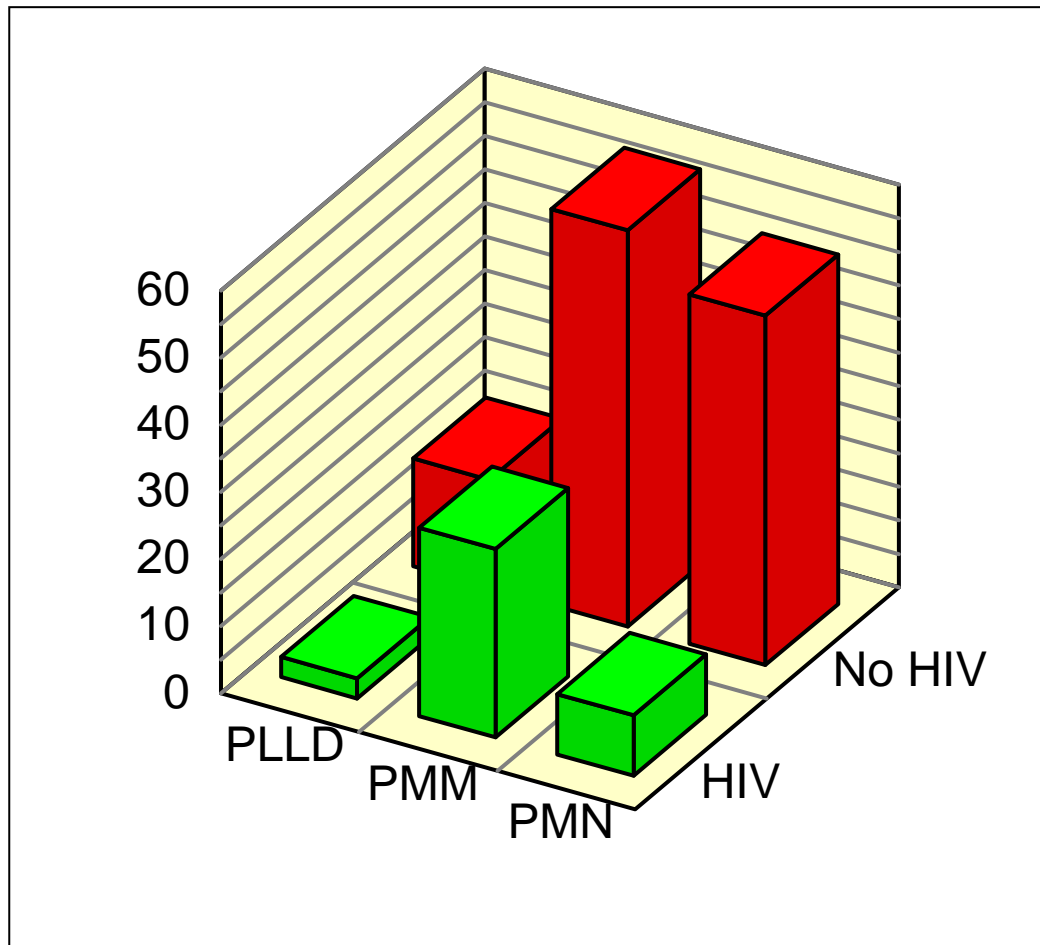
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	3,56736	1	,05893
Continuity Correction	2,72061	1	,09906
Likelihood Ratio	4,12585	1	,04223
Mantel-Haenszel test for linear association	3,54600	1	,05969

Minimum Expected Frequency - 6,946

Number of Missing Observations: 0

1.18.- Relació HIV – tipus de tractament actual.

	HIV	%	No HIV	%
Lliure Drogues	3	7.5	16	12.6
PMM	28	70.0	59	70.0
PMN	9	22.5	52	22.5
Total	40	100.0	127	100.0
%	24.0		76.0	



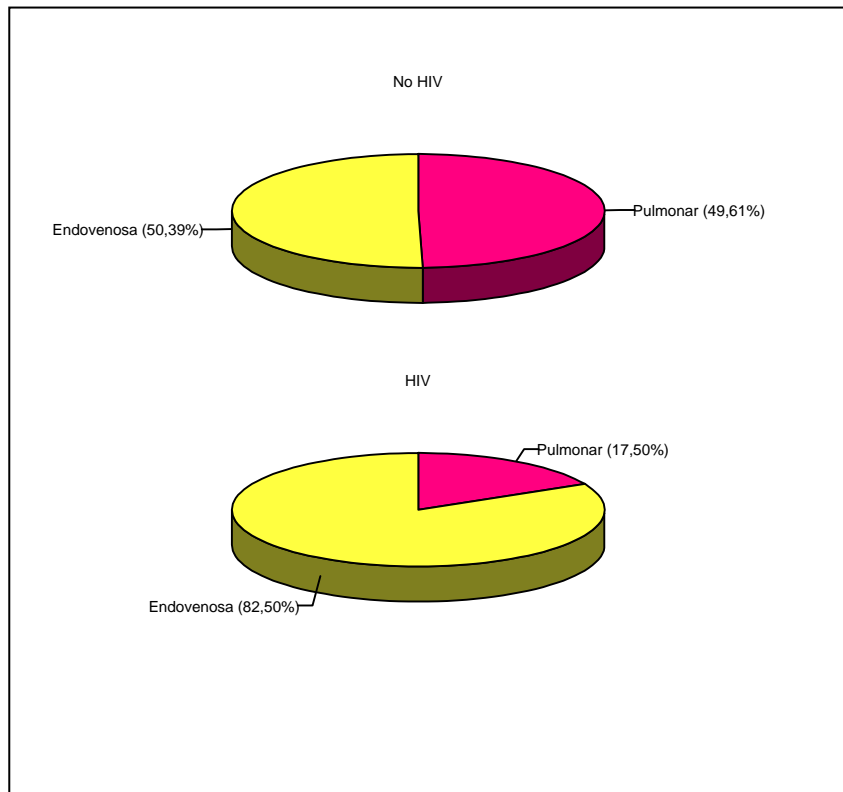
Chi-Square	Value	DF	Significance
-----	-----	---	-----
Pearson	6,76478	2	,03397
Likelihood Ratio	6,93952	2	,03112
Mantel-Haenszel test for linear association	1,29538	1	,25506

Minimum Expected Frequency - 4,551
 Cells with Expected Frequency < 5 - 1 OF 6 (16,7%)

Number of Missing Observations: 0

1.19.- Relació HIV – via d'ús preferent en l'administració de la droga.

	HIV	%	No HIV	%
Pulmonar	7	17.5	63	49.6
Endovenosa	33	82.5	64	50.4
Total	40	100.0	127	100.0
%	24.0		76.0	



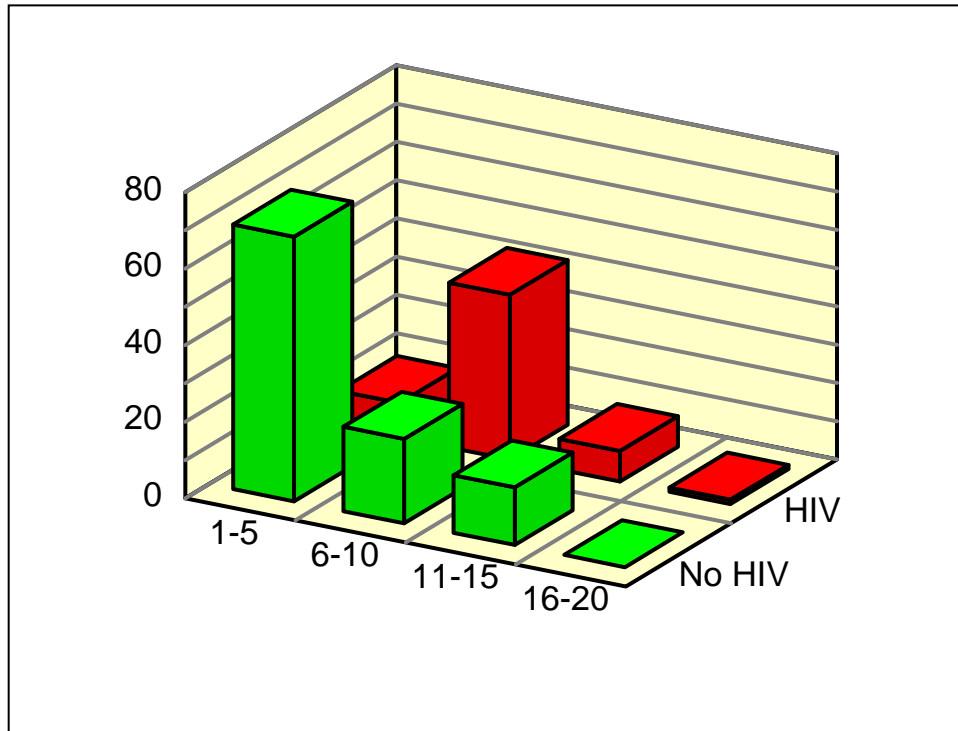
Chi-Square	Value	DF	Significance
-----	-----	----	-----
Pearson	12,87926	1	,00033
Continuity Correction	11,59429	1	,00066
Likelihood Ratio	13,97704	1	,00019
Mantel-Haenszel test for linear association	12,80214	1	,00035

Minimum Expected Frequency - 16,766

Number of Missing Observations: 0

1.2.- Relació HIV – anys de consum (en intervals).

Edat	HIV	%	No HIV	%
1 a 5	9	22.5	69	54.3
6 a 10	22	55.0	43	33.9
11 a 15	8	20.0	15	11.8
16 a 20	1	2.5	0	0.0
	40	100.0	127	100.0
	24.0		76.0	



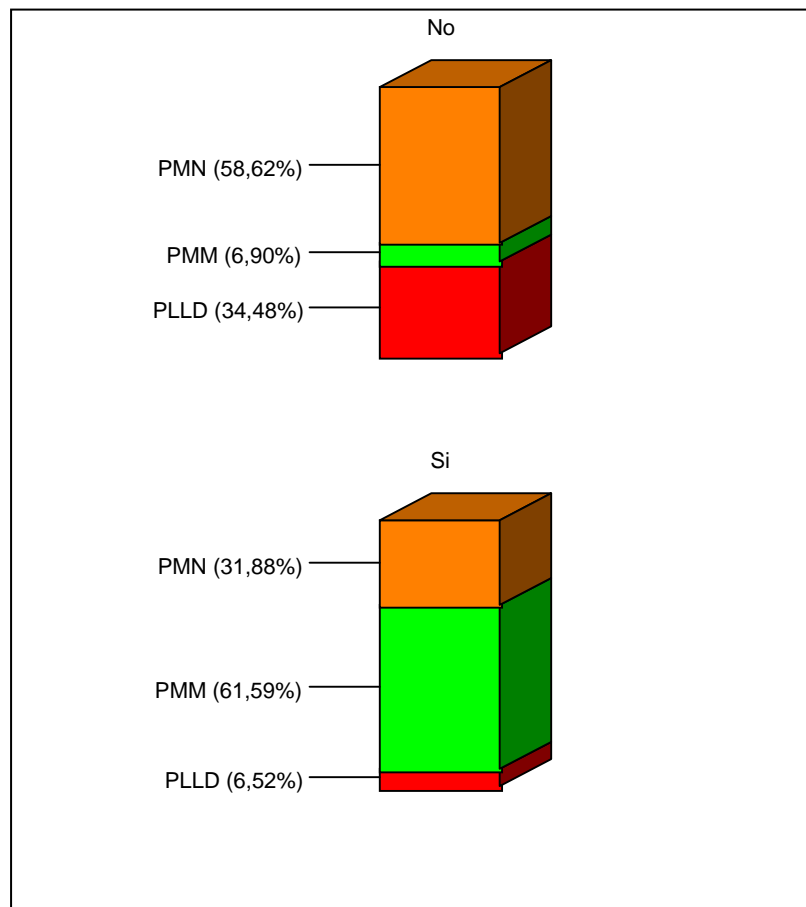
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	14,74815	3	,00205
Likelihood Ratio	15,16479	3	,00168
Mantel-Haenszel test for linear association	11,60625	1	,00066

Minimum Expected Frequency - ,240
 Cells with Expected Frequency < 5 - 2 OF 8 (25,0%)

Number of Missing Observations: 0

1.21.- Relació tractament actual – tractaments anteriors.

	Tractament	%	No tractament	%
PLLD	9	6.5	10	34.5
PMM	85	97.7	2	6.9
PMN	44	31.9	17	58.6
Total	138	100.0	29	100.0
%	82.6		17.4	



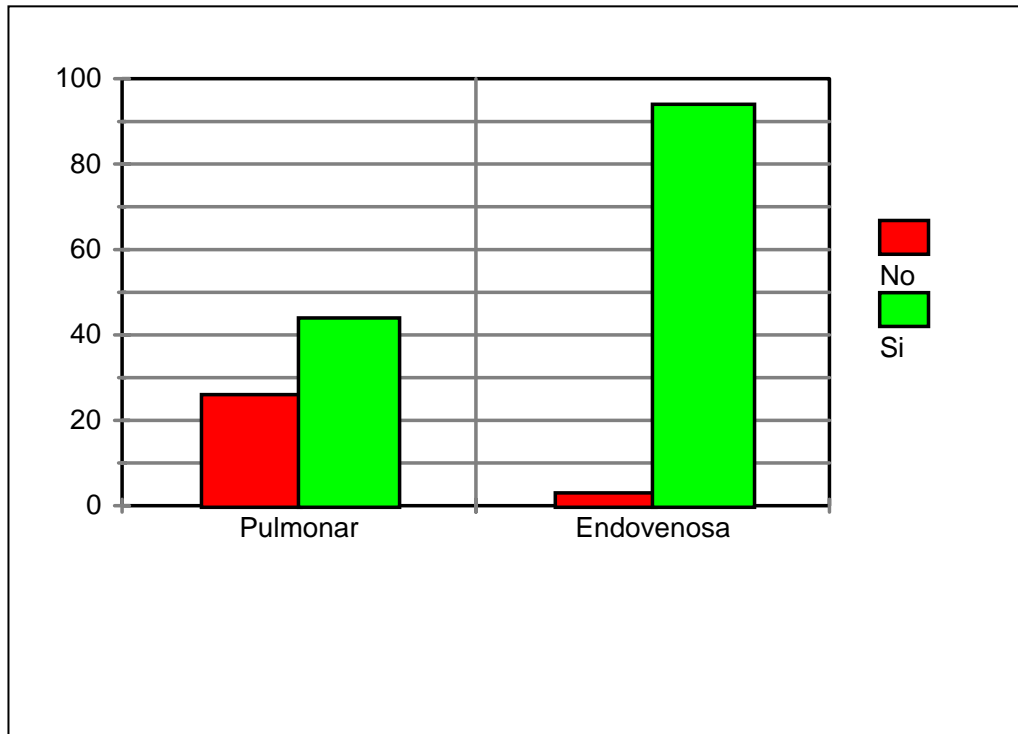
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	34,91987	2	,00000
Likelihood Ratio	36,66444	2	,00000
Mantel-Haenszel test for linear association	,00859	1	,92616

Minimum Expected Frequency - 3,299
 Cells with Expected Frequency < 5 - 1 OF 6 (16,7%)

Number of Missing Observations: 0

1.22.- Relació via preferent d'administració de la droga – tractaments anteriors.

	Tractament	%	No tractament	%
Pulmonar	44	31.9	26	89.7
Endovenosa	94	68.1	3	10.3
Total	138	100.0	29	100.0
%	82.6		17.4	



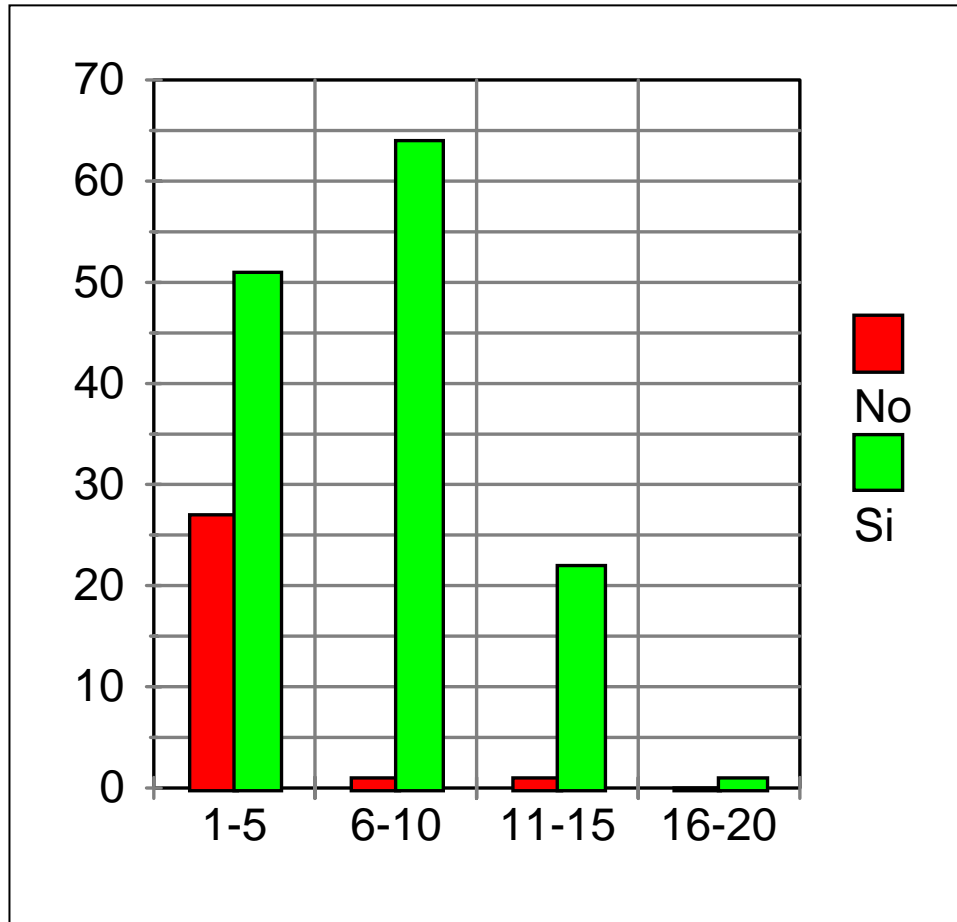
Chi-Square	Value	DF	Significance
-----	-----	----	-----
Pearson	32,85075	1	,00000
Continuity Correction	30,52073	1	,00000
Likelihood Ratio	35,06229	1	,00000
Mantel-Haenszel test for linear association	32,65404	1	,00000

Minimum Expected Frequency - 12,156

Number of Missing Observations: 0

1.23.- Relació anys de consum (recodificat) – tractaments anteriors.

	Tractament	%	No Tractament	%
1 – 5	51	37.0	27	93.1
6 – 10	64	46.4	1	3.4
11 – 15	22	15.9	1	3.4
16 - 20	1	0.7	0	0.0
Total	138	100.0	29	100.0
%	82.6		17.4	



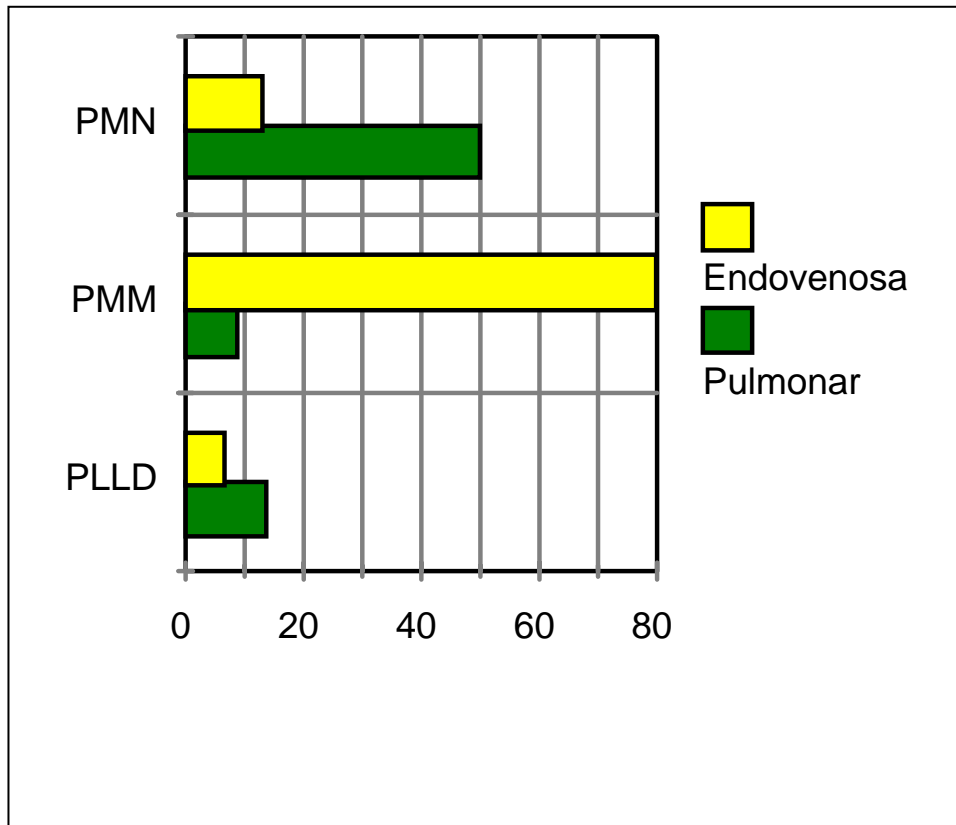
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	30,44715	3	,00000
Likelihood Ratio	34,99941	3	,00000
Mantel-Haenszel test for linear association	22,16215	1	,00000

Minimum Expected Frequency - ,174
 Cells with Expected Frequency < 5 - 3 OF 8 (37,5%)

Number of Missing Observations: 0

1.24.- Relació via preferent d'administració de la droga – tipus tractament actual.

	PLLD	%	PMM	%	PMN	%
Pulmonar	13	68.4	8	9.2	49	80.3
Endovenosa	6	31.6	79	90.8	12	19.7
Total	19	100.0	87	100.0	61	100.0
%	11.4		52.1		36.5	



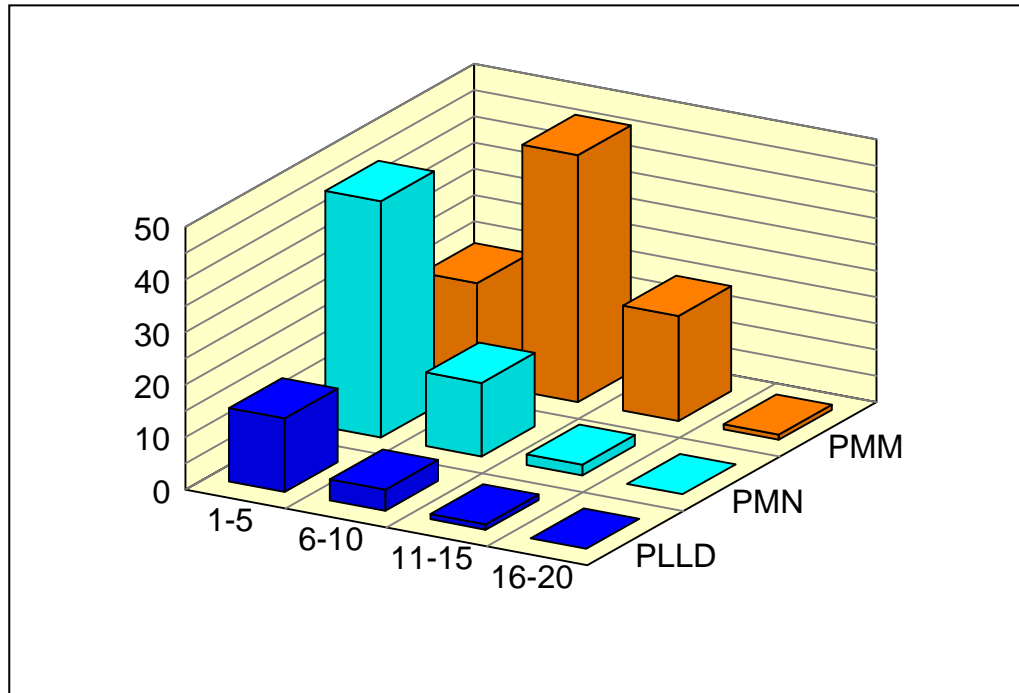
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	80,70850	2	,00000
Likelihood Ratio	89,51314	2	,00000
Mantel-Haenszel test for linear association	19,89631	1	,00001

Minimum Expected Frequency - 7,964

Number of Missing Observations: 0

1.25.- Relació anys de consum (recodificat) – tipus de tractament acyual.

	PLLD	%	PMM	%	PMN	%
1 a 5	14	73.7	19	21.8	45	73.8
6 a 10	4	21.1	47	54.0	14	23.0
11 a 15	1	5.3	20	23.0	2	3.3
16 a 20	0	0.0	1	1.1	0	0.0
Total	19	100.0	87	100.0	61	100.0
%	11.4		52.1		36.5	



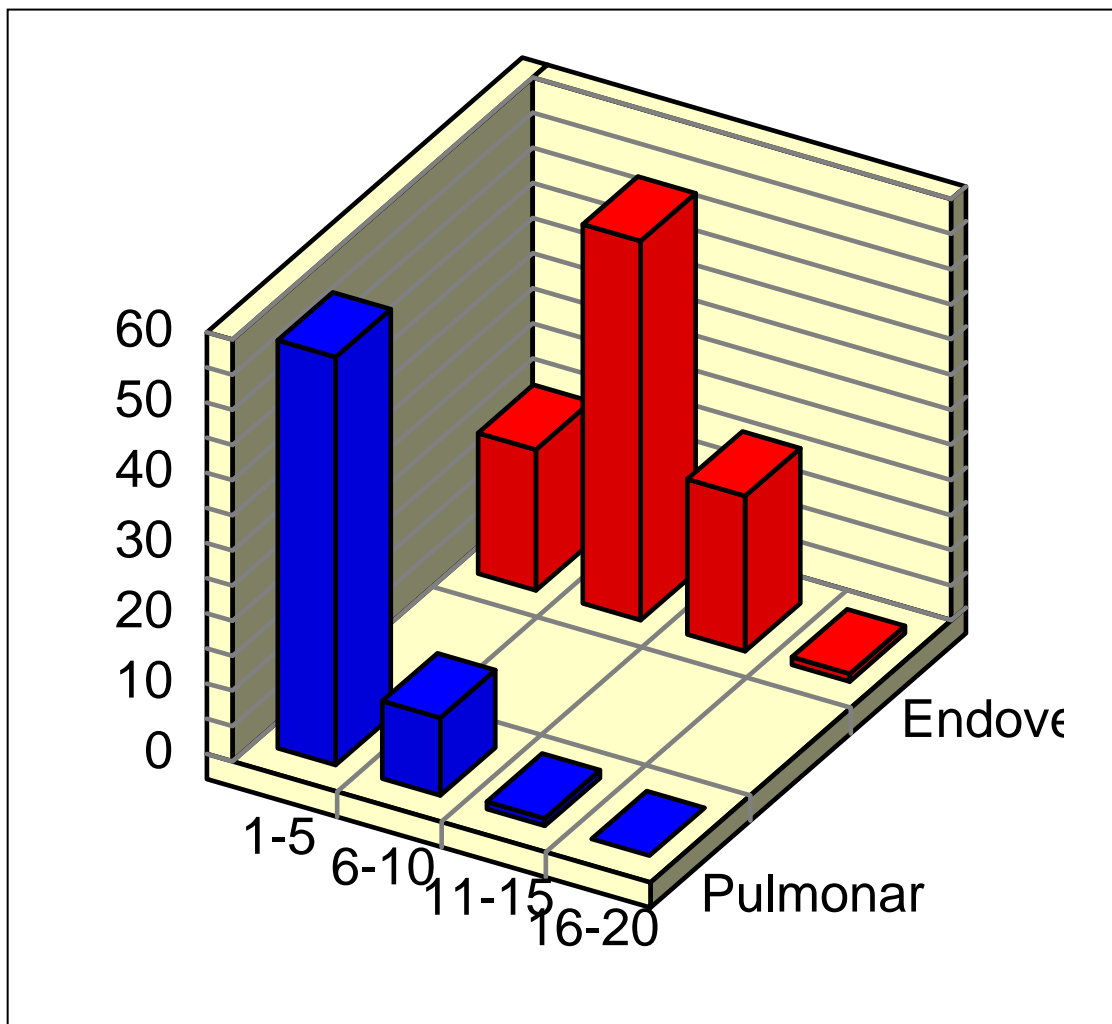
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	46,86018	6	,00000
Likelihood Ratio	50,25860	6	,00000
Mantel-Haenszel test for linear association	7,53448	1	,00605

Minimum Expected Frequency - ,114
 Cells with Expected Frequency < 5 - 4 OF 12 (33,3%)

Number of Missing Observations: 0

1.26.- Relació anys de consum (en intervals) – via preferent d'administració de la droga.

	Pulmonar	%	Endovenosa	%
1 a 5	58	82.9	20	20.6
6 a 10	11	15.7	54	55.7
11 a 15	1	1.4	22	22.7
16 a 20	0	0.0	1	1.0
Total	70	100.0	97	100.0
%	41.9		58.1	



Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	64,45236	3	,00000
Likelihood Ratio	70,98753	3	,00000
Mantel-Haenszel test for linear association	56,02170	1	,00000

Minimum Expected Frequency - ,419
 Cells with Expected Frequency < 5 - 2 OF 8 (25,0%)
 Number of Missing Observations: 0

2.- Comparacions de mitjanes en el grup experimental.

2.1.- Comparació de mitjanes de l'edat en funció del sexe.

GRUP: 1 heroïna

t-tests for independent samples of SEXE sexe

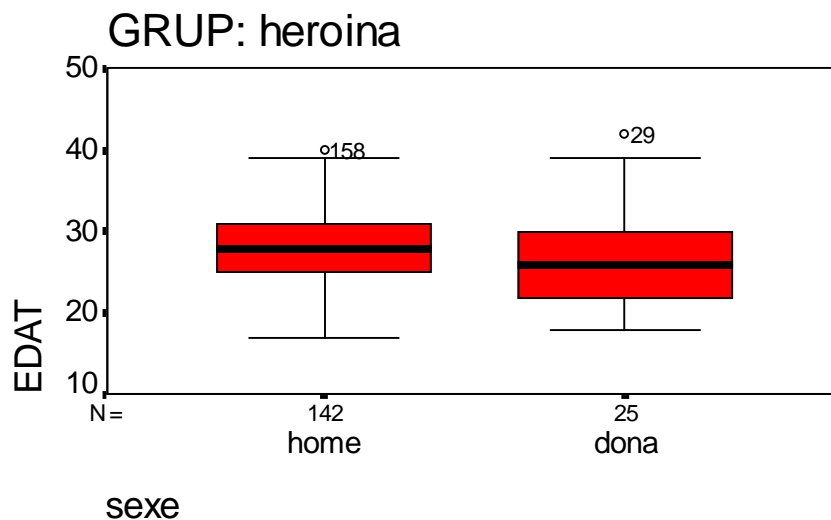
Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean

EDAT				
home	142	27,7394	5,023	,422
dona	25	26,3600	5,936	1,187

Mean Difference = 1,3794

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,355 P= ,552

	t-test for Equality of Means				95%
	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	1,23	165	,220	1,120	(-,833; 3,592)
Unequal	1,09	30,35	,282	1,260	(-1,194; 3,953)



2.2.- Comparació de mitjanes de l'edat en funció de l'HIV.

GRUP: 1 heroïna

t-tests for independent samples of HIV Anticosos HIV

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean

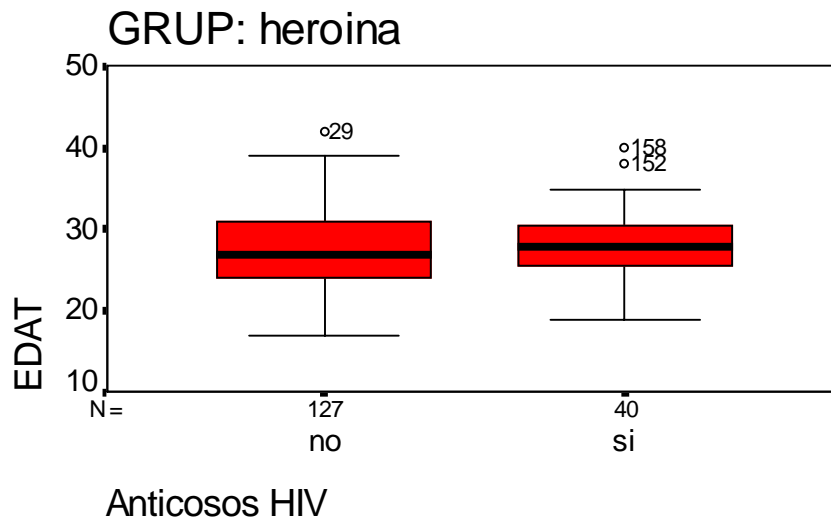
EDAT				
si	40	28,0000	4,987	,789
no	127	27,3858	5,242	,465

Mean Difference = ,6142

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,716 P= ,399

	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	95% CI for Diff

Equal Variances	,65	165	,514	,940	(-1,242; 2,470)
Unequal Variances	,67	68,30	,505	,916	(-1,213; 2,441)



2.3.- Comparació de mitjanes de l'edat en funció de la via preferent d'administració.

GRUP: 1 heroïna

t-tests for independent samples of VIA via preferent d'administració

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean

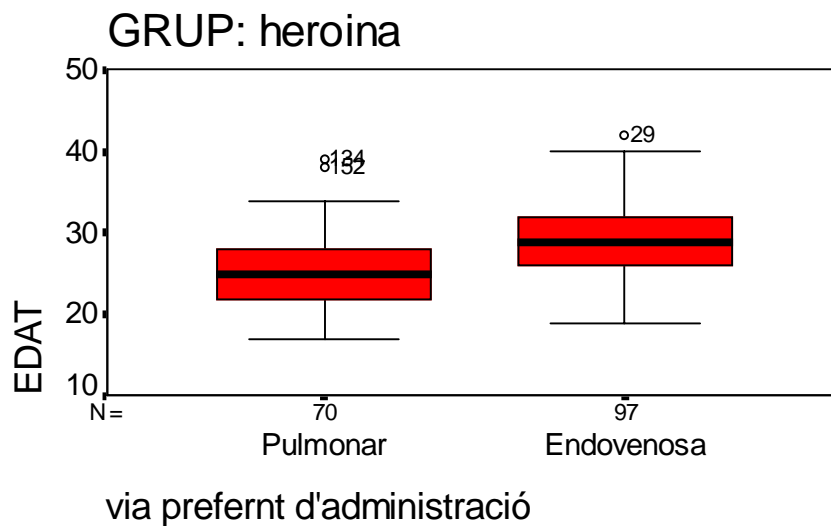
EDAT				
Pulmonar	70	25,2143	5,056	,604
Endovenosa	97	29,2062	4,601	,467

Mean Difference = -3,9919

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,681 P= ,410

t-test for Equality of Means				95%	
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff

Equal	-5,31	165	,000	,752	(-5,477; -2,506)
Unequal	-5,23	140,13	,000	,764	(-5,502; -2,482)



2.4.- Comparació de mitjanes de l'edat en funció de tractament anterior.

