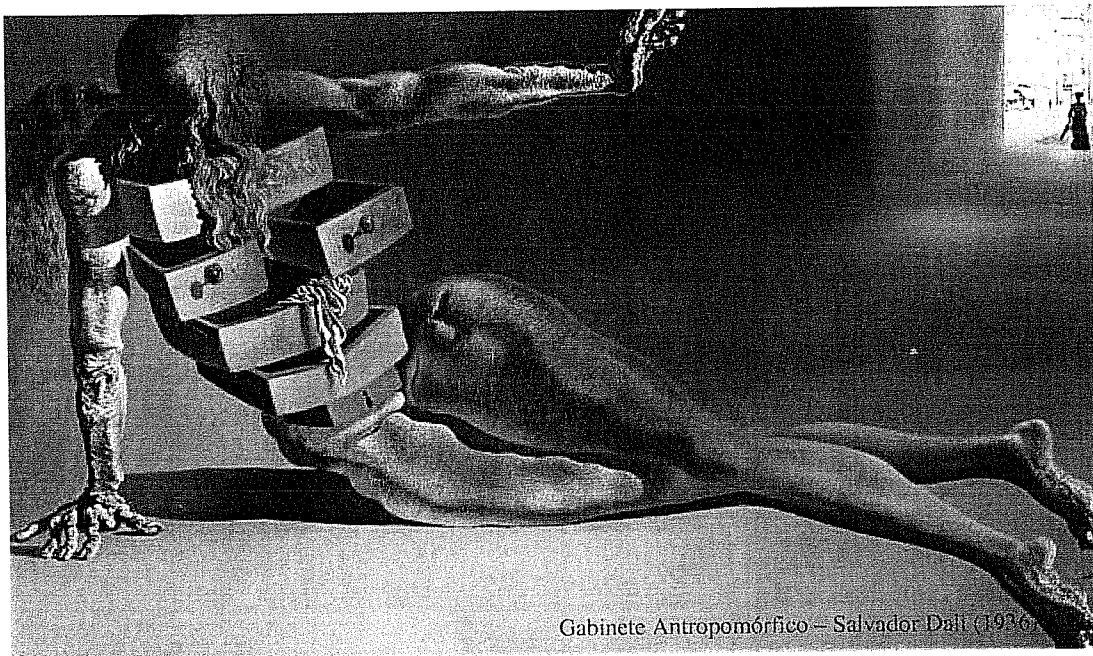


DM  
GOME/1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

# TESE DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOSSOMÁTICA

## IMAGEM CORPORAL EM TOXICODEPENDENTES




Gabinete Antropomórfico – Salvador Dalí (1936)

ORIENTADOR: PROF. DR. CARLOS AMARAL DIAS

ALUNA: ANA MARIA GOMES

Nº 1192

 ISPA   Instituto Superior de Psicologia Aplicada Centro de Documentação	Registo: 13418
	Data: 11,06,02
Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt	

**MEU CORPO**

*Meu corpo não é meu corpo,  
É ilusão doutro ser.  
Sabe a arte de esconder-me  
E é de tal modo sagaz,  
Que a mim de mim ele oculta.*

*Meu corpo, não meu agente.  
Meu envelope selado,  
Meu revólver de assustar,  
Tornou-se meu carcereiro,  
Que sabe mais que me sei.*

*O seu ardil mais diabólico  
Está a fazer-me doente,  
Joga-me o peso dos males  
Que ele tem em cada instante  
E me passa em revolução.*

*Outras vezes se diverte,  
Sem que eu saiba ou que deseje.  
E nesse prazer maligno,  
Que as células impregna,  
Do meu mutismo escarnece.*

*Se tento dele afastar-me,  
Por abstracção ignorá-lo,  
Volta a mim com todo o peso  
Da sua carne poluída,  
Seu tédio, seu desconforto.*

*Quero romper com o meu corpo,  
Quero enfrentá-lo, acusá-lo,  
Por abolir a minha essência.  
Mas ele nem sequer me escuta  
E vai pelo caminho oposto.*

*Já premido por seu impulso  
De inquebrável rigor,  
Não sou mais quem dantes era,  
Com volúpia dirigida,  
Saio a bailar com o meu corpo.*

Carlos Drumond de Andrade

## AGRADECIMENTOS

Quando realizamos um projecto que define de algum modo uma etapa da nossa vida, no sentido de progressão de carreira e inevitavelmente de realização pessoal, a necessidade em agradecer às pessoas que de uma ou de outra forma contribuíram para a sua realização assume-se como uma tarefa imprescindível. Assim, devo em primeiro lugar agradecer ao Director do curso de Mestrado em Psicossomática, o Prof. Mendes Pedro, que me possibilitou logo à partida a frequência no dito curso. Do mesmo modo, teve a particularidade de me dar a conhecer a dimensão da psicossomática, logo no 5º ano da licenciatura e foi de tal forma apaixonante a sua abordagem que estimulou o meu interesse e curiosidade para querer ir mais longe e enveredar por este desafio.

Já na elaboração da tese, agradeço ao Prof. Carlos Amaral Dias, que, como professor orientador teve um papel fulcral na execução da mesma. A sua atitude provocatória e estimulante incita à ultrapassagem das nossas próprias limitações, assim assumiu-se como motor de arranque para avançar. A sua energia, sapiência e determinação foram factores precipitantes para este finalizar.

Devo também agradecer e em especial ao Prof. Coimbra de Matos, que além de ter sido meu professor durante a licenciatura, também o foi no curso de Mestrado. A sua atitude como óptimo docente, associado ao inegável profissionalismo, competência e simplicidade, que tão bem caracterizam a sua pessoa, possibilitaram a que interiorizasse a sua imagem, sendo um extraordinário modelo do que é ser professor. Nesta nova etapa de vida, em que vou iniciar uma carreira como docente universitária é o seu modelo que levo comigo e ao qual irei buscar referências.

O ambiente afectivo em que me enquadrei durante todo este tempo foi sem dúvida o mais importante. Como tal agradeço aos meus pais, pelo afecto, disponibilidade, reconforto emocional e amparo que sei ser inesgotável.

Por fim vem o mais importante, assim agradeço ao João, por estar incluído em todas as dimensões da minha vida e ter desenvolvido uma atitude de hiper estimulação para que este terminus fosse possível.

Para todos vós o meu muito obrigado

---

## Resumo

A presente investigação tem como objectivo o estudo comparativo da imagem corporal em duas amostras distintas, uma delas constituída por 15 homens e 15 mulheres toxicodependentes (heroinómanos) e a outra por 15 homens e 15 mulheres não toxicodependentes.

Propomo-nos a verificar a nossa Hipótese Geral a qual considera a existência de distorção da imagem corporal em indivíduos toxicodependentes, para tal foi utilizada uma metodologia baseada no estudo de Gloria Leventhal (1983), que tal como nós mensurou 22 partes do corpo e procedeu à comparação entre medidas reais e medidas imaginárias dessas partes do corpo. Assim, chegou-se à representação da imagem do corpo de cada um dos sujeitos, a qual pode estar mais próxima ou afastada do corpo real, quanto mais próxima do corpo real, mais coerente será a imagem corporal do sujeito.

Além da confirmação da hipótese verificam-se diferenças plausíveis entre os sexos, no grupo de toxicodependentes, tanto homens como mulheres apresentam uma tendência em imaginarem as medidas do seu corpo inferiores ao real, estando as mulheres mais próximas do que os homens da correspondência óptima entre medidas imaginárias e reais. Enquanto que no grupo de não toxicodependentes, tanto homens como mulheres inserem-se maioritariamente nas correspondência óptima entre medidas reais e imaginárias, apesar das mulheres assumirem um nível percentual superior ao dos homens. Em contrapartida, estes também têm alguma tendência para representarem o seu corpo com medidas imaginárias inferiores ao real.

De acordo com todos estes dados, vamos enquadrar a apreciação da problemática da distorção corporal na toxicodependência de acordo com o modelo teórico do Prof. Sami-Ali, que nos oferece uma outra possibilidade de pensar o corpo, numa passagem do corpo imaginário ao corpo real e é de acordo com a diversidade e riqueza desta oscilação que nós vamos tentar perceber como é que estes sujeitos vivem, ao fim ao cabo o seu corpo.

## ÍNDICE

<b>1. Introdução</b>	1
<b>2. Drogas</b>	3
2.1. Definição	3
2.1.1. Dependência de Drogas	4
2.1.2. Utilização de Drogas	7
2.2. Breve resenha histórica sobre o consumo de Drogas	10
2.3. O fenómeno da Droga em Portugal	13
2.4. Diferentes Drogas, efeitos comportamentais e sinais físicos	23
2.4.1. Depressores do Sistema Nervoso Central ou Psicolépticos	24
2.4.2. Estimulantes do Sistema Nervoso Central	33
2.4.3. Perturbadores do Sistema Nervoso Central ou Psicodislépticos	39
2.5. Aspectos da personalidade do Toxicodependente	48
2.5.1. Origem e Desenvolvimento da Toxicodependência	59
2.6. Reflexão sobre os factores biológicos da Toxicodependência	60
2.7. Droga e família	66
2.8. Droga e meio sócio - cultural	70
2.8.1. Relação entre Delinquência e Droga	73
2.9. Perspectiva psicodinâmica sobre o consumo de drogas	77
<b>3. Imagem Corporal</b>	84
3.1 Definição	84
3.2. Diferentes teorias sobre a imagem corporal	86
3.3. Construção da imagem corporal	89
3.4. Imagem corporal e toxicodependência	95
<b>4. O lugar do corpo no contexto da toxicodependência</b>	101
<b>5. Abordagem psicossomática do modelo multifactorial do Prof. Sami-Ali</b>	104
<b>6. Leitura do fenómeno da toxicodependência no contexto da abordagem psicossomática</b>	111

---

<b>7. Metodologia</b>	116
7.1. O problema	116
7.2. Objectivos	116
7.3. Hipóteses	117
7.4. Amostra	118
7.5. Instrumentos	121
7.6. Procedimentos	124
7.7. Tratamento de dados	127
7.8. Apresentação dos resultados	129
<b>8. Discussão dos resultados</b>	156
<b>9. Conclusão</b>	161
<b>10. Bibliografia</b>	166
<b>11. Anexos</b>	178

---

## 1. INTRODUÇÃO

A ideia de conjugar a imagem corporal com a toxicod dependência surgiu a partir do facto de ambos os temas se apresentarem como o confluír por um interesse comum. A imagem corporal porque a partir dela podemos realizar a ponte com a dimensão psicossomática. Em que o corpo assume uma relação com o imaginário e a projecção, por outro lado, a toxicod dependência apresenta-se como um tema ainda com muito por investigar, controverso e perante o qual a autora se encontra a dar os primeiros passos em termos de prática clínica. Logo tudo o que pudesse fazer para aprofundar conhecimentos a este nível seria extremamente motivador.

Apesar de existirem poucas referências bibliográficas que conjugam ambos os temas, facto que não beneficiou a pesquisa e até o desenvolvimento do trabalho, o desafio manteve-se e esta realidade não foi impeditiva para o avançar do mesmo, acabando por se assumir até como motivo de curiosidade e empenho.

Contudo, não se apresenta como tarefa fácil versar esta temática, a imagem corporal em sujeitos toxicod dependentes, sabe-se à partida que os adidos com longos consumos de heroína nutrem algum desinteresse e desinvestimento afectivo pelo seu próprio corpo, apesar deste facto não ser determinante em todos os sujeitos. Então é relativamente comum encontrar nestes indivíduos corpos maltratados, descuidados, doentes, cicatrizados, enfim desinvestidos em termos de zelo, logo de afecto. No seguimento desta constatação põe-se uma questão: Será que tal corpo pouco cuidado e fragilizado estará enquadrado numa representação mental do mesmo distorcida e desarticulada com a realidade? Esta é a questão que pretendemos dar resposta, para tal vamos comparar um grupo de sujeitos adidos com outro constituído por não adidos e verificar até que ponto, os sujeitos que consumiram drogas apresentam uma imagem corporal distorcida.

Como a bibliografia sobre este tema é escassa baseamos a nossa investigação (em termos metodológicos) no estudo de Gloria Leventhal (1983), do departamento de psicologia da

Universidade de William Paterson em New Jersey. A qual concluiu que realmente existem diferenças ao nível da imagem corporal entre sujeitos adidos e não adidos. Vamos enquadrar este estudo na população portuguesa adaptando-o a esta, a metodologia utilizada é muito semelhante, contudo a leitura dos resultados será realizada de acordo com o modelo da teoria psicossomática, no geral e em particular na teoria do Prof. Sami-Ali. Uma vez que esta possibilita-nos pensar a realidade da toxicoddependência, do corpo que lhe está associado e da representação mental do mesmo (imagem corporal) de uma forma original. A partir da qual podemos correlacionar o psíquico e o somático, em que o corpo não é unicamente físico, mas é constituído por algo, que se passa entre o dentro e o fora, pelas representações e os sentidos e entre a percepção e a projecção.

Joga-se numa dupla dimensão, entre o corpo real (orgânico) e o corpo imaginário (fantasmático) estes não são indissociáveis. Como tal, o corpo “abandonado” do toxicoddependente, que é real apresentará uma dinâmica específica com o corpo imaginário. É esta relação entre ambos que vamos tentar compreender com a realização desta investigação.

## 2. AS DROGAS

### 2.1 Definição

Segundo a definição científica ou farmacológica de base, uma droga é uma substância que, por sua natureza química, afecta a estrutura ou o funcionamento do organismo vivo. Denota-se que esta definição inclui praticamente tudo o que as pessoas ingerem, inalam, injectam ou absorvem. E aplica-se aos medicamentos, às drogas de venda autorizada e não autorizada, às drogas habitualmente aceites como bebidas ou cigarros.

Do ponto de vista farmacológico, uma droga é qualquer substância, excepto a comida, que tem determinados efeitos sobre qualquer sistema ou órgão do corpo, efeitos esses que podem ser benéficos ou maléficos. Todas as drogas interagem com o organismo vivo segundo princípios bem conhecidos, estes princípios envolvem efeitos que são prováveis e variáveis.

Todas as drogas têm múltiplos efeitos, que variam segundo a dose, os indivíduos, o momento e o quadro em que os sujeitos se situam. Os efeitos da droga são uma função de interacção entre a substância e o indivíduo, definido fisiologicamente, psicológica e socialmente. Os indivíduos são complexos e variáveis, logo, os efeitos da droga devem ser necessariamente complexos e variáveis.

Para cada indivíduo existe uma dose eficaz, uma dose tóxica ou uma dose mortal. Cada uma dessas doses é uma abstracção estatística, uma média. É importante lembrar que as drogas mudam a química do organismo e que os indivíduos reagem de formas diferentes à mesma droga. Uma medicação que é saudável para alguém pode ser prejudicial ou até fatal para outros (Ballone, G. 2001).

O uso de drogas: refere-se a substâncias legais como o álcool e remédios prescrito, que são tomados com um propósito determinado e nas doses e frequências apropriadas.

Distúrbio no uso de drogas: refere-se a tomar uma substância adequada para o propósito mas não na dose e frequência apropriada.

Abuso de drogas: é o uso deliberado de uma substância não para seu propósito original, mas de forma a resultar em dano para a saúde ou habilidade funcional. Falamos em abuso quando os efeitos colaterais de uma droga passam a ser mais importantes que a própria medicação, trazendo consequências na habilidade funcional

Por outro lado, o abuso de drogas leva a um compromisso da saúde devido aos efeitos directos e indirectos da droga, tal como o facto do uso continuado de algumas drogas levar à tolerância, o que consiste no organismo criar resistências aos efeitos da droga, sendo necessárias doses cada vez maiores para a obtenção do mesmo resultado.

Tolerância cruzada: é a relação entre diferentes drogas da mesma classificação. Uma pessoa que desenvolve tolerância aos efeitos do álcool, por exemplo, será mais resistente aos efeitos dos barbitúricos, os quais são classificados como sedativos.

Adição : refere-se ao abuso crónico de substâncias legais ou ilegais. Muitos especialistas actualmente preferem o termo “dependência de drogas”. A Organização Mundial de Saúde (OMS), define “dependência” como um estado onde drogas auto administradas produzem dano ao indivíduo e à sociedade.

### **2.1.1. Dependência de drogas**

Dependência física: é descrita como um estado no qual o organismo se ajustou à presença da droga. Quando a droga é retirada, surgem claros sintomas físicos de abstinência, geralmente envolvendo desconforto e dor. Em casos extremos, os efeitos de uma retirada súbita podem ameaçar a vida porque o organismo tornou-se dependente da droga.

Masur e Carlini (1998, cit. in Campos, A. 2000), definem dependência, como o quanto a droga interfere na vida das pessoas, passando a ser o maior valor, e reservando o termo “síndrome de abstinência” como característica da dependência física.

Dependência psicológica: é definida como um estado caracterizado pela preocupação emocional e mental com efeitos da droga e por uma busca persistente da mesma. A dependência psicológica não deve ser subestimada, pode ser tão ou mais destrutiva que a dependência física.

Na realidade, dependência física e psicológica em geral funcionam concomitantemente, e não sabemos ainda qual das duas se instala antes, não sendo fácil separar os efeitos psicológicos dos físicos.

Associado ao termo dependência surge toxicomania, estes termos apresentam-se como sinónimos no sentido de conduta de vida, isto é, forma de viver. Consideramos dependência todas as vezes que houver uma “necessidade imperiosa” do uso de um ou diversos produtos chamados drogas, fora do processo médico de tratamento.

Por outro lado, surgem dois conceitos fundamentais: o de dependência e o de síndrome de abstinência. Este último depende de factores tão variados quanto: tipo de droga usada, factores constitucionais, hereditários, de alimentação e de hábito de vida.

O DSM IV ( Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria ) define Dependência de Substâncias como:

Padrão mal adaptativo de uso de substâncias, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifesto pôr 3 ou mais dos seguintes critérios e ocorrendo a qualquer momento num período de 12 meses:

1. Tolerância - definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

- necessidade de quantidades progressivamente maiores da substâncias para conseguir a intoxicação ou o efeito desejado;
- acentuada redução do efeito com uso continuado da mesma quantidade de substância;

2 - Abstinência - manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

- síndrome de abstinência para a substância;
- a mesma substância, ou substância estritamente relacionada, é consumida para aliviar ou evitar sintoma de abstinência;
- a substância é frequentemente consumida em maior quantidade ou por um período mais longo do que o pretendido;
- existe um desejo persistente ou esforço mal sucedido no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
- é gasto muito tempo em actividades necessárias para a obtenção da substância, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos;
- importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
- o uso contínuo da substância, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

O mesmo manual define abuso de substância como:

- um padrão mal adaptativo de uso de substâncias levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um ou mais dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses;
- uso recorrente de substância, resultando num fracasso as tentativas de cumprir obrigações importantes relativas ao seu papel no trabalho, na escola ou em casa;
- uso recorrente de substância em situações nas quais isso represente um perigo físico ( exemplo: conduzir um veículo );
- problemas legais recorrentes relacionados com o consumo de substâncias;
- uso continuado de substâncias, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelo efeito da substância.

Considera-se que há intoxicação por uma substância quando:

- há o desenvolvimento de um síndrome reversível específico à substância devido a recente ingestão de uma substância ou exposição a ela;
- alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e mal adaptativas devido ao efeito das substâncias sobre o SNC (ex: beligerância, instabilidade do humor, prejuízo cognitivo, comprometimento da memória, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional), que se desenvolve durante ao após o uso da substância;
- os sintomas não se devem a uma condição médica em geral nem são melhores explicados por um outro transtorno mental;
- risco de dependência é maior para aqueles que iniciam um consumo. No entanto a habituação e a dependência instalam-se de uma forma progressiva e, frequentemente verifica-se que o indivíduo não consegue controlar a tolerância que determinadas drogas provocam, entrando numa escalada. É pois importante definir:
  - Escalada - É a resultante de uma tolerância acrescida, isto é, há a necessidade de consumir mais droga, quer aumentando a frequência de uso, quer aumentando as quantidades;
  - A Escalada nos produtos - ocorre quando um indivíduo passa de uma droga para outra que provoca maior dependência. Convém referir, que embora a maioria dos toxicodependentes de heroína comecem com o consumo de haxixe, é errado pensar que a maioria dos consumidores de haxixe venham a fazer uma escalada até à heroína.

### 2.1.2 Utilização de Drogas

Em várias culturas, existe uma maioria de indivíduos que utilizam uma ou várias substâncias psicotrópicas, cuja variedade é grande. Existe uma grande diversidade de substâncias utilizada por diferentes indivíduos, nas mais variadas circunstâncias. A maior

parte das pessoas não utiliza substâncias proibidas pela sua cultura, visto que o seu meio cultural não admitiria. Os hábitos, os costumes e as leis vigentes numa cultura determinam e representam um consenso generalizado nessa cultura. Tanto em relação á utilização crescente de uma nova droga quanto á própria perante esse consenso.

Para se avaliar correctamente o uso de drogas é preciso distinguir:

- A experiência, geralmente limitada a uma, duas ou três absorções de droga;
- A utilização causal ou ocasional;
- A utilização regular, que pode variar entre várias vezes por semana, dependendo da substância utilizada;
- A utilização compulsiva.

### **As experiências, ou uso passageiro**

A decisão inicial de experimentar uma droga prende-se muitas vezes com a curiosidade e as pressões exercidas pelo grupo de referência. Para a primeira experiência é preciso que a substância esteja facilmente disponível, que o quadro e as circunstâncias de utilização pareçam relativamente seguros e que alguns amigos já tenham experimentado drogas. No entanto estes factores não são suficientes. Muitos autores concordam que a maioria dos indivíduos que tiveram uma experiência com uma droga ilegal nem por isso se tornarão utilizadores habituais. A curiosidade foi satisfeita, o prestígio junto aos membros do grupo de referência foi conquistado, mas os efeitos não foram devidamente apreciados, em todo o caso não valem os riscos corridos, e outras actividades são mais valorizadas.

### **O uso ocasional**

Entre os indivíduos que experimentam e continuam, a maioria destes fá-lo numa base ocasional. A droga será assim consumida somente quando facilmente disponível, e apenas num contexto social em que outros a estão utilizando. A maior parte das razões que levam o indivíduo a continuar esse uso ocasional estão sobretudo ligadas á sociabilidade. O seu

uso é sentido como facilitador das relações sociais, sendo considerado agradável e divertido. Parte destes utilizadores ocasionais não passaram à categoria de utilizadores regulares. Para eles trata-se apenas de uma experiência e de uma actividade sem grande importância.

### **Utilização regular**

A utilização regular em oposição à da utilização compulsiva depende de um conjunto de factores, tais como a frequência do uso e a própria natureza da droga utilizada. Pode-se diferenciar a utilização regular da compulsiva através de dois aspectos: a motivação e o grau de necessidade por parte do utilizador. A partir do momento em que a utilização se torna regular, entra em jogo o conceito de dependência psicológica, o que faz com que o sujeito promova todos os esforços para encontrar droga e usá-la. As razões que levam à utilização regular de consumo de drogas são variadas, e muito mais ligadas à personalidade do utilizador do que no caso das experiências passageiras ou de utilização ocasional, e também mais relacionadas com a acção farmacológica da droga em causa, seja ela um estimulante, um depressor, um analgésico ou uma substância que modifica as percepções do indivíduo sobre ele mesmo e sobre o meio que o cerca.

### **Utilização compulsiva**

Apenas uma pequena minoria dos utilizadores de droga atingem o estado de dependência característico do uso compulsivo. Embora a utilização compulsiva implique em geral uma frequência de uso extremamente elevada, na verdade essa frequência pode ser muito variável. O factor central no uso compulsivo de uma droga é o grau em que esta utilização domina a vida de um indivíduo. Quando a maior parte do seu tempo, pensamentos, energia, é consagrada a obter droga, a tomá-la, a discutir os seus efeitos, a frequentar quase exclusivamente outros utilizadores da droga, pode-se então falar em dependência. Neste ponto de utilização denota-se uma dependência física e psíquica. Sendo actualmente considerada a dependência psicológica como a mais importante, funcionando como um factor decisivo no processo de recuperação. Esta dependência apresenta-se então como um

fenómeno muito mais complexo que a dependência física, e com um caracter extremamente individual.

Desta forma, podemos considerar a existência de utilizadores que fazem experiências passageiras, utilizadores ocasionais, utilizadores regulares e utilizadores compulsivos de uma variedade cada vez maior de substâncias (Ballone, G. 2001).

## **2.2. Breve resenha histórica sobre o consumo de Drogas**

A história do consumo de drogas reporta-se à própria existência humana, denotando-se no entanto uma inerente variação do padrão do consumo de diferentes substâncias em diferentes épocas e culturas. A posição humana procura por si só o bem estar, o prazer, a exaltação dos sentidos, logo a descoberta de algo que fomente um conjunto de sensações sentidas pelo Homem como positivas leva-o a comportamentos de repetição perante essa procura. Denotando-se obviamente variações entre os padrões do uso de substâncias nas diferentes sociedades.

O álcool surge desde sempre como um problema, verificando-se interruptamente excessivos consumos, fazendo estes parte de um sistema cultural relativamente bem aceite. Foi porém na idade clássica que este se insurgiu como uma substância problema, estando o seu consumo associado a determinados estratos e encontros sociais. Particularmente nas famosas orgias greco-romanas. Nas sociedades greco-romanas o ópio e a cannabis eram utilizados meramente para fins terapêuticos prevalecendo o consumo de álcool.

Pelo séc. IX introduziu-se o consumo de ópio no continente asiático, espalhando-se nomeadamente pela Índia e China, particularmente entre soldados nos campos de batalha.

No continente americano proliferou o cultivo da cocaína, especialmente durante a cultura Inca. Estando os efeitos das substâncias associados á proclamação de características

divinas, passando o seu consumo a estar relacionado a costumes sociais e religiosos desses povos.

Durante a Idade Média, na cultura ocidental o consumo de Drogas não teve qualquer expressividade à excepção do álcool, sendo esta a substância mais usual e constante na cultura ocidental. Estando o seu consumo até em consonância com o culto católico, sendo igualmente muito utilizado para receitas com fins curativos.

Com a expansão marítima dos descobrimentos, Portugal como grande potência marítima, comandou os intercâmbios comerciais da altura, introduzindo na Europa novas drogas vindas de novos mundos, muito em particular da América Latina. Entre estas novas drogas destacam-se: cocaína, café, chá e o ópio. Daqui surgiu todo um novo conjunto de condicionalismos sociais, culturais e até religiosos que parecem ter ajudado à aderência entre os europeus de um clima propício ao consumo destas novas drogas.