GRUP: 1 heroïna

t-tests for independent samples of TRAANT Tractaments anteriors

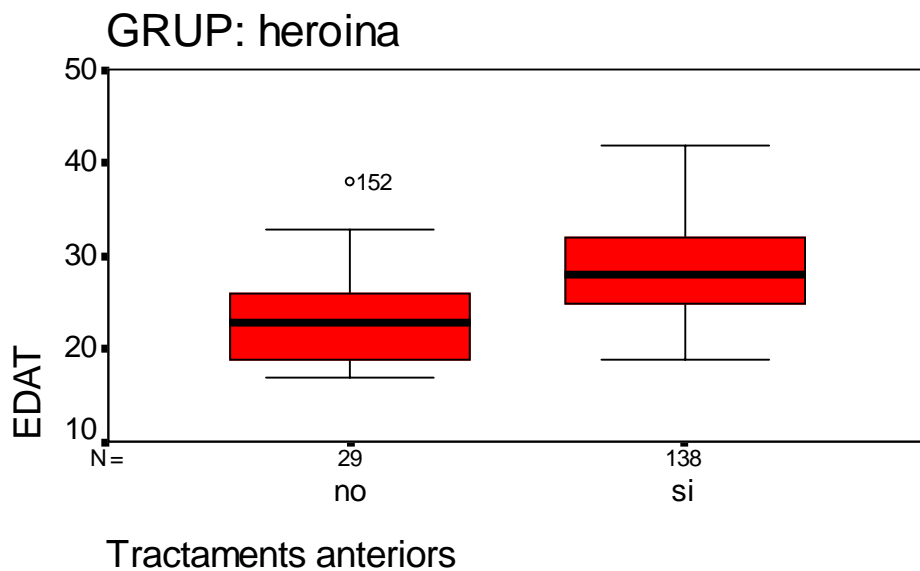
Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean

EDAT				
si	138	28,3188	4,837	,412
no	29	23,7931	5,164	,959

Mean Difference = 4,5257

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,126 P= ,723

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	4,53	165	,000	1,000	(2,551; 6,500)
Unequal	4,34	39,01	,000	1,044	(2,414; 6,637)



3.- Descripció de les escales del Mini-Mult en el grup experimental i en el grup control:

3.1.- Hipocondriasis.

HSPATOLO

Patologia Escala Hs by GRUP grup

Page 1 of 1

	Count	GRUP		Row Total
		heroina	control	
	Exp Val			
	Col Pct			
	Adj Res	1	2	
HSPATOLO	0	130	116	246
no		141,2	104,8	84,5%
		77,8%	93,5%	
		-3,7	3,7	
	1	37	8	45
si		25,8	19,2	15,5%
		22,2%	6,5%	
		3,7	-3,7	
	Column Total	167	124	291
		57,4%	42,6%	100,0%

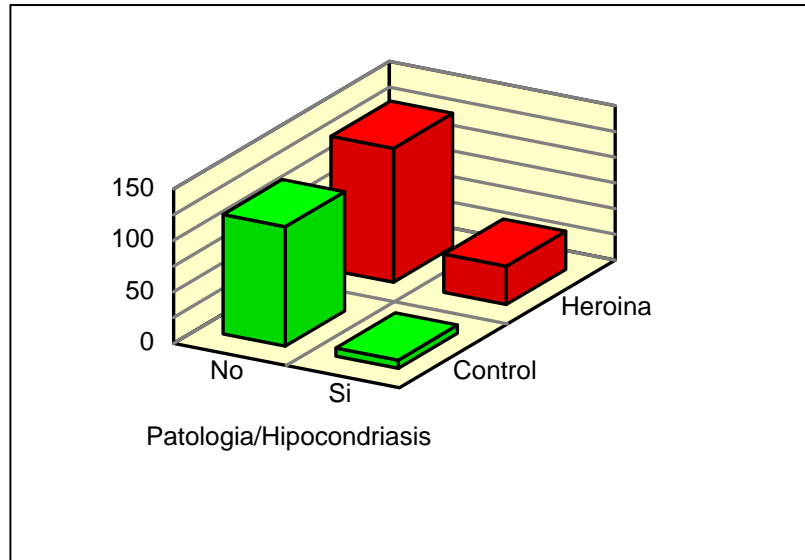
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	13,42481	1	,00025
Continuity Correction	12,25039	1	,00047
Likelihood Ratio	14,68251	1	,00013
Mantel-Haenszel test for linear association	13,37868	1	,00025

Minimum Expected Frequency - 19,175

Statistic	Value	95% Confidence Bounds
Relative Risk Estimate (HSPATOLO 0 / HSPATOLO 1) :		
case control	,24231	,10843
,54152		
cohort (GRUP 1 Risk)	,64272	,53685
,76945		
cohort (GRUP 2 Risk)	2,65244	1,39565
5,04097		

Number of Missing Observations: 0

Representació gràfica:



3.2.- Depressió.

DPATOLOG Patologia Escala D by GRUP grup

Page 1 of 1

DPATOLOG	Count	GRUP		Row Total
		heroina	control	
	Exp Val	1	2	
	Col Pct			
	Adj Res			
0	63	114	177	60,8%
no	101,6	75,4		
	37,7%	91,9%		
	-9,4	9,4		
1	104	10	114	39,2%
si	65,4	48,6		
	62,3%	8,1%		
	9,4	-9,4		
Column Total	167	124	291	100,0%
	57,4%	42,6%		

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	87,76610	1	,00000
Continuity Correction	85,50577	1	,00000
Likelihood Ratio	98,79736	1	,00000
Mantel-Haenszel test for linear association	87,46450	1	,00000

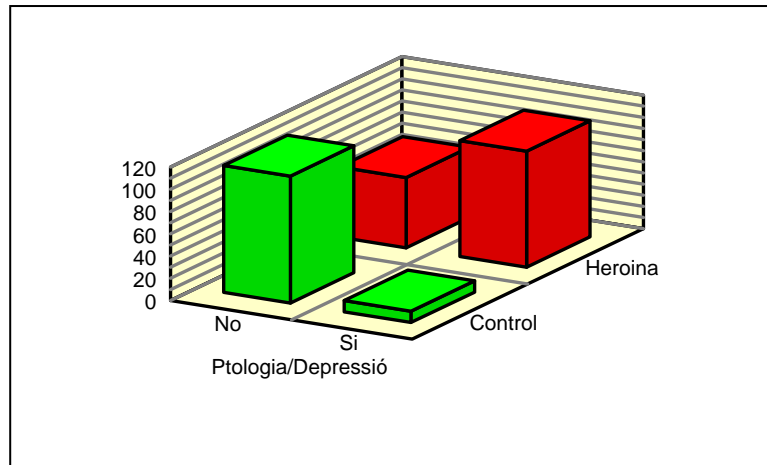
Minimum Expected Frequency - 48,577

Statistic	Value	95% Confidence Bounds	

Relative Risk Estimate (DPATOLOG 0 / DPATOLOG 1) :			
case control	,05314	,02591	,10897
cohort (GRUP 1 Risk)	,39016	,31746	,47949
cohort (GRUP 2 Risk)	7,34237	4,02140	13,40589

Number of Missing Observations: 0

Representació gràfica:



3.3.- Histèria.

HYPATOLO Patologia Escala Hy by GRUP grup

Page 1 of 1

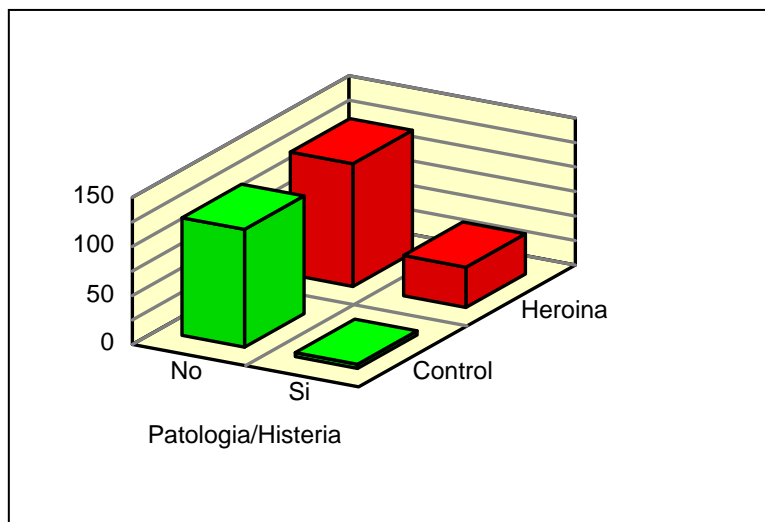
HYPATOLO	Count	GRUP		Row Total
		heroina	control	
	Exp Val			
	Col Pct			
	Adj Res	1	2	
0	126	120	246	
no	141,2	104,8	84,5%	
	75,4%	96,8%		
	-5,0	5,0		
1	41	4	45	
si	25,8	19,2	15,5%	
	24,6%	3,2%		
	5,0	-5,0		
Column Total	167	124	291	
	57,4%	42,6%	100,0%	

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	24,75514	1	,00000
Continuity Correction	23,15073	1	,00000
Likelihood Ratio	29,15596	1	,00000
Mantel-Haenszel test for linear association	24,67007	1	,00000
Minimum Expected Frequency -	19,175		

Statistic	Value	95% Confidence Bounds
Relative Risk Estimate (HYPATOLO 0 / HYPATOLO 1) :		
case control	,10244	,03561
,29470		
cohort (GRUP 1 Risk)	,56217	,48274
,65466		
cohort (GRUP 2 Risk)	5,48780	2,13484
14,10692		

Number of Missing Observations: 0

Representació gràfica:



3.4.- Paranoia:

PAPATOLO Patologia Escala Pa by GRUP grup

		GRUP		Page 1 of 1
		heroina	control	
Count	Exp Val			Row
Col Pct	Adj Res	1	2	Total
PAPATOLO				
no	0	125 141,2 74,9% -5,3	121 104,8 97,6% 5,3	246 84,5%
si	1	42 25,8 25,1% 5,3	3 19,2 2,4% -5,3	45 15,5%
Column		167	124	291
Total		57,4%	42,6%	100,0%

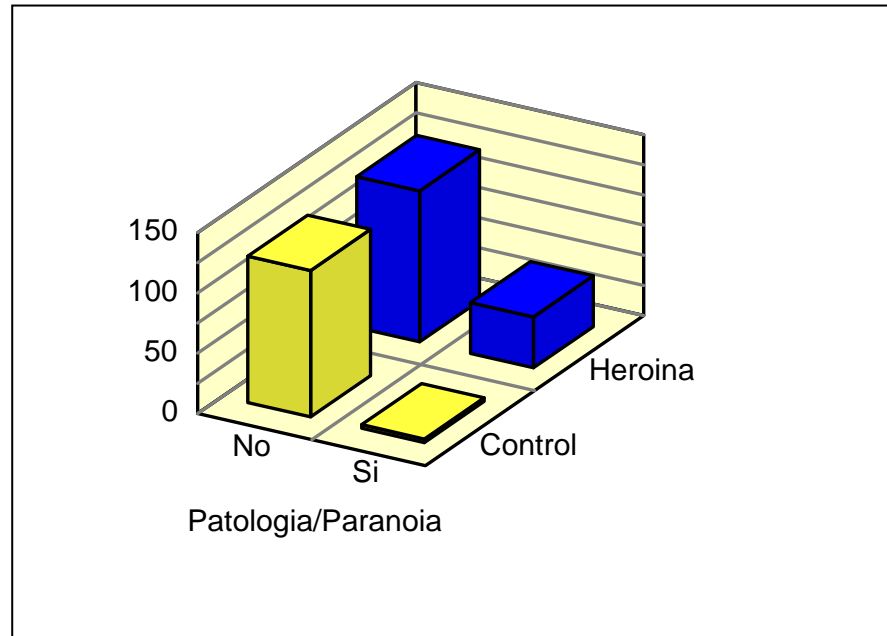
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	28,12520	1	,00000
Continuity Correction	26,41329	1	,00000
Likelihood Ratio	34,02731	1	,00000
Mantel-Haenszel test for linear association	28,02855	1	,00000

Minimum Expected Frequency - 19,175

Statistic	Value	95% Confidence Bounds
Relative Risk Estimate (PAPATOLO 0 / PAPATOLO 1) :		
case control	,07379	,02228
,24442		
cohort (GRUP 1 Risk)	,54443	,47063
,62979		
cohort (GRUP 2 Risk)	7,37805	2,45454
22,17750		

Number of Missing Observations: 0

Representació gràfica:



3.5.- Psicastenia.

PTPATOLO Patologia Escala Pt by GRUP grup

Page 1 of 1

PTPATOLO	Count	GRUP		Row Total
		heroina	control	
0	209	91	118	209
no		119,9 54,5%	89,1 95,2%	71,8%
		-7,6	7,6	
1	82	76	6	82
si		47,1 45,5%	34,9 4,8%	28,2%
		7,6	-7,6	
Column Total	291	167 57,4%	124 42,6%	291 100,0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	58,16010	1	,00000

Continuity Correction	56,16789	1	,00000
Likelihood Ratio	67,86729	1	,00000
Mantel-Haenszel test for linear association	57,96024	1	,00000

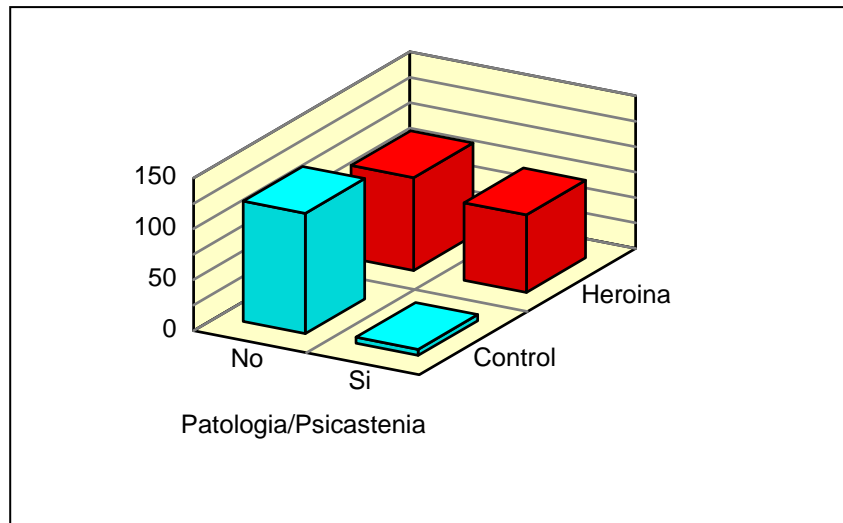
Minimum Expected Frequency - 34,942

Statistic	Value	95% Confidence Bounds

Relative Risk Estimate (PTPATOLO 0 / PTPATOLO 1) :		
case control	,06088	,02538
,14605		
cohort (GRUP 1 Risk)	,46978	,39795
,55457		
cohort (GRUP 2 Risk)	7,71611	3,53899
16,82353		

Number of Missing Observations: 0

Representació gràfica:



3.6.- Esquizofrènia.

SCPATOLO Patologia Escala Sc by GRUP grup

		GRUP		Page 1 of 1
	Count			
	Exp Val	heroína	control	
	Col Pct			Row
	Adj Res	1	2	Total
SCPATOLO		-----		
	0	75	119	194
no		111,3	82,7	66,7%
		44,9%	96,0%	
		-9,1	9,1	

	1	92	5	97
si		55,7	41,3	33,3%
		55,1%	4,0%	
		9,1	-9,1	
Column		167	124	291
Total		57,4%	42,6%	100,0%

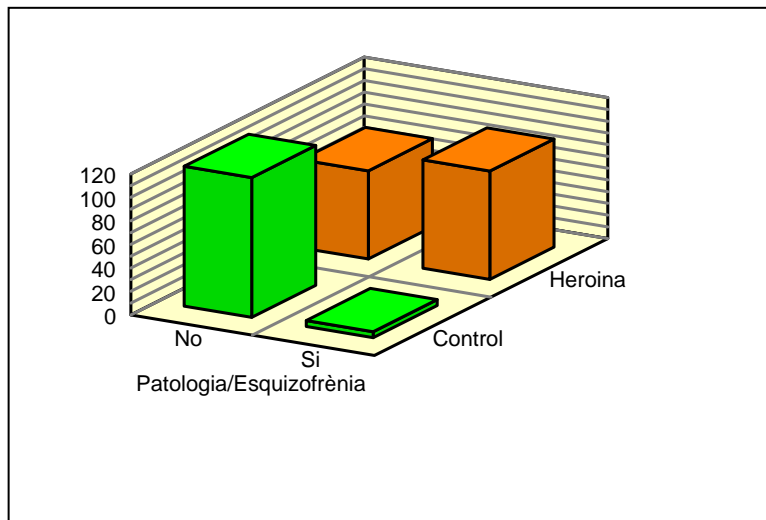
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	83,47911	1	,00000
Continuity Correction	81,19733	1	,00000
Likelihood Ratio	98,76957	1	,00000
tel-Haenszel test for linear association	83,19224	1	,00000

Minimum Expected Frequency - 41,333

Statistic	Value	95% Confidence Bounds
Relative Risk Estimate (SCPATOLO 0 / SCPATOLO 1) :		
case control	,03425	,01331
,08815		
cohort (GRUP 1 Risk)	,40761	,33937
,48957		
cohort (GRUP 2 Risk)	11,90000	5,03104
28,14726		

Number of Missing Observations: 0

Representació gràfica:



3.7.- Hipomania:

MAPATOLO Patologia Escala Ma by GRUP grup

Page 1 of 1

	Count	GRUP		Row Total
		heroina	control	
MAPATOLO	Exp Val Col Pct Adj Res	1	2	
no	0	126 140,6 75,4% -4,7	119 104,4 96,0% 4,7	245 84,2%
si	1	41 26,4 24,6% 4,7	5 19,6 4,0% -4,7	46 15,8%
Column Total		167 57,4%	124 42,6%	291 100,0%

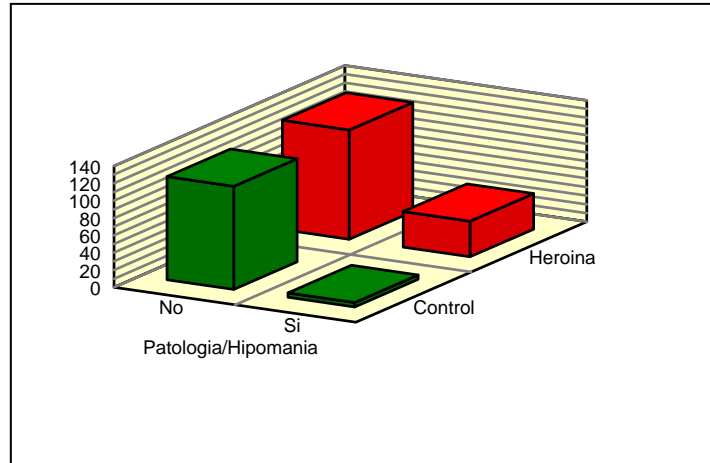
Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	22,51150	1	,00000
Continuity Correction	20,99616	1	,00000
Likelihood Ratio	25,96457	1	,00000
tel-Haenszel test for linear association	22,43414	1	,00000

Minimum Expected Frequency - 19,601

Statistic	Value	95% Confidence Bounds
Relative Risk Estimate (MAPATOLO 0 / MAPATOLO 1) :		
case control	,12912	,04936
,33779		
cohort (GRUP 1 Risk)	,57700	,49263
,67583		
cohort (GRUP 2 Risk)	4,46857	1,93398
10,32487		

Number of Missing Observations: 0

Representació gràfica:



3.8.- Desviació psicopàtica.

PDPATOLO Patologia Escala Pd by GRUP grup

Page 1 of 1

PDPATOLO	Count	GRUP		Row Total
		heroina	control	
no	0	61 99,9 36,5% -9,4	113 74,1 91,1% 9,4	174 59,8%
si	1	106 67,1 63,5% 9,4	11 49,9 8,9% -9,4	117 40,2%
	Column Total	167 57,4%	124 42,6%	291 100,0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	88,24996	1	,00000
Continuity Correction	85,99335	1	,00000
Likelihood Ratio	98,65348	1	,00000
Mantel-Haenszel test for linear association	87,94669	1	,00000

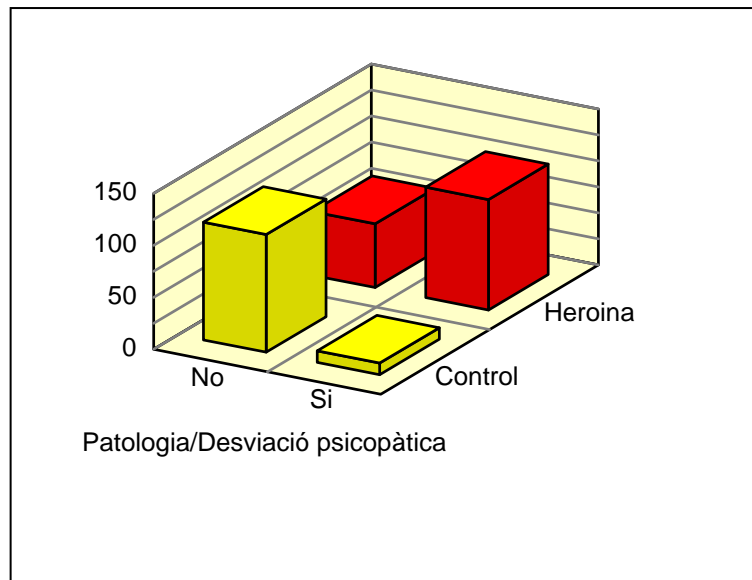
Minimum Expected Frequency - 49,856

Statistic	Value	95% Confidence Bounds

--		
Relative Risk Estimate (PDPATOLO 0 / PDPATOLO 1) :		
case control	,05602	,02797
,11220		
cohort (GRUP 1 Risk)	,38696	,31351
,47761		
cohort (GRUP 2 Risk)	6,90752	3,89475
12,25082		

Number of Missing Observations: 0

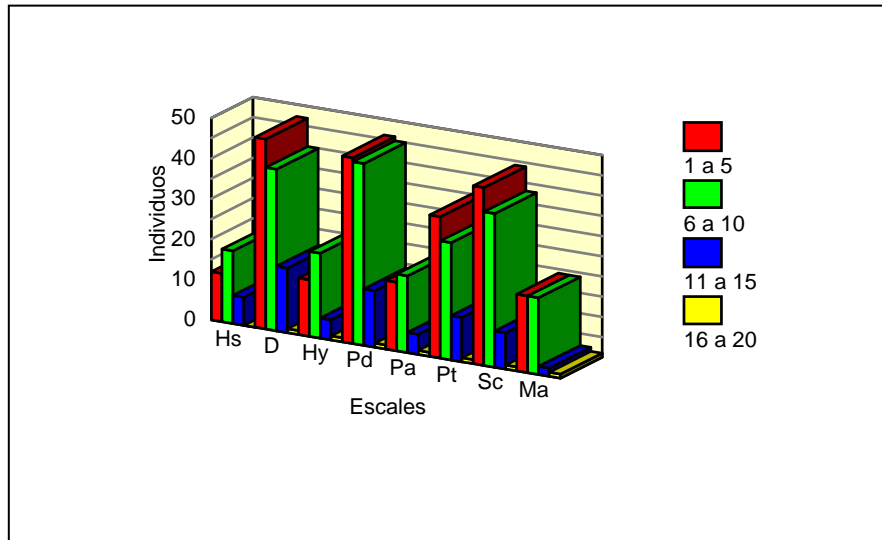
Representació gràfica:



4.- Relació descriptiva de les diferents variables del grup experimental i la patologia obtinguda en el Mini-Mult.

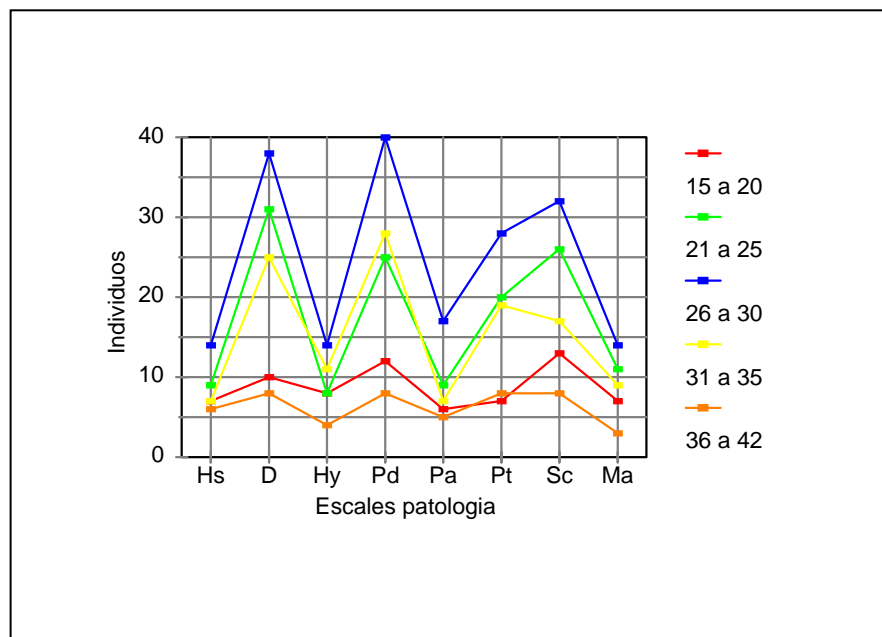
4.1.- Relació “anys de consum” (RECOM) i “tenir patologia”.

	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
1 a 5	12	47	14	46	17	35	44	19
6 a 10	18	40	40	45	19	29	38	19
11 a 15	7	16	16	14	5	11	9	2
16 a 20	0	1	1	1	1	1	1	1



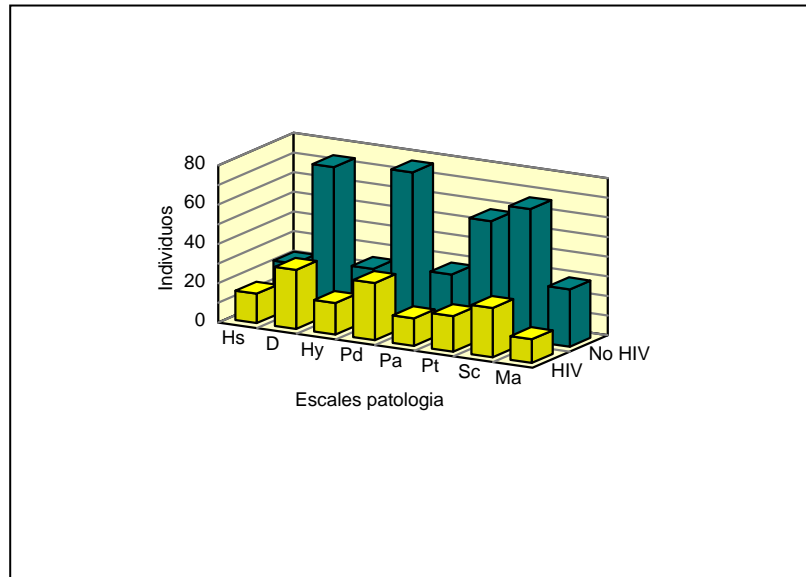
4.2.- Relació “edat” (REEDAT) i “tenir patologia”.

	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
15 a 20	7	10	8	12	6	7	13	7
21 a 25	9	31	8	25	9	20	26	11
26 a 30	14	38	14	40	17	28	32	14
31 a 35	7	25	11	28	7	19	17	9
36 a 42	6	8	4	8	5	8	8	3



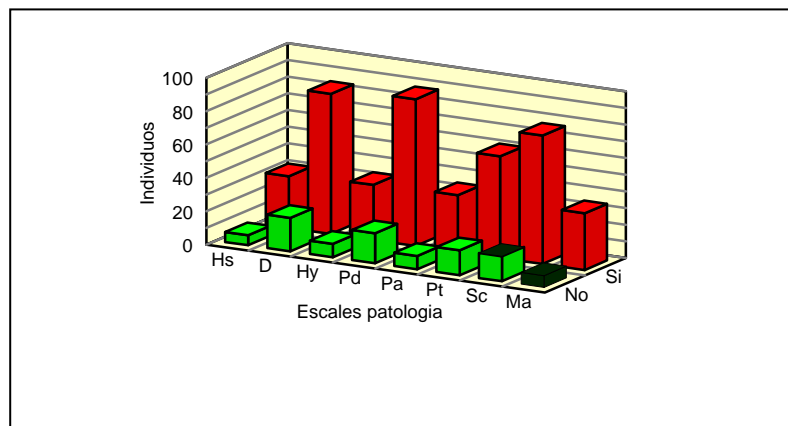
4.3.- Relació “HIV” i “tenir patologia”.

	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
No HIV	22	74	25	77	28	58	67	29
HIV	15	30	16	29	14	18	25	12



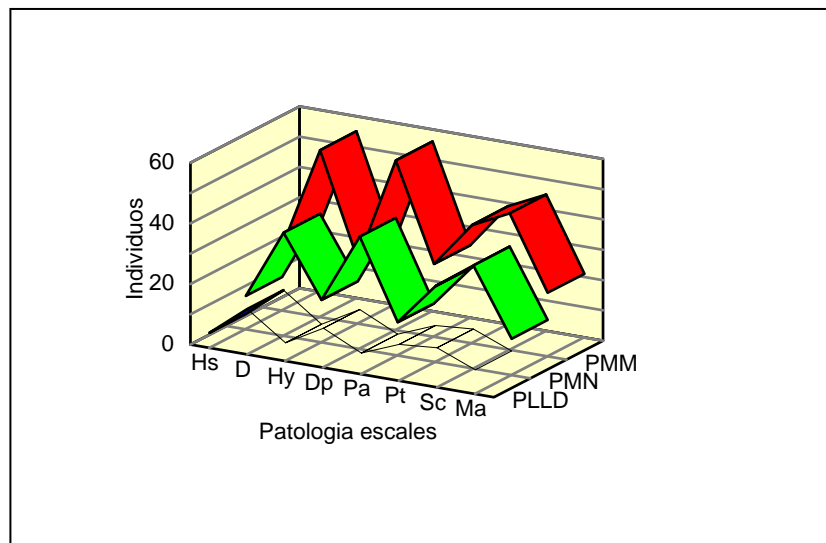
4.4.- Relació “tractaments anteriors” i “tenir patologia”.

	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	7Ma
No	6	20	8	18	8	15	15	7
Si	31	84	33	88	34	61	77	34



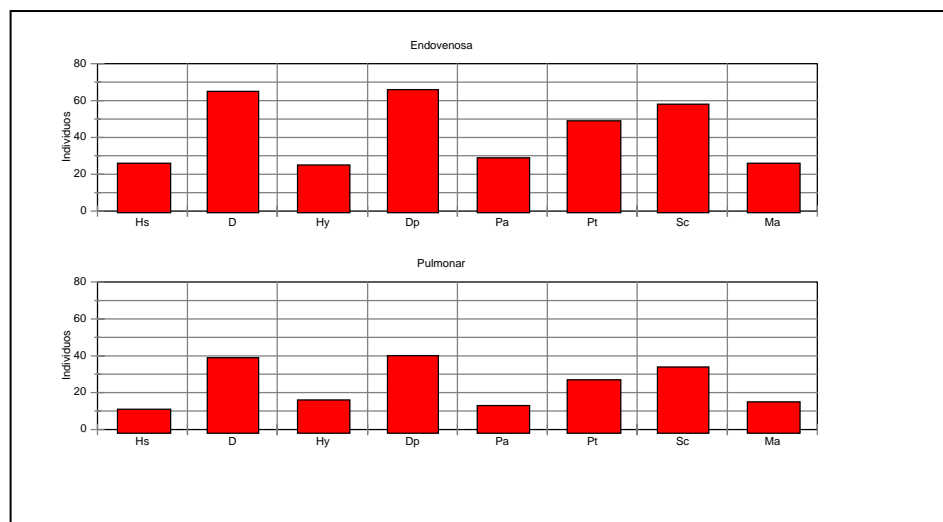
4.5.- Relació “tractament actual” i “patir patologia”.

	Hs	D	Hy	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma
PLLD	5	15	6	13	7	12	13	8
PMM	21	55	21	56	24	39	45	21
PMN	11	34	14	37	11	25	34	12



4.6.- Relació “via d’ús” i “tenir patologia”.

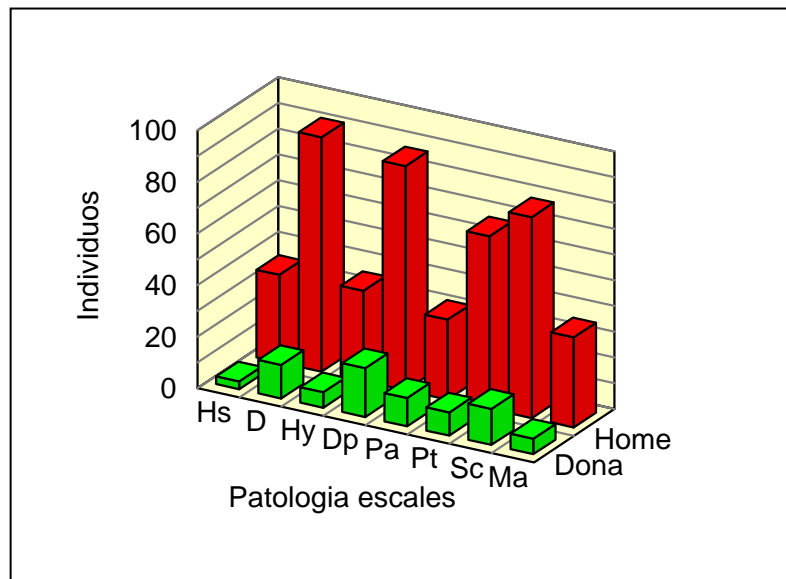
	Hs	D	Hy	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma
Pulmonar	11	39	16	40	13	27	34	15
Endovenosa	26	65	25	66	29	49	58	26



4.7.- Relació “sexe” i “tenir patologia”.