O consumo de ópio depressa se espalhou pelo mundo fora, devido aos movimentos migratórios dos asiáticos, sendo estes consumos uma prática corrente desde a infância, entre os chineses e os indianos. A “loucura branca” (ópio) depressa alastra pela Europa e seduz imensos consumidores.

Em 1729, o imperador chinês Yongzheng (1722-1735, cit. in Alves Cristina 1986) proibiu o fumo de ópio, mas não o seu cultivo ou a sua utilização oral por parte dos camponeses. Escusado será dizer que esta proibição levou, sobretudo os portugueses, a activar um sistema de introdução do produto na China, a partir da sua produção nas possessões portuguesas da Índia e da China, nomeadamente Goa e Macau.

A Inglaterra, primeira grande potência mundial, ao longo do séc. XIX, começou por liderar o comércio e o contrabando de ópio para a China, com o objectivo de equilibrar a sua balança comercial externa. Por motivos exclusivamente económicos, vamos assistir ao maior envenenamento colectivo da história. Deste modo, enquanto a china exportava chá, sedas e algodões para a Inglaterra, os produtos ingleses não tinham aceitação no mercado chinês, por isso, havia que recorrer a outros meios de equilibrar a balança de pagamentos,

como, por exemplo, o contrabando de ópio. Apesar de o ópio ser proibido na China, no século XIX, entre 5% a 20% dos chineses eram toxicodpendentes opiómanos.

Na confluência de factores desencadeados pelos descobrimentos, tais como, a organização de novos costumes, intercâmbios culturais, movimentos sociais, religiosos, e culturais inovadores marcaram um ambiente social que reagiu com receptividade perante o consumo de substâncias originárias dos novos países. É de salientar que esta apetência social para o consumo de substâncias psicoactivas que vinham dos países conquistados está intrinsecamente interdependente da estrondosa mudança operada no sistema vigente. Não só do ponto de vista religioso, social e político. Esta mudança que afastou a população da instabilidade, insegurança, estilos de vida reprimidos, veio oscilar a identidade dos sujeitos e provocar uma exaltação para a ruptura, logo surge um período social favorável ao consumo de substâncias.

Neste seguimento, Frederick Sertuner (1804, cit. in Alves Cristina 1986) identificou um elemento activo do ópio, denominado por morfina, sendo esta substância adoptada mais tarde como um antídoto face a dependência provocada pelo ópio.

O tratamento pela morfina do consumo de ópio foi mantido com algum sucesso até à invenção das seringas hipodérmicas, facto que espalhou entre os asiáticos a falsa crença de que a morfina, quando consumida por via intra-venosa não provocava dependência. Surgindo inevitavelmente uma tremenda intensificação do consumo de morfina e consequentemente a morfinomania amplamente espalhada por todo o mundo. Como solução química para este problema sintetizou-se outro derivado opiáceo: a poderosíssima heroína, bastante conhecida nos dias de hoje. Continuou-se a desenvolver sínteses de opiáceos, em sucessivas tentativas de travar o consumo da heroína, tal como a também famosa metadona e o dolosal.

## 2.3 O Fenómeno da Droga em Portugal

A utilização de drogas, nomeadamente para fins terapêuticos e rituais iniciáticos, foi prática corrente desde as épocas mais recuadas em numerosas culturas. Mas o consumo abusivo e continuado de drogas, fora de qualquer tipo de enquadramento normativo, irrompeu na Europa com dimensões preocupantes na década de 60. No nosso país, reporta-se a esta década a consciência nacional e política de que haveria um problema relacionado com o consumo de drogas, designadamente com derivados da “cannabis sativa”, isto é a marijuana e o haxixe. Em Portugal a toxicomania fez-se realmente sentir no início dos anos 70 e, se bem que a dimensão do fenómeno nunca tenha atingido a dimensão que atingiu, na generalidade dos países europeus, os indicadores disponíveis permitem afirmar que a situação não tem cessado de se agravar, não obstante a acção, válida mas reduzida, desenvolvida em 1976, para sustentar o flagelo.

Em 1973, o regime marcelista, desencadeou uma campanha nacional cuja ideia força era “Droga, Loucura, Morte”. Esta campanha desencadeada em tempos de guerra colonial, constituiu um exemplo de como atacar um problema de saúde e social (como é o do consumo de drogas), que teria de ser feito com armamento e palavras pesadas: esqueciam-se a etiologia e as causas, ignoravam-se os factores preventivos e acentuavam-se, apenas, as dramatizações e consequências. E pouco se falava do tráfico.

Com o 25 de Abril, e os Governos democráticos que lhe seguiram, a consciência do problema ganhou contornos mais científicos e de maior preocupação com o evoluir do fenómeno.

Portugal, em 1976 - 1977, sobretudo com o I Governo Constitucional, Presidido pelo Dr. Mário Soares, entendeu assumir a questão da droga em termos institucionais e preparar-se para um futuro que se previa difícil e muito problemático. Sob a responsabilidade directa do então Ministro Almeida Santos, foram criadas estruturas governamentais de “combate à droga”, nas suas duas estruturas principais: o CEPD (Centro de Estudos e Profilaxia da Droga), que visava objectivos de prevenção do consumo de drogas e tratamento dos toxicodpendentes, e o CICD (Centro de Investigação e Controlo da Droga), na vertente da oferta, que visava a repressão da tráfico de drogas. Tudo isto era gerido pelo Gabinete

de Coordenação do Combate à Droga, o qual, com o CEPD e com o CICD, assegurava a comunicação e colaboração entre as áreas da procura e da oferta de drogas. Este sistema pioneiro no sul da Europa, e implementado em Portugal antes de outros países, como, por exemplo, a Espanha e a França, não foi, institucionalmente, uma invenção interna e nacional, até porque a nossa experiência na matéria era insuficiente. O Dr. Almeida Santos, então Ministro da Tutela, recorreu ao conselho e conhecimento dos órgãos especializados das nações unidas, obtendo o parecer de técnicos internacionais credenciados, o que permitiu a criação, do nosso sistema de “combate à droga”.

Em 1977 - 78 criou-se uma situação paradoxal, a do consumo e tráfico de drogas em Portugal, que se comparada com a realidade com que hoje nos deparamos, era uma “brincadeira de crianças”. Porém, por paralisação das decisões políticas, e por desatenção face à extensão do fenómeno, por razões diversas, as estruturas instaladas foram rapidamente ultrapassadas pela dramática realidade do acréscimo e generalização dos consumos, e pela progressão do tráfico.

Em 1983, as estruturas estatais de prevenção primária e tratamento de toxicodpendentes, que antes tinham sido tuteladas a partir do Primeiro Ministro, ou do Ministro dos Assuntos Sociais (Governo de Maria de Lurdes Pintassilgo), passaram a ser tuteladas pelo Ministério da Justiça, isto é, ficaram subordinadas a uma lógica de funcionamento que excluía na prática, dois Ministérios fundamentais: o da Saúde e o da Educação. Tudo isto significou uma estagnação de soluções que a realidade já impunha e a perda de alguns anos preciosos para que Portugal, no mínimo, assegurasse as estruturas e a estratégia necessária para combater o evoluir do fenómeno.

Só em 1987, com a criação do Projecto Vida, mesmo assim desencadeado a partir do Ministério da Justiça, se separaram as águas: ao Ministério da Saúde caberia, como seria óbvio, as atribuições e competências de tratar os toxicodpendentes. Ao Ministério da Educação, as de promover a prevenção primária nas escolas portuguesas, e ao Ministério da Justiça, as de garantir a repressão do tráfico de drogas, conjuntamente com o Ministério da Administração Interna. Não obstante, esta alteração positiva, criou também uma contradição negativa e paradoxal: enquanto que o discurso e a legislação oficial sempre

enfatazaram a prioridade absoluta para os aspectos da prevenção primária dos consumos, a realidade é que o Ministério da Saúde nunca os assumiu com esse grau de importância.

Por outro lado, assistiu-se à instalação no terreno de inúmeras e diversificadas iniciativas de natureza privada, quer elas fossem do âmbito das Organizações Não Governamentais, quer das Instituições Privadas de Solidariedade Social. Deste modo, durante alguns anos, e de forma muito rápida, surgiram em Portugal inúmeras organizações privadas que se propunham a tratar toxicodependentes, algumas delas com meros objectivos de exploração da desgraça dos jovens e suas famílias.

Este fenómeno justificou-se, antes de mais, pela pressão da procura do tratamento: se o Estado não podia garantir, ficava aberto o terreno para todo o tipo de iniciativas, fossem elas quais fossem. E aqui, neste universo múltiplo de organizações e instituições, de métodos de tratamento, de preços praticados, de condições de funcionamento etc., instalou-se uma enorme confusão e anarquia, na medida em que a maioria das instituições era clandestina e muitas delas não possuíam um mínimo de idoneidade e qualidade terapêuticas. Criou-se assim, uma situação indesejável cuja regularização tem vindo a realizar-se nos últimos anos através do licenciamento de muitas dessas instituições e da elaboração de protocolos com as mesmas.

Por outro lado, ao contrário da anterior estratégia do SPTT, a rede nacional de tratamento de toxicodependentes, da responsabilidade do Ministério da Saúde alargou já a sua cobertura a todos os distritos do país, através da abertura de novos CAT's . E, nas zonas onde essa cobertura já existia, mas se revelava insuficiente, foram reforçadas as estruturas anteriormente existentes, designadamente em Lisboa e Porto. Entretanto, foi aprovada uma Lei que fixa as condições gerais do alargamento da rede nacional de tratamento de toxicodependentes, fixando "ratios" mínimos: uma cama para o tratamento por cada 10.000 habitantes e uma cama para desintoxicação/desabituação por cada 100.000 habitantes.

Não obstante os esforços e investimentos realizados, sobretudo nos últimos dez anos, quer em relação à prevenção do consumo, tratamento dos toxicodependentes, reinserção social dos ex-toxicodependentes e combate ao tráfico, a realidade é que se tem verificado um

acréscimo sustentado, quer do consumo, quer do tráfico de drogas em Portugal, tal como, aliás na maioria dos países.

Nos anos 90, o consumo de drogas e a forma de as produzir e consumir, não foi o que era há 20 anos, quando em Portugal se criaram as primeiras estruturas para enfrentar o fenómeno. Embora a heroína continuasse estatisticamente a ser a substância que mais toxicodpendentes levou à procura de tratamento, há que reconhecer que a cocaína, e as drogas de síntese, constituíram uma componente importante do universo dos consumos. Em relação à cocaína, e embora os seus consumidores só residualmente constem das estatísticas, bastará analisar a escalada das quantidades apanhadas para se admitir que o seu consumo disparou em Portugal e na Europa. No que diz respeito às “design drugs”, a mais mediática é o “ecstasy”, o seu consumo tem vindo a alastrar por toda a Europa e só recentemente, em Portugal, se começou a detectar em termos de apreensão a sua procura, muito tempo depois do seu consumo ter sido anunciado e conhecido. Importa pois conhecer, acompanhar e enfrentar, da forma mais informada, o evoluir da realidade: “mudam-se os tempos, mudam-se as vontades...” de consumir.

Se tomarmos como base, para percebermos a dimensão do problema da toxicodpendência em Portugal, os dados publicados sobre as quantidades de droga apreendida, podemos ficar surpreendidos, pois, estas quantidades têm diminuído sempre nos últimos anos. Desde 1993, a quantidade total de heroína apreendida diminui todos os anos, os valores de cocaína apreendidos são sempre maiores do que os da heroína, apesar desta última ser considerada mais consumida que a cocaína, o valor da cocaína apreendido em 1996 é inferior aos cinco anos anteriores, o haxixe apreendido diminui todos os anos desde 1993. Porém, o número de consumidores detidos, que desceu de 1991 a 1994, aumentou de 1994 a 1996, sendo o número de 1996 mais do dobro do que o de traficantes detidos no mesmo ano. Por outro lado, também aumentou o número de primeiras consultas, facto que se prende com a procura de tratamento.

De acordo com o estudo realizado pelo Dr. Nuno Miguel (1998), no qual o autor aborda a realidade da droga em Portugal, o número de casos de diagnóstico de SIDA em toxicodpendentes aumentou desde 1991, até 1996 (430), enquanto que em 1997 baixou para (337). Porém o aumento do número de casos diagnosticados em cada ano não é

necessariamente reflexo dum aumento actual da toxicodpendência. A diminuição que se verifica em 1997 é um facto importante, não só porque acontece pela primeira vez desde 1991, mas também porque os números de 1997 são também inferiores aos de 1995.

Outra questão interessante é saber quem são os toxicodpendentes que procuram o SPTT. Estes são maioritariamente do sexo masculino (78,6%) e a sua idade média é de 27 anos. Na distribuição por grupos etários nota-se que 5,3% tem 19 anos ou menos e que 70,7% têm 25 anos ou mais. Facto que pode confirmar a hipótese de procura tardia de tratamento, quer por ausência de motivação, ou dificuldade em encontrar consulta. Denota-se também que a grande maioria dos sujeitos apresenta uma escolaridade baixa, não ultrapassando os 6 anos de escolaridade em 56,8% da amostra, 10,2% para os que atingiram o 12º e apenas 1,9% para os que atingiram o ensino superior. A grande maioria (71% e 85%) residem com os pais, e apenas 32,5% não trabalha nem estuda. O mesmo estudo aponta ainda que a droga mais consumida é a heroína em 93,8% dos casos, embora só 44,7% destes injectem, não havendo um número substancial de partilhas de seringas. O que pressupõe um certo cuidado em relação aos comportamentos de risco relacionados com doenças infecciosas.

No ano de 1996, a substância maioritariamente apreendida foi a heroína em 34%, seguida da cocaína 33% e de haxixe em 48%. As apreensões de heroína constituem 61% do total das apreensões, as de cocaína 19%, as de haxixe 18%. Contudo, neste mesmo ano registaram-se decréscimos nas quantidades de heroína, haxixe e liamba apreendidas na ordem dos -29%, -62%, -27% e -78%, respectivamente. Por conseguinte, em 1997, o número de apreensões de heroína registou uma diminuição de 8 %, contrastando com os anos anteriores, assim como as apreensões de cocaína, haxixe e liamba.

Entre 1996, 1997 e 1998, os indivíduos identificados como traficantes são maioritariamente do sexo masculino embora continue a desenhar-se, lentamente, a tendência para esta percentagem decrescer a favor do sexo feminino.

Quanto à escolaridade dos traficantes, 51% tem o ensino Básico, 16% o ensino secundário, desconhecendo-se o grau de instrução de 25% dos traficantes (em 1996, estas percentagens eram 52%, 18% e 24% respectivamente). No que concerne à condição face

ao emprego, 32% dos traficantes têm emprego, 38% estão desempregados, desconhecendo-se a situação de 30% dos indivíduos; em 1996 tinham emprego 36% dos traficantes, 33% encontravam-se desempregados e para 31% desconhecia-se qual a sua situação. Quanto à nacionalidade, Portugal é o país de origem de 89% dos indivíduos; os restantes apresentam nacionalidade muito diversas, em que 6% são naturais de países africanos e 2% de Espanha.

No que se refere ao tipo de substância envolvida, em 1997, 43% dos traficantes foram identificados por posse de heroína, 10% de cocaína e 14% de haxixe; os indivíduos que traficaram duas ou mais drogas representam 32% do total de traficantes.

Relativamente aos consumidores, em 1997, representam a maior percentagem entre os presumíveis infractores, aproximadamente 57% contra 54% em 1996. Quanto à distribuição por sexo, os consumidores continuam a ser predominantemente do sexo masculino (89% - contra 90% em 1996). 48% situa-se no grupo etário "21 - 29 anos", 29% no grupo "30-44 anos" e 20% no grupo "16-20anos", eram 51%, 29% e 18% respectivamente em 1996.

No que diz respeito às habilitações literárias, 43% dos consumidores têm o ensino básico e 35% o ensino secundário, desconhecendo-se o grau de instrução de 20% dos indivíduos; em 1996 estes valores eram 44%, 34% e 20% respectivamente. A nacionalidade dos consumidores é a portuguesa em 97% dos casos; os restantes são naturais principalmente de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

A droga mais detectada entre 1997 - 1998, foi a heroína, responsável por 49% das detenções por consumo; o haxixe foi responsável por 25% das detenções, a cocaína por 5% e a liamba por 1%; 19% dos indivíduos foram detidos por posse de duas ou mais drogas.

De 1993 a 1996, o número de indivíduos atendidos em primeiras consultas, tem vindo a aumentar nos centros do SPTT das várias direcções regionais. No entanto de 1996 para 1997, registou-se um ligeiro decréscimo de 7%.

Quanto ao diagnóstico de SIDA em toxicodpendentes, os números continuam a mostrar um crescimento progressivo das situações detectadas até 1996; em 1997, os toxicodpendentes com SIDA representam 61% do grupo geral dos diagnosticados. As zonas geográficas de residência predominante, são os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal, quer para o total de casos de SIDA diagnosticados (foram diagnosticados 49%, 15% e 13% respectivamente), quer nos casos dos toxicodpendentes diagnosticados com SIDA (51%, 22% e 12% respectivamente).

No que se refere a mortes por overdose ou relacionadas com o consumo de drogas, o seu número também continua a crescer. De 1996 para 1997 registou-se um ligeiro aumento de 1%, a droga responsável pelo maior número de mortes continua a ser a heroína, simples ou em associação com outras drogas, sobretudo com a cocaína e / ou o álcool, cerca de 93% destas mortes ocorreram em indivíduos do sexo masculino e cerca de 78% dos casos tinham idades superiores a 24 anos.

De acordo com os sumários de informação estatística do IPDT, denota-se que em 2000, apesar da diminuição do número de apreensões, as quantidades de drogas envolvidas foram bastante superiores às apreendidas nos últimos anos. Comparativamente com 1999, verificaram-se acréscimos nas quantidades apreendidas de heroína (+643%), cocaína (+268%), haxixe (+186%) e liamba (+239%), e apenas o número de comprimidos de ecstasy registou uma diminuição (-19%).

Relativamente aos preços médios das drogas, a nível do mercado retalhista registou-se com excepção do ecstasy, uma subida generalizada dos preços comparativamente com 1999. Tal situação poderá estar relacionada com os grandes aumentos das quantidades de drogas apreendidas em 2000, reflectindo-se uma menor oferta no mercado.

Tal como tem vindo a suceder desde 1994, aumentou o número de presumíveis infractores em 2000. No entanto, este acréscimo deveu-se sobretudo à custa de presumíveis traficantes e de traficantes-consumidores, e não à custa de um aumento dos consumidores, como vinha ocorrendo nos anos anteriores. Relativamente a 1999, constatou-se um ligeiro envelhecimento dos infractores.

Também se denota uma ligeira diminuição das infracções envolvendo apenas heroína, em favor das relacionadas só com haxixe. No que respeita às polidrogas, a associação de heroína e cocaína perdeu importância relativa, comparativamente com 1999, verificando-se uma maior diversificação de substâncias. O ecstasy começa a ter maior importância, nomeadamente associado ao haxixe, surgindo também um leque mais diversificado de combinações de substâncias.

Em 2000 aumentou o número de estruturas disponíveis no âmbito do tratamento da toxicodpendência, nomeadamente o número de Centros de Atendimento a Toxicodpendentes e o número de lugares nas estruturas licenciadas.

Comparativamente a 1999, registou-se um aumento (+5%) dos utentes integrados nas respostas terapêuticas oferecidas pelos CAT, bem como acréscimo no número de internados em unidades de desabilitação (+4%) e nas comunidades terapêuticas (+7%), públicas e convencionadas. O número de utentes em primeiras consultas na rede do SPTT, diminuiu em 4% em relação a 1999.

Apesar de continuar a predominar o consumo de heroína entre os utentes em primeiras consultas, este consumo foi menos referido que no ano anterior, assim como a utilização de drogas por via endovenosa no último mês anterior à consulta.

Apesar de se tratar de valores ainda não ajustados devido a atrasos de notificação, os dados do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças transmissíveis, mostram que o ritmo de crescimento de toxicodpendentes com SIDA, tem vindo a abrandar nos últimos anos. Em 31 de Março de 2001, essas percentagens eram de 63%, 59% e de 57% dos casos diagnosticados em 1998, 1999 e 2000, respectivamente. Tal facto, torna-se mais relevante, se se tiver em consideração o papel cada vez mais activo dos CAT, neste sistema de vigilância.

Também os dados do SPTT de 2000, relativos aos resultados dos testes de rastreio do VIH, Hepatites B e C, e Tuberculose, entre as suas populações toxicodpendentes, apontam para uma certa estabilidade, e nalguns casos para ligeiras diminuições, nas

percentagens de positividade, relativamente ao ano de 1999. Por outro lado, também as mortes relacionadas com o consumo de drogas, tem decrescido desde 1999.

Os indivíduos envolvidos nestes circuitos, continuam a ser predominantemente do sexo masculino. Refira-se que a nível regional, os distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, continuam a ser as regiões que apresentam, situações mais problemáticas relativamente ao fenómeno da droga e da toxicodpendência.

É de salientar a implementação do Instituto Português da Droga e da Toxicodpendência (IPDT), em 2000, sendo este uma pessoa colectiva de direito público dotada de autonomia administrativa e financeira e património próprio. Criado pelo Decreto – Lei nº 31/99, de 5 de Fevereiro e reestruturado pelo Decreto-Lei nº 90/2000, de 18 de Maio, cuja tutela é da competência da Presidência do Conselho de Ministros. O IPDT tem como atribuições desempenhar tarefas de coordenação e execução de Estratégia Nacional de Luta contra a droga; Prevenção do consumo; recolher, tratar e divulgar dados informação e documentação técnica – científica na área da droga, assegurando um sistema nacional de informação sobre droga e toxicodpendência; assegurar a cooperação de entidades externas; promover e estimular investigação; estudar e propor medidas legislativas.

O IPDT pretende assumir uma posição de intervenção activa aos mais variados níveis na área da toxicodpendência. Este propôs um Plano de Acção Nacional de Luta contra a Droga e Toxicodpendência, designado Horizonte 2004, o qual abrange áreas como: prevenção primária, prevenção em meio comunitário, prevenção em meio escolar, prevenção precoce, prevenção no ensino básico e secundário, prevenção no ensino superior, prevenção em espaços de lazer e desportivos, prevenção com jovens não escolarizados, prevenção no âmbito da condução sob a influência de substâncias psicotrópicas, prevenção familiar, prevenção na área da saúde, prevenção em meio laboral, prevenção em meio prisional, redução de riscos e minimização de danos na saúde em contexto prisional, reforço de estratégias e meios de tratamento, medidas de reinserção social, reforço do combate ao tráfico ilícito de drogas e incremento de investigação em matéria de droga e toxicodpendência.

Portugal, em 2002, é um país diferente de há 20 anos atrás, com o que de positivo, mas também de negativo, acarretou essa evolução. O consumo e o tráfico de drogas generalizou-se, deixou de ser urbano, suburbano, para alastrar a todo o país. A organização da sociedade também se alterou, bem como a estrutura das famílias, invadidas e condicionadas por novos factores extrínsecos. A sociedade do “ter” deu lugar à era do “fazer”. Trata-se agora, de atingir o estado do “ser”, porque talvez aí resida princípios, os valores e as condições de uma sociedade de cidadãos, de cidadania mais livre e mais feliz.

## 2.4 Diferentes drogas, seus efeitos comportamentais e sinais físicos

Substância	Efeitos Comportamentais	Sinais Físicos
Álcool	Alterações do julgamento, loquacidade, alterações do humor, agressividade, prejuízo na atenção, amnésia.	Nístagmo, rubor facial ataxia, fala arrastada
Depressores do SNC: Barbitúricos, Benzodiazepínicas, Meprobamato, Metaqualona	Sonolência, falta de atenção, confusão	Diaforese, ataxia, hipotensão, convulsões, delírium, miose
Estimulante do SNC: Anfetaminas, Crack, Merla, substâncias simpaticomiméticas.	Alerta, loquacidade, euforia, hiperactividade, irritabilidade, agressividade, agitação, tendências paranóides, impotência, alucinações visuais e tácteis.	Midriase, tremores, halitose, boca seca, taquicardia, hipertensão, perda de peso, arritmias, febre, convulsões, perfuração do septo nasal
Hidrocarbonos Voláteis e Derivados do petróleo: Cola, thinner, gasolina, acetona, fluido de isqueiro, benzeno, aerossóis	Euforia, sensório obnubilado, fala arrastada, ataxia, alucinações em 50% dos casos, psicoses, dano cerebral permanente, se usado intermitentemente por mais de 6 meses	Odor no hálito, taquicardia com possível fibrilação ventricular, possível dano cerebral, hepático, renal e ao miocárdio.
Opiáceos: ópio, morfina, heroína, metadona, meperidina, pentazocina.	Euforia, sonolência, anorexia, impulso sexual diminuído, hipoactividade, alterações na personalidade.	Miose, prurido, náuseas, bradicardia, constipação, marcas de agulhas em braços, pernas virilhas.
Alcalóides da Bela Dona (encontrados em xaropes): atropina, escopolamina, hisciamida.	Pele quente, eritema, fraqueza, sede, visão turva, confusão, excitação, delirium, estupor, coma, delirium anticolinérgico.	Disfasia, sensibilidade à luz, pirexia, hipertensão seguida por choque, retenção urinária.
Alucinógenos: LSD, psilocibina - (cogumelos), mescalina, DET, DOM ou STP (metilamfetaminas), MMDA (Ecstasy)	Duração de 8 - 12 horas com flash-back após abstinência, alucinações visuais, ideação paranóide, falso senso de conquistas e força, tendências suicidas ou homicidas, despersonalizarão, desrealização.	Midriase, ataxia, conjuntiva hiperêmica, taquicardia, hipertensão.
Óxido Nitroso (inalante)	Euforia, sonolência, ataxia, confusão	Analgesia, depressão respiratória, hipotensão.
Fenilciclídina (PCP ou pó de anjo)	Duração de 8-12 horas, alucinações, ideação paranóide, humor instável, afrouxamento das associações (pode imitar esquizofrenia), catatonia, comportamento violento, convulsões.	Nistagmo, midriase, ataxia, taquicardia, hipertensão.