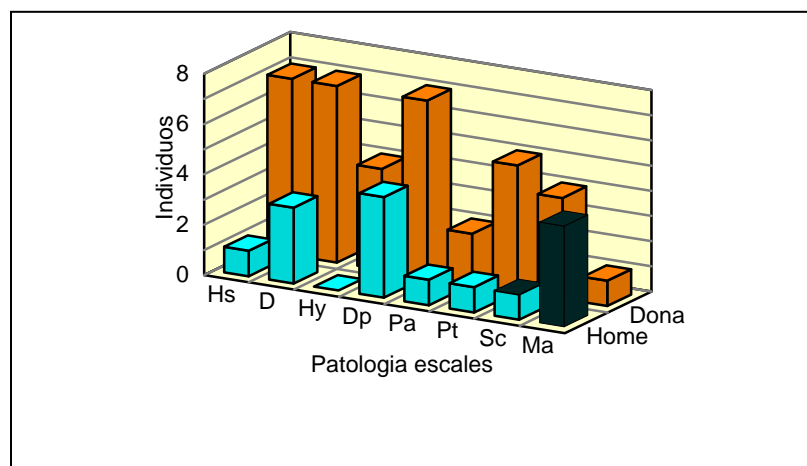
4.7.1.- “sexe” grup experimental / ”tenir patologia”.

	Hs	D	Hy	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma
Home	34	91	35	87	31	67	78	35
Dona	3	13	6	19	11	9	14	6



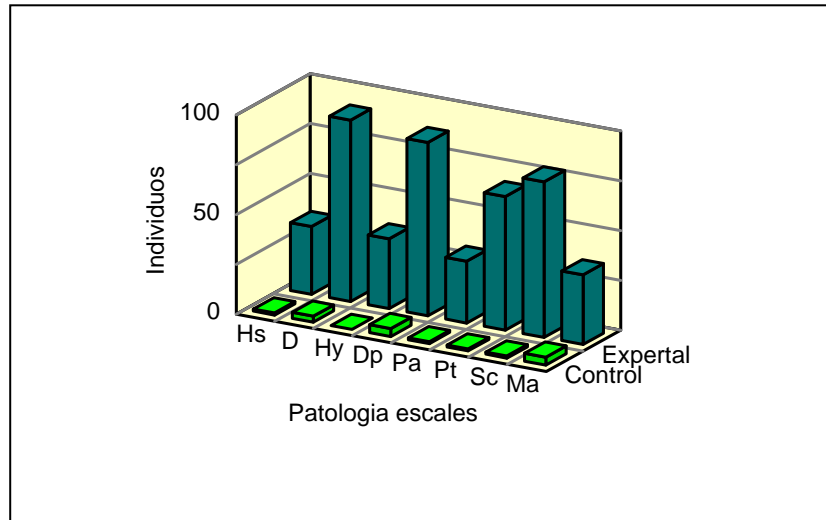
4.7.2.- Relació “sexe” grup control / tenir patologia.

	Hs	D	Hy	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma
Home	1	3	0	4	1	1	1	4
Dona	7	7	4	7	2	5	4	1



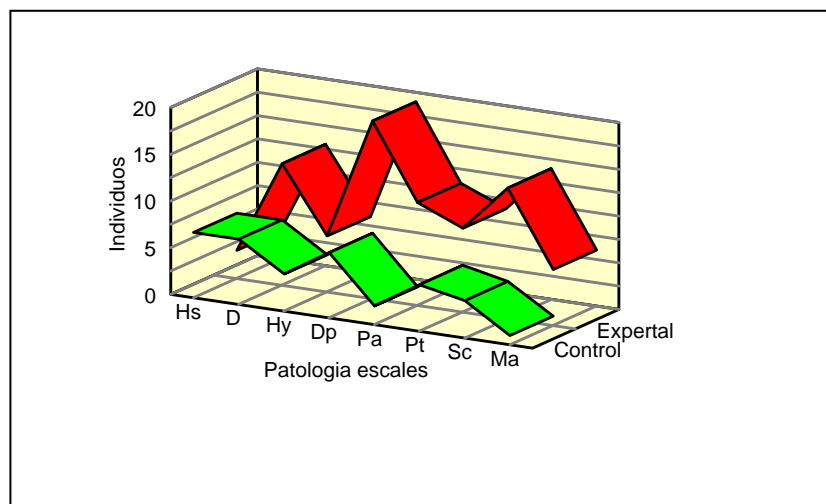
4.7.3.- Relació “ser home” / Grup / “tenir patologia”.

	Hs	D	Hy	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma
Experimental	34	91	35	87	31	67	78	35
Control	1	3	0	4	1	1	1	4



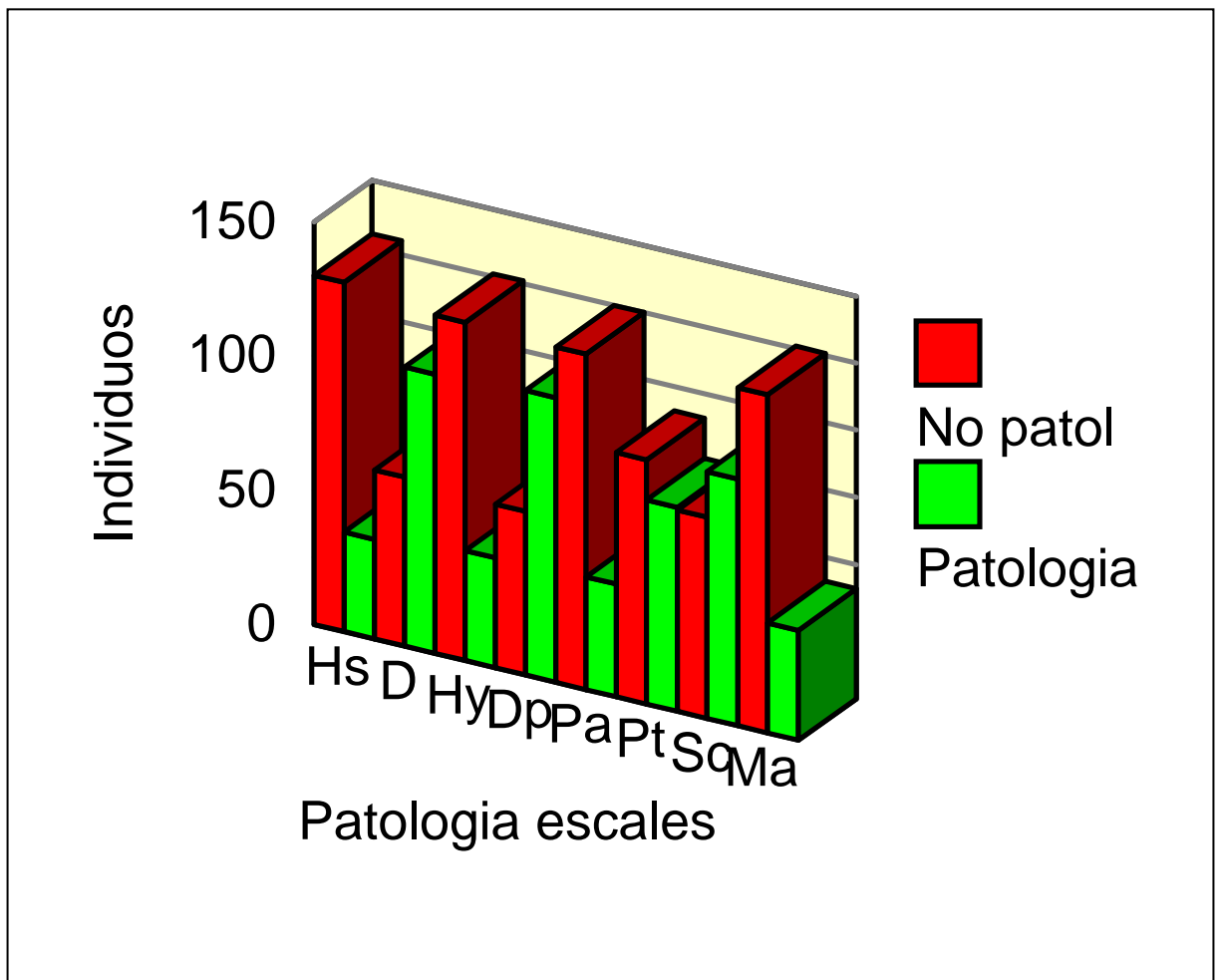
4.7.4.- Relació “ser dona” / Grup / “tenir patologia”.

	Hs	D	Hy	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma
Experimental	3	13	6	19	11	9	14	6
Control	7	7	4	7	2	5	4	1

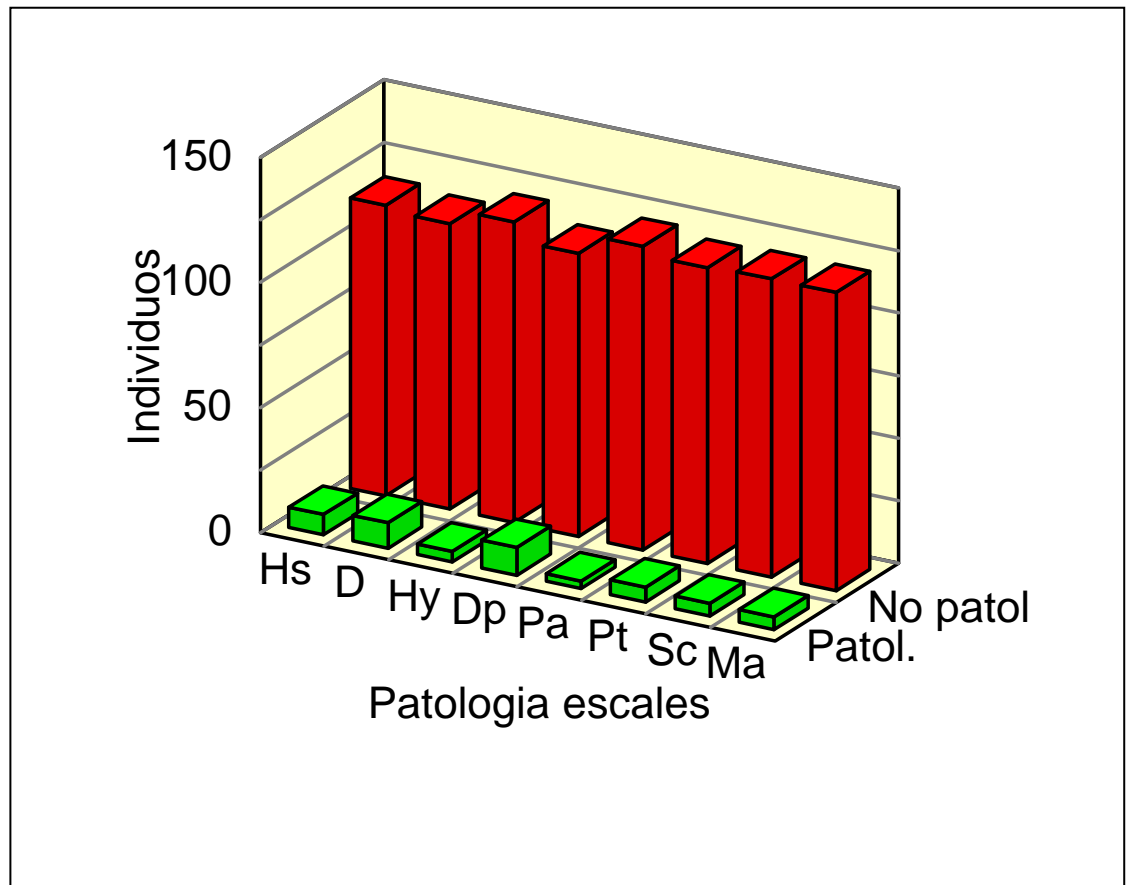


5.- Relació “patologia” / “grup”.

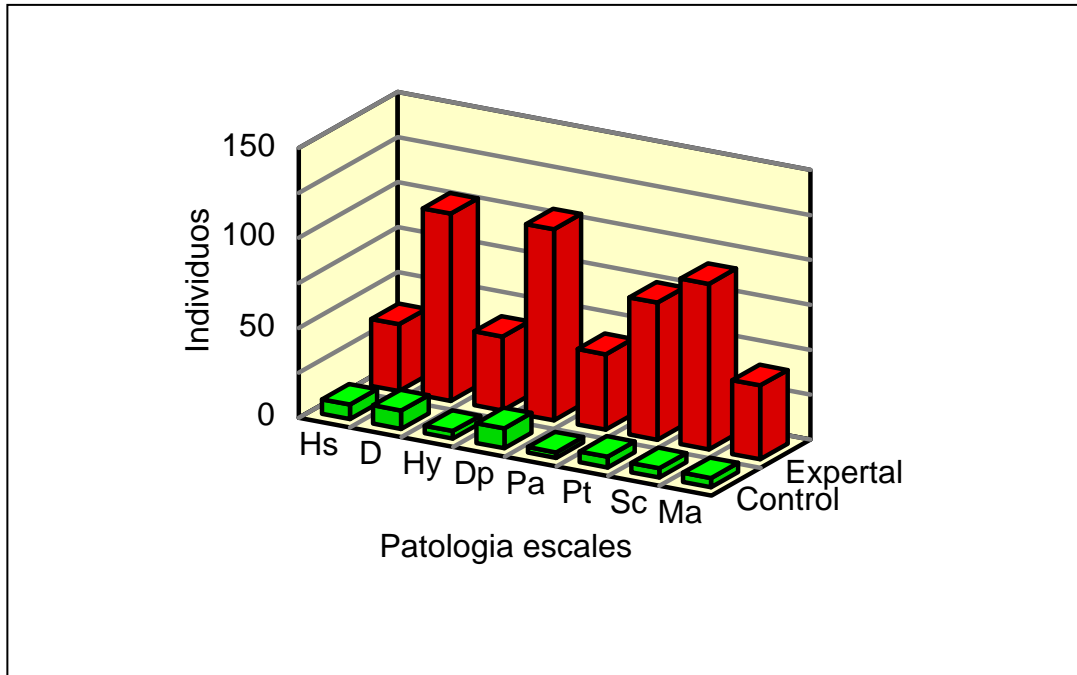
5.1.- Grup experimental (heroïna).



5.2.- Grup control.



6.- Contrast “existència de patologia” / “Grup”.



7.- Resultats del nombre d'individus amb patologia en funció del grup de pertinença i nivell de significació estadística.

	Hs	D	Hy	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma
Experimental	37 (22,2%)	104 (62,3%)	41 (24,6%)	106 (63,5%)	42 (25,1%)	76 (45,5%)	92 (55,1%)	41 (24,6%)
Control	8 (6,5%)	10 (8,1%)	4 (3,2%)	11 (8,9%)	3 (2,4%)	6 (4,8%)	5 (4,0%)	5 (4,0%)
Significació	0.00025	0.00001	0.00001	0.00001	0.00001	0.00001	0.00001	0.00001
Odds Ratio	4.12	1.88	9.83	17.8	13.5	16.4	29.1	7.7

8.- Descripció d'índexs mostrals de les subescales clíniques en ambdós grups.

8.1.- Grup experimental:

Índexs	Hs	D	Hy	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma
Mitjana	62,102	75,617	62,904	74,389	64,311	67,982	74,521	63,533
Moda	65,000	77,000	60,000	71,000	70,000	71,000	67,000	60,000
Mediana	69,000	75,000	62,000	74,000	65,000	69,000	73,000	63,000
Desviació	14,561	14,374	10,505	12,942	11,921	14,630	16,382	12,129

8.2.- Grup control:

Índexs	Hs	D	Hy	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma
Mitjana	56,121	57,718	58,073	58,758	55,121	55,274	54,032	56,097
Moda	50,000	55,000	55,000	55,000	50,000	55,000	55,000	60,000
Mediana	54,000	57,000	59,000	57,000	55,000	55,000	55,000	55,000
Desviació	9,961	8,264	6,796	9,003	8,396	9,189	9,408	9,154

9.- Reconversió de les mitjanes de les puntuacions típiques (T) a puntuacions del perfil Mini-Mult.

9.1.- Grup experimental.

Subescales Mini-Mult	Puntuacions T	Puntuacions perfil
Hs	62,102	16
D	75,617	27
Hy	62,904	24
Dp	74,389	29
Pa	64,311	17
Pt	67,982	32
Sc	74,521	35
Ma	63,533	22

9.2.- Grup control.

Subescales Mini-Mult	Puntuacions T	Puntuacions perfil
Hs	56,121	13
D	57,718	20
Hy	58,073	20
Dp	58,758	23
Pa	55,121	10
Pt	55,274	25
Sc	54,032	24
Ma	56,097	20

10.- Comparacions entre les mitjanes de les puntuacions típiques (T) entre els dos grups i nivell de significació estadística.

t-tests for independent samples of GRUP grup

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
DTIPICA				
heroína	167	75,6168	14,374	1,112
control	124	57,7177	8,264	,742

Mean Difference = 17,8990

Levene's Test for Equality of Variances: F= 26,515 P= ,000

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	12,42	289	,000	1,441	(15,062; 20,736)
Unequal	13,39	273,54	,000	1,337	(15,266; 20,532)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
HSTIPICA				
heroína	167	62,1018	14,561	1,127
control	124	56,1210	9,961	,894

Mean Difference = 5,9808

Levene's Test for Equality of Variances: F= 17,406 P= ,000

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	3,94	289	,000	1,518	(2,992; 8,969)
Unequal	4,16	287,21	,000	1,439	(3,149; 8,813)

t-tests for independent samples of GRUP grup

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
HYTIPICA				
heroína	167	62,9042	10,505	,813
control	124	58,0726	6,796	,610

Mean Difference = 4,8316

Levene's Test for Equality of Variances: F= 20,295 P= ,000

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	4,47	289	,000	1,080	(2,705; 6,958)
Unequal	4,75	284,06	,000	1,017	(2,830; 6,833)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
MATIPICA				
heroína	167	63,5329	12,129	,939
control	124	56,0968	9,154	,822

Mean Difference = 7,4362

Levene's Test for Equality of Variances: F= 5,435 P= ,020

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	5,72	289	,000	1,299	(4,878; 9,994)
Unequal	5,96	288,91	,000	1,248	(4,980; 9,892)

t-tests for independent samples of GRUP grup

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
PATIPICA				
heroína	167	64,3114	11,921	,923
control	124	55,1210	8,396	,754

Mean Difference = 9,1904

Levene's Test for Equality of Variances: F= 17,392 P= ,000

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	7,34	289	,000	1,253	(6,725; 11,656)
Unequal	7,71	288,26	,000	1,191	(6,845; 11,536)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
PDTIPICA				
heroína	167	74,3892	12,942	1,002
control	124	58,7581	9,003	,809

Mean Difference = 15,6312

Levene's Test for Equality of Variances: F= 14,889 P= ,000

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	11,53	289	,000	1,355	(12,963; 18,299)
Unequal	12,14	287,87	,000	1,287	(13,097; 18,165)

t-tests for independent samples of GRUP grup

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
SCTIPICA				
heroína	167	74,5210	16,382	1,268
control	124	54,0323	9,408	,845

Mean Difference = 20,4887

Levene's Test for Equality of Variances: F= 38,364 P= ,000

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	12,48	289	,000	1,642	(17,257; 23,721)
Unequal	13,45	273,42	,000	1,523	(17,489; 23,489)

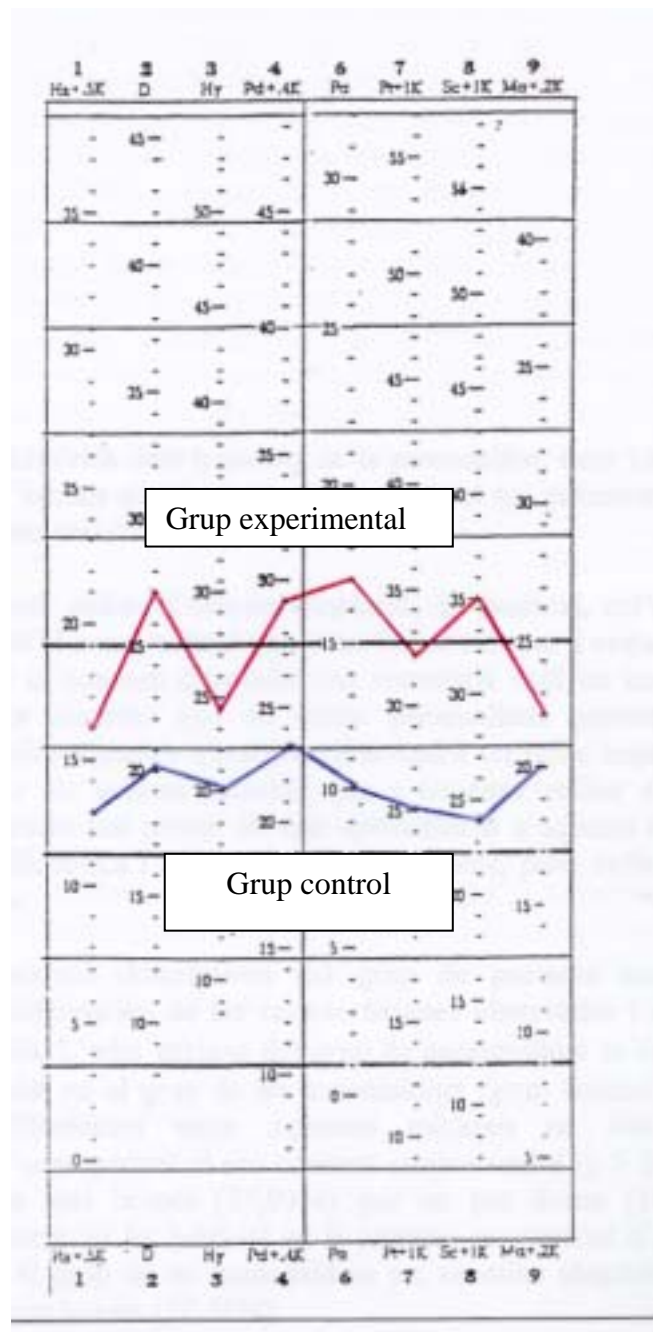
Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
PTTIPICA				
heroína	167	67,9820	14,630	1,132
control	124	55,2742	9,189	,825

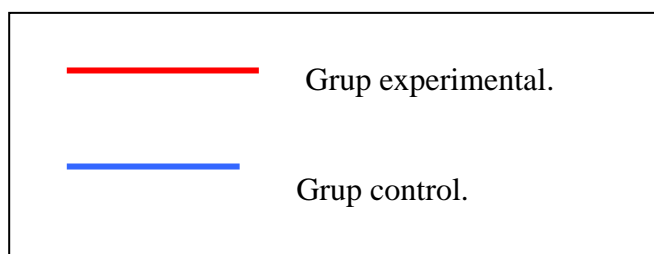
Mean Difference = 12,7078

Levene's Test for Equality of Variances: F= 31,772 P= ,000

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	8,50	289	,000	1,494	(9,766; 15,649)
Unequal	9,07	281,87	,000	1,401	(9,950; 15,466)

11.- Descripció del perfil Mini-Mult resultant del contrast entre els dos grups:





Discussió

En la revisió històrica dels trastorns de la personalitat, hem vist com l'individu intenta, per diferents formes que té al seu abast, reduir el seu patiment, evitar el màxim possible el dolor del seu malestar vital i essencial.

En aquest difícil esforç d'autocompensació, de guarició, cal contextualitzar el present treball. No serà el consum de drogues un intent més per a evitar o per a reduir el sofriment ?. No serà el consum d'opiacis una estratègia (útil en un primer moment malgrat que dolorosa després) que en certes personalitats permet aquesta funció reparadora ?. Respondre aquestes qüestions esdevindrà un repte important i necessari per a conèixer millor els nostres pacients, per a conèixer millor el fenomen de la drogaaddicció. La present tesi pretén fer una aproximació a aquests dubtes, una mena d'aproximació entre filosòfica i experimental. De moment, però, reflexionem sobre les dades aquí obtingudes.

Les característiques descriptives del grup de pacients heroinòmans (grup experimental) no es diferencien de les característiques observades i detectades en les mostres d'altres estudis. L'edat mitjana del grup de consumidors és de $27,533 \pm 5,174$ anys. La mitjana d'edat en el grup de no consumidors (grup control) és de $26,290 \pm 8,565$ anys. Les diferències entre aquestes mitjanes no són estadísticament significatives, la qual cosa permet el seu contrast conjuntament ($p > 0.154$). En el grup experimental obtenim més homes (85,03%) que no pas dones (14,97%). Aquesta situació reflexa fidelment un fet habitual en la pràctica assistencial d'aquest problema. Això no succeeix en el grup de no consumidors on, escollits aleatòriament, s'obtenen més dones (77,42%) que homes (22,58%).

En el nostre grup observem un percentatge elevat de pacients inclosos en el Programa de Manteniment amb Metadona (52,10%), atès que estem assistint actualment a una cronificació del seu estat de salut, la qual cosa ha obligat a mesures pal·liatives més que rehabilitadores pel que fa a l'abstinència com a únic objectiu a

aconseguir. Pel que fa a la via principal d'administració de la substància, disposem de més nombre de consumidors endovenosos (58,08%) que per via pulmonar - fumada i/o inhalada - (41,92%). Cal tenir en compte, però, que la mostra del grup consumidor està formada per un elevat nombre d'heroïnòmans, registrats i obtingudes les seves dades durant uns anys anteriors, quan el consum amb xeringa era més habitual. En el nostre estudi hem vist reflectit aquest canvi de conducta. La mitjana en el consum d'heroïna és de $6,186 \pm 3,578$ anys, donant un ampli interval com a lectura de tendència central, tot observant pacients amb 1 any d'antiguitat (valor mínim) i pacients amb 17 anys d'antiguitat (valor màxim). El valor que més es repeteix és de 7 anys (moda). Quasi una quarta part dels pacients estudiats presenten anticossos de la Sida (23,95%).

La relació sexe - edat no mostra trets distintius entre homes i dones. Ambdues categories segueixen pràcticament una Distribució Normal, tot concentrant-se una major acumulació en l'interval de 26 a 30 anys. Les diferències dels percentatges entre les edats dels homes i dones no són estadísticament significatives ($p > 0.15467$). Obtenim més dones amb anticossos HIV (32,00%) que homes (22,54%). La diferència entre els percentatges no és estadísticament significativa ($p > 0.30656$). És més habitual haver rebut tractament anteriorment (82,6%) que no pas, no haver-lo rebut (17,4%). L'heroïnòman es caracteritza per estar inclòs en múltiples tractaments i provar diverses estratègies terapèutiques. En aquesta mostra, han rebut més tractaments anteriors les dones (32%) que els homes (14,79%). Les diferències entre aquestes proporcions són estadísticament significatives ($p < 0.3619$).

La relació entre sexe i tipus de tractament actual no mostra diferències significatives, seguint entre els dos sexes una certa coherència ($p > 0.82206$).

La relació entre el sexe i la via preferent d'administració de la substància tampoc mostra significació estadística ($p > 0.81887$). Pel que fa a l'antiguitat en el consum en funció del sexe, tampoc s'observen diferències importants ($p > 0.29924$). Quan a les proporcions entre les edats dels pacients amb HIV no s'observa significació estadística ($p > 0.34240$), seguint ambdós una Distribució Normal, amb una major concentració d'afectats i afectades en l'interval que va dels 26 als 30 anys.

Les edats dels pacients en PMM segueixen pràcticament una Distribució Normal, repartint-se entre totes les edats. Els pacients en PMN es concentren bàsicament entre els 26 i 35 anys. Les diferències entre les proporcions són significatives ($p < 0.00009$). Podríem dir que l'edat no és criteri exclusiu alhora d'inclusió en una o altra modalitat terapèutica.

La relació entre edat i haver rebut tractaments anteriorment, es concentra en el període dels 26 als 30 anys, diferenciant-se estadísticament ($p < 0.00034$) envers els que no havien rebut tractament amb anterioritat. Els pacients amb més edat, són els que més han utilitzat la via endovenosa en el consum. Com més joves en edat, menys utilitzaven aquesta via. La proporció entre ambdues vies d'administració en funció de l'edat és estadísticament significativa ($p < 0.00001$). Com més anys passen, menys

consumidors tenim. L'evidència que el consumidor d'heroïna veu reduïda la seva esperança de vida queda aquí evident. Segons la nostra observació, l'interval dels 10 anys d'antiguitat en el consum és el que caracteritza el nostre grup. A partir d'aquest moment, la proporció d'heroinòmans descendeix significativament ($p < 0.00002$). El percentatge dels que han rebut tractament amb anterioritat no es diferencia en funció de la presència o no d'HIV ($p > 0.05893$).

Una altra observació que fem en el nostre grup de consumidors és que la proporció de pacients amb HIV estan inclosos majoritàriament en el Programa de Manteniment amb Metadona. En els que no tenen HIV hi ha poca diferència entre els qui estan amb agonistes i entre els que estan amb antagonistes. La diferència de les proporcions corresponents entre tenir HIV i no tenir-ne, en funció del tipus de tractament actual, és significativa ($p < 0.03397$).

Es dona una situació de diferència estadísticament significativa en la relació tenir HIV en funció de la via d'administració. Els qui no tenen HIV han utilitzat preferentment la via fumada (49,61%). Els qui tenen la infecció, han utilitzat preferentment la via endovenosa (82,50%). La diferència entre ambdues proporcions és significativa ($p < 0.00033$).

La relació HIV i antiguitat en el consum també és significativa. Es que no pateixen la infecció, tenen majoritàriament 5 anys d'història toxicològica amb heroïna (54,3%). Els que tenen la infecció, majoritàriament, tenen 10 anys d'antiguitat en el consum (55,0%) ($p < 0.00205$). Els qui no havien rebut tractament amb anterioritat, ara estan, majoritàriament en programa amb Naltrexona (58,62%). Els qui ja havien rebut tractaments anteriors, estan, majoritàriament, en programa amb Metadona (61,59%). La diferència entre aquestes proporcions és estadísticament significativa ($p < 0.00001$). Això ens dona idea d'una població atesa cronificada, amb experiència amb els tractaments i que acaba inclosa en els programes de Metadona com a recurs pal·liatiu i estabilitzador, indicat especialment per aquells consumidors "experts", reincidents en els tractaments i que han fet diversos intents d'estabilitzar el seu problema. Per altra part, la proporció entre la via preferent d'ús i l'experiència en tractaments anteriors també és significativa ($p < 0.00001$). El 68,1% dels consumidors que havien rebut ja tractament, usaven la via endovenosa preferentment. Els que no havien rebut tractament abans, utilitzaven prioritàriament la via pulmonar (89,7%). Lògicament, els qui porten més anys consumint, porten alhora més intents de tractament. Els qui no han rebut altres tractaments, acostumen a tenir una experiència d'uns 5 anys en el consum (93,1%), mentre que els que en tenen experiència tenen entre 5 (37%) i 10 anys (46,4%). La diferència de proporcions, és significativa ($p < 0.00001$).

Una altra dada que obtenim significativa, és la diferència entre les proporcions entre el tipus de tractament actual i la via preferent d'ús de la substància. Els qui estan en Programa de Manteniment amb Naltrexona usaven preferentment, la via pulmonar (80,3%), mentre que els inclosos en el programa de Manteniment amb Metadona, eren assidus de la via endovenosa (90,8%) ($p < 0.00001$). Pel que fa a l'antiguitat en el

consum i el tipus de tractament actual, també coincideix amb l'evidència clínica i constatem que els usuaris de Metadona (PMM) són els que més anys porten consumint la substància (d'un a quinze anys). En segons lloc, els qui prenen Naltrexona porten majoritàriament uns 5 anys de consum, i finalment, els que no estan lligats (terapèuticament) a cap fàrmac (PLLD) porten menys de 5 anys d'història toxicològica. Podem deduir d'això, que com més antic és el consum en els pacients estudiats, més candidats de PMM. Com menys antics en el consum, millor candidats de PMN o PLLD ($p < 0.00001$).

Per acabar el contrast entre proporcions, observem que els qui porten menys anys de consum (interval de 5 anys), no utilitzen ja la via endovenosa, si no que han canviat el ritus. Bàsicament, la conducta d'injectar-se era pròpia dels consumidors amb més antiguitat en el consum (interval de 10 anys) ($p < 0.00001$).

Pel que fa a les comparacions de mitjanes en el grup experimental, observem les següents característiques. No obtenim diferència significativa (mitjançant l'estadístic t d'Student Fisher) en relació a les mitjanes d'edat entre homes i dones, la qual cosa ens permet afirmar que es tracta d'un grup homogeni, pel que fa a aquesta variable ($p > 0.220$). Tampoc obtenim diferència significatives en l'edat segons pateixen HIV o no ($p > 0.514$). En canvi, sí obtenim diferència significativa entre les edats dels qui utilitzaven la via endovenosa (edat mitjana de 29,20 anys) i els qui utilitzaven la via pulmonar (edat mitjana de 25,21 anys) ($p < 0.00001$). És a dir, en el nostre grup d'observació, els consumidors més joves acostumaven a no usar la via endovenosa.

S'ha escrit molt sobre l'eficàcia dels avisos, dels missatges preventius i dels programes, per exemple, de disminució de riscos, i de la manera en que això ha pogut influenciar en la conducta evitadora de riscos de contagi en els usuaris. Segons les nostres dades, així succeeix en el nostre grup. També és superior la mitjana d'edat entre els que ha rebut altres tractaments (28,31 anys) i els que no n'han rebut (23,79 anys) ($p < 0.00001$).

Deixem ara l'anàlisi descriptiva centrada en el grup de consumidors (experimental), entrant en el contrast dels dos grups d'observació en funció d'aquelles variables psicopatològiques obtingudes per l'instrument de mesura que hem utilitzat en aquesta investigació (Mini-Mult). Atès que ens trobem davant el propòsit de comparar les mateixes situacions entre dos grups, estem davant una situació d'*homogeneïtat*. El que obtindrem són unes proporcions (el mateix que hem fet abans en el grup experimental, tot diferenciant entre homes/dones, HIV/ no HIV, intervals d'edat/Tractament actual, etc.) entre els dos grups (control i experimental), essent els percentatges obtinguts diferents. La pregunta que ha de resoldre l'estadístic utilitzat (Chi Quadrat), és si aquestes diferències es distancien molt o no de la hipòtesi d'igualtat, és a dir, els percentatges propis obtinguts en cada grup, són els que calia esperar o se n'obtenen més individus dels que hauríem d'esperar sota aquesta hipòtesi d'igualtat.

En la valoració de cada una de les subescales psicopatològiques proporcionades pel Mini-Mult, observem el següent:

En l'escala Hipocondrasi s'observen més individus amb patologia en el grup de consumidors (22,2%) que en el grup control o de no consumidors (6,5%) ($p > 0.00025$). La diferència de proporcions no es deu a l'atzar ni a la variabilitat estadística.

En l'escala Depressió, s'observen més individus amb patologia en el grup de consumidors (62,3%), que en el grup control (8,1%). Diferència estadísticament significativa ($p < 0.00001$).

En l'escala Histèria, s'observen més individus amb patologia en el grup experimental (24,6%), que en el grup control (3,2%). Diferència estadísticament significativa ($p < 0.00001$).

En l'escala Paranoia, s'obtenen més individus amb patologia en el grup experimental (25,1%) que en el grup control (2,4%). La diferència entre les proporcions és estadísticament significativa ($p < 0.00001$).

En l'escala Psicastenja, s'obtenen més individus amb patologia en el grup experimental (45,5%) que en el grup de no consumidors (4,8%), essent la diferència dels percentatges significativa ($p < 0.00001$).