Neste capítulo vai ser apresentada uma classificação das drogas psicoactivas, sua difusão e efeitos.

### 2.4.1 Depressores do Sistema Nervoso Central ou Psicolépticos

Analgésicos opiáceos	Dextropropoxyfeno Ópio, Morfina Heroína, Metadona Petidina, Tilidina Codeína
Ansiolíticos	Benzodiazepinas Carbamatos
Hipnóticos não-barbitúricos	Benzodiazepinas Metaqualona
Hipnóticos barbitúricos	Secobarbital
Neurolépticos	
Anti-histamínicos	

#### Analgésicos Opiáceos

Derivam da papoila “*Papaver Somniferum*” que é a principal fonte dos narcóticos naturais. Tradicionalmente o ópio é produzido a partir de uma pasta leitosa que goteja de incisões feitas no bolbo da papoila e que seca em contacto com o ar. Hoje em dia utiliza-se uma técnica industrial que consiste no aproveitamento da palha da papoila, extraindo-se os alcalóides da planta adulta quando esta está seca.

As propriedades medicinais do ópio remontam à civilização Suméria (5000 anos A.C.). Gregos e Árabes também utilizaram ópio com a mesma finalidade e como fonte de prazer.

Para a medicina moderna os narcóticos são considerados os analgésicos mais potentes, usados terapeuticamente em doentes com limitada esperança de vida ou com dores crónicas. Neste domínio são administradas por via intra-muscular ou oral.

Nas situações de abuso/dependência os opiáceos podem ser fumados, inalados ou injectados por via endovenosa ou sub-cutânea.

O ópio pode tomar uma forma alcalóide (morfina e codeína) e sintética (metadona e petidina), sendo hoje apenas uma base para fabrico destes produtos.

### **Morfina**

Constitui, em média, cerca de 10% do ópio. É usada principalmente no alívio das dores agudas, resultantes por exemplo de intervenções cirúrgicas, fracturas, etc. Com a introdução dos narcóticos sintéticos esta substância tem vindo a ser cada vez menos usada do ponto de vista clínico. A tolerância e a dependência instalam-se rapidamente.

### **Heroína**

É sintetizada a partir da morfina, tendo sido inicialmente considerada uma terapêutica para o tratamento da morfinaomania.

A heroína pura apresenta-se sob a forma de um pó branco muito fino. Por vezes, a que é utilizada pelos toxicodpendentes apresenta um aspecto granulado acastanhado; este facto deve-se a impurezas resultantes do processo de fabricação ou aditivos tais como açúcar, amido, leite em pó, quinino, etc. O grau de pureza varia, e a adulteração prende-se com factores de potencialização dos lucros dos traficantes.

É de referir que a adulteração da heroína pode provocar situações de grande risco para o consumidor, nomeadamente em casos extremos, uma intoxicação aguda, coma ou morte.

A heroína pode ser fumada, injectada, ou menos frequentemente “snifada” e até ingerida por via oral. Esta droga é antidepressiva e analgésica diminuindo assim tanto dores físicas como psíquicas. Diminui a sensação de sofrimento e a própria sensação de passagem do tempo. Quando a heroína é injectada e entra no sangue provoca uma sensação de “estalo”, ou “flash”, levando a um estado próximo da sonolência.

Os primeiros tempos de consumo de heroína podem ser chamados de “lua-de-mel”, seguindo-se todo um conjunto de comportamentos associados à já dependência da droga: vender os amigos, roubar, começando muitas vezes em casa e eventualmente prostituir-se. A droga deixa então de fornecer o prazer dos primeiros tempos e, por outro lado, aparecem sofrimentos associados à privação. Surgem as complicações físicas: hepatite B, endocardites, septicémias, pneumonias, seropositividade ao vírus da SIDA, a qual em cerca de 10% dos casos vem culminar na doença manifesta. O risco de morte por qualquer destas ou outras doenças é muito maior do que o da população normal da mesma idade. A isto juntamos a mortalidade por overdose, por intoxicação devidas aos produtos associados à heroína pelos vendedores, por suicídios, por acidentes devidos à droga e por ajustes de contas entre grupos rivais.

### **Metadona**

É um opiáceo de síntese, que se administra por via oral em centros especializados, como alternativa ao uso de heroína. Desenvolve tolerância cruzada com esta última e, quando presente no organismo, impede os habituais efeitos agradáveis que o toxicómano procura quando se injecta com heroína.

É utilizada em certos programas de desintoxicação de heroinómanos. A sua administração deve-se fazer acompanhar de acção-terapêutica paralela. Assim, os pacientes vão seis vezes por semana, nos primeiros tempos, ao Centro receber a sua dose de metadona, a qual vai decrescendo progressivamente, pretendendo-se que cessem completamente até ao fim de dois anos. Uma alternativa a este tratamento são as desintoxicações com metadona em que se administra primeiro a dose equivalente àquela que se tomava de heroína, dose essa que decresce até cessar por completo, em mais ou

menos 15 dias. O tratamento com metadona foi introduzido por Dole e Nyswander em 1965, tentando diminuir a criminalidade. No entanto o seu uso só é admissível em casos controlados e em instituições especializadas. O recurso a esta substância deve-se ao facto de os efeitos se prolongarem até 24 horas, permitindo apenas uma dosagem por dia, nos Centros de Desintoxicação.

As overdoses por metadona acontecem, mas por vezes aparecem associadas a abuso e overdose de outras drogas. A síndrome de abstinência é mais prolongada e difícil de tratar do que a da heroína.

### **Codeína**

Existe em baixa concentração no ópio. Os seus efeitos analgésicos são inferiores aos da morfina. É o narcótico de origem natural mais empregue na medicina moderna.

Os casos de dependência são raros e só ocorrem se forem consumidas grandes quantidades durante um longo período de tempo.

Petidina, Tilidina e Dextropropoxyfeno são outros opiáceos sintéticos fabricados como analgésicos. Aqui se incluem medicamentos como por exemplo, Dolamina R., Demerol R. e Algifene R.

### **Efeitos da experimentação**

Os opiáceos puros, em doses moderadas, produzem uma série de efeitos físicos, para além da analgesia. Diminuem as actividades do sistema nervoso incluindo funções reflexas como a tosse, a respiração e o ritmo cardíaco. Dilatam os vasos sanguíneos e diminuem as actividades intestinais provocando prisão de ventre.

A introdução repentina de opiáceos no organismo pode provocar um fenómeno conhecido por flash que engloba uma reacção intensa de prazer, calor, euforia, de angústia, incapacidade de concentração.

Juntamente com estas reacções, ou em vez delas, a primeira utilização provoca muitas vezes respostas paradoxais constituídas por náuseas e vômitos, concomitantemente com ansiedade e atordoamento. De início também ocorre uma estimulação da vigília e um comportamento eufórico.

### Abuso e dependência

O aumento progressivo do número de doses e da quantidade de droga ingerida conduz à dependência física e psicológica. Após algumas semanas de doses altas a privação repentina produz um desconforto de grau variável a que se chama síndrome de abstinência. Manifesta-se por, agitação ansiosa, irritabilidade, suores, tremores, náuseas e insónias, nas 6 a 12 horas seguintes à paragem.

Sintomas residuais são detectáveis de 3 a 6 dias até 6 meses após a interrupção do consumo. Dores abdominais torácicas, vômitos e hipertermia são alguns dos efeitos sentidos. Por outro lado, o toxicodpendente vai-se progressivamente desinteressando da sua própria pessoa: desleixo, isolamento ou restrição ao grupo de pares consumidores, faltas ao trabalho, etc. Por todas estas razões os toxicodpendentes constituem um grupo de alto risco relativamente à contracção de doenças por contágio, sendo as mais graves a Sida e a Hepatite B, normalmente transmitidas pela partilha de seringas.

É importante realçar que a dependência psicológica permanece mesmo quando fisicamente o utilizador está desintoxicado. Daqui a dificuldade e morosidade do processo terapêutico completo.

### Difusão

A partir dos últimos anos da década de 60, tem havido uma subida muito rápida no consumo e na dependência de um dos opiácios, a heroína, a nível mundial. Entre nós tornou-se mais comum a partir dos anos 80.

Existe um enorme mercado de heroína fabricada e exportada ilegalmente. A heroína com um grau de pureza de 30 a 60 % era vendida a cerca de 20 000\$00 o grama. Hoje em dia a droga é mais barata, cerca de 12 000\$00 / 15 000\$00 o grama, e é fácil de obter. Um toxicodpendente em Portugal, consome em média cerca de 1 / 4 de grama por dia. A maior parte da heroína vem do Oriente.

### **Ansiolíticos**

Os tranquilizantes menores são utilizados para controlar a ansiedade e a tensão e ajudar a dormir. As benzodiazepinas são as mais usualmente prescritas e incluem o Valium, o Librium, o Rohypnol, o Lorenin e o Lexotan.

Por serem menos perigosas, as benzodiazepinas vieram substituir os barbitúricos, sendo utilizadas para os mesmos fins médicos. São tomados oralmente e normalmente não são injectados. Os adictos servem-se por vezes destes medicamentos como alternativa à heroína, em tentativas espontâneas de desabituacão desta última, e quando falta no mercado ou não há dinheiro para comprar.

### **Efeitos da experimentacão**

Os efeitos observáveis podem ser a euforia, calma, “clareza” de ideias, relaxacão muscular e finalmente sonolência. Os tranquilizantes prejudicam a conduçao automovel e outras actividades que requeiram o mesmo tipo de capacidade. Tal como o álcool, podem gerar agressividade, pois diminuem as defesas psicológicas. Qualquer benzodiazepina, em grandes doses pode provocar o sono. Os seus efeitos duram normalmente até 8 horas. Para potencializar os efeitos da droga, ela é frequentemente tomada com álcool.

## Abuso e dependência

Actualmente começa a dar-se grande atenção ao consumo crónico de benzodiazepinas pela população adulta. São frequentes casos de adictividade verdadeiros e graves, por exemplo ao Lorazepan e a outras benzodiazepinas. A tal ponto que se recomenda que o uso destes produtos não deve exceder um mês, devendo os médicos, na maioria dos casos, mandar parar o tratamento dentro deste prazo.

Estudos recentes sugerem que os efeitos de abstinência podem surgir mesmo só com dosagens terapêuticas. Podem ser desagradáveis e prolongados, incluem insónias, ansiedade e náuseas, vertigens, palpitações. Em doses invulgarmente altas podem ocorrer convulsões e confusão mental.

A dependência física é possível; a psicológica é bastante comum entre os consumidores dependentes e é muito difícil de ultrapassar.

## Difusão

Os ansiolíticos são substâncias amplamente prescritas para fins médicos. A sua venda é legal, embora exista quem as comercialize clandestinamente.

As benzodiazepinas são das substâncias mais consumidas em termos de auto - medicação. O público em geral tem uma fraca informação sobre os efeitos secundários deste tipo de produto.

## Hipnóticos não-barbituricos

Têm propriedades ansiolíticas, anti - convulsivas, anestésicas locais e anti - histamínicas. Os seus efeitos são potenciados pelo álcool, os produtos deste tipo mais conhecidos são o Somnium R e o Mandrax R.

Provocam o sono, desinibição afectiva, relaxação muscular, descoordenação motora e têm efeitos afrodisíacos.

#### Efeitos de experimentação

As motivações subjacentes à procura destas substâncias prendem-se sobretudo, com a busca de sensações de euforia, desinibição no contacto social e propriedades afrodisíacas.

Uma pessoa que tente manter-se acordada, depois de uma dose moderada ou forte, sentir-se -á desastrada e incapaz de controlar o discurso e o corpo, tornando-se facilmente sujeita a acidentes. Pode haver reacções emocionais imprevisíveis e confusão mental.

#### Abuso e dependência

A dependência tem uma base física muito forte, assim como psicológica. Depois de doses altas o síndrome de abstinência inclui irritabilidade, cefaleias, náuseas, anorexia, insónia e mais raramente convulsões. Doses elevadas podem causar o coma ou problemas respiratórios graves.

#### Difusão

Nos Estados Unidos é a segunda droga mais consumida depois da cannabis. Em Portugal o seu uso e abuso estão bastante generalizados.

### **Hipnóticos e barbitúricos**

São dos medicamentos mais perigosos, podem ser, segundo as doses, sedativos, hipnóticos e anestésicos. Têm uma acção anti-epiléptica, alteram os estádios do sono

quando as doses são suficientemente altas. Provocam a depressão dos centros respiratórios.

#### Efeitos da experimentação

Em doses baixas observa-se perda da inibição, euforia, agressividade, por vezes depressividade e comportamento ébrio. Em doses altas podem provocar efeitos paradoxais estimulantes, funcionar como hipnóticos, produzir desinibição psico - motora e diminuir o controle emocional.

#### Abuso e dependência

A tolerância estabelece-se rapidamente, originando uma grande dependência física e psíquica. Observa-se um estado geral de emagrecimento, alterações neurológicas, vertigens, tremores, paralisias oculares e polinevrite.

Existem também alterações do foro psiquiátrico a nível do carácter e da afectividade, rendimento intelectual e deterioração. A privação repentina de grandes dosagens de barbitúricos pode ser letal.

Os acidentes e riscos ligados à sua ingestão aumentam se a droga for injectada. Esta forma de consumo é, provavelmente, a mais perigosa. A intoxicação aguda manifesta-se por coma hipotónico com colapso cardiovascular e hipotermia ou morte por paragem cardio - respiratória e falência renal.