En l'escala Esquizofrènia, s'obtenen més individus amb patologia en el grup de consumidors (55,1%) que en el grup de no consumidors (4,0%). La diferència entre els percentatges és significativa ($p < 0.00001$).

En l'escala Hipomania, s'obtenen més individus amb patologia en el grup de consumidors (24,6%) que en el grup de no consumidors (4,0%). La diferència és estadísticament significativa ($p < 0.00001$).

Finalment, en l'escala Desviació psicopàtica, també s'obtenen més individus amb patologia en el grup experimental (63,5%) que en el grup control (8,9%). La diferència és significativa ($p < 0.00001$).

Podem veure que hem obtingut significació estadística en totes i cada una de les escales del instrument de mesura utilitzat per nosaltres. El grup de consumidors s'aparta molt significativament del grup de contrast, quedant en evidència un molt elevat nivell de patologia en totes les escales del Mini-Mult. Aquests resultats tenen la seva representació gràfica en els punts 5 i 6 de l'apartat Resultats, on es pot evidenciar, de manera més clara, aquesta gran diferència obtinguda.

Les interrelacions entre les diferents variables del grup experimental (anys de consum, sexe, via d'administració, etc.) no han estat contrastades estadísticament, atès que s'obtenien múltiples opcions on incloue els diferents individus del grup. Això fa que s'obtinguin caselles amb menys de 5 individus, reduint la potencia de l'estadístic i no donant un nivell de decisió adequat. Si en féssim la seva representació gràfica i la distribució en taules de contingència, podríem endevinar o intuir les diferències. Per a resoldre aquesta situació, faria falta augmentar més la mostra del grup de consumidors, tot centrant l'estudi només en aquestes variables i en aquests individus (essent ja un altre tipus de disseny experimental). Tot i això, podem fer aproximacions (no

afirmacions reals), referides al què observem en el nostre grup de consumidors. Com que:

- * Patir patologia (en les diferents escales del Mini-Mult) no es concentra en els diversos intervals pel que fa a antiguitat en el consum. Sembla que s'obté menys patologia en aquells pacients més joves (menys de 20 anys d'edat).
- * Tenir HIV no és indicador especial de patir patologia mental. Sembla ser que els qui més patologia tenen, són a la vegada els que més tractaments han rebut. Aquí es suggereix una molt atractiva hipòtesi relacionada a l'existència de psicopatologia com a factor dificultador de la bona evolució de tractament. Això ens podria portar a pensar que els fracassos habituals i repetitius dels tòxicòmans en els tractaments, potser es deuen més a aquesta situació i no pas a les seves característiques de manca de responsabilitat, desig de la droga, ambient facilitador, etc.
- * Els qui rebien tractament amb Metadona, eren aquells a qui es detectava més patologia, en segon lloc als qui estaven inclosos en PMN, i finalment, s'observa menys patologia a aquells en Programa Lliure de Drogues.
- * En el nostre grup observem més nivells de patologia en els usuaris per via endovenosa que en els usuaris per via pulmonar.
- * Pel que fa al sexe, en el grup de consumidors observem que hi ha una elevada diferència entre el nivell de patologia obtingut entre els homes i les dones (a favor dels primers), però és una informació que no té validesa estadística atès que ja hem constatat en l'apartat de Subjectes el més gran nombre d'homes que de dones. En el grup control, com també hem vist, obtenim molt pocs nivells de patologia, però en aquest cas, sembla que la distribució per sexes es troba més repartida (recordem aquí la situació metodològica d'abans on, la seva distribució en taules, disseny files per columnes "RxC", aporta moltes caselles i valors inferiors a 5).

En les següents comparacions, es veurà reflexat aquest elevat nivell de patologia en el grup experimental. Així, si comparem ser home en funció del grup i tenir patologia, observem que els homes del grup experimental superen clarament als homes del grup control. En les dones caldria esperar el mateix, però es dona un fet curiós (en el que possiblement es podria incidir en posteriors estudis): les diferències entre elles no són tan grans, fins i tot, en l'escala Hipocondríasi el nivell de patologia entre les dones no consumidores és més elevat que en les dones consumidores, no trobant dades semblants en la literatura especialitzada. Segons això, sembla que el pitjor indicador de patologia estaria donat per ser home i consumidor (amb més proporció que ser dona i consumidora).

Hem vist, fins ara, les elevades proporcions de patologia obtingudes en el grup de consumidors respecte el grup de no consumidors. Aquestes dades obtingudes en el nostre grup d'observació, format per una mostra prou elevada, respecte a altres estudis amb objectius semblants, ens donen una informació concreta basada en la diferència entre les proporcions. Seguint aquest tipus de disseny en que disposem de dos grups i analitzem la presència o no d'un determinat esdeveniment (patir o no patologia en cada una de les subescales), podem utilitzar un altre estadístic que ens orientarà sobre el risc de manifestar patologia determinada en el grup de consumidors, com és l'Odds Ratio. Així, segons les dades que aquest estudi obté, podem dir que el risc de manifestar Hipocondríasi (obtenir puntuacions classificades com a patològiques) en el nostre grup de consumidors és 4.12 vegades superior que en els qui no son consumidors d'heroïna. El risc de manifestar Depressió en el grup de consumidors és 1.88 vegades superior que en el grup de no consumidors. El risc de manifestar Histèria en els consumidors és 9.83 vegades superior que en els no consumidors. El risc de manifestar Desviació psicopàtica en els consumidors és 17.8 vegades superior que en els no consumidors. En Paranoia, el risc és 13.5 vegades superior. En Psicastènia és 16.4 vegades superior, en Esquizofrènia és 29.1 vegades superior, i finalment, en Hipomania és 7.7 vegades més gran. Cal repetir que el significat de les subescales ara esmentades coincideix amb el significat teòric propi del Qüestionari Mini Mult (i MMPI que en això coincideixen totalment).

Veiem doncs, que en el grup de consumidors d'heroïna l'aparició de patologia mental és molt superior a la que caldria esperar sota l'hipòtesi d'igualtat (és a dir, que en ambdós grups –consumidor i no consumidor- la probabilitat d'aparició de aspectes clínics significatius, fos la mateixa).

Fins ara s'ha donat una visió dels nivells de psicopatologia basada en els percentatges obtinguts entre els dos grups, tot evidenciant una molt significativa desproporció entre els qui consumeixen i els qui no ho fan. Això coincideix doncs amb la hipòtesi inicial de l'investigació. Es pot donar una altra lectura, del tot coincident, però, amb allò explicat fins ara que és la proposta de definir un perfil tipus del grup consumidor i un perfil tipus del grup no consumidor mitjançant els barems propis del Mini-Mult. Per aquest motiu, s'han obtingut les mitjanes (enteses com les millors mesures de tendència central) que ens donaran la visió conjunt de l'ampli grup de consumidors i de no consumidors. Això ens ha permès finalment, descriure un perfil representatiu d'ambdós grups, perfil que podem contrastar amb els perfils obtinguts en altres investigacions i del que se'n deriven importants conclusions.

En el punt 9 de Resultats es descriuen les reconversions de les puntuacions T en puntuacions del perfil Mini Mult (coincident totalment amb el perfil MMPI). Cada una de les mitjanes de les subescales, contrastades entre els dos grups és estadísticament significativa, la qual cosa no és d'estranyar si abans ja hem obtingut aquests nivells de significació treballant amb dades qualitatives mesurant la presència o no de patologia en cada una d'elles.

Per tant, obtenim aquí dos tipus d'interpretacions: la mitjana de cada escala del grup experimental és més gran (i estadísticament significativa) que la mitjana de cada escala del grup control. El treball amb mitjanes significa una mena de fotografia de conjunt del grup, situació diferent de quan abans parlaven d'una interpretació dicotòmica (tenir o no tenir patologia). És aquesta visió de conjunt global i total, la que es reflexa en el punt 11 de Resultats, mostrant un perfil característic del grup de consumidors, en el que sobresurten les escales de Depressió (2), Desviació psicopàtica (4), Paranoia (6) i Esquizofrènia (8).

El fenòmen de la comorbiditat entre consum de drogues i presència d'alteracions psicopatològiques ha estat àmpliament documentat en els capítols anteriors i en l'annex 1.

En aquest estudi s'ha volgut fer una mena de fotografia d'un grup, ampli, de consumidors d'heroïna. Fer una fotografia de conjunt implica, ja d'entrada, certes dificultats. No tothom vol fer-se la foto, uns es mouen més que altres, altres fan ganyotes i no ens mostren com són realment, altres fan com si no hi fossin, altres estan més que contents en que pensem en ells, etc. Tot i aquestes dificultats, la fotografia, al final es fa, una mica moguda, si volem, però representa un moment, una situació, una determinada gent. De quina manera repetir la fotografia en una altra ocasió significarà obtenir els mateixos gestos, les mateixes ganyotes ?. No ho sabem. De quina manera obtindrem una fotografia semblant a aquesta si fiquem davant la cambra altres personatges que ens semblen (només ens semblen) representatius dels primers ?. Moltes són les qüestions i moltes les possibles respostes i, no per això deixen de fer fotografies de grups.

I això és el que creiem que hem obtingut nosaltres, una fotografia de grup semblant a l'extreta per altres fotògrafs. Repassem una mica l'àlbum.

Robert M. Malow i Cols (1992) coincideixen en que el MMPI és un bon instrument per a detectar psicopatologia en consumidors d'heroïna. Johns W. Shaffer i Cols. (1988) obtenien nivells elevats de psicopatologia, mitjançant el MMPI, especialment en les escales Depressió, Desviació psicopàtica, Psicastènia i Esquizofrènia. Són resultats bastant coincidents amb els nostres, excepte en Psicastènia. Caldria fer una breu menció a l'escala Desviació psicopàtica, que coincideix en la quasi totalitat d'estudis. Creiem que és una escala distorsionadora, ja que en els qüestionaris del tipus MMPI i també el Mini Mult, no queda clar l'origen anterior o posterior d'aquesta conducta en els individus que hi responen. El fet de cometre accions considerades antisocials per part dels consumidors de drogues és part inherent a la seva conducta d'autofinançament i supervivència, podent esdevenir una conducta adquirida amb posterioritat a mesura augmenta el grau de dependència a les substàncies.

Donald A. Calsyn i Cols. (1990) afirmen que en col·lectius de dependents a substàncies psicoactives, poden detectar-se trastorns de la personalitat en el 41% dels casos. Autors com Tejero, A i Cols. (1988) obtenen un perfil del tipus Depressió (2), Desviació psicopàtica (4), Esquizofrènia (8) i Hipomania (9). Rambla Amat, M. I Cols.

(1988) obtenen un perfil tipus Depressió (2) i Desviació psicopàtica (4). Carné, R i Cols. (1988) obtenen un perfil Esquizofrènia (8), Desviació psicopàtica (4) i Depressió (2). Steven Walfish i Cols (1991) proposen un perfil de Desviació psicopàtica (4) i Depressió (2). Berzins, J. I. i Cols (1974) afirmava que el perfil de toxicòmans obtingut mitjançant l'MMPI caracteritzava un tret psicològic d'Esquizoidia. Núñez, R (1979) parla del perfil 8-6 + 4-2, essent indicatiu d'estats prepsicòtics, amb rerafons del tipus esquizotípic. Concretament aquest autor, atorga a aquest perfil aquesta la capacitat discriminativa del trastorn esquizotípic, afirmant (1968) que el perfil esquizotípic "no esdevindrà esquizofrènic si l'ambient i el recolçament en son favorables). Comenta també aquest autor, que aquest perfil (6-8) pot, sovint, anar acompanyat de la parella 4-2). Exactament igual que els nostres resultats. Recentment, Millon, T (1998), proposa com a identificatiu del col·lectiu d'heroïnòmans un perfil 2-7-8- (Depressió, Psicastenien i Esquizofrènia). Aquest autor, però, concreta que el perfil format per les escales 6 (Paranoia) i 8 (Esquizofrènia), és un clar indicador de "descompensació particularment greu propi d'individus esquizotípics" (1998. Pàg. 695) . Aquestes són, justament, les opinions que més s'ajusten a la nostra tesi i, que per tant defensem i recolzem del tot.

S'observa però, una manca de coincidència alhora de definir més acuradament un possible perfil propi de la personalitat del consumidor d'heroïna mitjançant els criteris MMPI (o Mini Mult que és el mateix).

Una cosa, però, sí coincideix i es repeteix, en totes les investigacions, en totes les opinions, apareixen les constants pròpies d'una personalitat sense ànim, amb dificultats de captar allò evident, amb patiment crònic, desadaptacions personals i socials, pensaments estranys, ideació inapropiada, etc. En definitiva, un rerafons coincident amb diversos trastorns de la personalitat. El fet que les puntuacions pròpies de Depressió, Esquizofrènia i Paranoia, s'hagin obtingut de manera tan significativa (entre el propi grup de consumidors i en contrast amb un grup de no consumidors), ens reafirma en la nostra idea inicial de l'elevat grau de psicopatologia que s'evidencia en els consumidors d'heroïna, i que aquesta psicopatologia té una clara tendència als trastorns de tipus esquizotípic, especialment per les freqüents elevacions de l'escala Esquizofrènia (8) en particular, i una important tendència psicòtica en general (Paranoia, Esquizofrènia i Depressió).

Si s'hagués de seguir amb el símil anterior de la sessió fotogràfica, podríem dir que hem fet una fotografia a un grup d'heroïnòmans, i que aquesta ha sortit amb una rellevant tonalitat esquizotípic.

Conclusions

1. Es confirma la hipòtesi de treball sobre l'existència de comorbiditat entre la dependència a heroïna i trastorns de personalitat.
2. La majoria d'heroinòmans observats, estan inclosos en el Programa de manteniment amb Metadona (fàrmac agonista dels efectes opiacis).
3. Els pacients heroinòmans de la mostra estudiada utilitzen majoritàriament la via endovenosa en l'administració de la substància.
4. L'interval majoritari d'antiguitat és de 3 a 9 anys en el consum d'heroïna.
5. La majoria dels heroinòmans estudiats han rebut tractaments amb anterioritat.
6. Una quarta part dels heroinòmans observats presenta anticossos HIV. La proporció de dones és superior a la d'homes amb l'infecció.
7. S'observa més intents de tractament en aquells pacients que porten més anys de consum.
8. Els pacients estudiats amb més edat són els que més utilitzen la via endovenosa.
9. Els pacients estudiats amb anticossos HIV estan inclosos majoritàriament en el Programa de Manteniment amb Metadona.

10. Els qui pateixen anticossos HIV han utilitzat preferentment la via endovenosa.
11. Els qui pateixen anticossos HIV porten més anys de consum d'heroïna que els que no en tenen.
12. Els pacients estudiats que ja havien rebut tractaments amb anterioritat, actualment es troben majoritàriament inclosos en el programa de Manteniment amb Metadona.
13. Els qui ja havien rebut tractament amb anterioritat, utilitzen preferentment la via endovenosa.
14. Els qui utilitzen la via endovenosa, tenen una edat mitjana superior als qui utilitzen la via pulmonar.
15. S'observen més individus amb patologia en el grup dels consumidors d'heroïna que en el grup de no consumidors.
16. Dels consumidors estudiats, presenten menys psicopatologia els més joves.
17. Patir anticossos HIV no és factor de risc per manifestar psicopatologia.
18. Els qui més tractaments han rebut, són els que més psicopatologia presenten.
19. Es detecta més psicopatologia en els pacients observats inclosos en el Programa de Manteniment amb Metadona. Es detecta menys psicopatologia en els pacients en Programa Lliure de Drogues.
20. S'observa en la mostra estudiada més psicopatologia en els homes consumidors que en les dones consumidores.
21. Les dones del grup control presenten més psicopatologia en l'escala Hipocondriasi que les dones del grup de consumidores.
22. El risc de manifestar psicopatologia en el grup de consumidors d'heroïna és molt més gran que en el grup de no consumidors.
23. Les escales que puntuen més psicopatologia són Depressió, Desviació psicopàtica, Paranoia i Esquizofrènia (6-8 + 4-2). Aquest perfil és indicatiu d'una clara tendència general psicòtica en el grup observat (per alguns autors identificatiu del Trastorn Esquizotípic de la Personalitat).
24. El perfil tipus del grup control no manifesta cap puntuació indicativa de psicopatologia.

Com a conclusió general i a mode de reflexió final, es podria incidir de manera especial, en el següent:

La dualitat de patologies entre el consum d'heroïna i els trastorns de la personalitat, ens ha de fer reflexionar sobre la perspectiva biopsicosocial del fenomen de les drogodependències, ja que només una visió precisament biològica, psicològica i social ens ha de permetre una terapèutica que tingui en compte aquests tres i inseparables aspectes, com si diagrames d'un esquema de conjunts fos.

Segons això observat en les nostres dades, l'abordatge psiquiàtric i psicopatològic dels pacients heroinòmans, hauria d'acompanyar tota intervenció terapèutica de manera més sistemàtica, la qual cosa comportaria evidentment, dotar els serveis especialitzats dels professionals adients en aquesta tasca, de manera habitual.

Com a implicació general i derivada d'aquestes conclusions, caldria augmentar la nostra percepció professional sobre el consumidor de drogues en general i d'heroïna en particular, tot fixant-nos especialment en aquells aspectes de la seva personalitat, sovint emmalaltits i que dificulten de manera especial el bon pronòstic del tractament addictiu. Ajudaria a això l'administració sistemàtica estudis de personalitat específics amb suficient sensibilitat per a detectar trastorns de la personalitat, a tots els pacients amb problemes de drogodependència.

Cal entendre l'heroinòman com un pacient integral, on els trastorns de la seva personalitat són inherents al diagnòstic amb que se'ns presenta. No atendre ni entendre això, comportarà el no incidir en els factors que han originat i que mantenen la seva drogodependència.

En definitiva, endinsar-nos en els aspectes de la personalitat (i no quedar-nos només amb el símptoma del consum) ens permetrà fer millor la nostra tasca recuperadora i d'ajuda.

Bibliografia

- ABBOTT, PATRICK J.; WELLER, SUSAN B.; WALKER, SCOTT R. *Psychiatric Disorders of Opioid Addicts Entering Treatment: Preliminary Data*. Experimental Therapeutics in Addiction Medicine.
- ALEXANDER, B.K.; HADAWAY, P. F. Opiate addiction: the case for an adaptive orientation. *Psychological Bulletin*, 92: 367-381. 1982
- ALONSO FERNANDEZ, F. La personalidad del alcohólico. Ed. Masson-Salvat. 3ª Edición. Barcelona. 1992.
- ALM, PO.; I COLS. Psychopathy, platelet MAO activity and criminality among former juvenile delinquents. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996; 94 (2): 105-111.
- ALLEBECK, PETER; ALLGULANDER, CHRISTER. FISHER, ; LLOYD D. Predictors of completed suicide in a cohort of 50,465 young men: role of personality and deviant behavior. *BMJ* volume 297. 16 July 1988.
- ALLGULANDER, CHRISTER.; BRANDT, LENA.; ALLEBECK, PETER. Suicide and Psychopathology in 1,537 Patients Dependent on Prescribed Psychoactive Medications. *The American Journal on Addictions*. Vol 3, nº 3. Summer, 1994,

- ANDOLFI, M. *Terapia familiar*. Ed. Paidós. Barcelona. 1985.
- ADAMS, J.W. *Psychoanalysis of Drug Dependence: The Understanding and Treatment of a Particular Form of Pathological Necessity*. Grune and Stratton . New York, 1978.
- ALM P.; KLINTENBERG B.; KILO, H.; LEPPERT, J.; SORENSEN, S. TEGELMAN, R. THORELL, L.; LIDBERG, L. Criminalidad y psicopatología relacionada con la actividad tiroidea en delincuentes juveniles. *Acta Psychiatr*. 1996. 94 (2) : 112-117.
- ANDOLFI, M. ZWERLING, I. *Dimensiones de la terapia familiar*. Ed. Paidós. Barcelona. 1985.
- ARIAS HORCAJADAS, F. *Trastornos psiquiátricos en dependientes de opiáceos en tratamiento de mantenimiento con naltrexona*. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá de Henares. Facultad de Medicina. 1995.
- ARRANZ MUÑECAS, T.; BELLIDO TORREJON, J.; BOSQUE GABARRE, C.; GALVE FERNANDEZ, L.; NAVARRO HURTADO, M.E. Comorbilidad en los trastornos de personalidad. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. V. 21 nº 2, pp: 33-38. 1993.
- ASTHON, H.; STEPNEY, R. *Psychology and pharmacology*. Tavistok Publications. New York. 1982.
- BACHMAN, J.G.; O'MALLEY, P.M.; JOHNSTON, L. D. Drug use among young adults: the impacts of roles status and social environment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47: 629-645. 1984.
- BAER, D.J.; CORRADO, J.J. Heroin addict relationships with parents during childhood and early adolescent years. *Journal of Genetic Psychology*, 124: 99-103. 1974.
- BANDURA, A. *Teoría del aprendizaje social*. Espasa-Calpe. Madrid. 1982.
- BARR LC.; HENNINGER GR.; GOODMAN W.; CHARNEY DE.; VALUA LH. Efectos de la administración de fluoxetina sobre la respuesta de l'humor en el déficit de Triptofano en temas de salud. *Biol. Psychiatr*. 1997, 41 (9) : 948-954.
- BARBER, JAMES G.; COOPER, BRIAN K.; HEATHER, NICK. The Situational Confidence Questionnaire(Heroin). *The International Journal of the Addictions*, 26 (5), 565-575, 1991.

- BATTAGLIA M. ET AL. Ambulatory polysomnography of never-depresses borderline subjects: a high-risk approach to rapid eye movement latency. *Biol. Psychiatry Neurol.* 1993. 33 (5) : 326-334.
- BAYES, R. *Iniciación a la farmacología del comportamiento*. Ed. Fontanella. Colección Conducta Humana, nº 31. Barcelona. 1977.
- BECK, AT.; FREEMAN, A ET AL. *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Paidós. Barcelona, 1995.
- BENJAMIN, L.S. *Interpersonal and treatment of personality disorders*. New York: Guilford. 1993.
- BLACKWOOD DH ET AL. "Schizoid" personality in childhood: auditory P300 and eye tracking responses at follow-up in adult life. *J. Autism Dev Disord.* 1994. 24 (4) : 487-500.
- BLATT, SIDNEY J; MCDONALD, CATHY; SUGARMAN ,ALAN.; WILBER, CHARLES. Psychodynamic Theories of opiate addiction: new directions for research. *Clinical Psychology Review*, Vol 4. Pp: 159-189. 1984.
- BLATT, STANEY J.; BERMAN, WILLIAM H. Differentiation of personality types among opiate addicts. *J. Personal Assess.* 1990. 54 (1&2). 87-104.
- BLEULER, E. *Affectivitat, suggestibilitat, paranoia*. Halle: Marhold. 1906.
- BLEULER, E. *Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien*. Leipzig: Deutike. 1911.
- BLUM, R.H.; BRAUNSTEIN, L.; STONE, A. *Normal drug use: an exploratory study of patterns and correlations*. A J.O. Cole i J.R. Wittenborn (Eds.) *Drug abuse: social and psychopharmacological aspects*. Charles C. Thomas. Springfield, III. 1969.
- BOHM, EDWALD. *Manual del psicodiagnóstico de Rorschach*. Ed. Morata, S.A. Madrid. Pág:312-313.
- BOTVIN, G.; ENG, A.; WIALLIAMS, C. Preventing the onset of cigarette smoking life skills training. *Preventive Medicine*, 9: 13-143. 1980.

- BRADY, T KATHLEEN ;. DUSTAM, LORRAINE R;. GRICE, E. DOROTHY ;
DANKSY, BONNIE S.; KILPATRICK, DEAN. Personality
Disorder and Assault History in Substance-Dependent
Individuals. *American Journal on Addictions*. Vol. 4, nº 4. Fall
1995.
- BRAVO, M. Características de personalidad de heroinómanos tratados en una
comunidad terapéutica. *Adicciones*, vol 8, nº 1, pp: 33-51. 1996.
- BRICKMAN, P.; RABINOWITZ, V.C.; KARUZA, J.; COATES, D.; COHN, e. ET
AL. Models of helping and coping. *America Psychologist*, 37:
368-384. 1982.
- BRINK, WIM VAN DEN. Personality Disorders and Addiction. *Eur Addict Res* 1995;
1: 161-165.
- BROONER ,ROBERT K;. BIGELOW ,GEORGE E; STRAIN ERIC;. SCHMIDT,
CHESTER W. Intravenous drug abusers with antisocial
personality disorder: increased HIV risk behavior. *Drug and
Alcohol Dependence*, 26 (1990). 39-44.
- BURANT, D.; LIEPMAN, M.R.; MILLER, M.M. *Transtornos de la salud mental y sus
repercusiones en el tratamiento de las adicciones*. En Fleming,
M.F.; Barry, K.L. *Guia clínica de los trantsornos adictivos*.
Madrid. Mosby/Doyma. 1994.
- CABAL BRAVO, J.C.; BOBES GARCÍ A, J.; VÁZQUEZ FERNÁNDEZ, A.;
GONZÁLEZ-QUIRÓS CORUJO, P.; BOUSOÑO GARCÍ A, M.;
GARCÍ A PRIETO, A.; GONZÁLEZ GARCÍ A-PORTILLA, P.
Rasgos Psicopatológicos en pacientes heroinómanos. *Actas Luso-
Esp. Neurol. Psiquiatr*. 17, 3 (161-167), 1989.
- CABAL BRAVO I Cols. Personalidad-dependencia: orientaciones conceptuales. *Rev.
Esp. Drogodep.*, 1989; 14 (3): 161-166.
- CABAL BRAVO, J.C.; BOBES GARCÍ A, J.; VÁZQUEZ FERNÁNDEZ, A.;
GONZÁLEZ-QUIRÓS CORUJO, P.; BOUSOÑO GARCÍ A, M.;
GARCÍ A PRIETO, A.; GONZÁLEZ GARCÍ A-PORTILLA, P.
TAT: Psicodiagnostico en pacientes heroinomanos. *Actas Luso-
Esp. Neurol. Psiquiatr*. 18 , (1), pp: 1-6. 1990.
- CAHOON, DD.; CROSBY, CC. A learing approach to chronic drug use: Sources of
reinforcement. *Behavior Therapy* 3: 64-71.1972.

- CALAFAT FAR, A.; AMENGUAL MUNAR, M. Depresión, depresividad y toxicomania. *Adicciones*, v 3, nº 1, pp: 75-100. 1991.
- CALSYN, DONALD A.; ROSZELL DOUGLAS, K.; CHANEY, EDMUND .F. Validation of MMPI profile subtypes among opioid addicts who are beginning methadone maintenance treatment. *Journal of Clinical Psychology*, November, 1989, Vol.45,Nº.6
- CALSYN DONALD A.; SAXON, ANDREW J. Personality Disorder Subtypes Among Cocaine and Opioid Addicts Using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *The International Journal of the Addictions*, 25(9), 1037-1049, 1990.
- CAMPS MONTANÉ, N. *Comorbiditat de l'esquizofrènia amb la dependència de l'alcohol o de l'heroïna*. Tesi Doctoral Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica. Divisió de Ciències de la Salut. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona. Setembre de 1995. Barcelona.
- CANCRINI, L. *Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles*. Comunidad y Drogas. Cuadernos Técnicos de Estudios y Documentación. Monografía nº 1. Mayo de 1987. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Pág:45-57.
- CANCRINI, L. *Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles*. Comunidad y drogas. Monográfico nº 1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1987.
- CARBONELL MASIA, C. Familia, adolescencia y drogas. *Psicopatol*, v 10, nº 4, pp: 195-197. 1990.
- CARCAS, R.; BELLOC, I.; ARTAL, M.J.; SERRANO, J.J. Estudio de las características de personalidad o esquemas de conductas asociados al consumo de heroína. *Rev.Esp.Drogodep*. 14 (4).pp:257-264 (1989).
- CARDER, B. *Environmental influences on marijuana tolerance*. A N. Krasnegor (Ed.) Behavioral tolerance: research and treatment implications (NIDA Research Monograph Series, nº 18). Government Printing Office, Washington, D.C. 1978.

- CARNÉ, R.; TURNES, E.; BOSCH, D.; ROMAGOSA, J.; BONET, P.; PONS, E. *Estudio de la psicopatología clínica en cuadros de dependencia a opiáceos mediante el MMPI*. Congrés Societat Espanyola de Toxicomanies. Barcelona, 1988.
- CASANOVAS, L.; ALVAREZ REQUEJO, A.; MARTIN ARIAS, L.H.; CARVAJAL, A.; MARTIN DIEGO, I. Automedicación y consumo de drogas en estudiantes universitarios: ¿existe alguna relación?. *Adicciones*. V. 8, nº 4, pp: 441-446. 1996.
- CASAS BRUGUÉ, M. *Trastorno por dependencia de opiáceos: la hipótesis de la automedicación y su repercusión en el debate sobre la legalización de la heroína*. Jano, 15-21. Marzo 1991. XL. Nº 943.
- CASAS BRUGUÉ, M. *Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I)*. Ediciones en Neurociencias, Barcelona, 1992.
- CASAS BRUGUE, M. *Hipotesis de la automedicación y su poible repercusión en el debate sobre la legalización de las drogas*. Casas Brugue, M. coord. *Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I)*. Neurociencias. Barcelona, 1992.
- CASAS BRUGUE, M.; PÉREZ DE LOS COBOS, J.C.; SALAZARBERNARD, I.; TEJERO POCIELLO, A. *Conductas de automedicación en drogodependencias*. Casas Brugue, M. coord. *Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I)*. Neurociencias (Monografías de Toxicomanías). Barcelona, 1992.
- CERVERA, G.; BOLINCHES CLARAMONTE, F.; PEREA, M.; BOLINCHES CLARAMONTE, M.D.; VALDERRAMA ZURIAN, J.C.; MARTINEZ, J. *Comorbilidad psiquiátrica en drogodependientes ingresados en una Unidad Hospitalaria de Desintoxicación*. Sociodrogalcohol. 18ª Jornadas Nacionales. Barcelona, 1990.
- CHEIN, I.; GERALD, D.L.; LEE, R.S.; ROSENFELD, F. *The road to heroin: narcotics, delinquency and social policy*. Basic Books. New York. 1964.
- CIPOLLI, C.; GALLIANI, I. Addiction timeand value of Z indicators in Rorschach of heroin users. *Perceptual and Motor Skills*, 1990, 70, 1105-1106.
- CLERICI, MASSIMO; CARTA, ITALO; CAZZULLO, CARLO LORENZO. Substance Abuse and Psychopathology. A Diagnostic screening of Italian Narcotic Addicts. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* (1989) 24: 219-226.

- COLLIER, H.O.J. *Tolerance, physical dependence and receptors*. A advances in drug research. Vol 3, Horper, N.J, i Simmonds, A.B (Eds.). Academic Press. New York, 171. 1966
- COMAS ARNAU, D. El síndrome de Haddock: alcohol y drogas en enseñanzas medias. Centro de Investigación y evaluación CIDE. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid. 1990.
- CONNORS, G.J.; TARBOX, A.R. *Macroenvironmental factors as determinants of substance use and abuse*. A Galizio, M. I Maisto, S.A. (Eds.). Determinants of substance abuse treatment: biological, psychological and environmental factors. Plenum Press. New York. 1985.
- COPPEN AJ.; DOOGAN DP. Serotonina y su papel en la patogénesis de la depresión. *J. Clin. psiquiatr.* 1988. 49 Suppl: 4-11.
- COSTA L, ET AL. Quantitative electroencephalographic differences associated with alcohol, cocaine, heroin and dual-substance dependence. *Drug Alcohol Depend.* 1997. 46 (1-2) : 87-93.
- COSTA, P. T.; WIDIGER, T. (Eds.) *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Wahington. DC: American Psychological Association. 1993.
- CURS DE DROGODEPENDENCIES. Institut d'Estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya. Tortosa. 1981.
- CRAIGHEAD, KAZDIN, MAHONEY. *Modificación de Conducta. Principios, técnica y aplicaciones*. Ed. Omega. Barcelona. 1981.
- DELGADO PL.; CHARNEY DE.; VALUA LH.; AGHAJANIAN GR.; LANDIS H.; HENINGER GR. Importancia de la serotonina y mecanismos de acción antidepressiva. La inversión antidepressiva indirecta de remisión por el déficit de triptófano en plasma. *Arquee Gen Psiquiatr.* 1990; 47 (5) : 411-418.
- DELGADO PL.; MOLINERO HL.; SALOMON RM.; LICIANO J.; HENINGER GR.; GELENBERG AJ.; CHERNEY DE. Monoaminas y mecanismo de acción antidepressiva: efectos del déficit de catecolaminas sobre el humor en pacientes tratados con antidepressivos. *Psychopharmacol.* 1993, 29 (3) : 389-396.

- DELGADO PL.; VALUA LH.; MOLINERO HL.; SALOMON RM.; AGHAJANIAN GK.; HENINGER GR.; CHARNEY DE. Serotonina y psicobiología de la depresión. Los efectos del déficit de Triptófano en pacientes no consumidores de drogas. *Arquee Gen psiquiatr.* 1994, 51 (11) : 865-874.
- DONOVAN, D.M. *Assesment of addictive hehaviors: implications of an emerging biopsychosocil model.* A D.M. Donovan i G.A. Marlatt (Eds.). Assesment of addictive behaviors: behavioral, cognitive and physiological procedures. Guilford Press. New York. 1987.
- DRAKE ME.; PHILIPS BB.; PAKALNIS, A. Auditory potentials in bordeline personality disorder. *Clin Electroencephalogr.* 1991. 22 (3) : 188-192.
- DSM IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los transtornos mentales.* Ed. Masson. Barcelona. 1995.
- DURAN GERVILLA. La intervención psicológica en drogodependencias desde el modelo psicosocial. *Rev. Esp. Drogodep.* 1989; 14 (3): 189-196.
- EL-BASSEL.; N.; R.F. SCHILLING; J.E.TURNBULL; K.H.SU, "Correlate of alcohol use among mathadone patients", *Alcohol-Clin-Exp-Res.* 1993 Jun; 17(3): 681-6. Columbia University Scholl of Social Work, New York.
- ENQUESTA ESCOLAR DE DROGUES. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. 1994.
- EDWARDS, G. The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to inquiry. *British Jornal of Addictions,* 81: 171-183. 1982.
- EIKELBOOM, R.; STEWART, J. Temporal an environmnetal cus in conditioned hypothermia and hyperthermia associated wity morphine. *Psychopharmacology,* 72: 147-153. 1981.
- FARIAS, A.; ANGHILERI, A *Adicciones: institución y clínica.* Ed .Abal.B.D. 1986.
- FASSINO, S.; SCARSO.G.; BARBERO.L ; PEZZINI. F; FURLAN, P.M. The image of self and the environment in drug abusers: a comparative study the TAT. *Drug and Alcohol Dependence,* 30 (1992), 253-261.
- FEDERN, P. Principles of psychotherapy in latent schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy,* 1, 129-139. 1947.