#### Difusão

Os barbitúricos são utilizados com finalidades médicas, sendo a sua venda restringida à apresentação de receita. No entanto existe um mercado clandestino destas substâncias.

## 2.4.2 Estimulantes do Sistema Nervoso Central (S. N. C.)

Da vigília	Anfetaminas Anorexígenas Psicoestimulantes Cocaína Cafeína Nicotina Aminas Simpaticomiméticas
Do humor	Anti - depressivos Inibidores da Monoaminoxidase (IMAOs)

### Anfetaminas

São substâncias sintéticas que se apresentam sob a forma de comprimidos, pós, cápsulas, etc, fabricados com fins medicinais e que são por , vezes , combinados com outras drogas. Nos anos 50 e 60 eram muito receitados para a depressão e para diminuir o apetite. Hoje em dia têm a sua utilização terapêutica restrita à hiper-actividade das crianças ou ao tratamento da sonolência patológica. São consideradas drogas estimulantes, provocando igualmente uma sensação de ausência de fadiga, aumento de força, onnipotência.

As anfetaminas podem ser tomadas oralmente, dissolvidas em água, injectadas ou mesmo fumadas. Mas os pós que existem no mercado clandestino são geralmente inalados. A injeção é mais comum entre os grandes consumidores. Incluímos sob a designação de anfetaminas, as propriamente ditas (Pervitin R), os anorexígenos (Dinitel R) e os psicoestimulantes (Captagan R).

## Efeitos da experimentação

As anfetaminas excitam e activam o consumidor de forma muito semelhante à adrenalina normalmente produzida pelo corpo. A respiração e o ritmo cardíaco são acelerados, as pupilas dilatam-se e o apetite diminui. O consumidor sente-se com mais energia, sentimentos de autoconfiança e euforia. É a estes efeitos que se deve o risco da dependência psicológica.

À medida que a energia física se gasta os sentimentos dominantes passam a ser de ansiedade, irritabilidade e inquietação. As doses mais fortes, especialmente se forem repetidas dias seguidos podem produzir delírio, pânico, alucinações e sentimentos de perseguição. Os efeitos de uma só dose mantêm-se de 6 a 8 horas e deixam o consumidor com uma sensação de cansaço. A recuperação física pode levar 2 dias.

## Abuso e dependência

A tolerância estabelece-se rapidamente, a dependência é sobretudo de natureza psicológica engloba caibras, mialgias, bulimia, astenia e alterações do sono. Por via endovenosa o “flash” é mais violento que o dos opiáceos.

Quando eventualmente cessam o consumo, os utilizadores sentem-se deprimidos, letárgicos e famintos, uma vez que as anfetaminas adiam a fadiga e a fome. Podem ocorrer nos grandes consumidores lesões dos vasos sanguíneos, paragens cardíacas, especialmente naqueles que já têm uma tensão arterial elevada e o ritmo cardíaco acelerado, ou então os que como os atletas fazem exercícios físicos violentos sob o efeito de droga. Os sintomas observáveis são as ilusões, alucinações e sentimentos paranóicos. Algumas vezes chegam a desenvolver estados psicóticos que levam meses a ultrapassar.

O consumo destas substâncias aumenta características paranóides nos seus utilizadores e podem provocar uma autêntica psicose paranóide de tipo anfetamínico, que poderá passar ao fim de algum tempo após cessação de droga.

## Difusão

Hoje em dia, os estimulantes vendidos na rua, são geralmente pós de sulfato de anfetamina fabricados ilegalmente. O processo de fabrico é relativamente simples e existem grandes quantidades no mercado, sendo muitas adulteradas.

Um consumidor habitual pode levar semanas para consumir 0,5 g enquanto um grande consumidor, que já tenha criado tolerância, chega a consumir 1 ou 2 g por dia. As anfetaminas são conhecidas pelo nome de speeds.

## Cocaína

A folha de coca tem um uso tradicional pelos índios da América do Sul. Das folhas do arbusto de Coca dos Andes é obtido um pó branco: a Cocaína com propriedades estimulantes muito fortes, semelhantes às das anfetaminas.

A cocaína foi utilizada terapêuticamente como antídoto dos depressores do SNC (no alcoolismo e na morfomania), bem como em cirurgia ocular, pelas suas características de anestésico local.

Esta substância pode ser tomada por via oral, endovenosa ou inalada (“snifada”) através de um tubo, sendo assim absorvida na circulação sanguínea através da mucosa nasal. Ocasionalmente também se encontra quem fume base pura de cocaína (“Free-base”). Produz um efeito mais potente do que a inalação e é semelhante ao da via endovenosa. Pode ser injectada em conjunto com a heroína (“speed-ball”). Uma forma menos conhecida entre nós da cocaína é o “crack”, que resulta do aquecimento e posterior arrefecimento de uma mistura constituída por cocaína, bicarbonato de sódio ou amoníaco e água, obtendo-se cristais por filtragem.

## Efeitos da experimentação

Em pequenas doses produz taquicardia, hipertensão arterial, midriase, palidez, indiferença à dor e à fadiga. Do ponto de vista psíquico, encontram-se sensações de bem estar, euforia, grande capacidade mental e efeitos afrodisíacos. Algumas vezes os efeitos desejados são substituídos por ansiedade e pânico.

Quando “snifada” as sensações perduram 1-2 horas, diminuindo a seguir, o que significa que a dose pode ter de ser repetida ao fim de 2 horas para manter o mesmo efeito. Grandes doses ou doses repetidas podem levar a um estado extremo de agitação, ansiedade, paranóia, alucinações e estereotipias gestuais. Do ponto de vista somático provoca cefaleias, suores, tremores e necessidade imperiosa de urinar e defecar

Os efeitos desaparecem geralmente à medida que a droga é eliminada pelo corpo, podendo instalar-se a fadiga e a depressão. As doses excessivas podem causar a morte por falhas cardíacas ou respiratórias. Fumar ou inalar “crack” constitui um problema muito grave, tanto física como psíquicamente, mais do que “snifar” simplesmente cocaína. O utilizador experimenta uma súbita e intensa euforia que se prolonga até 20 minutos. Os efeitos posteriores são semelhantes aos da cocaína, embora a tolerância seja maior e a dependência mais rápida.

## Abuso e dependência

Começou a ser frequente em Portugal e parece ser usada pelos grupos sociais mais favorecidos e num padrão de uso de fim-de-semana, embora os grandes toxicómanos comecem a aderir a ela. A tolerância é mínima e o uso repetitivo provoca os mesmos efeitos do início do consumo. A dependência é sobretudo psicológica. O síndrome de privação inclui aumento de apetite, aumento de tempo de sono e modificações no Electroencefalograma (EEG).

O uso frequente e em quantidade provoca o aparecimento de sintomas desagradáveis, que levam o consumidor a diminuir ou parar o consumo durante algum tempo. O consumo

continuado acarreta o risco da psicose alucinatória. Os dependentes apresentam-se quase sempre nervosos, excitáveis e paranóicos. A exaustão devido à falta de sono não é rara. Todos estes efeitos desaparecem quando cessa o consumo. A inalação repetida danifica as membranas internas do nariz e o septo nasal.

Relativamente ao “Crack”, dores e frequência de consumo aumentam rapidamente. De referir, que a violência e tendência suicida são bastante elevadas entre os consumidores, tanto sob a influência da droga, como no período post-eufórico. Os sintomas de privação são análogos aos da cocaína.

### Difusão

Devido ao seu preço, a cocaína foi vista, até muito recentemente como a droga dos ricos. Nalguns dos países sul-americanos produtores, os lucros da cocaína são os principais responsáveis pela corrupção da Economia.

As estatísticas mais recentes sugerem um aumento do mercado da cocaína ilegal. Também aparecem nalguns países, indícios de consumo mais alargado, a vários grupos da população. Embora seja mais difícil de obter e mais cara do que as anfetaminas, os indivíduos com acesso ao círculo de consumidores de droga podem comprá-la a cerca de 10-15 contos o grama, com grau de pureza de 30 a 70%.

O consumidor habitual pode “snifar” 0,25-0,5 g entre dois ou três dias. Os dependentes podem consumir 1 a 2 g por dia. O Crack não tem ainda uma expansão significativa na Europa.

### Cafeína

Embora geralmente não exista um grande abuso desta substância, deve lembrar-se que a Cafeína é também um estimulante para o qual não existem restrições de venda. A dose padrão é cerca de 200 mg. Uma chávena pequena de café contém 80 a 115 mg; de café

instantâneo 65 mg. A cafeína também é um dos ingredientes de vários comprimidos analgésicos (cerca de 50 mg por comprimido) e de alguns refrigerantes.

Existe um síndrome de abstinência provocado pela cafeína (dores de cabeça, tonturas, irritabilidade) e muitas vezes há uma forte dependência psicológica. O uso excessivo pode causar irritabilidade e insônia, mas não existe provas conclusivas de lesões devidas ao seu consumo prolongado.

## **Nicotina**

O tabaco é obtido a partir das folhas secas de uma planta que cresce em vários locais do globo. A maior parte do tabaco vende-se sob a forma de cigarros. Os charutos são feitos com tabaco enrolado mais forte e escuro. Este tipo de tabaco também se pode fumar em cachimbo.

### **Efeitos da experimentação**

O fumo do cigarro é constituído por alcatrão, nicotina, monóxido de carbono e outros gases. A quantidade de nicotina (o ingrediente mais activo) e outras substâncias que são absorvidas pelos pulmões dependem da quantidade do fumo que é, realmente aspirado, mais do que aquele que é soprado.

Farmacologicamente, a nicotina é um estimulante e os fumadores podem usar o fumo com eficácia para se manterem activos perante a fadiga e a monotonia. No entanto, o uso do tabaco também é utilizado para aliviar tensões e ansiedades. Os efeitos são praticamente imediatos mas desaparecem rapidamente, encorajando o consumo frequente. Muitas pessoas que fumam regularmente consideram que é relaxante e estimulante ao mesmo tempo. Os estreados sentem muitas vezes náuseas e tonturas.

## Abuso e dependência

Quanto mais uma pessoa fuma, mais provável é que venha a contrair doenças cardiovasculares, ataques de coração, infecções pulmonares, trombozes, bronquite e má circulação. Em média, diz-se que cada cigarro encurta a vida de um fumador habitual em cerca de 5 ½ minutos.

As mulheres que fumam muito durante a gravidez tendem a ter crianças mais pequenas e aumentam o risco de perder o bebé antes ou logo a seguir ao nascimento. O aspecto mais saliente do consumo de cigarros é a grande dependência e o consumo regular. As pessoas que começam a fumar normalmente passam a fazê-lo regularmente. Se param, sentem-se inquietas, irritáveis e deprimidas, com o desejo permanente de voltar a fumar. Há mais consumidores de tabaco do que de qualquer outra droga.

## Difusão

Em Portugal, só muito recentemente se cumprem medidas legislativas que visam reduzir o uso de tabaco em vários locais públicos.

### 2.4.3 Perturbadores do Sistema Nervoso Central (SNC) ou Psicodislépticos

Cannabis	Marijuana, Haxixe
Alucinogéneos	LSD, Mescalina
Ciclohexilaminas	Fenciclidina (PCP)
Solventes voláteis	Colas, Benzina, Acetona, Éter
Álcool	
Anticolinérgicos	Beladona, Trihexifenidilo

## Cannabis

A cannabis é obtida a partir de um arbusto, a “cannabis sativa”, facilmente cultivável na maioria das regiões. É usada, geralmente, como relaxante e intoxicante leve. O produto mais activo, o tetrahidrocannabinol (THC), está concentrado na resina da parte superior da planta. O “haxixe” ou “haxe”, é a resina extraída da planta e comprimida em blocos. A cannabis sob a forma de “erva”, conhecida também como “marijuana”, é uma mistura leve da matéria da planta depois de seca. O derivado mais forte de todos é o óleo de haxixe, um líquido preparado a partir da resina, mas é também o menos comum.

Estes preparados têm uma potência muito variável. São geralmente enrolados num cigarro, muitas vezes misturados com tabaco, mas também podem ser fumados em cachimbo, misturados em bebidas ou adicionados à comida. O fumo causa efeito rapidamente, permitindo assim, ao consumidor regular a dose para atingir o efeito desejado.

### Efeitos da experimentação

Os efeitos dependem, em larga escala das expectativas, das motivações, da quantidade consumida e da situação envolvente. A maior parte das pessoas pouco sentem numa primeira experiência.

Os efeitos mais comuns, e também os mais procurados, são a conversa fácil, a hilariedade, a relaxação e a capacidade de melhor apreciar o som e a cor. Quando intoxicado, o consumidor de cannabis terá mais dificuldades em cumprir tarefas que requeiram concentração ou destreza manual e intelectual - incluindo a condução automóvel - embora estes efeitos possam ser ultrapassados com esforço maior.

As doses mais altas podem provocar distorções da percepção. As pessoas inexperientes que consomem doses altas ou os consumidores que se encontrem deprimidos ou ansiosos, podem ver reforçadas as sensações desagradáveis e podem sentir, por vezes, um pânico de curta duração. Não existe, virtualmente, nenhum perigo de sobredosagem.