- FEDERN, P. *Ego Psychology and Psychoses*. New York: Basic Books, Inc. 1952.
- FENICHEL, O. *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Ed. Paidós. Barcelona. 1966.
- FERNANDES, M.; KLUWE, H.; COOPER, H. The development of tolerance to morphine in the rat. *Psychopharmacology*, 54: 197-201. 1977.
- FERNANDEZ, L.; MATA, F.; MAYOL, I. *Breu història del consum de drogues*. A Dossier per a educadors. Ajuntament de Barcelona. Àrea de Joventut. Serveis Socials. Barcelona. 1984.
- FISHBEIN DH.; HERNING RI.; PICKWORTH WB.; HAERTZEN CA.; HICKEY JE.; JAFFE JH. EEG and brainstem auditory evoked response potentials in adult male drug abusers with self-reported histories of aggressive behavior. *Biol Psychiatry*. 1989. 26 (6) : 595-611.
- FITTEAU MJ.; LAPIERRE YD.; BAKISH D.; BLANCHARD U. Reducción de la ideación suicida con ISRS: una revisión de 459 pacientes deprimidos. *J. Psiquiatr. Neurosci*. 1993. 18 (3) : 114-119.
- FLEMING, M.F.; BARRY, K.L.; *Consumo de sustancias toxicas por los adolescentes*. A Guía clínica de los trastornos adictivos. Mosby/Doyma. Pp: 283-303. Madrid. 1994.
- FRANCES, A.; CLARKIN, J.; PERRY, S.: *Differential Therapeutics in Psychiatry*. New York, BrunerMazel. 1984.
- FREUD, S. *Masturbation, addiction and obsessional neurosis*. Standard Edition Vol I. Hogarth Press, London, pp:272. 19. 1987.
- FROEHLICH, J.C.; LI, T.K. *Recent developments in alcoholism: opioid peptides*, Recent-Dev-Alcohol. 1993; 11: 187-205. Department of Medicine, Indiana University School of medicines, Indianapolis.
- GALIZIO, M.; MAISTO, S. *Toward a Biopsychosocial theory of Substance Abuse*. A M. Galizio i S.A. Maisto (Eds.) Determinants of substance abuse treatment: biological psychological and environmental factors. Plenum Press. New York. 1985.
- GARCÍA A LÓPEZ, A.; EZQUIAGA, E. Estudioclinico-descriptivo por sexos de una muestra de 433 drogodependientes. *Adicciones*, 3 (4), pp: 349-357.1991

- GARCÍA A TORO, M.; GONZÁLEZ GUILLÉN, A. La psicopatología inducida por enfermedades somáticas, fármacos, tóxicos y drogas desde un enfoque sistémico. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 25, 1 (50-60), 1997.
- GERRA, G.; CACCAVARI, R.; ZAIMOVIC, U.; PALLADINO, M.; CHITTOLINI, B.; GIUCASTRO, G.; MAESTRI, D. MONICA, C.; FERTONANI-AFFINI, G.; DELSIGNORE, R.; BRAMBILLA, F. Función serotoninérgica en madres de adictos a los opiáceos: correlación con la depresión asociada. *ACTA PSYCHYATR.* 1997 96 (1) : 36-42.
- GHODSE, A.H. *Drugs and addictive behaviour*. Oxford: Blackwell Scientific Publications 1989.
- GODOY, J.F.; FERNÁNDEZ, M.; MUELA, J.A.; ROLDAN, G.; CATENA, A.; PUENTE, A.E. *Discrimination between and among schizophrenics and other pathologies using a Spanish version of the Witaker Index of Schizophrenics Thinking*, *J-Clin-Psychol.* 1994.
- GOLDSTEIN, D.B; GOLDSTEIN, A. Possible role of enzyme inhibition and repression in drug tolerance and addiction. *Biochem. Pharmacol.*, 8: 48. 1961.
- GOTTSCHALK LA.; SELIN C. Comparative neurobiological and neuropsychological deficits in adolescent and schizophrenic and nonschizophrenic. *Psychother Psychosom.* 1991. 55 (1) : 32-41.
- GRAIG, ROBERT J.; OLSON, RONALD E. Differences in psychological need hierarchies between black and white drug addicts. *Journal of Clinical Psychology*, January, Vol. 44, Nº 1.
- GRAIG, ROBERT J. A Psychometric Study of the Prevalence of DSM-III Personality Disorders Among Treated Opiate Addicts. *The International Journal of the Addictions*, 23 (2), 115-124, 1988.
- GRAIG, ROBERT J.; OLSON, RONALD E. MCMI Comparisons of Cocaine Abusers and Heroin Addicts. *Journal of Clinical Psychology*, March 1990, Vol., 46, nº 2.
- GRAÑA GOMEZ, J.L. *Drogodependencias I*. Introducción. Magister en drogodependencias. Universidad de Santiago de Compostela. 1994.

- GUILBERSTAD, H.; DUKER, J. *Handbook for clinical and actuarial MMPI interpretation*. Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1965
- GUIMON J.; MEZZICH, J.E.; BERRIOS, G.E. *Diagnóstico en psiquiatría*. II Congreso Mundial Vasco. Ed. Salvat. Barcelona. 1989.
- GUIMON J. *Psicoanálisis y conductas adictivas: del doble diagnóstico a la automedicación. Diagnóstico Psicopatológico en el campo de las drogodependencias*. Barcelona, Grupo Igia.1992.
- HANDELSMAN, L.; HOLLOWAY, K.; KAHN, R.S.; STURIANO, D.; RINALDI, P.; BERNSTEIN, D.; SIEVER, L.; GABRIEL, S.; TO, T. Relación de la hostilidad con baja prolactina como respuesta al metachlophenylpip en alcohólicos abstemios. *Alcohol Clin Exp* . 1996. 20 (5) : 824-829.
- HECKER, E. Die hebephrenie. *Archive fuer Pathologie, Anatomie und Physiologie*, 52, 394-429. 1871.
- HENNINGFIELD, J.F.; LUKAS, S.E.; BIGELOW, G. *Human studies of drugs as reinforcers*. A S.R. Golberg i I.P. Stolerman (Eds.). Behavioral analysis of drug dependence. Academic Press. New York. 1986.
- HERRERO, M.E.; BACA, E. Specific Treatment Demand as a Definitory Trait of a Typology in Heroin Addicts: Differential Profile of Two Subpopulations. *The International Journal of the Addictions*, 25 (1), pp: 65-79, 1990.
- HESSELBROCK V. ET AL Reduced P300 amplitude in relation to family history of alcoholism among young men risk for alcoholism. *Alcohol. Alcohol. Suppl*. 1993; 2 : 95-100.
- HINSON, R.E.; SIEGEL, S. *The contribution of pavlovian conditioning to ethanol tolerance and dependence*. A J. Rigter i J.C. Cabbe (Eds.) Alcohol tolerance and dependence. Elsevier. Amsterdam. 1980.
- HINSON, R.E.; SIEGEL, S. Nonpharmacological bases of drug tolerance and dependence. *Journal of Psychosomatic Research*, 26: 495-503. 1982.
- HOCH, P. H.; POLANTIN, P. Pseudoneurotic form Of Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 23, 248-276. 1949.
- HOCH, P. H.; ZUBIN, H (Eds). *Anxiety*..New York: Grune & Stratton. 1950.

- HODGSON, R.; STOCKWELL, T. *The theoretical and empirical basis of the alcohol dependence model: a social learning perspective*. A N. Heather, I. Roberston i P. Davies (Eds.). *The Misuse of alcohol*. Croom Helm. Londres. 1985.
- HONG ONG, TECK. Construction of Rating Scales for Measuring Attitudinal and Psychological Characteristics of Drug Abusers. *The International Journal of the Addictions*, 23 (9), 967-989, 1988.
- HUNT, D.G. Parental permissiveness as perceived by the offspring and the degree of marihuana usage among offspring. *Human Relations*, 27: 267-285. 1974.
- ISRALOWITZ, RICHARD E.; TELIAS, DARWIN; ZIGHELBAUM, YAACOV. Heroin Addiction in Israel: A Comparison of Addicts in Prisos, Community-Based Facilities, and Non-Drug Users Based on Selected Psychological Factors. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.
- JABLENSKY, A.; SEVA DÍ AZ, A. *European Handbook of Psychiatry and Mental Health*, Epidemiology of Schizophrenia: a european perspective, (pàg. 808-829), Anthropos.
- JAFFE, J.F.; SHARPLESS, S.K. *Pharmacological denervation supersensitivity in the central nervous system: a theory of physical dependence*. A The addicting States. Wikler, A (Ed). Publ. Ass. Ner. Ment. Dis. Vol 46, Williams&Wilkins. Baltimore, 226. 1968.
- JAWAD SS. ET AL. Psychiatric morbidity and psychodynamics of patients with convulsive pseudoseizures. *Seizure*. 1995. 4 (3) : 201-206.
- JESSE B. MILBY.; MARY K. SIMS.; SADIK KHUDER.; JOSEPH E. SCHUMACHER.; NORMAN HUGGINS.; A. THOMAS MCLELLAN.; GEORGE WOODY.; NEIL HAAS. Psychiatric Comorbidity: Prevalence in Methadone Maintenance Treatment. *AM. J. Drug Alcohol Abuse*, 22 (1), pp: 95-107 (1996).
- JOHNSON, R. D. BARRY, *Mental Illness and Chemical Abuse*. New York State Office of Mental Health, New York, 1995.
- KAHLBAUM, K.L. *Die gruppierung der psychischen kranke?*. Zheiteri. Danzing: A.W Kafemann. 1863.
- KALANT, H. *Behavioral criteria for tolerance and physical dependence*. A J. Fishman (Ed.) *The bases of addiction*. Dahlem Konferenzen. Berlin. 1978.

- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. Sinopsis de Psiquiatria. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1996.
- KHANTZIAN, E.J. The Self-medication hypothesis of addictive disorders. *Amer.J. Psychiatry*, 142, 11, 1985.
- KHANTZIAN, E.J. The self medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *Am. J. Psychiatry*, 142, 11:1259-1265. 1985.
- KESNER, R.P.; BAKES, T.B. *Morphine tolerance: behavioral and physiological models*. A J.Mrtínez.; J.L. Jensen.; R.B. Messing.; H.E. Rigter & J.L. Mcgaugh (Eds.). Endogenous peptides and learning and memory process. Academic Press. New York. 1981.
- HETY, S.; ROSENTHAL, D.; WENDER, P.; SCHULSINGER, F. Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In D. Rosenthal & S. Kety (Eds.). *Transmission of schizophrenia* (pp. 345-362). Oxford: Pergamon. 1968.
- KIESLER, D. *The 1982 interpersonal Circle: an analysis of DSM-III personality disorders, in Contemporary Directions in Psychopathology*. Editat per Millon, T.; Klerman, G. New York, Guilford Press. 1986.
- KINCANNON, JC. Prediction of the standart MMPI scale scores from 71 items. *The Mini Mult. Of Consulting and Clinical Psychology*. 1968. 32, 319-325.
- KNOTT, D.M.; BEARD, J.D.; KINK, R.D. *Medical aspectes of alcoholism*. A W.M. Cox (Eds). Treatment and prevention of alcohol problems: a resource manual. Academic Press. New York. 1987.
- KOHUT, H. *The analysis of the Self*. International Universities Press, New York. 1971.
- KORZEKWA MI.; LAMONT JA.; STEINER M. Desordres disfòrics i revisió de l'eix tiroidal. *J. Clin Endocrinol Metab*. 1996. 81 (6) : 2280-2284.
- KOSTEN, THERESE A.; KOSTEN, THOMAS R.; ROUNSAVILLE, BRUCE J. Personality Disorders in Opiate Addicts Show Prognostic Specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol 6,pp: 163-168, 1989.
- KRAEPELIN, E. *Psychiatrie: Ein lehrbuch* (5th ed.) Leipzig: Barth. 1896.

- KRAMER, P.D. *Escuchando el Prozac*. Ed. Seix Barral. Barcelona. 1994.
- KRANK, M.D.; HINSON, R.E.; SIEGEL, S. Conditional hyperalgesia is elicited by environmental signals of morphine. *Behavioral and Neural Biology*, 32: 148-157. 1987.
- KRYSTAL, H.; RASKIN, H.A. *Drug dependence: Aspects of Ego Functions*. Wayne State University Press, Detroit. 1970.
- LAL, H.; MIKSIC, S.; DRAWBAUGH, R.; NUMAN, R.; SMITH, N.; Alleviation OF narcotic withdrawal syndrome by conditional stimuli. *Paulovian Journal of Biological Science*, 11: 215-262. 1976.
- LANGFELD, G. The prognosis in schizophrenia and the factors influencing the course of the disease. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Supplementum 13. 1937.
- LEBOUVIE, E.W. Relación de la personalidad con el consumo de alcohol y drogas en adolescentes: una perspectiva práctica. *Pediatrician*, 1987; 14 (1-2): 1º-24.
- LESSWING NORMAN, J.; DOUGHERTY RONALD, J. Psicopatología en Pacientes Dependientes del Alcohol y la Cocaína: Comparación de resultados con Test Psicológicos. *RET, Revista de Toxicomanias*, nº 1, pp: 28-30. 1994.
- LEVENTHAL, H.; CLEARY, P.D. The smoking problem: a review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*, 88: 370-405. 1980.
- LIZASOAIN, L.; JOARISTI, L. *SPSS para Windows*. Versión 6,0.1 en castellano. Editorial Paraninfo. Madrid. 1995.
- LIMBEEK, JACQUES V; WOUTERS, LUUK.; KAPLAN, CHARLES D.; GEERLINGS, PETER J; ALEM. VINCENT, V. Prevalence of Psychopathology in Drug-Addicted Dutch. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 9, pp: 43-52, 1992.
- LODHI, P.H.; THAKUR, SANGITA. Personality of drug addicts: Eysnckian analysis. *Person. Individ. Diff.* Vol, 15, nº 2, pp:121-128. 1993.
- LUDWIG, A.M.; STARK, L. M. Alcohol craving: subjective and situational aspects. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35: 899-905. 1974.

- LUSILLA RAUSA, B. Aspectos contextuales de las toxicomanías. *Vinculos*. Nº 1, pp: 139-150. 1990.
- LLOPIS LLACER.J.J.; PÉREZ GÁLVEZ.B.S.; DE VICENTE MANZANARO.
Personalidad en mujeres alcohólicas y adictas a opiáceos: un estudio comparativo. *An. Psiquiatr*, Vol. 8, nº 10, 1992, pp: 398-404.
- MALONE, K.; CORBITT, E.; LI, S.; MANN, J. Resposta de la prolactina en l'intent suïcidi i depressions severes. *Br. J Psiquiatr*. 1996. 168 (3) : 324-329.
- MALOW ROBERT M.; WEST JEFREY A.; CORRIGAN SHEILA A; PENA, JOSE M.; LOTT W. CRISS. Cocaine and Speedball Users: Differences in Psychopathology. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 9, pp: 287-291. 1992.
- MANDELL, W. *Types and phases of alcohol dependence illness*. A M.Galanter (Ed.) Recent developments in alcoholism. Vol 3. Plenum Press. New York. 1983.
- MANSILLA IZQUIERDO, F. Crisis de adolescencia y drogadicción: aproximación dinámica. *Revista española de drogodependencias* 14 (4).pp: 287-291.1989.
- MATHEW, R.J.; CLAGHORN, J.L.; LARGEN, J. Craving for alcohol in sober alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 136: 603-608. 1979.
- McORD I McCORD. *Origins of alcoholism*. Standford, Calif: Standford. 1960.
- McKENNEL, A.C. Smoking motivation factor. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 9: -22. 1970.
- MEEHL, P.E. Specific genetic etiology, psychodynamics, and therapeutic nihilism. *International Journal of Mental Health*, 1, 10-27. 1972.
- MEEHL, P. Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia. *American Psychologist*; 1962. Vol. 17. Nº 12, 827-838.
- MELCHIOR, C.L.; TABAKOFF, B. Environment-dependent tolerance to the lethal effects of ethanol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 6: 360-373. 1984.
- MELTZER, H. Disfunción serotoninérgica en la depresión. *Br. J. Psiquiatr*. Suppl. 1989, 8 : 25-31.

- MEYER, A. Fundamental conceptions of dementia precox. *British Medical Journal*, 2, 757-760. 1906.
- MILLON, T.; DISENHAUS, H. *Research Methods in psychopathology*. New York: Wiley. 1972.
- MILLON, T. *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York: Wiley. 1990.
- MILLON, T.; MILLON, C.; DAVIS, R. D. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. Mineapolis: National Computer Systems. 1994.
- MILLON, T. *Trastornos de personalidad. Más allá del DSM IV*. Masson. Barcelona. 1998.
- MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. CH. *Técnicas de terapia familiar*. Ed. Paidós. Barcelona. 1985.
- MODESTIN, J. ET AL. Season of birth: comparison of patients with schizophrenia, affective disorders and alcoholism. *Acta Psychiatrica Scandinava*. Vol. 91, nº 2, 1995, pp: 140-143.
- MOLINERO HL.; DELGADO PL.; SALOMON RM.; HENINGER GR.; CHARNEY DE. Efectos del AMPT en pacientes deprimidos. *Neuropsychofarmacol*. 1996, 14 (3) : 151-157.
- MONRAS, M. Perfil de personalidad en enfermos alcohólicos a través del Cuestionario Mini-Mult. XIV Jornadas de Sicidrogalcohol. Cáceres. 1986.
- MONRAS, M.; SALAMERO, M. Perfil de Personalidad y adherencia a grupos. XV Jornadas de Socidrogalcohol. Zaragoza. 1987.
- MONTOYA, IVAN D.; HESS ,M.P.H. JUDITH M; COVI, LINO; FUDALA, PAUL J.; JOHNSON ROLLEY ,E.. Estudio comparativo de la psicopatología y de las funciones cognitivas en pacientes dependientes de la cocaína y los opiáceos. *American Journal on Addictions*.1994. 3, pp: 36-42.
- MOREL, B. A. *Traite theoriquee pratique des maladies mentales* (Vols. 1 and 2) Paris: Bailliere. 1852-1853.

- NEUMEISTER U.; PRASCHAK-RIDER N.; HESSELMANN B.; VITOUCH O.; RAUH DM.; BAROCK U.; KASPERS, S. Disminución de Triptófano en pacientes no consumidores deprimidos en relación con el trastorno afectivo estacional. *Soy J. Psiquiatr.* 1997. 154 (8) : 1153-1155.
- NEWCOMB, C I Cols. Acontecimientos vitales y consumo de drogas entre adolescentes: efectos mediadores de la pérdida de control percibida y la falta de significado de la vida. *J. Person Soc Psychol.* 1986; 51 (3): 564-577.
- NOGUERAS ORMAZÁBAL, B.; MENDIVIL FERRÁNDEZ.J.L.; EGUILUZ URRUCHURTU.I.; GONZÁLEZ TORRES., M.A. El doble diagnóstico. Esquizofrenia i toxicomania: revisión de literatura. *Psiquis.*1993, 14(3), 119-127.
- NUÑEZ, R. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. Ed. El manual moderno. México. 1979.
- O'BRIEN, C.P. Experimental analysis of conditioning factors in human narcotic addiction. *Journal of Personality and Social psychology*, 51: 564-577. 1975.
- O'BRIEN, C.P.; TERNES, J.W. *Conditioning as a cause of relapse in narcotic addiction.* A E. Gottheli i A.T. McLellan (Eds.) *Addiction research and treatment: converging trends.* Pergamon Press. New York. 1978.
- O'BRIEN, C.P.; NACE, E.; MINTZ, J.; MEYERS, A.; REAM, N. Follow-up of vietnam veteran. Part I: relapse to drug use after vietnam service. *Drug and Alcohol Dependence*, 5:333-340. 1980.
- O'BRIEN, C.P.; EHRMAN, R.V.; TERNER,, J.W. *Classical conditioning in human opioid dependence.* A S.R. Golberg i I.P. Stolerman (Eds.). *Behavioral analysis of drug dependence.* Academic Press. New York. 1986.
- O'BRIEN, C.P.; JAFEE, J.M. *Addictive states.* Raven Press. New York. 1993.
- O'BRIEN, C.D. Experimental analysis of conditioning factors in human narcotic addiction. *Journal of Personality and Social psychology*, 51: 564-577. 1975.

- OGISO Y. ET AL Relationship between clinical symptoms and EEG findings in borderline personality disorder. *Jpn. J. Psychiatry Neurol.* 1993. 47 (1) : 37-46.
- OUGHOURLIAN, J.M. *La persona del toxicómano*. Ed. Herder. Barcelona. 1977.
- PAULOV, I.P. *Conditioned reflexes*. Oxford University Press. London. 1927.
- PEARCE, I. The recognition of depressive disorders in children. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 71: 494-550. 1978.
- PEELE, S. *The meaning of addiction: compulsive experience and its interpretation*. Lexington Books. Lexington: Massachussets. 1985.
- PÉREZ DE LOS COBOS, J.C.; CASAS BRUGUE, M. *Hipotesis de la automedicación en pacientes drogodependientes con patología esquizofrénica*. En Casas Brugue, M. coord. *Transtornos Psíquicos en las Toxicomanias (I)*. Barcelona. Ediciones Neurociencias. Monografías de Toxicomanias. 1992.
- PÉREZ DE LOS COBOS.J.; BATLLE. F; CASAS, M. Propuesta para una mejor integración de las drogodependencias en la nosología psiquiátrica. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 24, 2 (63-65), 1996.
- PERINI GI. ET AL. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996. 61 (6) : 601-605.
- PHILLIPS.G.T.; GOSSOP, M.; BRADLEY, B. The Influence of Psychological Factors on the Opiate Withdrawal Syndrome. *British Journal of Psychiatry* (1986), 149, 238-238.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS . Memòria 1996. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid. 1997.
- POST, R.M.; LOCKFIELD, A.; SQUILLACE, K.M.; CONTEL, N.R. Drug environment interaction: context dependency of cocaine induced behavioural sensitization. *Life Sciences*, 28: 755-760. 1981.
- POWELL., JANE; BRADLEY, BRENDAN; GRAY, JEFREY. Classical conditioning and cognitive determinants of subjective craving for opiates: an investigation of their relative contributions. *British Journal of Addiction* (1992) 87, 1133-1144.

- PROCHASKA, J.O.; PROCHASKA, J.M. *Model transteòric de canvi per a conductes addictives*. A M. Casas i M. Gossop (Eds.) *Recaiguda i Prevenció de recaigudes*. Citran. Barcelona. 1993.
- RADO, S. *The probem of melancholia*. A PSYCHOANALYSIS OF BEHAVIOR. COLLECTED PAPERS, VOL I, GRUNE AND STRATTON, NEW YORK, 1927.
- RADO, S. *Schizotypal organization: Preliminary report on a clinical study of schizophrenia*. In S. Rado & G.E. Daniels (Eds.). *Changing concepts of psychoanalytic medicine* (pp. 225-236). New York: Basic Books. 1956.
- RAMBLA AMAT, M.; FERNÁNDEZ RODRIGUEZ, N. *Variaciones psicométricas en el MMPI entre toxicomanos y no consumidores de drogas: elevación de las escalas de depresión y desviación psicopática con notables diferencias en las subescalas de Harris y Lingoes*. Congrés Fundacional de la Societat Espanyola de Toxicomanies. Barcelona, 1988.
- RAPAPORT, D.; GILL, M.; SCHAFER, R. *Diagnostic psychological testing* (2 vols). Chicago: Year Book Publishers. 1945-1946.
- RAPAPORT, D.; GILL, M.; SCHAFER, R.; HOLT R. *Diagnostic Psychological Testing* (rev. Ed.) New York: International Universities Press. 1968.
- ROSENBERG, C.M. *Determinants of psychiatric illness in young people*. *British Journal of Psychiatry*, 115: 907-915. 1969.
- ROUNNSAVILLE, BRUCE J.; KOSTEN. THOMAS R.; WEISSMAN. MYRNA M; PRUSOFF, BRIGITTE; PAULS, DAVID; FOLEY, ANTON SUSAN.; MERIKANGAS ,KATHLEEN. *Psychiatric Disorders in Relatives of Proband With Opiate Addiction*. *Arch. Gen.Psychiatry*. Vol 48, January 1991.
- RUIZ CARRASCO, P.; LOZANO SAN MARTIN, E.; POLAINO LORENTE, A. *Los valores en el adolescente y el consumo de sustancias*. *An Psiquaitria*. Vol. 10, nº 3, pp: 115-120. 1992.
- RUTTER, M. *The development psychopathology of depression: issues and perspectives*. A : Rutter, C.E.; C.E. Izard i P.B. Read (Eds.): *Depression in young people*. New York. Guilford. 1986.
- SAFFER, H.J. *The disease controversy: of methaphors, maps and menus*. *Journal of Psychoactive Drugs*, 17: 65-76. 1985.

SAINZ CASADO, A.M. *Significado de un problema de drogas en la adolescencia*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Madrid, 1995.

SALAZAR BERNARD, I.; CASAS BRUGUE, M.; RODRIGUEZ LOPEZ, A. *Conductas de automedicación en drogodependencias desde la teoría de los constructos personales*. En Casas Brugue, M. coord. *Transtornos Psíquicos en las Toxicomanias (I)*. Barcelona, Neurociencias. Monografía de Toxicomanias. 1992.

SALOMON RM.; MOLINERO HL.; DELGADO PL.; CHARNEY D.; Déficit de triptófano en la evaluación de la serotonina en la depresión y otros trastornos neuropsiquiátricos. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1993; 8 Suppl, 2 : 41-46.

SANTACREU MAS, J.; FROJAN PARGA, M.X.; HERNANDEZ DONDRAGON, J.A. Papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I). *Rev Esp Drogodepend* v 16, nº 3, pp: 201-215. 1991.

SAKEL, M. Theorie der Sucht. 2 Ges. *Neurol. Psychiat*, 129, 639. 1930.

SCHAFER, R. The clinical application of psychological test. New York: International Universities Press. 1948.

SCHIANKE, S.T.; GILCHRIST, LD. Primary prevention of tobacco smoking. *Journal of School Health*, 53: 416-419. 1983.

SHAFFER, JOHNS W.; NURCO ,DAVID N.; HANLON ,THOMAS E.; KINLOCK ,TIMOTHY W; DUSZYNSKI ,KAREN; STEPHENSON, PHILIP. MMPI-168 profiles of malenarcotic addicts by ethnic group and city. *Journal of Clinical Psychology*, March 1988, Vol. 44, nº 2.

SHUSTER, L. Repression and de-repression of enzyme synthesis as a possible explanation of some aspects of drug action. *Nature*, 189,314. 1961.

SIEGEL, S. Evidence from rats that morphine tolerance is a learned response. *Jornal of Comparative Psysiological Psychology*, 89: 498-506. 1975.

SIEGEL, S. Morphine analgesic tolerance: its situation specificity supports a pavlovian conditioning model. *Science*, 193: 323-325. 1976.

- SIEGEL, S. Tolerance to the hyperthermic effect of morphine in the rats is a learned response. *Journal of Comparative Physiological Psychology*. 92:1137-1149. 1978
- SIEGEL, S. *The role of conditioning in drug tolerance and addiction*. A J.D. Keehn (Ed.) Psychopathology in animals: research and treatment implications. Academic Press. New York. 1979.
- SIEVER, L.; DAVIS. A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658. 1991.
- SKINNER, B.F. *La conducta de los organismos*. Ed. Fontanella. Barcelona. 1975.
- SKINNER, B.F. *Ciencia y conducta humana*. Ed. Fontanella. Barcelona. 1977.
- SKINNER, H.A. Alcohol dependence: how does it come about ?. *British Journal of Addictions*, 81: 193-195. 1986.
- SOLER INSA, P.A. *Fenomenología de la abstinencia de opiáceos. Valoración y autoevaluación en pacientes dependientes de heroína*. Tesi Doctoral, nº 2026. Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona, llegida el 3/12/1992.
- SORRIBAS, A.; ABELLA, F.; GÓMEZ, X.; MARCH, J. *Metodología estadística en ciencias de la salud: Del disseny de l'estudi a l'anàlisi de resultats*. Col. Eines. Edicions de la Universitat de Lleida. 1998.
- SPRAGG, SD,S. Morphine addiction in chimpanzees. *Comparative Psychology Monographs*, 15: 79-132.
- SPEALMAN, R.D.; GOLDBERG, S.R. Drug self-administration by laboratory animals: control by schedules of reinforcement. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 18: 313-339. 1978.
- STALENHEIM, EG.; I COLS. Platelet monoamine oxidase activity as a biological marker in a Swedish forensic psychiatric population. *Psychiatry Res.* 1997. 24; 69 (2-3): 79-87.
- STANTON, M.D.; TODD, T i Cols. *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Ed. Gedisa. Barcelona. 1988.
- STEIN DJ.; HOLLANDER E.; LIEBOWTZ MR. Neurobiología de la impulsividad y de los trastornos del control de los impulsos. *J. Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1993, 5 (1) 9-17.

- STOCCO, P. Uso de la droga en la enfermedad del ideal. *Adicciones*, v. 3, nº 4, pp: 341-348. 1991.
- TALBOTT, JOHN, A.; HALES, ROBERT, E.; YUDOFISKY, STUART. *Tratado de Psiquiatria*. The American Psychiatric Press. Ed. Ancora, S.A. Barcelona. 1989.
- TEJERO, A; FURIÓ, E; HERNÁNDEZ, E; BLANCAFORT, F; TRUJOLS, J. ABELLANAS, A. FORTES, D. *Evaluación de la personalidad a través del MMPI en una muestra de pacientes adictos a opiáceos*. Congrés Fundacional Societat Espanyola de Toxicomanies. Barcelona, 1988.
- TEJERO POCIELLO, A.; CASAS BRUGUE, M. *Hipotesis de la automedicación y su relevancia en la explicación de la relación clínica existente entre los trastornos de la personalidad y las drogodependencias*. Casas Brugue, M. coord. *Trastornos Psíquicos en las Toxicomanias (I)*. Neurociencias. Barcelona, 1992.
- TENSDALE, J.D. Conditioned abstinence in narcotic addicts. *International Journal of Addictions*, 8: 273-292. 1973.
- TIEN A.Y.; ANTHONY, J.C. Epidemiological analysis of alcohol and drug use risk factors psychotic experiences. *J. Nerv. Ment. Dis.* 178, 8: 473-480. 1990.
- TORO, J. *Características psicobiológicas de la adolescencia*. A M. Sanchez Turet (Ed.): *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. PPU. Barcelona. 1993.
- VERKES, R.J. I COLS. Borderline personality, impulsiveness, and monoamine measures in bulimia nervosa and recurrent suicidal behavior. *Biol Psychiatry*. 196. 1; 40 (3): 173-180.
- VUKOV, M. ET AL. Personality dimensions of opiate addicts. *Acta Psychiatrica Scandinava*. Vol. 91, nº 12, 1995, pp: 103-107.
- WALFISH, STEVEN; STENMARK, DAVID E.; SHEALY, SUZANNE E.; KRONE, ANTON M. MMPI Profiles of Impaired Nurses. *The International Journal of the Addictions*, 26 (2), 189-194, 1991.
- WENDER, P. H. The scope and the validity of the schizophrenic spectrum concept. In V. M. Rakoff, H.C. Stancer, & H. B. Kew (Eds.), *Psychiatric diagnosis*. New York: Follet. 1977.

- WHALEY, D. L.; MALOTT, R. W. *Psicología del comportamiento*. Col. Conducta Humana, nº 35. Ed. Fontanella. Barcelona. 1978.
- WIKLER, A. Electroencephalographic changes associated with chronic alcoholic intoxication and the alcohol abstinence syndrome. *Am.J.Psychiat.* 113, 106. 1956.
- WIKLER, A. *Conditioning factors in opiate addiction an relapse*. A D.I. Wilnes i G.G. Kassebaun (Eds.). Narcotics. McGraw-Hill. New York. 1965.
- WIKLER, A. Interaction of phsysical dependence and classical and operant conditioning in the genesis of relapse. En A. Wikler, ed. *The Addictive States*. Baltimore: Williams and Wilkins. 1968.
- WIKLER, A. The search for the psyche in drug dependence: a 35 year retrospective study. *Journal for Nervous and Mental Disease*, 165: 2940. 1977.
- WILLIS, T. *Pathologiae cerebri et nervosi generis*. Amsterdam: D. Elzevir. 1668.
- WOODS, J. M.; SCHUSTER, C . R. *Opiates as reinforcing stimuli*. A T. Thompson i R. Pickens (Eds.). Stimulus propertiers of drugs. Appleton-Century-Crofts. New York. 1971.
- WOODS, J.M. *Opiates as reinforming stimuli*. A T. Thompson i R. Pickens(Eds.).Stimulus properties of drugs. Appleton. Century-Crofts. New York. 1978.
- WURMSER, L. *He Hidden Dimension, Psychodynamics of Compulsive Drug Use*. Aronson, New York. 1978.
- WURTMAN RJ.; OROURKE D.; WURTMAN JJ. Abuso de comida en los desordenes depresivos. Los posibles mecanismos cerebrales. *Ann N Y Acad Sci.* 1989, 575 : 75-82.
- YOUNG, A. M.; HERLING, S. *Drugs as reinforces: Studies in laboratory animals*. A S.R. Golberg i I. P. Stolerman (Eds.). Behavioral analysis of drug dependence. Academic Press. New York. 1986.
- ZILBOORG, G; HENRY, G.W. *A History of Medical Psychology*. New York: W.W. Norton&Co, Inc.1941.
- ZUCKER, R.A.; GOMBERG, E.S.L. Etiology of alcoholism reconsidered: the case for a biopsychological process. *American Psychologist*, 41: 783-793. 1986.

Aportació bibliogràfica específica

B. Nogueras Ormazábal.; J.L. Mendivil Ferrández.; I. Eguiluz Urruchurtu.; M.A. González Torres.

El doble diagnóstico. Esquizofrenia y toxicomania: revisión de la literatura. *Psiquis*. 14 (3), pp: 119-127. 1993.

Prèvia contextualització històrica del tema, ja esmentada anteriorment (pàg. 21 i 22), els autors fan referències importants al tema de la comorbiditat entre trastorn mental i toxicomania. Diuen que les drogues amb propietats antipsicòtiques podrien emmascarar els símptomes i els pacients rebrien una menor atenció clínica. Comparant els estudis realitzats entre pacients esquizofrènics joves i la població general s'observa que els pacients esquizofrènics usen cinc vegades més sedants, vuit vegades més estimulants, cinc vegades més narcòtics i dues vegades més psicodislèptics. Pel que fa a les raons de l'abús, distingeixen:

- a) Pacients esquizofrènics que diuen usar els tòxics per a millorar els seus contactes socials i per "influència dels seus amics".
- b) Pacients que usen les drogues per aconseguir més energia, reduir els nivells d'ansietat i depressió. Aquests pacients poden utilitzar les drogues per a medicar símptomes específics.
- c) Un petit grup de pacients utilitzaria les drogues per a reduir els seus símptomes extrapiramidals.

S'ha postulat que l'ús de la Cannabis com a factor de risc en el desenvolupament de les esquizofrènies. En una ampla mostra aquesta autora observa que el risc de patir esquizofrènia entre els consumidors de Cannabis és sis vegades més gran que entre els no consumidors.

Com a aportació de les seves opinions a la terapèutica dels trastorns duals, proposen els autors:

- a) Presa de contacte i enganxe.
- b) Persuasió.
- c) Tractament actiu.
- d) Prevenció de recaigudes.

Els components fonamentals d'aquestes quatre fases inclouen el control del cas, teràpia de grup, abordatge psicofarmacològic, escreening toxicològic, desintoxicació, cooperació familiar i participació en grups d'autoajuda.

Casas Brugué, Miquel.

Transtornos psíquicos en las toxicomanías (I). Ediciones en Neurociencias, Barcelona, 1992.

La Metadona com un fàrmac amb propietats similars als antipsicòtics quant a poder per fer remetre simptomatologia psicòtica.

Plantejament del paradigma de l'automedicació. Una raó biològica del funcionament íntim de les reaccions bioquímiques cerebrals, en la participació de la qual hi intervindrien els receptors d'opiàcis, podria explicar l'avidesa de certs individus pel consum compulsiu d'opiàcis, perquè aquesta aportació exògena d'opiàcis podria compensar la desregulació que pateixen a nivell del seu sistema opioide.

Trastorns com l'Esquizofrènia podrien trobar en l'aportació d'opiàcis exògens un alleujament de la simptomatologia, perquè aquests actuarien mitigant la gènesi del trastorn.

L'alcohol en darrera instància, potser també produeixi algun metabòlic actiu a nivell de bioquímica cerebral que s'integri en algun graó de la cadena del sistema opioide.

Malgrat presentar molt indicis, no hi ha treballs en aquest sentit.

A. Jablensky; A. Seva Díaz (dir).

European Handbook of Psychiatry and Mental Health, Epidemiology of Schizophrenia: a european perspective, (pàg. 808-829), Anthropos.

L'Esquizofrènia presenta un marcat polimorfisme de manifestacions clíniques i manca de signes patognomònics o símptomes específics. És possible que la majoria de portadors del genotipus de l'esquizofrènia estiguin asimptomàtics o només tinguin manifestacions subclíniques i situacions atípiques (espectre esquizofrènic).

El curs de l'esquizofrènia és variat i difícil de preveure. Moltes vegades el seu inici és indistingible d'una progressiva accentuació o agreujament dels trets d'una personalitat premòrbida.

Malgrat la intensa recerca de marcadors en els darrers anys, encara no hi ha cap instrument que permeti una senzilla identificació de l'esquizofrènia per *escreening* de la població, com succeeix amb moltes altres malalties.

La Incidència és un indicador valuós en l'estudi de l'esquizofrènia, perquè permet investigar esdeveniments disparadors en el període previ al debut del trastorn, ja que són propers en el temps. Per tant, la investigació epidemiològica d'associacions

significatives entre el debut i els antecedents personals ambientals immediats, és una bona estratègia de recerca.

R.Johnson; D. Barry, Mental Illnes and Chemical Abuse, New York State Office of Mental Health, New York, 1995.

Recolzament institucional a l'estat de New York quant a la mobiditat de trastorns mentals i abús de substàncies. Desenvolupament de programes integrals en el tractament especialitzat del trastorn mental associat amb l'abús o dependència de substàncies coma entitat pròpia.

N. El-Bassel; R.F. Schilling; J.E.Turnbull; K.H.Su, "Correlate of alcohol use among mathadone patients", Alcohol-Clin-Exp-Res. 1993 Jun; 17(3): 681-6. Columbia University Scholl of Social Work, New York.

Estudi dels marcadors d'alcoholisme entre 201 pacients de tres programes de manteniment amb metadona, a la ciutat de New York. Utilitza el test *Michigan Alcohol Screening*. Una quarta part de la mostra tenia criteris de dependència de l'alcohol. Pocs subjectes desenvolupaven cap altra modalitat de tractament per la dependència de substàncies diferent del PMM. Els alcohòlics havien començat a usar alcohol en una edat precoç, i quasi tots els alcohòlics van admetre l'abús de l'alcohol abans d'entrar en el PMM. Més alcohòlics que no alcohòlics van presentar símptomes de somatització, conducta obsessiu-compulsiva, depressió, ansietat fòbica i psicosi. Amb tècnica estadística de Regressió, es va observar que l'alcoholisme entre els pacients en PMM estava associat amb anys de beure, anys d'utilització de la via parenteral, utilització de desintoxicació d'opiàcis però no desintoxicació de l'alcohol, increments més petits de la dosi de metadona al llarg del temps i simptomatologia psiquiàtrica. Les troballes es discuteixen en termes de les seves implicacions de cara a tractaments més eficaços en pacients addictes a ambdues substàncies en PMM.

J.C. Froehlich; T.K. Li; "Recent developments in alcoholism: opioid peptides", Recent-Dev-Alcohol. 1993; 11: 187-205. Departament of Medicine, Indiana University School of medicines, Indianapolis.

Un gran cos d'evidències indiquen que el sistema opioide endogen juga un important paper en el manteniment del comportament d'ingesta d'alcohol. Les investigacions indiquen que les propietats reforçadores de l'alcohol que condueixen a continuar i repetir les ingestes, són degudes, en part, a l'activació induïda per l'alcohol del sistema opioide endogen. Els antagonistes opiàcis disminueixen el *craving* d'alcohol, el consum d'alcohol i la pèrdua del control sobre la beguda. La capacitat dels antagonistes opiàcises discuteix en aquest estudi, de cara a millorar el tractament després de l'alta quant a prevenir recaigudes.

J.F. Godoy; M.Fernàndez; J.A.Muela; G. Roldan; A.Catena; A.E. Puente.

“Discrimination between and among schizophrenics and other pathologies using a Spanish version of the Wisker Index of Schizophrenics Thinking”, J-Clin-Psychol. 1994 Mar; 50(2): 158-61, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada. España.

La versió espanyola del *wist*, va ser administrada a dues sèries de subjectes. En el primer estudi, es va administrar el *wist* a 147 subjectes d'ambdós sexes agrupats en una de les sis categories: esquizofrènia paranoide aguda, esquizofrènia aguda no paranoide, esquizofrènia paranoide crònica, esquizofrènia no paranoide crònica, normals i estudiants universitaris. Els resultats van revelar grans diferències: els esquizofrènics van puntuar significativament més alt. Malgrat tot, els esquizofrènics crònics van puntuar més alt que els esquizofrènics aguts. En el segon estudi, un grup heterogeni d'esquizofrènics va ser comparat amb un grup d'addictes de l'heroïna i subjectes depressius. Amb una N total de 93 individus. Es van trobar diferències significatives: els esquizofrènics van puntuar més alt que els altres casos clínics de depressius i heroïno-depenents.

A. García López; E. Ezquiaga.

Estudio clinico-descriptivo por sexos de una muestra de 433 drogodependientes. Adicciones, 3 (4), pp: 349-357.1991

En la interrelació de les variables socio-demogràfiques, amb la distinta evolució del resultat terapèutic, els autors d'aquest estudi conclouen que les diferències que caracteritzen el perfil d'un i altre sexe no semblen determinar l'evolució a curt plaç de la drogodependència, doncs les dades evolutives en ambdós sexes, inclosa la taxa de retenció, són similars.

R.Carcas; I.Belloc; M.J. Artal; J.J. Serrano.

Estudio de las características de personalidad o esquemas de conductas asociados al consumo de heroína. Rev.Esp.Drogodep. 14 (4).pp:257-264 (1989).

La dependència a la heroïna i l'estil de vida que comporta en la majoria dels casos, s'interpreten com una sèrie de comportaments apresos i que, com a tals, es poden canviar.

En la problemàtica de la dependència als opiacis influeixen complexes variables de tipus socioeconòmic, fisiològic, psicològic, familiar, educatiu, etc. Els autors fan una descripció del problema seguint un paradigma conductual: els opiacis són substàncies d'extremada psicoactivitat, capaços de modificar processos fisiològics fonamentals, com les sensacions de dolor, plaer, satisfacció i altres emocions. La heroïna, concretament, actua com un potent reforçador (al revertir les sensacions negatives desplaenteres). Anatòmicament, existeixen àrees cerebrals que regulen aquestes sensacions plaenteres. La seva localització real es troba en el SNC: el sistema límbic i l'hipotàlam lateral superior seria el substrat anatòmic. La neurotransmissió d'aquestes zones és de caràcter noradrenèrgic i dopaminèrgic.

Existeixen certs factors o esquemes de conducta que afavoreixen, o que al menys van associats, al consum i que són explicats pels autors. Així, s'observa en els

pacients heroinòmans: conductes desadaptades, problemes psicològics diversos, escassa tolerància a la frustració, personalitats volubles i plàstiques, *amb escàs contacte amb la realitat*, d'emoció i torbació fàcil, sovint amb queixes psicossomàtiques, tendència a no acceptar responsabilitats i amb freqüents desajustaments afectius. Hi han determinades peculiaritats de personalitat del jove que afavoreixen la demanda (primer) i el consum de drogues (després) en un determinat moment existencial. El consum influirà en els esquemes de conducta que condicionaran un estil de vida molt determinat.

A. Farias; A. Anghileri.

Adicciones: institución y clínica. Ed .Abal.B.D. 1986.

El drogodependent incorpora la droga per a compensar un Jo foradat, un narcisisme fallit.

O. Fenichel.

Teoría psicoanalítica de las neurosis. Edit. Paidós. Barcelona, 1966.

Els drogodependents necessiten que s'els hi proporcioni afecte i seguretat per a que puguin autoafirmar-se, ja que s'autogratifiquen amb el tòxic.

F. Mansilla Izquierdo.

Crisis de adolescencia y drogadicción: aproximación dinámica. Revista española de drogodependencias 14 (4).pp: 287-291.1989.

S'intenta donar una explicació del perquè *només* alguns dels adolescents, de tots aquells que han consumit drogues, arriben a toxicòmans.

Algunes de les característiques del període de l'adolescència, és el refús a tot tipus de ternura, l'oposició als pares, aïllament, tancar-se sobre sí mateix, la ruptura amb el món el tancament en somnis. Aquestes característiques són , en definitiva, actituds defensives de la crisi d'identitat.

Es podria pensar que el drogodependent careix d'identitat i tracta de formar-la a través d'ella droga, però no és la drogaaddicció la que li sostrau l'identitat, sinó que per tenir en ella un vuit és per lo que l'adolescent recorreix a la droga. A partir d'un sentiment de buidor, la droga apareix com quelcom "rellenant" (veure esquema interpretatiu).

La mare del drogodependent apareix sovint com una dona protectora, i el pare com un home feble de caràcter. L'adolescent ha rebut gratificacions orals constantment de la mare, i això fa que el fill no es controli adequadament i, per tant, el seu nivell de frustració serà baix. El drogodependent es troba tancat en un cercle narcisisme-mare fàlica, expressant la seva impossibilitat de sortir del consum de tòxic. La mare és còmplice de la burla de la llei, de mode que la llei queda desvaloritzada, però el drogodependent la persegueix, per això realitza delictes inexplicables i absurds. No roba només per robar, sinó també per ésser descobert.

C.Cipolli; I.Galliani.

Addiction timeand value of Z indicators in Rorschach of heroin users. Perceptual and Motor Skills, 1990, 70, 1105-1106.

Els resultats dels tests de Rorschach en heroinòmans de curt període addictiu (d'un a tres anys) i llarg període addictiu (5 o més anys), amb 25 individus en cada grup, van ésser comparats per a descobrir si l'ús de l'heroïna influència l'activitat organitzadora, és a dir, en la formulació de cada resposta. Els valors Zd van ésser significativament menors en heroinòmans de llarg període addictiu, mentre que els valors Zf s'aproximaven significativament. Aquests descobriments recolzen la hipòtesis de que el funcionament cognitiu apareix deteriorat, conjuntament amb el temps d'addicció.

Suniya S. Luthar; Susan F. Anton; Kathleen R. Merikangas; Bruce J. Rounsaville. Vulnerability to Substance Abuse and Psychopathology among Siblings of Opioid Abusers. The Journal of Nervous and Mental Disease. Williams & Wilkins. Vol 180. n° pp:153-161. 1992.

La vulnerabilitat davant l'ús de drogues i la psicopatologia va ser explorada entre els germans de 201 addictes que iniciaven tractament per addicció a derivats opiàcis. Els trastorns van ésser avaluats prenent com a base les històries familiars entre 476 germans. Un subgrup de 133 germans van ser entrevistats directament. Els resultats obtinguts pels investigadors, van demostrar que: a) els germans dels addictes tenien nivells de psicopatologia més elevats que la resta de la comunitat. b) Comparat amb els pares dels addictes, els germans tenien elevats nivells d'abús de substàncies i personalitat antisocial. c) La presència d'un trastorn psiquiàtric major va incrementar notablement el risc d'abús de les substàncies entre els germans, i d) la psicopatologia sembla precedir a l'abús de drogues en termes d'edat d'inici, en aquest grup estudiat.

Jane Powell; Sharon Dawe; David Richards; Michael Gossop; Isaac Marks; Jhon Strang; Jeffrey Gray. Can opiate addicts tell us about their relapse risk?. Subjective predictors of clinical prognosis. Addictive Behaviors, Vol 18, pp. 473-490. 1993.

Davant els elevats nivells de recaigudes en addictes als opiàcis en procés de tractament, s'imposa identificar algunes de les variables subjectives que intervenen, doncs aquestes també poden ésser objecte de tractament. El present treball, investiga conceptes com personalitat, craving, resultat de les expectatives i auto-eficàcia per a resistir-se a l'ús de drogues, en 43 pacients addictes als derivats opiàcis tractats en unitats de desintoxicació o en unitats psiquiàtriques, elegits aleatòriament. Els pacients van ser estudiats durant un període d'un a tres mesos. Es repetia l'observació sis mesos després de l'alta. La freqüència d'abús de droga no va ser predita per cap de les variables subjectives. Però als sis mesos, els subjectes amb el resultat més baix en auto-eficàcia i més grans expectatives de resultats positius, van demostrar consumir amb menys freqüència. La freqüència de la primera recaiguda va ser més elevada en subjectes amb els nivells més alts d'ansietat i neuroticisme. Els qui van recaure, van ser predits, però no van aparèixer relacions significatives entre les variables subjectives i les circumstàncies de la recaiguda. Els autors suggereixen que una més gran consciència de vulnerabilitat personal podria promoure estratègies efectives de recuperació.

Robert M. Malow; Jeffrey A. West; Sheila A. Corrigan; Jose M. Pena; W. Criss Lott. Cocaine and Speedball Users: Differences in Psychopathology. Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 9, pp: 287-291. 1992.

L'angoixa i els seus símptomes relacionats i associats amb el consum de cocaïna injectada i heroïna (speedball), van ser explorats pels autors. No es pot explicar el per què hi han cocaïnòmans que no prefereixen l'heroïna. Es van comparar dos grups de cocaïnòmans consumidors o no d'espeedball, mesurant la depressió i l'ansietat. Les característiques de personalitat eren mesurades mitjançant el MMPI. Comparats amb homes que consumien cocaïna sense heroïna, els consumidors compulsius d'espeedball evidenciaven problemes significativament majors amb depressió, trets d'ansietat i altres símptomes relacionats. Els perfils obtinguts en el MMPI mostraven psicopatologies i desajustos greus. Aquests resultats coincidien amb altres pel que fa a la descripció de patologies greus associades al consum d'espeedball.

Robert K. Brooner; George E. Bigelow; Eric Strain; Chester W. Schmidt. Intravenous drug abusers with antisocial personality disorder: increased HIV risk behavior. Drug and Alcohol Dependence, 26 (1990). 39-44.

L'abús de drogues per via intravenosa està fortament relacionat amb la transmissió del VIH i amb tenir un diagnòstic de Trastorn de Personalitat Antisocial. Se sap que la concurrència dels dos factors és indicador d'un pobre resultat satisfactori pel que fa al tractament de l'addicció. Aquest estudi relaciona aquestes dues variables. El diagnòstic de Trastorn de Personalitat era significativament més elevat entre aquells que compartien xeringues que entre els que no en compartien.

Robert J. Craig. A Psychometric Study of the Prevalence of DSM-III Personality Disorders Among Treated Opiate Addicts. The International Journal of the Addictions, 23 (2), 115-124, 1988.

Mitjançant els criteris diagnòstics del DSM-III, van ésser avaluats els trastorns de personalitat entre addictes als derivats opiàcics, utilitzant el *Million Clinical Multi-axial Inventory*, com a instrument psicomètric. Els autors troben en el 27% dels subjectes estudiats criteris del trastorn de personalitat múltiple, en el 22% trastorns d'antisociabilitat, en el 18% narcisisme, límit en el 16% i dependència també en un 16%. Aquests resultats van ésser contrastats amb dos estudis similars que van utilitzar uns altres criteris (SADS/RDC), també amb addictes, puntuant-se les semblances i les diferències. Com a resultats, es suggereix que en posteriors investigacions d'aquest tipus, cal utilitzar paral·lelament dues tècniques: entrevistes psiquiàtriques estructurades i tests psicomètrics, que permetin determinar l'extensió i importància de la varietat dels nivells de patologia estimats.

Johns W. Shaffer; David N. Nurco; Thomas E. Hanlon; Timothy W. Kinlock; Karen R. Duszynski; Philip Stephenson. MMPI-168 profiles of malenarcotic addicts by ethnic group and city. Journal of Clinical Psychology, March 1988, Vol. 44, nº 2.

Els autors obtenen perfils del MMPI-168 en una mostra de 225 addictes als opiàcics, atesos en clíniques amb tractament de manteniment amb metadona, durant els anys 1983 i 1984 (Baltimore i Nova York). La mostra va ser escollida entre addictes negres i blancs (Baltimore) i addictes negres, hispans i blancs (Nova York). En general, els perfils obtinguts indicaven elevats nivells de psicopatologia, especialment pel que fa a les subescales: F, D, Dp, Pt i Sc. També van observar els autors que els perfils dels blancs indicaven més gran desajust que els perfils dels negres, mentre que els perfils dels hispans mostraven els mateixos nivells de pertorbació que els blancs. Quant a la comparació entre ciutats, s'observava una més alta desviació entre els subjectes de Nova York, aquí concretament, la desviació era més elevada entre els blancs que entre els negres.

Donald A. Calsyn; Andrew J. Saxon.

Personality Disorder Subtypes Among Cocaine and Opioid Addicts Using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. The International Journal of the Addictions, 25(9), 1037-1049, 1990.

Els subjectes dependents de substàncies psicoactives pateixen nivells més elevats de trastorns psiquiàtrics per l'ús que els no consumidors. Sovint, aquests trastorns són difícils de detectar en la pràctica clínica. El Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), és un instrument de judici relativament nou que avalua els trastorns en els eixos I i II, del DSM-III. En aquesta investigació, el MCMI va ser administrat a 73 addictes a l'heroïna i 37 addictes a la cocaïna, que iniciaven el tractament. Els protocols del test, havien d'identificar: a) subjectes amb pertorbacions psicòtiques, b) subjectes amb pertorbacions afectives, c) subjectes amb trastorns greus de personalitat i d) subtipus bàsics de trastorns de personalitat. Els resultats indiquen, pel que fa als heroinòmans: s'observen símptomes psicòtics en l'11%, pertorbacions afectives en el 41% i trastorns greus de personalitat en el 23%. El MCMI es demostra com un instrument útil per a realitzar diagnòstics psiquiàtrics en addictes als opiàcics i a la cocaïna.

Tejero, A; Furió, E; Hernández, E; Blancafort, F; Trujols, J. Abellanas, A. Fortes, D. Evaluación de la personalidad a través del MMPI en una muestra de pacientes adictos a opiáceos. Congrés Fundacional Societat Espanyola de Toxicomanies. Barcelona, 1988.

L'Inventari Multifàsic de Personalitat (MMPI) ha estat un dels instruments psicomètrics més utilitzats en l'estudi de les característiques de personalitat en pacients addictes als opiàcics. Diversos estudis han permès la identificació d'alguns perfils (combinació de les escales elevades) més freqüents en aquest tipus de pacients. Alguns autors (R.J. Craig, 1984, concretament), han comprovat que els perfils estudiats es caracteritzaven per una elevació de les següents escales: depressió (2), Desviació Psicopàtica (4), Esquizofrènia (8) i Mania (9). L'estudi de l'elevació d'aquestes escales, va permetre establir diferents combinacions o codis: 4-2 i 4-9 (trets antisocials) i 8-4-2 (trets esquizotípics i antisocials).

En el seu estudi, els presents autors, analitzen 70 protocols del MMPI, en pacients heroinòmans en període de consum actiu i en fase de desintoxicació, amb la finalitat de veure el grau de coincidència amb els estudis anteriors ara descrits. No es va

utilitzar l'índex F-K de Gough com a criteri d'exclusió. La metodologia emprada fa té en compte a) la freqüència dels perfils més elevats, i b) la determinació de les tipologies obtingudes mitjançant el sistema estadístic "clustering analysis".

Rambla Amat, M.; Fernández Rodríguez, N.

Variaciones psicométricas en el MMPI entre toxicomanos y no consumidores de drogas: elevación de las escalas de depresión y desviación psicopática con notables diferencias en las subescalas de Harris y Linges. Congrés Fundacional de la Societat Espanyola de Toxicomanies. Barcelona, 1988.

En aquest treball es realitza una anàlisi comparativa de les subescales de Harris i Linges obtingudes en les escales 2 (Depressió) i 4 (Desviació Psicopàtica) del MMPI. L'estudi es va efectuar en dos grups de subjectes, un de consumidors d'heroïna en procés de desintoxicació en un medi hospitalari, i un altre grup de persones d'edat i nivell sociocultural semblant a l'anterior, elegit de diferents barris de la mateixa localitat. Es va realitzar una anàlisi de la variança entre ambdós grups, obtenint-se diferències significatives amb puntuacions més elevades del grup de toxicòmans en les dues escales. Concretament, en l'escala 2-Depressió, s'obté diferència significativa en les subescales de Harris i Linges D1-Depressió Subjectiva, D3-Mal funcionament Físic i D4- Lentitud Mental, mentre que en les subescales D2-Lentitud Psicomotora i D5-Cavilació, les diferències no són significatives. En l'escala 4-Desviació Psicopàtica, es verifica una diferència significativa en les subescales Dp2-Problema amb figures Autoritàries, Dp4-Alienació Social i Dp5- Alienació Personal, no trobant-se diferències significatives en les subescales Dp1-Conflicte familiar i Dp3- Impertorbabilitat Social.

Ivan D. Montoya; M.P.H. Judith M. Hess; Lino Covi; Paul J. Fudala; Rolley E. Johnson. Estudio comparativo de la psicopatología y de ellas funciones cognitivas en pacientes dependientes de la cocaína y los opiáceos. American Journal on Addictions.1994. 3, pp: 36-42.

Els autors van estudiar les diferències cognitives i psicològiques entre individus dependents a la cocaïna i als opiàcis, mitjançant la Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) i la Shipley Institute of Living Scale (SILS). Es van estudiar un grup de 135 pacients dependents de la cocaïna i 162 pacients dependents dels opiàcis. Pacients tots ells que assistien a un centre ambulatori per a tractament de l'abús de drogues (NIDA-ARC). Els pacients addictes a la cocaïna mostraven una valoració significativament més elevada en l'escala d'Intel·ligència de Weschler (WAIS-R), quant a vocabulari, abstracció i puntuacions *T* totals, avaluades per la SILS. En la SCL-90-R, els pacients dependents a cocaïna mostraven puntuacions molt més elevades significativament en sensibilitat interpersonal, ansietat, ansietat fòbica, ideació paranoide i psicoticisme; els pacients dependents als opiàcis mostraven puntuacions més elevades en somatització. Els resultats suggereixen que els pacients dependents a la cocaïna tenen una funció cognitiva millor i més gran psicopatologia que els pacients dependents dels opiàcis.

J.C. Cabal Bravo; J.Bobes García; A. Vázquez Fernández; P. González-Quirós Corujo; M. Bousoño García; A. García Prieto; P. González García-Portilla.

Rasgos Psicopatológicos en pacientes heroinómanos. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 17, 3 (161-167), 1989.

Els autors es proposen buscar uns trets psicopatològics diferencials en la personalitat de l'heroinòman, utilitzant el Qüestionari 16 PF de Cattell com a instrument de mesura, en la seva forma A. En la seva investigació detecten nombrosos elements psicopatològics en la personalitat dels addictes: augments significatius dels nivells d'introversió, de frustració, de suspicàcia, de culpabilitat, de radicalisme, d'autosuficiència, d'ansietat, de sobreexcitació, d'influència dels seus actes pels seus sentiments, així com menys acceptació de les normes del grup. Conclouen els autors que: a) hi han diferències evidents entre els perfils dels subjectes no consumidors de drogues i els heroinòmans, b) no existeix una estructura de personalitat uniforme per a tots els subjectes addictes a l'heroïna, c) es mostren diferències en termes de trets aïllats de personalitat entre subjectes dependents i no dependents, i d) hi han més elements psicopatològics en el conjunt de la personalitat de l'heroinòman, però sense haver-hi un patró universal en l'estructura de la seva personalitat, és per això que no s'accepta el concepte de *personalitat toxicòmana*, només es pot admetre una més gran freqüència d'alguns trets, factors o categories en la mostra d'addictes a l'heroïna.

Vukov, M. et Al.

Personality dimensions of opiate addicts. Acta Psychiatrica Scandinava. Vol. 91, nº 12, 1995, pp: 103-107.

Els autors donen per acceptada la idea de que els dependents a opiàcics compleixen els criteris diagnòstic d'alteracions dins l'àrea de la salut mental. En refereixen algunes possibilitats: a) Per trastorns afectius (depressions), b) per trastorns de la personalitat (sociopaties), c) trastorns per psicopaties amb components neuròtics, immadura, impulsivitat i pèrdua de control, d) recerca de noves sensacions, f) dependència deguda a alteració genètica dels receptors D2 més certa vulnerabilitat dels sistemes endorfinics, etc. El model *biosocial unificat de personalitat* de C.R. Cloninger, tracta de conjugar els conceptes de les bases neuroanatòmiques i neurofisiològiques d'ella conducta amb els d'adaptabilitat i la forma d'aprenentatge, segons això, apareixeran tres dimensions bàsiques de la personalitat, associades a la vegada, a tres disposicions emocionals bàsiques: 1. La recerca de sensacions (associada a la còlera), 2. La evitació del dolor (associada a la por) i 3. La dependència a la gratificació (associada a l'amor). Segons els autors, cada dimensió està basada en l'activitat dels neurotransmisors individuals, així: la recerca de sensacions amb l'activitat dopaminèrgica, la evitació del dolor, amb l'activitat serotoninèrgica i la dependència a la gratificació, amb l'activitat noradrenèrgica. Com a conclusions, afirmen que: a) els estudis de personalitat mostren que els addictes als opiàcics tenen unes puntuacions més altes pel que fa a la recerca de sensacions que la població control, i presenten diferències significatives en les subescales d'evitació del dolor i la dependència a la gratificació, b) La majoria dels pacients estudiats per ells (57% de les dones i 66% dels homes) havien sofert algun tipus de trastorn mental durant la seva vida, concretament, els més referenciats: trastorns de la personalitat, capacitat borderline d'organització amb descompensacions distímiques, c) es suggereix un perfil específic entre els addictes: impulsius, exploradors, inconstants, excitables, s'alteren ràpidament, malgastadors i desordenats.

Modestin, J. Et Al.

Season of birth: comparison of patients with schizophrenia, affective disorders and alcoholism. Acta Psychiatrica Scandinava. Vol. 91, n° 2, 1995, pp: 140-143.

Entre els pacients esquizofrènics, la més alta freqüència de naixements fou durant els mesos d'hivern (de novembre a abril). El 33% dels malalts esquizofrènics havien nascut en aquesta època. Mentre que el 26% de la població general masculina corresponia a aquest període. Entre els alcohòlics, els naixements anaven de març a juliol (50% dels alcohòlics i 44% de la població general). Entre els trastorns afectius, els resultats no eren significatius: de gener a abril el 33%, i el 35% de la població general masculina. Conclouen els autors que aquesta relació podria ser conseqüència d'alguns factors ambientals negatius i que serien estacionals, i que podrien arribar a produir *afectació cerebral perinatal*, fent que l'individu sigui més vulnerable a un possible brot esquizofrènic posterior. Apunten que com a factors importants, caldria pensar en les temperatures extremes, la malnutrició, les deficiències vitamíniques, les complicacions obstètriques i els agents infecciosos.

Casas Brugue, M.; Pérez de los Cobos, J.C.; Salazar Bernard, I.; Tejero Pociello, A. Conductas de automedicación en drogodependencias. Casas Brugue, M. coord. Trastornos psíquicos en las toxicomanias (I). Neurociencias (Monografías de Toxicomanias). Barcelona, 1992.

Un gran nombre dels pacients que desenvolupen conductes addictives ho fan perquè pateixen uns trastorns endògens amb substrat biològic que, directa o indirectament, els aboquen al consum de substàncies psicoactives com a forma d'autotractament. L'abordatge terapèutic d'aquests pacients hauria de consistir en tractaments de manteniments, sempre sota control sanitari, amb les substàncies que els hi resulten més confortables. Quant a l'evolució del procés de dependència en funció de l'hipòtesis de l'automedicació, es distingeixen tres tipus de pacients: 1, pacients sense trastorns psíquics concomitants i nivell socioeconòmic i cultural mig-alt. El resultat d'ella seva evolució podria pressuposar-se bo si s'accepta l'hipòtesi d'ella remissió espontània de l'addicció a mesura que l'individu va madurant amb l'edat. 2, pacients sense patologia psíquica concomitant amb un precari nivell socioeconòmic i cultural. També aquí es pot pressuposar una bona evolució clínica a llarg plaç. 3, pacients amb trastorns psíquics concomitants. El tractament és complicat i l'evolució a llarg plaç imprevisible.

Salazar Bernard, I.; Casas Brugue, M.; Rodriguez Lopez, A. Conductas de automedicación en drogodependencias desde la teoria de los constructos personales. En Casas Brugue, M. coord. Trastornos Psíquicos en las Toxicomanias (I). Barcelona, Neurociencias. Monografía de Toxicomanias. 1992.

Des del punt de vista de la Teoria dels Constructos, s'intenta remarcar la visió de que la drogodependència es pot interpretar de dos modes perfectament diferenciats. Per un costat, com un procés d'inadaptació a la vida, amb subseqüents conductes autodestructives. Per un altre costat, com adaptava en el sentit de que ajuda a elaborar aspectes del sistema de constructos de l'individu. Quan l'usuari comença a apreciar els efectes de la droga comença a aflorar un subsistema de constructos que pot ser considerat com la nova construcció d'un JO intoxicat. Per a poder estar "lliure de droga", aquests usuaris tindrien que aprendre a reconstruir les situacions o els aspectes del JO que van propiciar l'ús de la substància activa com a mesura adaptativa.

Pérez de los Cobos, J.C.; Casas Brugue, M.

Hipotesis de la automedicación en pacientes drogodependientes con patología esquizofrénica. En Casas Brugue, M. coord. Transtornos Psíquicos en las Toxicomanias (I). Barcelona. Ediciones Neurociencias. Monografías de Toxicomanias. 1992.

L'associació entre trastorns psicòtics, principalment de la sèrie esquizofrènica i drogodependències no es casual. Entre els factors que propicien aquesta associació es troba la recerca d'alivi a les dolències a través de conductes d'automedicació. L'efecte d'algunes substàncies com la heroïna sobre la simptomatologia psicòtica pot dificultar la detecció d'un procés esquizofrènic. Malgrat això, amb les drogues que precipiten la fase activa de la psicosis, el trastorn dual queda ressaltat. La comprovació d'aquesta hipòtesi ha de basar-se en estudis prospectius de poblacions de risc. Durant la fase residual d'aquests trastorns, la indicació del tractament de manteniment amb neurolèptics caldrà que tingui en compte el risc d'abús de substàncies psicoactives. Les conductes d'automedicació d'aquests pacients han de ser considerades com un exponent de les limitacions que pateixen els tractaments psicofarmacològics actuals.

Donald A. Calsyn, Douglas K. Roszell, Edmund F. Chaney.

Validation of MMPI profile subtypes among opioid addicts who are beginning methadone maintenance treatment. Journal of Clinical Psychology, November, 1989, Vol.45, N°.6

L'objectiu d'aquesta investigació era, en primer lloc, examinar l'estabilitat dels subtipus del MMPI dins d'una població que abusa de drogues i, en segon lloc, proporcionar una validació externa per aquests subtipus. El MMPI va ser administrat a 107 veterans, homes que iniciaven un programa de manteniment amb metadona. Les característiques de l'esfera normal de la personalitat, dades sociodemogràfiques, així com opinions del mateix pacient com de l'entrevistador, es varen recollir mitjançant el 16 PF de Cattell i el Índex de Severitat de l'Addicció (ASI). Utilitzant anàlisi D2, cada perfil del MMPI va ser comparat amb el perfil principal per a tres grups del MMPI obtinguts per Roszell, Chaney i Blaes (1983) en una mostra anterior. Es van obtenir perfils normals, psiconeuròtics i esquizofrènics en percentatges similars a Roszell et Al. El grup normal va ser dividit en dos grups amb i sense elevacions en la quantitat de puntuacions T per damunt de 70 en les escales clíniques. Els quatre perfils dels subtipus del MMPI van ser comparats mitjançant el 16PF i mitjançant l'ASI. Els grups psiconeuròtics i esquizofrènics van demostrar nivells més alts d'angoixa emocional i trastorns psiquiàtrics que els grups normals o psicòpates. Els grups psicòpates i

esquizofrèncics van tenir més problemes legals que els altres dos grups. El grup normal va tenir menys evidència de problemes de parella i familiars.

Robert J. Graig.; Ronald E. Olson.

Differences in psychological need hierachies between black and whitw drug addicts. *Jornal of Clinical Psychology*, January, Vol. 44, N° 1.

Un total de 109 addictes a la heroïna i a la cocaïna, blanc i negres, en tractament per abús de drogues, van ser comparats en l'*Adjective Checklist (ACL)*. S'observa que els addictes blancs tenien un model de necessitats significativament diferent a les de l'addicte negre, caracteritzat per una més gran dependència psicològica, angoixa i inadaptació. D'acord amb la filosofia del MMPI en aquesta àrea, l'ACL aporta una precisa avaluació de les dimensions personals entre toxicòmans, demostrant que els addictes blancs estan més inadaptats psicològicament que els addictes negres.

James G. Barber.; Brian K. Cooper.; Nick Heather.

The Situational Confidence Questionnaire(Heroin). *The International Journal of the Addictions*, 26 (5), 565-575, 1991.