Geralmente os efeitos começam poucos minutos depois de fumar e podem durar de uma hora, com doses mais baixas, e até 4 horas com doses mais altas. Não há nenhuma ressaca do tipo das que acontecem com o álcool.

### Abuso e dependência

A dependência psíquica é mais forte do que a física. Em caso de consumo prolongado em altas dosagens pode-se observar um síndrome amotivacional (síndrome deficitária dos grandes fumadores que se traduz em: falta de estímulos, apragmatismo, diminuição de eficácia e fraca tolerância à frustração).

Em personalidades predisponentes pode ocorrer uma psicose cannábica em que são patentes a ansiedade, inquietude, delírio e alucinação. Em casos pontuais, quando a personalidade de base é psicótica, pode existir uma experiência delirante, mesmo que a droga não esteja a ser consumida na altura (“flashback”).

As pessoas que consomem cannabis têm maior probabilidade de vir a consumir outras drogas. De igual modo, as pessoas que bebem ou fumam tabaco estariam mais predispostas ou vulneráveis a experimentar a cannabis. Mas em nenhum caso há provas de que o consumo de uma droga leve obrigatoriamente ao consumo de outra. Os efeitos da cannabis apresentam riscos especiais para pessoas com doenças respiratórias, pulmonares ou do coração, e um consumo excessivo pode precipitar doenças psiquiátricas em pessoas com personalidades perturbadas.

### Difusão

A cannabis, de todas as que são proibidas por lei, é a droga mais consumida para fins não médicos. Com meio grama de haxixe podem ser feitos dois cigarros e essa quantidade é suficiente para duas ou três pessoas ficarem moderadamente intoxicadas. A cannabis vem de vários países da África do Norte, do Próximo Oriente e da Ásia, mas parecem existir produções locais.

## Alucinogéneos

São substâncias que distorcem a percepção da realidade. Provocam uma excitação no SNC, que se vai manifestar em alterações anímicas tanto de tipo eufórico como depressivo. Os sentidos de direcção, distância e tempo são distorcidos; em doses elevadas observam-se delírios e alucinações.

### LSD

A dietilamida do ácido lisérgico, conhecida como “ácido” é um pó branco sintético. As quantidades mínimas para uma “trip” (“viagem”) estão geralmente misturadas com outras substâncias e aparecem sob a forma de comprimidos ou cápsulas para ingestão oral. A droga também pode ser absorvida em papel, folhas de gelatina ou cubos de açúcar. A potência destas substâncias é incerta e a maior parte das substâncias oferecidas como o LSD são produtos bastante adulterados.

#### Efeitos de experimentação

Geralmente a “trip” começa cerca de ½ a 1 hora depois da ingestão do LSD, atinge o seu máximo cerca de 2 - 6 horas mais tarde, desaparecendo depois de 10 horas, conforme a dose consumida e tendo, normalmente passado por várias fases. As experiências são difíceis de descrever, em parte porque são variáveis, mas também porque são muito diferentes da nossa forma habitual de ver o mundo.

Os efeitos dependem grandemente da disposição do consumidor, do ambiente, da companhia, etc. e também da dose. Incluem muitas vezes intensificações de cor e deturpações de imagens, sons e verdadeiras alucinações - acreditar que algo esteja ali, quando não existe, na realidade.

As reacções emocionais podem incluir uma consciência de si mesmo muito aumentada e experiências místicas e de êxtase. Também é muitas vezes relatado um sentimento de

estar fora do próprio corpo. Os efeitos físicos são geralmente insignificantes. As reacções desagradáveis “má viagem” incluem depressão, desorientação, tonturas e algumas vezes, o pânico. São mais prováveis se o consumidor for instável, ansioso ou deprimido, ou então, se estiver num ambiente hostil e pouco apropriado. É difícil combinar uma “viagem” com qualquer tarefa que requeira atenção e a condução é certamente perturbada.

### Abuso e dependência

Pode ocorrer ansiedade ou breves “reacções psicóticas” mas, geralmente, são ultrapassadas pelos cuidados de tipo “maternage” de um amigo. As reacções prolongadas graves e negativas são raras e aparecem mais provavelmente, em pessoas com dificuldades psicológicas pré-existentes.

Têm surgido relatos de repetições de vivências parciais muito vivas sentidas em “tripes” anteriores (“flash-back”), normalmente depois de consumo continuado. Não existe dependência física e o facto de, após alguns dias de consumo, as doses de LSD deixarem de ser eficazes, deve-se a uma tolerância crescente. A dependência é sobretudo psíquica não observando sintomas de privação.

As mortes devidas a suicídio, embora muito publicitadas, são pouco frequentes. Maior perigo representam as alucinações que podem levar o indivíduo a decisões precipitadas e acidentes. A morte devida a overdose de LSD é desconhecida.

### Difusão

Em Portugal a sua utilização é por vezes feita alternadamente com outras substâncias. Ele é obtido por tráfico, sendo relativamente fácil de fabricar a partir de ácido lisérgico.

## **Mescalina**

É o principal componente activo do cacto Peyotl, tem propriedades semelhantes às da adrenalina, noradrenalina e anfetaminas. É ingerida por via oral e produz alucinações, sobretudo de tipo visual. Uma dose de 350 a 500 mg, actua durante 5 a 12 horas. Em Portugal o seu uso ou venda são praticamente desconhecidos.

## **Fenciclidina (PCP - Pó de Anjo)**

É uma substancia com elevado consumo nos Estados Unidos da América. Entre nós não tem praticamente expressão o seu consumo. Ao nível da experimentação os seus efeitos são distorções perceptivas, apatia, náuseas, vómitos, descoordenação motora e alternância sonolência/angústia. Em doses moderadas produz sensações de afastamento, distância e alienação do ambiente.

### **Abuso e dependência**

Observam-se dificuldades de memória e concentração e passagens ao acto auto e hetero-agressivas. Podem acontecer alucinações auditivas e sentimentos persecutórios. Existe uma marcada dependência psicológica. Pode ser fumada como tabaco e injectada por via endovenosa.

## **Solventes**

Algumas substâncias quando inaladas, produzem efeitos semelhantes aos do álcool ou dos anestésicos. Colas, dissolventes, decapantes, diluentes (todos eles contendo acetona na composição), combustíveis (gasolina, gás e aerossóis) e anestésicos voláteis (p. ex., o éter), são os produtos procurados pelos consumidores.

Normalmente são substâncias inaladas de um algodão ou pano embebido ou postas num saco de plástico e depois inaladas dele, a fim de potenciar os seus efeitos. Esta última

modalidade de uso apresenta maiores riscos por haver um aumento da concentração e haver a possibilidade de morte por sufocação.

#### Efeitos da experimentação

Em doses baixas a inalação destes produtos provoca estimulação psicológica, euforia e pode ocorrer um síndrome confuso-onírico (durante cerca de 2 horas) que consiste em alucinações auditivas, visuais e marcada desorientação de espaço e tempo.

Os efeitos dos vapores dos solventes surgem rapidamente e desaparecem em alguns minutos, no máximo em meia hora, se se parar a inalação. Depois disso o consumidor pode sentir uma leve ressaca (dores de cabeça, tosse, irritação nos olhos e nariz) durante cerca de um dia.

Em termos de experimentação os riscos são vários e podem nalguns casos ser graves se p. ex., se escolherem locais que ofereçam perigo e atendendo a que o indivíduo pode ficar num estado de “embriagues” que o impede de responder a situações não usuais. Por outro lado alguns jovens, ao enfiarem a cabeça em sacos de plástico, podem ficar inconscientes e morrer por asfixia. Os consumidores têm também tendência a fazerem passagens ao acto impulsivas.

#### Abuso de dependência

Em doses altas e repetidas pode ocorrer coma tóxico, convulsões, complicações respiratórias, edema agudo do pulmão, hemorragias pulmonares ou mesmo morte súbita por arritmia cardíaca. Em termos de efeitos clínicos a curto prazo podem surgir sequelas neurológicas e deterioração mental. A dependência psicológica é marcada ao passo que a física é mais ligeira. O síndrome de privação revela-se através de câibras musculares e dores abdominais. O consumo deste tipo de substância é feito isoladamente ou em grupo.

## Difusão

O consumo dos solventes parece tornar-se mais comum em áreas bem localizadas (numa rua numa escola), principalmente entre jovens dos 12 aos 16 anos, desaparecendo por vezes rapidamente. Só uma pequena percentagem dos que experimentam estas substâncias continuam a inalar durante alguns anos.

As colas e a maior parte dos produtos susceptíveis de serem inalados são fáceis de obter nas lojas. Alguns Governos publicaram recentemente, regras aconselhando os comerciantes e os pais a guardarem os produtos inaláveis fora do alcance das crianças e, no caso comercial, recusarem a venda dos mesmos quando haja suspeitas de utilização para fins indevidos.

## Álcool

As bebidas alcoólicas consistem normalmente numa mistura de água e álcool etílico (ou etanol) produzido por fermentação de frutos, vegetais ou cereais. A cerveja tem uma parte de álcool para 20 de água; o vinho é de duas a quatro vezes mais forte e as aguardentes são quase metade álcool e o resto água.

Em Portugal existem cerca de 600 000 alcoólicos, sendo esta a toxicomania mais antiga e mais espalhada pelo País. Sendo comum o facto de se confundir o uso do abuso, em que a transição entre ambos é gradual e muitas pessoas são bebedores excessivos sem o saberem.

### Efeitos da experimentação

O álcool é absorvido na circulação sanguínea e produz efeitos em cinco ou dez minutos que duram várias horas, conforme as doses. O efeito da bebida depende do grau de álcool (uma cerveja corresponde mais ou menos a um cálice de aguardente e a um copo de vinho), da velocidade com que se bebe, da existência prévia da comida no estômago, do peso, da personalidade e do ambiente que envolve o consumidor.

Como se cria tolerância, os efeitos também dependem da quantidade que se está habituado a ingerir. Depois de 1 a 2 cervejas, muitas pessoas sentem-se mais desinibidas e descontraídas. Com outras 2 ficam um pouco desastradas e com o discurso enrolado. As reacções emocionais podem tornar-se muito exageradas e variáveis. Se mais álcool for ingerido, podem começar a gaguejar, a ver em duplicado, perdem o equilíbrio e pode seguir-se perda de conhecimento.

Como o funcionamento mental e físico fica perturbado com poucas bebidas, os acidentes mais comuns são lesões provocadas por quedas e condução perigosa. Bastantes condutores e alguns dos pedestres adultos envolvidos em acidentes rodoviários apresentam níveis de álcool no sangue superiores aos legalmente permitidos. Também existe uma possibilidade remota de morte por overdose ou por sufocação com o vómito, se ocorre desmaio.

Os sintomas de abstinência (que contribuem para a conhecida ressaca) depois de uma única sessão de bebidas podem ser desagradáveis. O álcool é a droga que mais facilmente é tomada conjuntamente com outras. O álcool e os barbitúricos são especialmente letais, mas tomar álcool com qualquer droga depressiva aumenta sempre os efeitos e os riscos.

### Abuso e dependência

O uso moderado de álcool (uma a duas bebidas por dia) não apresenta problemas de saúde graves para pessoas saudáveis. No entanto, o consumo continuado mais exagerado aumenta as probabilidades de lesões físicas e mentais para o consumidor, que podem ir até às doenças de fígado, úlceras, insuficiências cardíacas e de circulação, e lesões cerebrais.

A dependência física e mental instala-se e pode ser grave. Em Portugal muitas centenas de milhares de pessoas são dependentes do álcool. Entre os alcoólicos são comuns as mortes por suicídio, acidente, cirrose assim como lesões permanentes do coração, fígado e cérebro. A privação repentina, num grande consumidor, provoca suores, ansiedade e tremores que podem levar ao delírio e convulsões.

Os alcoólicos têm uma grade tendência para denegarem a sua doença, e para manipularem as relações familiares, de modo a fazerem, por vezes, dos cônjuges e dos filhos as principais vítimas da sua toxicomania.

A síndrome de abstinência de álcool (delirium tremens), descrita amplamente na literatura médica, inclui complicações físicas e mesmo alguma mortalidade. A overdose alcoólica também é um quadro severo, com alguma mortalidade. Por vezes constitui uma emergência médica.

### Difusão

Grande parte da população adulta consome álcool em maior ou menor quantidade. Os jovens adultos têm também tendência a consumir doses por vezes um pouco exageradas, embora não o façam de uma forma sistemática. Em Portugal, a escassa legislação existente no tocante à venda de álcool, não é minimamente cumprida. Como exemplo disto bastará, talvez mencionar que as bebidas alcoólicas são indiscriminadamente vendidas nomeadamente aos jovens.

## **2.5. Aspectos da Personalidade do Toxicodependente**

Muitos são os modelos teóricos que procuram encontrar pontos comuns entre toxicodependência e características da personalidade. No contexto da psicanálise destacam-se alguns trabalhos, como os de S. Rado (1933), que critica a abordagem da psiquiatria que até aí associava a toxicodependência a perturbações mentais de origem exógena. Este autor salientou que seria o impulso perante o tóxico que estaria na base do fenómeno da toxicodependência. Ao estudar os meandros da dependência definiu a existência de uma “tense depression” caracterizada por uma extrema ansiedade e intolerância perante a dor.