Aquest estudi descriu l'administració a 22 subjectes del Qüestionari de Confiança per a Heroïnòmans (SCQ-Heroin). Els resultats van revelar que el Qüestionari era una escala consistent internament amb un nivell acceptable de test-retest veracitat. La validació constructiva i discriminant va ser demostrada mitjançant de correlacions significatives moderadament, de totes les subescales en relació a una forma breu del *Beck Depression Inventory*. L'anàlisi de factors va revelar una estructura de tres factors que podrien ser etiquetats: fer front i augmentar estats d'excitació, us casual o ocasional i fer front a emocions negatives.

Carné, R.; Turnes, E.; Bosch, D.; Romagosa, J.; Bonet, P.; Pons, E.

Estudio de la psicopatología clinica en cuadros de dependencia a opiaceos mediante el MMPI. *Congrés Societat Espanyola de Toxicomanies. Barcelona, 1988.*

S'analitzen 50 exploracions psicomètriques mitjançant el MMPI, escollides a l'atzar, d'un total de 135 pacients heroïnòmans. Aquesta exploració forma part de la primera fase d'un altre estudi longitudinal de 18 mesos de durada. Els seus objectius principals, fan referència a: a) l'anàlisi dels perfils obtinguts, b) Detectar les possible diferències significatives entre els perfils dels consumidors i els abstinents de al menys 6 mesos, i c) Buscar escales indicadores del MMPI de bon o mal pronòstic quant a la resposta terapèutica del pacient heroïnòman.. Alguns dels resultats, fan referència a una mitjana en el consum d'heroïna de 6 anys i una dosi en el moment d ella consulta de ¼ a ½ Gr./dia. El 67% tenen Ac HIV positiu. El perfil general obtingut en el MMPI descriu un codi 8-4-2. El perfil mig dels homes és 8-2-4, i el perfil mig de les dones és 8-4-6.

Bruce J. Rounnsaville.; Thomas R. Kosten.; Myrna M. Weissman.; Brigitte Prusoff.; David Pauls.; Susan Foley Anton.; Kathleen Merikangas.

Psychiatric Disorders in Relatives of Probands With Opiate Addiction. Arch. Gen.Psychiatry. Vol 48, January 1991.

Investigacions anteriors han documentat alts índexs de depressió profunda i personalitat antisocial en els addictes al opiàcis. Aquest estudi va ser dissenyat per a investigar la relació de diagnòstic dual entre entrevistats addictes als opiàcis amb antecedents familiars de trastorns psiquiàtrics i problemes de consum de la substància en familiars biològics. Desordres psiquiàtrics i problemes de consum d'opiàcis van ser avaluats utilitzant entrevistes directes i història familiar en una mostra de 877 familiars en primer grau de 201 addictes als opiàcis i en 360 familiars de 82 controls normals. Els resultats indiquen que: a) comparats amb familiars de subjectes normals, els familiars dels addictes als opiàcis tenien índexs notablement més grans d'alcoholisme, drogaaddicció, depressió i personalitat antisocial, b) els familiars dels entrevistats, tenien elevats índexs de profundes depressions i desordres d'ansietat., però no altres alteracions alteracions, suggerint la necessitat de fer subtipus dins els addictes als opiàcis en segons la presència o no de depressió profunda, i c) en contrast, els familiars dels addictes als opiàcis antisocials, tenien indexes de desordres que no eren significativament diferents als dels familiars dels addictes als opiàcis sense personalitat antisocial. les implicacions d'aquestes resultats per a la classificació i el tractament del abús de drogues tipus opiàcis son discutits i aporten poca informació.

Tejero Pociello, A.; Casas Brugue, M.

Hipotesis de la automedicación y su relevancia en la explicación de la relación clinica existente entre los transtornos de la personalidad y las drogodependencias. Casas Brugue, M. coord. Transtornos Psíquicos en las Toxicomanias (I). Neurociencias. Barcelona, 1992.

El model de l'automedicació està fonamentat, inicialment, en hipòtesis psicodinàmiques. Els recents avenços sobre els efectes de la psicofarmacologia dels opiàcis han permès que altres escoles psiquiàtriques, com ara la biològica, s'interessin i aprofundeixin en aquesta línia d'investigació. Quan els autors procedents de l'escola psicoanalítica que s'han interessat pel fenomen de les drogodependències, associen aquests trastorns al model de funcionament mental propi de l'organització límit de la personalitat i als trastorns del narcisisme.

Casas Brugue, M.

Hipotesis de la automedicación y su poible repercusión en el debate sobre la legalización de las drogas. Casas Brugue, M. coord. Transtornos psíquicos en las toxicomanias (I). Neurociencias. Barcelona, 1992.

Les crítiques que a partir de l'hipòtesi de l'automedicació l'autor fa a la proposta de liberalització complerta i indiscriminada a totes les drogues pot concentrar-se en tres

punts: a) augmentaria espectacularment el nombre de consumidors, molts dels quals esdevindrien en dependents, b) és incorrecte assimilar el risc de desenvolupar un procés de dependència a les actualment denominades drogues, al que existeix de desenvolupar-lo a l'alcohol i a la nicotina, en funció d'una teòrica capacitat per adquirir l'experiència de consumir-les de forma controlada, i c) no està encara científicament demostrat que els addictes que han iniciat el consum per raons distintes a l'automedicació puguin alliberar-se, tan fàcilment, del procés de dependència.

Casanovas, L.; Alvarez Requejo, A.; Martin Arias, L.H.; Carvajal, A.; Martin Diego, I.

Automedicación y consumo de drogas en estudiantes universitarios: ¿existe alguna relación?. Adicciones. V. 8, nº 4, pp: 441-446. 1996.

En aquest treball s'estudia una mostra de 566 estudiants de la Universitat de Las Palmas, l'any 1990, amb la finalitat d'investigar el patró i l'extensió de l'automedicació i el consum de drogues. Entre els qui van respondre a l'enquesta, el 65% s'automedicaven i el 25'6% havien pres algun tipus de droga il·legal durant la seva vida. Entre els qui van admetre haver consumit alguna droga, el 17% ho feien diàriament, el 20% durant el cap de setmana i la resta només ocasionalment. L'associació entre automedicació i consum de drogues fou significativa entre els homes (mitjançant l'estadístic X^2).

P.H. Lodhi; Sangita Thakur.

Personality of drug addicts: Eysnckian analysis. Person. Individ. Diff. Vol, 15, nº 2, pp:121-128. 1993.

L'estudi relaciona una mostra de 58 homes consumidors d'heroïna i 58 homes no addictes, de la mateixa edat, als que es va administrar el Qüestionari revisat de Personalitat d'Eysenck (EPQ-R). Els resultats recolzaven les hipòtesis proposades pels autors, és a dir: a) els addictes obtenien elevats nivells en l'escala de Psicopatia, b) Elevats nivells en l'escala de Neuroticisme, c) baixos nivells en l'escala d'Extraversió i d) baixos nivells en l'escala de Sinceritat. Els dos grups van diferir en els nivells de psicopatia, Neuroticisme i Extraversió, fins i tot després d'haver tractat els nivells de Sinceritat com a covariant. Malgrat això, mitjançant l'anàlisi discriminant, es van retenir només tres predictors: els nivells P (Psicopatia), N (Neuroticisme) i E (Extraversió) per a predir la pertinença a un grup. Els resultats demostren l'aplicabilitat del creuament cultural de la teoria d'Eysenck en l'àrea de la personalitat dels drogaaddictes, proporcionant també evidències de la validesa del propi instrument EPQ-R.

Peter Allebeck.; Christer Allgulander.; Lloyd D. Fisher.

Predictors of completed suicide in a cohort of 50.465 young men: role of personality and deviant behavior. BMJ volume 297. 16 july 1988.

Sembla que el suïcidi s'incrementa entre la gent jove de varis països, i causa la major pèrdua d'anys de vida per sota dels 65 anys en la població sueca. Dades d'una

enquesta nacional a 50.465 reclutes de Suècia, van ser utilitzats com a estudi de seguiment habitual per a avaluar els predictors de , personalitat i de conducta, del suïcidi en homes joves. Un total de 247 suïcidis realitzats van tenir lloc en la mostra escollida durant un seguiment de 13 anys. Informacions sobre les condicions socials, avaluacions psicològiques i diagnòstics psiquiàtrics dels reclutes, van ser analitzades mitjançant un model de regressió de Cox, amb el suïcidi com a variable resultant. Molts indicadors primerencs de personalitat antisocial (poc control emocional, haver tingut relació amb institucions de protecció de menors o la policia, i manca d'amics), apareixien com a forts predictors del suïcidi. Cap dels reclutes que havien estat diagnosticats d'esquizofrènic o amb psicosis afectiva havien comes el suïcidi. Un diagnòstic de neurosi va ser relacionat amb un doble increment en els nivells de suïcidi. Els desordres de la personalitat, van estar relacionats amb un triple increment. Malgrat que el risc de suïcidi és difícil d'avaluar en una població no seleccionada degut als baixos nivells d'aquesta conducta, els predictors identificats en l'estudi poden ajudar a identificar aquells d'alt risc en unitats on persones amb personalitat desviada i desordres en la personalitat s'agrupen.

Sidney J. Blatt.; Cathy McDonald.; Alan Sugarman.; Charles Wilber.
Psychodynamic Theories of opiate addiction: new directions for research. Clinical Psychology Review, Vol 4. Pp: 159-189. 1984.

Els nombrosos estudis clínics i investigacions sobre la dinàmica de la personalitat en l'addicció als opiàcis, presenten sovint, punts de vista diferents i a vegades contradictoris. Predominen les formulacions que consideren l'addicció als opiàcis com un intent per a tractar la depressió profunda relacionada amb sentiments de privació buscant una experiència calmant, infantil i simbiòtica, o com un intent de buscar aliví a patrons paternals cruels, severs i excessivament punitius que creen sentiments d'inacceptació i inutilitat, o com una defensa contra el l'aparició d'impulsos agressius profunds i estremecedors que podrien precipitar un potencial psicòtic latent. Investigacions clíniques i empíriques indiquen que mentre pugi que hi hagi un petit grup d'addictes que funcionen a un nivell psicòtic o al seu llinà, la majoria dels addictes als opiàcis són neuròtics greus o pateixen desordres de caràcter, que evolucionen amb profundes depressions. L'experiència clínica i les troballes de les investigacions indiquen que els addictes als opiàcis tenen serioses dificultats per a manejar sentiments dolorosos i disfòrics, especialment depressions, ansietat i enfado. La depressió es considera sovint com un assumpte central per a molts addictes a l'heroïna. La depressió en l'addicció als opiàcis es discuteix sovint com a centrada en sentiments de privació, negligència i una manca d'afecte i amor. Però evidències recents suggereixen que altres temes, com la culpa, la vergonya i profunds sentiments d'autocrítica i inutilitat hi intervenen. Més que ser capaços de contenir les depressions i/o l'ansietat o de trobar formes adequades per a expressar la seva ira, els addictes als opiàcis prefereixen retirar-se del dolor i l'estrès de les relacions interpersonals per a autoinduir-se en la benedicció d'experiències grandioses i omnipotents. És necessària una investigació conseqüent per a confirmar i elaborar aquestes formulacions, i en particular es necessita una investigació longitudinal que permeti la diferenciació de si aquests factors de la personalitat són la causa o la conseqüència de l'addicció als opiàcis. Així mateix, mentre aquestes formulacions semblen apropiades per a addictes als opiàcis en conjunt, l'evidència suggereix que poden haver molts subtipus diferents

d'individus que son vulnerables a una intensa participació en la substància opiàcea. Caldrà que la recerca identifiqui i defineixi aquests diferents subtipus.

Jane Powell.; Brendan Bradley.; Jeffrey Gray.

Classical conditioning and cognitive determinants of subjective craving for opiates: an investigation of their relative contributions. *British Journal of Addiction* (1992) 87, 1133-1144.

El desig subjectiu davant els opiàcis, és sovint explicat pels consumidors ja desintoxicats. Varis són els models explicatius que hi fan referència, especialment el condicionament clàssic (CC) i el dels mecanismes cognitius. En aquest treball, els autors hi aprofundeixen. El Condicionament Clàssic inclou algunes variants: a) el desig s'associa amb canvis condicionants que són a la vegada agonistes a la substància, b) processos d'oposició o c) reaccions de la síndrome d'abstinència. El model cognitiu destaca el paper de les "expectacions resultants" com a determinant d'ambdues motivacions: apetitives i evasives. Aquest treball ha identificat correlacions del desig predecibles per aquests models ara esmentats. Els addictes als opiàcis desintoxicats van participar en un Test de Desig, on es demanava que avaluessin el seu desig de droga (craving), estat físic i emocions durant l'exposició de dos tipus de materials: uns neutres i altres relacionats amb la substància. Com a resultat, el Condicionament Clàssic permetia fer algunes de les prediccions, però el model cognitiu va ser més consistent.

Teck Hong Ong.

Construction of Rating Scales for Measuring Attitudinal and Psychological Characteristics of Drug Abusers. *The International Journal of the Addictions*, 23 (9), 967-989, 1988.

L'objectiu d'aquest treball és mostrar la construcció de 8 escales de nivell tipus Likert per a mesurar 8 característiques psicològiques i d'actitud dels drogodependents. Concretament, l'autor medeix: actitud davant la drogaaddicció, relacions interpersonals, concepte sobre sí mateix, valors personals, tendència al risc, motivació, rebeldia i búsqueda de plaer. Es va utilitzar una mostra de 20 toxicòmans i els seus 20 controls corresponents no consumidors, agrupats individualment per sexe, edat aproximada, raça, educació i residència. Una vegada feta la investigació i presentats els seus resultats, l'autor conclou amb una forma final d'aquestes 8 escales mesurables amb 12 ítems, amb uns nivells de credibilitat entre .83 i .98.

Christer Allgulander.; Lena Brandt.; Peter Allebeck.

Suicide and Psychopathology in 1,537 Patients Dependent on Prescribed Psychoactive Medications. *The American Journal on Addictions*. Vol 3, nº 3. Summer, 1994,

El risc de suïcidi entre els pacients hospitalitzats degut a dependències de medicacions psicoactives prescrites, fou estimat entre 1.537 pacients a Estocolm, durant un període de 8 anys. La ratio de la mortalitat per suïcidi era de 41.0 entre les dones i 45.6 entre els homes que eren dependents només d'aquestes medicacions. Era similar aquesta xifra (50.4 i 30.6) entre dones i homes amb abús concurrent d'alcohol i drogues a nivell de carrer. Trastorns psiquiàtrics primaris i secundaris van ser comuns. Per a reduir el risc de suïcidi, la intervenció i el tracte professional haurien d'incloure un assessorament diagnòstic detallat, teràpia de comportament/cognitiva, i un ús assenyat de medicacions psicoactives per als trastorns d'ansietat, afectivitat i personalitat.

Kathleen T. Brady.; Lorraine R. Dustam.; Dorothy E. Grice.; Bonnie S. Danksy.; Dean Kilpatrick.
Personality Disorder and Assault History in Substance-Dependent Individuals. American Journal on Addictions. Vol. 4, nº 4. Fall 1995.

Els autors d'aquest treball van explorar la relació entre agressió, trastorns en l'ús de les substàncies i els trastorns de personalitat, entrevistant a 82 pacients drogodependents, mitjançant una entrevista estructurada, que incluïa temes com agressió sexual i física, així com l'Entrevista Clínica Estructurada per a DSM-III-R, I i II part. Es va trobar que el 60% dels individus que havien experimentat agressió (N=43) i que tenien més possibilitats de patir tot tipus de diagnòstics de trastorns de la personalitat ($p < 0.001$). En aquells pacients que van referir agressió en la seva infantesa, augmentaven les probabilitats de patir trastorns de personalitat, trobant-se criteris per a més de dos diagnòstics en aquesta àrea, comparats amb aquells que van referir agressions només en l'etapa adulta. Els trastorns de personalitat van ser molt sovint diagnosticats en aquest grup de demanda de tractament. Conclouen els autors que l'efecte de l'abús de la substància, així com també l'agressió en el seu desenvolupament es presenten de manera significativa.

Jacques V. Limbeek.; Luuk Wouters.; Charles D. Kaplan.; Peter J. Geerlings.; Vincent V. Alem.
Prevalence of Psychopathology in Drug-Addicted Dutch. Journal of Substance Abuse Treatment, vol. 9, pp: 43-52, 1992.

Els autors estudien una mostra d'addictes en tractament per consum d'heroïna, on observen elevats predominis de co-patologia psiquiàtrica, mitjançant el DSM-III. Conclouen que més del 50% dels pacients estudiats pateixen, segons els criteris diagnòstics del DSM-III, desordres en l'eix I, de manera crònica (70% amb desordres de personalitat antisocial inclosos). Es va diagnosticar esquizofrènia cinc vegades més que el registre d'aquest trastorn en la població normal (5%). Els desordres diagnosticats amb més freqüència van ser depressions profundes periòdiques, fòbies, abús i dependència de l'alcohol, desordre distímic i personalitat antisocial.

S.Fassino.; G. Scarso.; L. Barbero.; F. Pezzini.; P.M. Furlan.
The image of self and the environment in drug abusers: a comparative study the TAT.
Drug and Alcohol Dependence, 30 (1992), 253-261.

El present estudi pretén aportar comprensió sobre els consumidors de drogues, mitjançant el test projectiu d'apercepcions temàtiques de Murray (TAT). La informació resultant fa referència a un increment de la necessitat d'agressió destructiva entre els pacients avaluats. Entre les interaccions, s'observa dificultats en la identificació, relacions personals basades en l'abandó amb projecció persecutòria de les dones i una tendència a defenses immadures com l'evitació, la negació i la imitació

Therese A. Kosten.; Thomas R. Kosten.; Bruce J. Rounsaville.
Personality Disorders in Opiate Addicts Show Prognostic Specificity. Journal of Substance Abuse Treatment, Vol 6,pp: 163-168, 1989.

Els primers estudis que examinaven la relació dels desordres en la personalitat amb l'addicció als opiàcis, intentaven definir una "personalitat addictiva". Més tart, les investigacions volien demostrar que els trastorns de la personalitat en els addictes eren comuns però no heterogenis . El que els autors d'aquest treball pretenen, és examinar si diferents desordres en la personalitat patològica tenien un pronòstic específic.. Es parteix d'una mostra de 150 addictes, amb seguiment durant 2,5 anys, avaluant índex d'alcoholisme i de depressió, així com l'avaluació de problemes específics, utilitzant com a criteri diagnòstic el DSM-III. Obtenen els autors que el trastorn de personalitat límit predeia més desordres depressius i l'alcoholisme durant el seguiment. Tot i això, es va observar més alt nivell de recuperacions en aquests desordres. Els pacient límit, patien problemes psiquiàtrics més aguts, mesurat segons el ASI. Els addictes antisocials, tenien més problemes legals, mentre que els addictes narcisistes tenien més problemes mèdics. Conclouen els autors, que el tractament per als addictes als opiàcis, requereix de mesures específiques per a cada pacient, les quals poden ser predites, en part, pel diagnòstic de trastorns en la personalitat .

Steven Walfish.; david E. Stenmark.; Suzanne E. Shealy.; Anton M. Krone.
MMPI Profiles of Impaired Nurses. The International Journal of the Addictions, 26 (2), 189-194, 1991.

L'estudi examina els protocols del MMPI de 42 infermeres que consultaven per problemes relacionats amb el consum d'alcohol o per addicció a altres drogues. Els resultats, suggereixen una elevació significativa en l'escala Pd (Psicopatia) i en l'escala D (Depressió).

M.E. Herrero.; E. Baca.
Specific Treatment Demand as a Definitory Trait of a Typology in Heroin Addicts: Differential Profile of Two Subpopulations. The International Journal of the Addictions, 25 (1), pp: 65-79, 1990.

En l'estudi, s'interrelacionen diverses variables de tipus sociodemogràfic, ús de drogues i variables clíniques, entre dos grups de consumidors d'heroïna. Un grups que

rebia tractament, i l'altre que el refusava. Els que no volien tractament pel problema d'addicció, es caracteritzaven per: eren més joves, pertanyien a famílies més nombroses, havien iniciat l'ús de la cànnabis i d'amfetamines abans, havien utilitzat aquestes substàncies durant més temps, utilitzaven cocaïna i heroïna de forma més sovint (encara que l'alcohol amb menys freqüència), patien més sovint desordres somàtics i trastorns de personalitat.

Patrick J. Abbott.; Susan B. Weller.; Scott R. Walker.
Psychiatric Disorders of Opioid Addicts Entering Treatment: Preliminary Data. Experimental Therapeutics in Addiction Medicine.

Els desordres psiquiàtrics esdevenen una gran preocupació en el tractament amb drogodependents. La introducció del HIV en aquesta població ha complicat encara més el seu tractament. El present estudi examina la prevalença dels desordres psiquiàtrics en una població dependent dels opiàcis en manteniment amb metadona. Els resultats mostren elevats índex de psicopatologia. A la vegada, la conducta de compartir xeringues sembla haver crescut en pacients amb un diagnòstic de distímia. Aquests resultats tenen la seva importància alhora del tractament dels desordres psiquiàtrics en pacients en manteniment amb metadona.

Wim van den Brink.
Personality Disorders and Addiction. Eur Addict Res 1995; 1: 161-165.

La patologia de la personalitat sempre ha tingut un paper important en l'enteniment de l'abús de substàncies que generen dependència. Fins a finals del segle XIX, l'addicció estava considerada com una forma de conducta pecaminosa o criminal, i els addictes eren considerats pecadors o individus immorals amb un feble o mal caràcter. Com a conseqüència doncs, el tractament consistia en intervencions espirituals de l'església o un càstig mitjançant el sistema judicial. Amb l'introducció de l'abstinència o el model d'addicció farmacològica, el paper central de la patologia de la personalitat va ser substituït pel potencial addictiu de la pròpia substància. El model farmacològic de l'addicció és el que encara domina una part de la ciència. Altres models han estat proposats: importància de la malaltia, importància del caràcter, el model de l'aprenentatge social i sociocultural, etc. La visió dels autors del treball fan referència a l'enfoc multifactorial o biopsicosocial, fent que com a conseqüència, les seves intervencions siguin eclèctiques. Dins d'aquest model biopsicosocial es considera com una prioritat de la investigació, la coexistència de les conductes addictives i els desordres de la personalitat.

B.Nogueras Ormazábal.; J.L. Mendivil Ferrández.; I. Eguiluz Urruchurtu.; M.A. González Torres.
El doble diagnòstic. Esquizofrènia i toxicomania: revisió de literatura. Psiquis.1993, 14(3), 119-127.

En la població general, especialment entre els joves, s'observa un ús cada vegada més extés de drogues. Molts estudis clínics evidencien unes altes tasses d'ús i abús d'aquestes substàncies en persones amb trastorns psiquiàtrics, motiu pel qual s'ha

definit el concepte de “Doble Diagnòstic” per a designar aquest fenomen. La comorbilitat d'aquests dos tipus de trastorn s'ha observat especialment en l'esquizofrènia afectant tant a l'inici com al curs i al pronòstic de la malaltia, donant lloc a diversos models explicatius.

Model	Autor/s	Data	Aportació
Etiològic	Breakey & col. Tsuang & col. Alterman & col. Weller & col.	1974 1982 1984 1988	L'abús de drogues precedeix a l'inici de la psicopatologia, actuant així com a causa o precipitant. Consum com a desencadenant o com un factor de risc més.
Automedicació	Freed Treffert Knudser i Vilmar Klantzian Schneier i Siris Siris & col. Wyatt & col. Brady & col. Golberg & col.	1975 1978 1984 1985 1987 1988 1988 1990 1991	El pacient usa les drogues com a un intent de reduir els símptomes de la malaltia o un malestar personal. L'automedicació, algunes vegades, podria amagar els símptomes no detectats d'un trastorn més greu. Aquest model es complementa des de el punt de vista neuroquímic.
Sociogenètic	Lieberman Bowers	1990 1990	L'impacte socioeconòmic de l'esquizofrènia sovint condueix als pacient a situacions de manca de treball, separació de l'àmbit familiar i marginació social. Així, el pacient estaria més exposat a l'ús de drogues, a més d'una pobra resistència a la inducció social a l'ús de drogues.
De Socialització	Treffert Hall Millman i Sbriglio Dixon Haas	1978 1979 1986 1990 1990	L'ús de drogues per part de l'esquizofrènic podria ser degut a un intent de socialització mitjançant el qual l'individu aïllat tendiria a identificar-se amb un determinat subgrup social.
Independent	Dixon Haas	1990 1990	Els determinants són els mateixos que els de la població general. Són problemes paral·lels i independents.

Arias Horcajadas, F.

Transtornos psiquiatricos en dependientes de opiaceos en tratamiento de mantenimiento con naltrexona. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá de Henares. Facultad de Medicina. 1995.

S'estudia una mostra de 82 individus amb trastorn per dependència d'opiàcis que es trobaven en tractament de manteniment amb naltrexona (PMN), amb la finalitat de: 1) Valorar la retenció en el tractament i les tasses d'abstinència als opiàcis, 2) Vañorar la repercussió del tractament en les àrees mèdica, laboral, sociofamiliar i legal, 3) estudiar la repercussió de la naltrexona en el consum d'altres substàncies, 4) detectar

alteracions psiquiàtriques a l'inici del tractament i determinar la seva avaluació, i 5) avaluar els factors predictors d'èxit del tractament. Els resultats mostren una taxa de retenció als 6 mesos d'un 63%. La retenció en el tractament es relaciona amb una millora en les àrees laboral, legal i familiar. S'observa un increment en el consum d'alcohol i una tendència al descens en el consum de cocaïna. Als 6 mesos, els addictes que es mantenen en tractament presenten una evolució favorable en diverses variables psicopatològiques. Els trastorns fòbics es mantenen estables durant el seguiment, mentre que el diagnòstic de distímia descendeix i s'observa una tendència similar per als trastorns depressius majors. La implicació familiar, el consum per via intravenosa, l'àrea psicològica del SAI i la puntuació en l'escala DIS de l'Escala de Búsqueda de Sensacions son factors predictors de retenció. El trastorn d'angoixa va ser l'únic diagnòstic psiquiàtric en que la seva presència va repercutir negativament en la retenció en el tractament.

Arranz Muñecas, T.; Bellido Torrejon, J.; Bosque Gabarre, C.; Galve Fernandez, L.; Navarro Hurtado, M.E.

Comorbilidad en los transtornos de personalidad. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. V. 21 nº 2, pp: 33-38. 1993.

La comorbiditat és la concurrència de dos o més trastorns en el mateix individu. La taxa de comorbiditat per a trastorns de personalitat i trastorns de l'eix I excedeixen de l'esperat per una associació merament casual, tampoc és infreqüent el solapament dels trastorns de personalitat. Amb el fi de comprovar el grau de comorbiditat i personalitat, es va estudiar una mostra de pacient internats en l'Institut Psiquiàtric Nuestra Señora de los Dolores de Sant Boi. En el període comprés entre 1985 i 1989, i d'edats entre 18 i 35 anys. El grup va presentar una alta comorbiditat i solapament. La comorbiditat es va donar principalment amb el consum i abús de drogues, especialment l'alcohol, i amb diverses formes d'esquizofrènia, possiblement el trastorn de personalitat, especialment en adolescents, constitueix un factor de vulnerabilitat predisponent al consum de drogues. En menor ordre de freqüència destaquen la concurrència de trastorns afectius i de l'estat anímic i amb "altres trastorns psicòtics". Els resultats en ordre al solapament coincideixen amb els referenciats en la literatura i plantejen problemes teòrics, de criteris específics i pràctics en relació amb el pronòstic d'un determinat trastorn de personalitat i el seu tractament.

Burant, D.; Liepman, M.R.; Miller, M.M.

Trastornos de la salud mental y sus repercusiones en el tratamiento de las adicciones. En Fleming, M.F.; Barry, K.L. Guia clínica de los trastornos adictivos. Madrid. Mosby/Doyma. 1994.

Els autors pretenen proporcionar una guia de treball per a avaluar i tractar els pacients que presenten simultàniament un trastorn addictiu i un trastorn psiquiàtric. Els principals trastorns psiquiàtrics que apareixen associats a les drogaaddiccions son: trastorns afectius, ansietat i atacs de pànic, trastorns psicòtics aguts i personalitats antisocials i límits. Incideixen els autors en dues situacions clíniques en especial: a)

quan els pacients acudeixen al professional de la salut amb símptomes urgents o aguts i b) quan el professional de la salut es va adonant gradualment de que un pacient amb un trastorn addictiu també presenta un trastorn psiquiàtric.

Cervera, G.; Bolinches Claramonte, F.; Perea, M.; Bolinches Claramonte, M.D.; Valderrama Zurian, J.C.; Martínez, J.

Comorbilidad psiquiatrica en drogodependientes ingresados en una Unidad Hospitalaria de Desintoxicación. Sociodrogalcohol. 18ª Jornadas Nacionales. Barcelona, 1990.

L'alta prevalença, en la transcurs de la vida dels addictes, dels trastorns psiquiàtrics, va portar als autors d'aquest treball a l'estudi d'un grup de 163 pacients dependents als opiàcis, ingressats en una UHD. Les variables utilitzades van ser: antecedents psicopatològics personals, antecedents psicopatològics personals, diagnòstic complementari en l'Eix I i II, i un grup de variables socioepidemiològiques. Els resultats mostren que: a) la prevalença puntual de trastorns afectius (3'7%) i de trastorns de la personalitat (4'2%), es baixa en comparació a altres estudis. Les dones tenen més antecedents psicopatològics personals (43'3%) que els homes (35'3%); en darrer lloc, la majoria d'aquells individus que no tenen antecedents familiars de salut mental, tampoc tenen antecedents psicopatològics personals (64'8%).

Guimon J.

Psicoanálisis y conductas adictivas: del doble diagnóstico a la automedicación. Diagnóstico Psicopatológico en el campo de las drogodependencias. Barcelona, Grupo Igia.1992.

Les indicacions de la psicoanàlisi s'han acostumat a instaurar sota la premissa de que les conductes addictives son la conseqüència del patiment psíquic dels pacients. Investigacions recents demostren, malgrat això, que en molts casos la psicopatologia dels pacients és la conseqüència i no la causa de la seva conducta addictiva. Aquest treball vol aportar dades bibliogràfiques i de l'experiència personal del seu autor sobre les afirmacions ara esmentades. Article especialment didàctic per fer una actualització molt acurada del tema de la comorbiditat. Defineix l'autor comorbiditat, quan la presència conjunta entre trastorns mentals i abús de substàncies es presenten junts amb més probabilitat que la predictable a l'atzar. Molts estudis parlen de que la prevalença de l'abús de substàncies en pacients malalts mentals és del 60% al 85%, mentre que la prevalença de dependència de substàncies en la població general és del 15% al 35%.

Aquest autor fa una referència dels autors que han estudiat la personalitat del toxicòman mitjançant el MMPI, en fem un quadre resum:

<i>Autor</i>	<i>Referència bibliogràfica</i>	<i>Any</i>	<i>Principal tret psicològic detectat (MMPI)</i>
--------------	---------------------------------	------------	--

Fenichel, O.	“The Psychoanalytic Theory of Neurosis”. Norton, New York.	1945	Tensió i estrés
Wikler, A.A	“A Psychodynamic Study of a Patient During Experimental Self-regulated Readdiction to Morphine”. <i>Psychiat. Q.</i> 26:270.	1952	“Euforia negativa”
Wikler, A.A. Rasor, R.W.	“Psychiatric Aspects of Drug Addiction”. <i>Am.J.Med.</i> 14:566-570.	1953	“Euforia negativa”
Hill, H.E.& Haertzen, C.A.& Glasser, R.	“Personality Characteristics of Narcotic Addicts as Indicated by the MMPI”. <i>J.Gen.Psichol.</i> 62:127-139	1960	Psicopatia
Savit, R.A	“Psychoanalytic Studies on Addiction: Ego structure in narcotic addiction”. <i>Psychoanal. Q.</i> 32:43-57.	1963	Tensió i estrés
Vaillant, G.E	“A Twelve Year Followup of New York Narcotic Addicts. I” The Relation of Treatment to Outcome, <i>Amer.J.Psychiat.</i> 122:727-737.	1966	Depressió
Weider, A & Kaplan, E.	“Drug Use in Adolescents”. <i>Psychoanal. Study Child</i> , 24: 399.	1969	Tensió i estrés.
Wishnie, H.	“Opioid Addiction: A masked depression”. A S.Lesse(ed.) <i>Masked Depression</i> . New York: Aronson.	1974	Depressió
Berzins, J.I; Ross, W.F; English , G.E; Haley, J.V.	“Subgroups among opiate addicts: A typological investigation”. <i>H. Abnorm. Psychol.</i> 83: 65-73.	1974	Esquizoidia

Alguns autors qüestionaven aquests resultats pel fet d’haver estat obtinguts en condicions no habituals pel toxicòman (consulta, hospital, etc). És per aquest motiu que podem trobar, en la literatura sobre aquest tema, altres investigacions fetes en el mateix context de l’individu, aquestes en són algunes de les més significatives:

<i>Autor</i>	<i>Referència bibliogràfica</i>	<i>Any</i>	<i>Catarcterística</i>
Gerard, D.L & Kornettsky, C.	“Adolescent opiate Addiction: A Case study”. <i>Psychiatr.</i> 28: 367-380.	1954	Us adaptatiu d'elles drogues per part dels adolescents per a enfrenar-se a les seves ansietat d'identitat.
Chein, I & cols.	“The Road to Heroin”. New York: Basic Books.	1964	Us adaptatiu d'elles drogues per part dels

			adolescents per a enfrontar-se a les seves ansietat d'identitat.
Krystal, H & Raskin, H.A.	"Drug Dependence: Aspects of Ego Functions". Wayne State University Press, Detroit.	1970	Dificultats dels toxicòmans en el reconeixement de les emocions doloroses i la seva tendència a somatitzar.
Wurmser, L.	"Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug abuse". J. Am. Psychoanal. Assoc. 22: 820-843.	1974	Els pacients es troben inadequadament protegits contra la seva ràbia i agressió en el maneig de les relacions interpersonals.

L'autor segueix un model psicoanalític en la seva interpretació del fenomen. Pel que fa a l'origen de la conducta addictiva, en fa la següent descripció:

- 1987 S. Freud L'addicció és una forma de satisfacció dels impulsos libidinals, proposant que l'addicció primària era la masturbació, i que les addiccions a la morfina, l'alcohol, el tabac, etc, només eren els seus substituïts.
- 1927 S. Rado Importància dels efectes orgàsmics dels tòxics.
- 1929 E. Siemel Les pulsions agressives com a mode de satisfacció
- 1932 E. Glover substitutoria.
- 1954 O. Fenichel Importància dels tòxics en l'economia libidinal.
- 1960 H.A.Rosenfeld L'identificació com l'objecte ideal i el control omnipotent dels objectes són mecanismes maníacs pels que l'addicte intenta controlar les ansietats paranoides.
- 1965 A. Freud L'addicció com una estructura complexa en la que s'aglutinen els desitjos orals, i les tendències passiu-femenines i autodestructives.
- 1971 H. Kohut El consum de drogues com una forma de substituir un defecte en l'estructura psíquica.
- 1978 J.W. Adams Existència en els toxicòmans d'una patologia subjacent pregenital.

Pel que fa al tema d'el'automedicació, també en fa l'autor una referència històrica:

Krystal & Raskin (1970): l'etiologia de l'ús de drogues resideix en un intent de l'individu d'autoajudar-se.

Wurmser (1978): L'ús compulsiu de drogues com a símptoma de psicopatologia subjacent.

Khantzian (1985): L'ús de substàncies addictives com un intent d'automedicació per a paliar els problemes subjacents del pacient, principalment l'agressivitat.

Caldria distingir però, entre:

a) *Automedicació en pacients psiquiàtrics*: aquí la utilització de substàncies addictives suposaria un intent d'aliviar determinades síndromes no resoltes pels tractaments prescrits.

En aquest sentit, Khantzian afirma haver obtingut bon resultat amb l'aplicació de la metadona com a neurofèptic en pacients esquizofrènics refractaris a altres medicacions i amb crisis freqüents d'agressivitat.

b) *Automedicació en població general i en malalts no psiquiàtrics*: en aquest cas, el consum de drogues i psicofàrmacs estaria associat a la presència d'un patiment psicològic inadequadament detectat o tractat.

En aquest sentit, autors com Tien Ay (1990), afirmen que el risc d'experimentar símptomes psicòtics és més gran per als consumidors de drogues que en els no consumidors. Això va suposar un recolzament a les teories d'altres autors com:

Kornetsky, 1977
Angrist i col. 1982
Van Kemmen i col. 1982
Cesarec & Nyman. 1985

Que afirmen que els pacients psicòtics busquen, automedicant-se, aliviar la seva simptomatologia.

J.Pérez de los Cobos.; F. Batlle.; M. Casas.

Propuesta para una mejor integración de las drogodependencias en la nosología psiquiátrica. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 24, 2 (63-65), 1996.

El model clàssic de les psicosis tòxiques és aplicable a les drogodependències. El consum de drogues d'abús causa un trastorn orgànic sobre determinats sistemes cerebrals que constitueixen el substrat biològic del desig i el control dels impulsos. Com a conseqüència apareix la psicopatologia específica de les drogodependències.

Staney J. Blatt.; William H. Berman. Diferentiation of personality types among opiate addicts. *J. Personal Assess.* 1990. 54 (1&2). 87-104.

Molts treball informen que les característiques sociopàtiques són predominants en l'addicció als opiàcics, però també apareixen sovint altres característiques de tipus

depressiu i psicòtic. Es vol aportar la hipòtesi de que hi ha tres tipus d'individus que arriben a l'addicció a substàncies opiàcees (més que un únic i predominant estil de personalitat). S'administren diferents tests a 53 pacients d'aquestes característiques. Les variables derivades d'aquest estudi varen ser sotmeses a tractament estadístic mitjançant anàlisi de discriminant i de regressió. Es van identificar tres grups d'addictes:

- a) Problemes en les relacions interpersonals i labilitat afectiva (42%).
- b) Desordres de pensament i autocontrol (30%)
- c) Activitat mental i verbal reduïda (28%).

Les comparacions de les valoracions d'aquests tres grups definits com a normal, neuròtic i esquizofrènic recolzen l'hipòtesi dels tres tipus de personalitat en els addictes a opiàcis, cada un caracteritzat respectivament per desordres de personalitat, psicòtics límit i depressius. Malgrat sembli haver-hi un predomini d'individus amb desordres de personalitat que arriben a ser addictes a substàncies opiàcees, les dades indiquen molts tipus addicionals d'addictes amb diferents tipus de psicopatologies, tipus que requeririen diferents abordatges pel que fa al seu tractament específic.

Robert J. Craig.; Ronald E. Olson.

MCMC Comparisons of Cocaine Abusers and Heroin Addicts. *Journal of Clinical Psychology*, March 1990, Vol., 46, nº 2.

Van ser comparats dos grups de consumidors de drogues, un d'addictes a cocaïna (N= 107) i un altre a derivats opiàcis (N= 86), tots dos grups en tractament actual. Les anàlisis varen revelar que els consumidors de cocaïna mostraven més trets de l'estil de personalitat antisocial, mentre que els consumidors d'heroïna evidenciaven més problemes d'introversió i abús d'alcohol. Les anàlisis multivariants van revelar quatre categories distintes, que els alienava segons l'estil de la personalitat i les manifestacions dels quadres clínics de personalitat més que per l'elecció de la droga. Les anàlisis ideogràfiques demostraren la consistència dels percentatges dels DSM III-R de desordres de personalitat. La conclusió final, fa referència a que les semblances de personalitat entre els dos grups són més grans que no pas les seves diferències.

Massimo Clerici.; Italo Carta.; Carlo Lorenzo Cazzullo.

Substance Abuse and Psychopathology. A Diagnostic screening of Italian Narcotic Addicts. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* (1989) 24: 219-226.

S'avalua, mitjançant el DSM III, el perfil psicopatològic de 226 consumidors d'heroïna d'un centre clínic italià, amb pacients sotmesos a tractament en regim ambulatori i residencial. Els resultats mostren que el 30% dels individus son diagnosticats d'acord amb l'eix I, mentre que el 61% son considerats segons l'eix II de desordres de personalitat. El 16% es classifiquen segons un espectre esquizofrènic, el 25% tenen desordres histriònic, narcisistes, antisocials i límits. La resta son considerats dins una categoria heterogènia.

Richard E. Isralowitz.; Darwin Telias.; Yaacov Zigelbaum.

Heroin Addiction in Israel: A Comparison of Addicts in Prisons, Community-Based Facilities, and Non-Drug Users Based on Selected Psychological Factors. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.1992, 36 (1), pp. 63-73.

L'estudi planteja un intent de provar un model general d'addicció a la heroïna. Es parteix de l'hipòtesi que el tipus d'evolució en el tractament (presó o en centre) està associat a les característiques psicològiques dels addictes. Es estudiar 92 individus addictes i no addictes a la heroïna. Els resultats mostren que les característiques psicològiques dels presos no van ser més negatives (i en alguns casos, fins i tot més positives) que les dels grup en tractament en comunitat o d'aquells del grup control no addictes. En definitiva, el que els autors proposen és un model d'apropament a l'explicació de les diferències entre addictes i no addictes a la heroïna.

**G.T. Phillips.; M. Gossop.; B. Bradley.
The Influence of Psychological Factors on the Opiate Withdrawal Syndrome. *British Journal of Psychiatry* (1986), 149, 238-238.**

S'examinen variables de tipus psicològic i altres relatives a la pròpia substància sobre la intensitat de les síndromes d'abstinència en un grup d'addictes als opiacis. Es van destacar dos factors psicològics: neuroticisme i el grau d'angoixa esperat pel pacient a la posterior intensitat dels símptomes. Ambdós factors estaven relacionats amb l'ansietat i poden servir per a ampliar els símptomes d'abstinència. Curiosament, les dosis de droga no tenien cap relació amb la intensitat dels símptomes.

**L. Cancrini.
Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles. *Comunidad y drogas. Monográfico nº 1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1987.***

Davant la relació patològica que s'estableix entre el jove i la droga, l'American Psychiatric association (APA), va canviar el terme "toxicomanies" pel de "dependència de drogues". S'entén la *dependència* com el símptoma que senyala l'existència d'aquesta situació conflictiva i/o desestructurant i que pot manifestar-se en estructures psicopatològiques diferents: neuròtiques, perverses i psicopàtiques. I són aquestes manifestacions les que es tapen amb el consum del tòxic, que seria "un intent evasiu i equivocat d'autoteràpia".

**M.Casas Brugué.
Transtorno por dependencia de opiaceos: la hipótesis de la automedicación y su repercusión en el debate sobre la legalización d ela heroína. *Jano*, 15-21. Marzo 1991. XL. Nº 943.**

L'autor parteix de l'explicació de la dependència a la heroïna com una forma d'automedicació utilitzada pels pacients toxicòmans com a tractament d'una malaltia endògena. El substrat fisiològic que serveix de base d'aquesta teoria ve donat pel descobriment i acceptació durant la dècada dels anys 60, dels receptors opiàcis del SNC, més tart pel descobriment dels seus endògens específics : endorfines / encefalines

/ opioïdes o péptids opiàcis. Això justifica la formulació de l'addicció als opiàcis com una malaltia produïda per una "noxa" externa (la heroïna), que actuant repetidament sobre determinades estructures orgàniques (els sistemes opioïdes) en un procés facilitat des de l'exterior de l'organisme (medi ambient degradat, etc.) desencadenen una sèrie de canvis moleculars a nivell de SNC, que transforma l'individu "sa" en un de "dependent".

És coneguda però, la situació en que només una minoria dels individus que tenen contacte amb els opiàcis desenvolupen un quadre de dependència, malgrat estar tots ells igualment exposats a similars situacions familiars i ambientals i d'haver pres els mateixos tipus de tòxics. Això orienta a pensar que a més dels factors "exògens" i del medi ambient que envolta l'individu, han d'existir una sèrie de factors "endògens" del propi pacient que facilitin i propiciïn el que es desenvolupi la dependència. Aquesta afirmació es recolza en uns supostos teòrics que explicarien el per què determinats individus s'abocarien a consumir opiàcis com a forma d'automedicació. Alguns dels supostos teòrics ara esmentats, serien:

- a) És del tot acceptat (1975) que en el cervell hi ha un complex sistema de neurotransmissió/neuromodulació opioide que intervé en la majoria dels processos de regulació i homeostasi de l'organisme (vida sexual, afectiva i funcions cognitives superiors).
- b) La dependència opiàcea sembla estar mediatitzada per la capacitat de substàncies exògenes (morfina, heroïna, etc.) per a acoblar-se amb els receptors opioïdes.
- c) Qualsevol sistema orgànic, pel sol fet de ser-ho, està exposat a patir alteracions genètiques o a trastorns produïts per malalties infeccioses, sistèmiques, tòxiques, etc. Que malmetin o destrueixin el seu normal funcionament.
- d) Per a tots els sistemes de neurotransmissió coneguts es descriuen malalties psíquiques o neurològiques directament relacionades amb el seu hiper o hipofuncionament (esquizofrènia / hipersensibilitat dopaminèrgica; Parkinson / fracàs dopaminèrgic; patologia depressiva / afectació sistema serotoninèrgic i noradrenèrgic; ansietat / sistema GABC, etc.
- e) Els sistemes de neurotransmissió presenten un funcionalisme defectuós, a un mínim del 0,6% de la població general.
- f) Si tots els sistemes cerebrals actualment coneguts presenten disfuncions associades a malalties psíquiques i neurològiques greus, no hi ha cap raó que permeti pensar que el sistema opioide no pot emmalaltir.

Les conseqüències manifestes dels pacients amb aquest problema de disfunció del sistema opioide (EDSO), poden ser:

1. Malviure, amb una pobra existència, complicada amb altres alteracions psicològiques, neurològiques, sistèmiques i immunològiques, o tot el contrari, manifesten conductes agressives o d'alt risc, actualment acceptades com a conductes que activen el funcionalisme del sistema opioide.
2. Derivar envers un trastorn per alcoholisme, com a forma compensatòria d'aquest dèficit d'opioïdes, mitjançant la síntesi d'opiàcis a partir dels productes metabòlics de l'alcohol.

3. Derivar a un trastorn de dependència d'opiàcis si, a més, viuen i/o es relacionen amb un medi on la disponibilitat als opiàcis il·legals és alta i freqüenten ambients on el grup amb el que s'identifiquen els consumeix.

És aquí on s'encaixa l'hipòtesi de l'automedicació: aquests individus, malalts, l'entrar en contacte amb la heroïna, els soluciona un gran nombre de sensacions i disfuncions orgàniques desagradables i els ofereix el descobriment d'un nou món, amb la sensació de normalitat. Aquests individus poden iniciar, sense saber-ho, un procés d'autotractament per a la seva malaltia endògena tot consumint grans quantitats d'opiàcis il·legals.

Fleming, M.F.; Barry, K.L.;

Consumo de sustancias toxicas por los adolescentes. A Guia clinica de los transtornos adictivos. Mosby/Doyma. Pp: 283-303. Madrid. 1994.

L'adolescència és una època de ràpids canvis i nombroses experiències. Els trastorns addictius relacionats amb la nicotina, l'alcohol o el consum d'altres drogues, així com els trastorns de l'alimentació, amb freqüència apareixen durant aquest període. Encara que la majoria dels adolescents passa per aquesta fase plena de novetats sense més complicacions i va desenvolupar hàbits sans amb un consum limitat, malgrat això però, alguns altres adolescents sí tindran problemes greus relacionats amb el consum de substàncies tòxiques. La única excepció la constitueix el consum de tabac, que amb freqüència segueix mantenint-se, creant una dependència física i una addicció a la nicotina.

Santacreu Mas, J.; Frojan Parga, M.X.; Hernandez Dondragon, J.A.

Papel del autocontrol en el proceso de génesis d elas drogodependencias (I). *Rev Esp Drogodepend* v 16, nº 3, pp: 201-215. 1991.

Es fa una revisió del concepte d'autocontrol amb l'objectiu d'analitzar el seu paper en el procés de gènesis del consum de drogues. Segons el model proposat pels autors del treball, el desenvolupament de l'habilitat d'autocontrol durant l'adolescència juga un paper important a l'hora de determinar la prova i posterior consum de substàncies psicoactives. Proposen una reconceptualització del mateix, amb l'objectiu d'operativitzar cada un dels processos implicats en l'execució de respostes autocontrolades. Una vegada clarificat el concepte i especificades les variables que el configuren, expliquen el procés d'adquisició i manteniment així com d'incorporació en el repertori conductual de l'individu de l'habilitat d'autocontrol.

Carbonell Masia, C.

Família, adolescencia y drogae. *Psicopatol*, v 10, nº 4, pp: 195-197. 1990.

No es pot considerar la família com una simple suma de les característiques de cada un dels seus components, sinó com una estructura dinàmica i interaccional. Segons alguns autors, determinants missatges es transmeten mitjançant de les generacions, i les alteracions emocionals, que s'han anomenat "ones de xoc emocional", apareixen anys després de la mort d'un membre significatiu d'ela família. Les figures del pare i de la mare, la relació entre ells i amb el fill adolescent, pot ser un fet de gran importància en

la gènesi de les drogodependències. Els autors d'aquest article donen molta importància a la fórmula familiar negativa constituïda per un pare feble i distant, el "pare de palla" o absent, i una mare rígida i autoritària.

Stocco, P.

Uso de la droga en la enfermedad del ideal. *Adicciones*, v. 3, nº 4, pp: 341-348. 1991.

L'ús compulsiu de drogues té lloc sovint durant l'adolescència, una època fràgil, marcada pel desig de créixer i d'autodeterminació, qüestions posades a prova per les possibilitats reals del subjecte de aconseguir realitzar aquest procés maduratiu. En aquest moment la droga pot assumir el ser percebuda com un medi per a afirmar una identitat incompleta. També la maternitat o la paternitat precoç pot ser un senyal de búsqueda d'autonomia i independència, però també en aquest cas es tracta d'una pseudomaduració. En el procés terapèutic és particularment important reconèixer la dinàmica psíquica profunda que està en la base d'aquesta decisió de pseudomaduració, que es revela autodestructiva.

Calafat Far, A.; Amengual Munar, M.

Depresión, depresividad y toxicomania. *Adicciones*, v 3, nº 1, pp: 75-100. 1991.

L'existència d'una relació entre depressió i toxicomania està fora de tot dubte pels autors. La depressió és el problema psicopatològic més comunament referenciat. Està més clar el paper de la depressió com a conseqüència d'una toxicomania; en aquests casos, l'evolució de la depressió està molt lligada a la resolució de la toxicomania. Però, també hi ha bastants dades que senyalen el seu paper en l'entrada, manteniment i empitjorament del procés addictiu. D'especial rellevància és el paper que juga la depressió en l'adolescència com inici del ús i abús de drogues, qüestió sobre la que cal encara profunditzar. Seria interessant en aquesta edat, distingir especialment entre depressió clínicament instaurada i depresivitat, com una característica dominant en algunes personalitats. És necessari conèixer millor el seu mecanisme d'acció, així com profunditzar sobre les relacions de la depressió amb altres factors de risc.

Sainz Casado, A.M.

Significado de un problema de drogas en la adolescencia. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Madrid, 1995.

En la recerca de la resposta a "el significat d'un problema de drogues en l'adolescència", la teòrica general donada pel panorama reflexat pels alumnes estudiats per l'autor (1r. De BUP i COU), i també pels plantejaments teòrics, condueixen a reconèixer que el significat donat a la droga, per qui la consumeix essent adolescent, és la búsqueda de satisfaccions sense dificultats i evitant, a la vegada, totes les responsabilitats. La utilització de drogues per part dels adolescents, pot considerar-se com un símptoma mitjançant el qual expressen la seva conflictivitat, però a la vegada com un intent de solucionar-la. Però malauradament, amb aquesta opció l'adolescent s'està negant per a sí mateix tot el que signifiqui creixement, individualització i personificació.

Lusilla Rausa, B.

Aspectos contextuales de las toxicomanias. Vinculos. N° 1, pp: 139-150. 1990.

En l'article es fa una reflexió del psicodrama com a eina terapèutica en toxicòmans, tot passant revista a una sèrie de variables que intervenen en la gènesi i manteniment de la seva addicció: l'adolescència com etapa crítica del desenvolupament, el prototipus d'estructura familiar del toxicòman, la funcionalitat del símptoma envers la unitat i estabilitat familiar, la búsqueda de solucions, etc. La teràpia té la difícil tasca de modificar la percepció de que "enfrentar-se a la vida és més dolorós que morir" i ha d'actuar, no només a l'individu, sinó a tot el sistema interpersonal.

Cancrini, Luigi.

Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles. Comunidad y Drogas. Cuadernos Técnicos de Estudios y Documentación. Monografía nº 1. Mayo de 1987. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Pág:45-57.

L'autor defineix la toxicomania com una "autoterapia". L'estudi clínic de la toxicomania demostra que l'ús de fàrmacs per part del toxicòman pot considerar-se, pel que fa a les motivacions, un intent evasiu i equivocat d'autoteràpia. Segons això, la tasca del terapeuta consistiria en identificar, conèixer i afrontar el problema que precedeix i que millorin les proporcionades pel jove toxicòman.

Cal situar el moment de l'inici en el consum, és a dir, quan es troben o coincideixen els efectes de les drogues i la necessitat de la persona. És necessari identificar en quines condicions té lloc aquesta relació. L'autor estableix 4 categories explicatives com a originants de la conducta toxicòmana:

- a) *Toxicomanies traumàtiques*: pròpia d'individus considerats "exemplars" fins un moment donat, fins i tot tenen que assumir una sèrie de responsabilitats que no els hi pertoquen. Es derrumben i es fan toxicodependents davant l'experiència d'un greu trauma. En altres ocasions, són individus que recentment han iniciat el procés d'individuació i que el trauma desencadena un desequilibri quan les relacions anteriors ja no ofereixen el suport adequat o les noves són encara massa precàries i no suposen un punt de referència segur. Podem definir en aquest primer grup dues característiques:

- a.1.) El desenvolupament de la toxicodependència: es tracta del mateix moment dels primers contactes amb la substància o la transformació en un ús controlat, la ruptura de l'estil de vida habitual té lloc en un breu període de temps. La heroïna esdevé, de cop, en el centre d'atenció, tot protegint l'individu en una fase de pànic (en els casos més greus) o de patiment molt violent.

- a.2.) Les característiques de l'hàbit: el comportament del toxicòman és autodestructiu i teatral en els casos més greus, en altres

casos és dissimulat, fa ús de l'alcohol o barbitúrics, tracta d'atordir-se, més que d'obtindre plaer mitjançant el fàrmac.

b) *Toxicomanies a partir de neurosi actual*: és en la que més intervenen els factors de dinàmica familiar. S'observen característiques del tipus següent:

b.1.) Una forta preocupació d'un dels progenitors (generalment el de sexe contrari) davant el seu fill i la seva "malaltia".

b.2.) El paper "perifèric" de l'altre progenitor.

b.3.) L'evidència de l'estructura anomenada "triangle pervers" i la tendència del progenitor còmplice a protegir i a tapar els problemes plantejats pel comportament del fill.

b.4.) La feblesa dels límits entre els subsistemes que determinen la "jerarquia" familiar.

b.5.) El desenvolupament d'una polaritat que defineix la figura del fill/filla toxicòman com a "dolent" comparat amb un altre fill/a "bo".

b.6.) Un model comunicatiu caracteritzat per lo contradictori (no paradòxic) dels missatges, la rapidesa i el violent desenvolupament dels conflictes.

c) *Toxicomanies de transició*: el que caracteritza aquest tipus de toxicomania és un estil comunicatiu i una organització transitiva de les interaccions, en tant que s'assembla i té en comú característiques de les transaccions pròpies de les famílies que presenten transacció psicòtica com també de les que no tenen aquest tipus de transacció. Es caracteritzen per:

c.1.) Un interès en no definir les relacions, amb tendència als missatges paradòxics i incongruents.

c.2.) Membres que mostren una tendència difosa a ignorar el significat del missatge dels demás i a servir-se de la malaltia per a resoldre el problema de lideratge, amb actituds d'autosacrifici.

c.3.) Pares que manifesten una relació simètrica pròpia de les famílies psicòtiques, amb una afectació profunda per la toxicodpendència i la vida del seu fill/a.

d.4.) Una polaritat en la diversificació dels germans que es mou segons els eixos reeixit/no reeixit. El toxicòman, com a membre "prestigiós".

e.4. Amb la toxicomania s'aconsegueix evitar o malograr la desvinculació del pacient designat.

f.4.) Una tendència a implicar i manipular a altres (parents, amics, etc.) en les qüestions familiars, tot invitant-los a que defensin les seves pròpies posicions.

g.4.) Una tendència a repetir dramatitzacions molt intenses, però de curta durada.

Alguns autors, com E. Glover, anomena aquest tipus de toxicomania transitòria, per estar caracteritzada per la presència, a la vegada i simultàniament de dinamismes neuròtics i psicòtics).

d) *Toxicomanies sociopàtiques*: aquí s'observen model comunicatius i organitzacions propis de famílies deteriorades, generalment de classes socials desfavorides, encara que no sempre. Es caracteritzen per ser joves que es mouen i relacionen en soledat, s'observa una manca d'aquíació a les funcions parentals necessàries: pares i mares totalment absents, evidència de comportaments antisocials, assimilació ràpida de la toxicodpendència emmarcada en un estil de vida que coincideix amb les seves condicions, actitud desafiant del consumidor.

P. Ruiz Carrasco.; E. Lozano San Martin.; A. Polaino Lorente.
Los valores en el adolescente y el consumo de sustancias. An Psiquaitria. Vol. 10, n° 3, pp: 115-120. 1992.

Els autors es pregunten entre els valors que diferencien els adolescents que consumeixen alcohol i altres drogues il·legals, d'aquells adolescents que no ho fan. També sobre la relació d'aquests valors amb els models parentals, tot seguint la teoria dels "constructos personals" de Kelly. Es parteix de l'afirmació de que el sistema de valors és personal i únic per a cada subjecte, i que la seva constitució dependrà de la seva vivència personal durant el seu desenvolupament. És dintre els canvis psicològics que fan del psiquisme infantil un psiquisme adult i que caracteritza a l'etapa del desenvolupament que denominem adolescència, que es produeix la configuració del sistema de valors personals. La família considerada com a prototip de societat, esdevé la principal font de valors. Els pares són un dels models més importants per als nens i adolescents, i dels qui adquireixen una ampla varietat de patrons de comportament, actituds, valors i normes. De no existir una adequat marc de referència es fa més difícil aconseguir la construcció del seu propi sistema de valors. Aquesta darrera situació constitueix (OMS, 1979) criteris de risc i/o vulnerabilitat davant la toxicomania, especialment en joves depressius, necessitats d'afecte, personalitats inestables i immadures que no toleren l'ambigüitat i les constants frustracions pròpies d'una societat com l'actual. És per això per el que el risc d'utilitzar drogues com a element d'equilibri intern, és sensiblement més elevat en aquesta etapa, en comparació amb l'edat adulta.

Els autors obtenen els següents resultats:

- a) En el grup de *no consumidors*: observen una clara identificació d'aquests adolescents amb l'ideal dels models parentals i amb la figura real materna, així com una correlació d'aquests aspectes amb el valor transcendent "Deu", amb "amistat" i amb els valors morals "obediència" i "bé". El constructo "evasió" és viscut com a negatiu i refusat pel propi individu. Els constructos "entonar-se" i "evasió", apareixen relacionats amb el "diner" i el "plaer", sense una connotació moral o social i sense identificació del subjecte amb tot això, expressant només una relació de significat. Els adolescents d'aquest grup també estableixen una relació entre constructos que expressen valors socials: lideratge i educació, amb aquells que ho fan amb valors morals:

treball i fidelitat, tot això junt a lo patern (pare real i idea) i a la salut. D'això dedueixen els autors que la figura paterna és el fonament dels valors més funcionals.

- b) En el grup de *consumidors* observen: que la "lealtat" apareix com l'únic valor moral, faltant el transcendent "Deu". En el concepte de "mal" no s'inclou el consum de substàncies (evasió i entonar-se). Però sí es relaciona el consum de substàncies amb el plaer, els diners i el lideratge. Aquest darrer aspecte de "lideratge" esdevé, segons els autors i confirmat per altres estudis, un autèntic factor de risc davant el consum de drogues. Observen en general en aquest grup un precari model patern.

En definitiva, conclouen que:

1. Quant els adolescent s'identifiquen amb el valor Deu i obediència, aquests esdevenen valors protectors davant el consum de drogues.
2. Per als adolescents consumidors, els valors treball i educació es constitueixen també com a valors protectors.
3. Els consumidors tenen un model patern precari, però tot i això, ha donat uns valors "funcionals": lealtat, lideratge, diners, educació i solidaritat.
4. En els consumidors, a més d'aquests valors, també hi ha el de salut.

Fernandez Gómez, C.; Llorente del Pozo, J.M.; Gutierrez Fraile, M.A.; Niso Bravo, M. Características de personalidad de heroinómanos tratados en una comunidad terapéutica. *Adicciones*, vol 8, nº 1, pp: 33-51. 1996.

Estudi sobre les característiques de personalitat d'un grup d'heroinòmans admesos a tractament en una comunitat terapèutica, mitjançant el MMPI i el 16 PF. Els dos instruments van mostrar una alta taxa de trets desviats de personalitat i un patró d'alteració de personalitat, caracteritzat per elements psicòtics, depressius, psicopàtics i indicadors d'introversió. El psicodiagnòstic en el seguiment als 6 mesos evidencia una millora en l'ajust psicològic, amb augments d'extraversió i socialització i reducció dels símptomes de somatització. El psicodiagnòstic realitzat en el seguiment va resultar un predictor més fiable que la resposta posterior al tractament que l'avaluació inicial.

Jesse B. Milby.; Mary K. Sims.; Sadik Khuder.; Joseph E. Schumacher.; Norman Huggins.; A. Thomas McLellan.; George Woody.; Neil Haas. Psychiatric Comorbidity: Prevalence in Methadone Maintenance Treatment. *AM. J. Drug Alcohol Abuse*, 22 (1), pp: 95-107 (1996).

Aquest estudi examina la prevalença dels nivells d'ansietat i dels trastorns afectius mitjançant el DSM-III-R en una mostra d'addictes als opiàcids que han estat tractats amb manteniment amb metadona. Observen com a resultats, uns nivells menors d'ansietat en el 55% de la mostra. Trastorns afectius en el 58%. Ansietat coexistent amb els trastorns afectius en el 36% dels pacients. Conclouen els autors que en els addictes als opiàcids és insignificant el grau de comorbiditat associada.

Norman J. Lesswing.; Ronald J. Dougherty. Psicopatología en Pacientes Dependientes del Alcohol y la Cocaína: Comparación de resultados con Test Psicológicos. RET, Revista de Toxicomanias, nº 1, pp: 28-30. 1994.

S'observa elevats nivells de psicopatologia en els dos grups, però el més important de l'article, pel que fa al contingut de la tesi, és el quadre següent:

*Percentatge de Pacients en els grups de l'Alcohol
Y Cocaïna classificats per categories específiques de Trastorns
De Personalitat basats en el Millon Clinical Multiaxial
Inventory-II.*

<i>Trastorns de Personalitat</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Cocaïna</i>
Paranoide*	6.70	12.10
Esquizoide*	5.60	3.30
Esquizotípic*	2.20	7.70
Compulssiva*	6.70	0.00
Histriònica	9.90	7
Dependents*	17.80	9.90
Antisocial*	8.90	4.40
Narcicista	11.10	13.20
Per evitació*	5.60	2.20
Bordeline*	8.90	19.80
Passiu-agressiu	3.30	3.30
Atípic	14.40	16.50

* $p < .06$

J.C. Cabal Bravo.; J. Bobes García.; A. Vázquez Fernández.; P. González-Quirós Corujo.; M. Bousoño García.; A. García Prieto.; P. González García-Portilla. TAT: Psicodiagnóstico en pacientes heroínomanos. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 18 , (1), pp: 1-6. 1990.

L'estudi té com a objecte la recerca de trets psicopatològics diferencials en la personalitat de l'heroïnòman, que els autors intenten contrastar amb altres aportacions d'estudis. També valoren altres paràmetres de caràcter socio-laboral. Incideixen en tres variables especialment, a part dels trets psicopatològics: sexe, edat i C.I. amb una mostra de 70 pacients heroïnòmans i 70 no consumidors de drogues. Quan els resultats, de les dotze categories del TAT, sis resulten estadísticament significatives: baixa

autoestima, suïcidi, problemàtica amb figures d'autoritat, evasió d'agressivitat, refús identificatiu del pare, ansietat i atribució de culpa.

Edwald Bohm.

Manual del psicodiagnòstic de Rorschach. Ed. Morata, S.A. Madrid. Pág:312-313.

L'autor identifica com a toxicòmans tan els alcohòlics com els addictes als hipnòtics. Però totes dues patologies coincideixen en manifestar una predisposició en una constitució esquizoide o en una constitució cicloide. L'autor es defineix més per la constitució esquizoide en els toxicòmans no alcohòlics. Explica que les toxicomanies tenen tres factors psicològics comuns: son una fugida davant els conflictes, contenen un element de plaer (igual que els instints) i constitueixen un subterfugi (escusa), doncs les seves conseqüències somàtiques serveixen com a disculpa per a l'ús de les drogues. Les dos primeres característiques aproximen les toxicomanies a les neurosis i a les perversions. Alguns autors de caire psicoanalític, consideren la toxicomania com una repressió homosexual com a origen ocult. En els addictes, s'observa aquesta combinació de la constitució esquizoide i de superestructures neuròtiques.

J.J. Llopis Llacer.; B.S. Pérez Gálvez.; M.P. de Vicente Manzanaro. Personalidad en mujeres alcoholicas y adictas a opiaceos: un estudio comparativo. An. Psiquitr, Vol. 8, nº 10, 1992, pp: 398-404.

Existeixen múltiples i variats models teòrics que pretenen explicar la possible relació entre personalitat i drogodependències. Una de les principals aportacions que fa aquest article és una ampla i acurada descripció de la literatura actual sobre aquest tema:

- a) *Labouvie (1987)*: En un estudi sobre la relació entre personalitat i el consum de drogues, troba que els nivells de fortalesa i control de l'Ego estan per sota de la mitjana normal, en adolescents.
- b) *Newcomb i cols. (1986)*: Assenyalen que l'estrès incontrolat, conseqüència d'esdeveniments vitals negatius, crea una sensació de pèrdua de control, la qual cosa genera un nivell disminuït de significat de la vida, experimentant-lo com incomfortable i que seria automedicat amb l'ús de drogues.

- c) *Cabal Bravo et Al. (1989)*: En una revisió de treballs de personalitat en addictes, conclou: “són pocs els autors que sostenen l’existència d’una personalitat heroïnòmana única, no podent afirmar, doncs, que els trets que configuren la personalitat dels addictes a heroïna, constitueixen una autèntica personalitat heroïnòmana”. Aquest autor observa en els pacients heroïnòmans una característica de personalitat comú i coincident, el tret principal és l’antisocialitat (Desviació psicopàtica), i parla també de que es pot descriure un perfil (combinació de diferents trets que poden definir una “Constel·lació “ de personalitat.
- d) *Oughourlian (1971)*: Per intentar delimitar la personalitat del toxicòman, cal tenir en compte:
- El perfil de personalitat previ (dificultat).
 - Perfil de personalitat a posteriori (influència del fàrmac, dels temps de consum, del medi, etc.).
- e) *Duran Gervilla (1989)*: No hi ha investigacions que confirmen la personalitat pre-toxicòmana.
- f) *Alonso Fernandez, Fco. (1992)*: Defensa la “Constel·lació de Personalitat Prealcoholòmana”. No hi ha una personalitat addicta concreta, però sí diferents trets de personalitat que constitueixen aquesta “Constel·lació”.

Els autors de l’article, després d’aquesta ampli i interessant revisió, conclouen en la seva investigació, utilitzant el MMPI:

1. Les dones addictes als opiacis, obtenen un perfil: 8-4-2.
2. Les dones addictes a l’alcohol, obtenen un perfil: 4-8-2.
3. Les dones no addictes, obtenen un perfil no significatiu.
- 4.

Les escales més elevades són: Depressió, Desviació Psicopàtica i Esquizofrènia, en els dos grups d’addictes. En el grup d’alcohol, s’observa més elevació de l’escala Paranoidisme.

M. García Toro.; A. González Guillén.

La psicopatología inducida por enfermedades somáticas, fármacos, tóxicos y drogas desde un enfoque sistémico. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 25, 1 (50-60), 1997.

Visió sistèmica de l'efecte de les drogues. Teorització del concepte de *model*, que es construeixen per a permetre simplificar i afegir un ordre a una realitat complexa. Els múltiples models que s'han proposat per a explicar la vida psíquica es poden agrupar en dues grans corrents amb idees i metodologies sovint dispars: la biomèdica i la psicosocial. Afirment els autors que qualsevol factor biològic que incideixi d'alguna manera directa o indirectament en el funcionament neuronal, és a dir, totes les malalties somàtiques, fàrmacs, tòxics, drogues i fins i tot aliments, té capacitat teòrica per a col·laborar en la formació d'una estructura dissipativa en el cervell, a partir d'un nou equilibri d'interaccions entre un grup de neurones dels seus subsistemes jeràrquic i difós. Segons el judici clínic de l'observador, a aquests factors se'ls hi pot assignar una col·laboració més predisponent, precipitant, agreujadora o mantenidora. Els marcs conceptuals, més que certs o falsos, cal valorar-los més o menys útils per a definir problemes d'investigació i trobar-los-hi solució.