Dando continuidade aos trabalhos de Rado, Fenichel (1945) assume que na relação droga – sujeito, o consumo desta, possibilita a realização do desejo primitivo que quebra a organização genital e promove uma regressão à sexualidade infantil. Podendo-se denotar uma predominância erógena da zona oral. Concomitantemente, isto implica uma fixação narcísica e a inexistência passada de relações objectais gratificantes e estáveis.

Simmel (1946, cit. in Dias C. A. 1980) também aponta que o uso de drogas surge como um retrocesso para pontos mais arcaicos do desenvolvimento da sexualidade infantil, como a zona oral.

Sazsz (1958) atribui mais importância ao Eu e salienta a existência de atitudes fóbicas nos toxicómanos, perante determinadas situações como: medo de pulsões, e o medo da gravidez. Perante isto, surge um mecanismo contra-fóbico, que é a própria toxicomania. Esta assume uma tentativa de domínio perante o perigo.

Fenichel (1965) chegará mesmo a definir o sujeito toxicodependente como um “oral narcísico”, dominado por impulsos que privilegiam a região oral e a pele como zona erógena, e narcisicamente fixado num tipo de funcionamento em que os objectos servem apenas como dispensadores de atenção.

Em 1970 Dora Hartmann, tendo como ponto de partida os trabalhos de Rado, define alguns pontos existentes nas personalidades dos toxicómanos, tais como:

- Caracter depressivo, com defeitos no desenvolvimento do Eu, assim como feridas narcísicas;
- Tentativa de manter a auto – estima e amor próprio através do uso de drogas promovendo assim uma falsa identidade e estilo de vida;
- Tentativa de ultrapassar a ausência de afecto perante relações significativas, através de uma relação fusional com outros toxicómanos;
- Incapacidade de tolerar a dor e frustração.

Maria et al (1977 cit. in Dias C. A. 1980) aproximam a sua teoria da referência Kleiniana, definindo a toxicodpendência como uma posição esquizo-paranóide depressiva. Em que surge uma clivagem perante a droga que por sua vez impede a rejeição do tóxico, despoletando assim uma forte ambivalência do sujeito perante a substância.

De acordo com outros quadros explicativos das características da personalidade associadas à toxicodpendência, é de salientar os trabalhos de Lindesmith (1947). Este autor rejeita a ideia do papel da personalidade específica, associada às teorias do prazer e hereditariedade, defendendo por sua vez, que o processo de aprendizagem é que é determinante. Logo só se considera a existência de toxicodpendência quando o tóxico é usado para agir sobre o sintoma de abstinência. Então os efeitos positivos da substância são substituídos pelos negativos ( a abstinência ), também salienta que a procura de prazer não é um motivo universal na toxicodpendência.

Autores como Mcauliffe e Gordon (1950) assumem de acordo com as suas investigações, que o que os toxicómanos procuram são experiências de euforia, sendo esta procura a sua grande motivação. A procura desta euforia é então o reforço para procurar o próximo consumo e logo, a dependência perante a heroína, dependência que surge devido ao síndrome de abstinência funcionar como reforço.

Crowley (1972) sustenta que o comportamento toxicómano organiza-se de acordo com quatro tipos de reforço, estes são:

- Reforço positivo primário – prazer sentido após uma injeção de metilamfetamina;
- Reforço negativo primário – como síndrome de abstinência;
- Reforço positivo secundário – reforço social que advém da subcultura toxicómana;
- Reforço negativo secundário – considera a consciência de um eventual síndrome de abstinência;

Pittel (1973 cit. in Dias C. A. 1980) salienta que a droga pode surgir como um meio de compensar déficits de infância. Encontrou algumas características associadas a

sentimentos de isolamento, confusão e desorganização, as quais se organizam em função de uma deficiência no funcionamento de Eu, promovendo uma clara dificuldade em estabelecer relações objectais, assim como em controlar impulsos e afectos. Também denotou uma incapacidade destes jovens em integrar e sintetizar a experiência. O autor demonstrou que jovens consumidores tinham sido expostos, em maior ou menor grau, a experiências disruptíveis e de stress durante a infância e adolescência. O consumo de substâncias surgiria como um sistema compensatório perante mecanismos de defesa pouco desenvolvidos.

Outros autores chamam a atenção para o facto de a maioria dos toxicómanos ser incapaz de manter relações estáveis de amizade, assim como dificuldades em assumir o papel masculino, o autor Isidor Chein (1969) reforça ainda que os adidos têm sentimentos de futilidade e fracasso, associados a uma depressão mais profunda que determina por sua vez uma enorme intolerância à frustração. A droga surge então, não como uma busca só por si de prazer, mas de satisfação perante a pobreza afectiva relacional do toxicómano.

M. Braulio (1974 cit. in Dias C. A. 1980), também aponta a existência de características de personalidade dos sujeitos adidos, tais como a pouca tolerância à frustração, assim como dependência, ambivalência e incapacidade de adiar a realização de um desejo. Este autor assume também a ideia de que o consumo pode estar associado a uma defesa contra a ansiedade da adolescência.

Kilpatrick et al. (1976) demonstram nos seus estudos, que nos adidos existe uma tendência para o agir, sendo esta a característica mais dominante. Esta pode manifestar-se em vivências hedonísticas pela procura de situações que possibilitem a excitação máxima, como actividades perigosas.

Lazarus (1977 cit. in Dias C. A. 1980) assentou os seus estudos na tónica da agressividade, apontando que no geral os toxicodpendentes apresentam uma agressividade inter - pessoal considerável, estando esta relacionada com uma diminuição da tolerância à frustração.

Outros estudos acentuam que a apetência para experimentar drogas surge como uma tendência para a pesquisa de sensações, tais como a sexualidade. Zuckerman (1976), vai ainda mais longe e afirma que um indivíduo com criatividade procura sensações e meios ilegais para as alcançar, porque a sociedade pode travar essa procura.

É de salientar os trabalhos de Arnon et al (1974), que põem a tónica nos sentimentos de dependência do adido, sendo estes uma forma de sujeição perante o meio ambiente, logo assumem uma forma passiva de relação objectal. Estes sentimentos de dependência perante o meio definem só por si uma baixa auto – estima, incapacidade crítica e auto – imagem pouco amadurecida.

Algumas teorias apontam para a existência de uma relação entre personalidade e psicopatologia em função do tipo de droga consumida. Neste sentido, Ellinwood (1975) defende com base nos seus estudos, que os indivíduos consumidores de anfetaminas apresentam um diagnóstico psiquiátrico de personalidade anti – social e esquizóides, assim como reacções esquizofrénicas. Esta constatação é concomitante com o facto do abuso de anfetaminas estar relacionado com o desenvolvimento de psicoses do tipo esquizofrénico.

Outros autores salientam que a personalidade de consumidores de LSD, não difere da da população toxicómana no geral. É de denotar a existência de uma forte relação entre o LSD e a psicose, sendo que o consumo do primeiro aumenta a intensidade dos sintomas psicóticos na esquizofrenia, podendo despoleta-la em indivíduos instáveis.

Em relação aos opiáceos, centramos a nossa atenção na heroína, sendo esta a forma mais usual de consumo opiáceo. Inúmeros estudos apontam que os heroinómanos se enquadram no quadro da psicopatia. Alguns estudos que se insurgem nesta direcção, são os de Messinger (1966), que de acordo com a sua amostra de 4500 reclusos dependentes, metade assumiu personalidades psicopáticas e um quarto, personalidades anti – sociais.

Estudos descrevem também a característica psicopática dos heroinómanos, sendo caracterizados como egocêntricos, irresponsáveis, desajustados perante as normas sociais, irritáveis, impacientes e com pouca tolerância à frustração. Não sendo pouco comum

encontrar quadros neuróticos e psicóticos e ainda uma desordem básica de carácter, acompanhada de apreensão, insegurança, depressão fácil, e estados de hipersensitividade. Nesta sequência, há autores que sugerem também a existência de características psicopáticas nos heroínómanos. Por outro lado, um número substancial de autores apontam que a única característica comum nos heroínómanos será a depressão.

São então inúmeros os autores que debruçam a sua área de estudo sobre as características de personalidade dos toxicod dependentes e que assumem nestes a existência concreta de determinadas predisposições de carácter psicopatológico. Alguns sublinham a vulnerabilidade emocional existente na toxicod dependência, outros a possibilidade dada ao consumo de substâncias como uma forma de ultrapassar situações de stress, a ausência de responsabilidade e a perda objectal assumem também como padrões da toxicomania. Por outro lado, a vulnerabilidade prévia é definida como estando relacionada com perturbações psicopatológicas anteriores. Outros trabalhos apontam para a existência de distúrbios de personalidade, em particular nos politoxicod dependentes, sendo esta uma estrutura com traços sensitivos de impulsividade, tendências suicidas e depressivas. Também se defende a existência inicial de uma personalidade rígida e regressiva. Outras investigações apontam para a existência da necessidade de experiências que exaltem a pesquisa de sensações, e baixa auto-estima.

Bergeret (1984) aponta que todas as formas de personalidade, enquanto funcionamento de estrutura, podem ser propícias à instalação da toxicod dependência, desde a estrutura neurótica , à psicótica passando pelos sujeitos que têm dificuldades em afirmar a sua identificação no decurso da crise da adolescência. Não conseguindo estruturar-se devidamente, permanecendo imaturos com fundo depressivo. A toxicomania pretende mascarar a verdadeira estrutura do indivíduo, pelo que quando o comportamento toxicómano desaparece, a estrutura, essa persiste. Contudo acentua que estas formas de personalidade também se podem encontrar em outros contextos e pessoas. Por sua vez, existem sujeitos que procuram evitar surtos delirantes, através de comportamentos toxicómanos. O surto psicótico pode ser justificado pelo uso de substâncias. Neste sentido o consumo de substâncias surge como uma função defensiva para justificar o delírio.

O mesmo autor aponta que um número relativamente elevado de toxicodependentes apresenta uma organização de personalidade do tipo psicótico. Em consumidores com estruturas neuróticas, denota-se reais carências imaginárias, existindo uma dificuldade em funcionar sobre o registo das representações mentais e uma necessidade de passar ao acto, nas actividades comportamentais que implicam o corpo.

Para Carlos Amaral Dias (1980), o potencial dependente procura é o efeito prazer – farmacogénico, onde o Eu poderá encontrar a euforia, sendo que o consumo de droga não deixa espaço para a fraqueza. Daqui surge a sensação de aumento de auto – estima e na elevação da tonalidade afectiva, permitindo ao Eu o reencontrar da sua grandeza original, que não é mais do que a onnipotência narcísica do Eu megalómano, como se o seu mal estar resultante da confrontação com a realidade, não tivesse sido senão um pesadelo que é magicamente superado pela droga. Após o efeito desta, a realidade torna-se mais dolorosa, pelo que compulsivamente o sujeito é levado a novo consumo, numa tentativa de manter a auto – estima e combater a depressão.

Silbereisen (1986) aponta que os toxicómanos apresentam “ideais de vida” irrealistas e vagos, facto que agrava ainda mais a depressão. Dentando-se uma imaturidade afectiva, que não lhe permite a interiorização de instâncias morais, fundamentais para o bom funcionamento relacional. Estas são por sua vez sentidas como qualquer coisa exterior ao indivíduo, de natureza formal, sádica e inoperantes e por isso conduzem à revolta.

De acordo com Carlos Vieira (1996), o uso abusivo de drogas, e em particular a heroína, enraíza-se nas perturbações mais ou menos graves do narcisismo. Este autor debruça-se sobre as teorias de Rado (1933) e afirma que quando Rado sublinhou o binómio, depressão ansiosa – inflação narcísica, permitiu compreender o funcionamento mental do toxicodependente. Decorre, contudo, deste modelo a existência de impulsos destrutivos. A clínica analítica mostra-nos que os comportamentos aditivos são estratégias defensivas com vista a apaziguar angústias extremas, cuja fonte se encontra nas representações sádicas do Super Eu primitivo.

O toxicodependente é então incapaz de julgamentos realistas, quer em relação aos objectos internos, quer aos externos. É um Super Eu brutal, cruel e sádico que deve ser

contido, pelo apaziguamento a qualquer preço. Bergeret recorda que a expressão “adicto”, (anglo-saxónica) que significa toxicodependente, era utilizada na idade média “em relação ao que pagava uma dívida com o seu próprio corpo”.

Sami-Ali (1988) salienta que no indivíduo toxicodependente é patente uma espécie de precaridade das possibilidades imaginárias. O comportamento aditivo desvanece e afasta a vida onírica. Por outro lado, salienta a originalidade da toxicomania no Egipto, uma vez que aqui os consumidores de haxixe continuam a ter acesso à vida onírica.

Neste sentido, o imaginário que resulta duma actividade mental criativa, permitindo ao sujeito criar uma vida fantasmáticas, para entrar em relação e apanágio de uma boa saúde afectiva, não se encontra operante no toxicómano. Estas carências, limitam por sua vez as trocas afectivas com o mundo exterior e a realidade que ele representa. O sujeito passa a ter dificuldades em antecipar desejos e prazer, na troca com o outro.

As manifestações comportamentais resultam da necessidade que o sujeito tem de reagir por actos para compensar as carências afectivas e a imobilidade do universo imaginário. Assim o corpo fica como que ao serviço do comportamento. É como se, com os comportamentos aditivos, o corpo pagasse as falhas do imaginário.

Segundo Coimbra de Matos (1992); é patente a existência de dificuldades do toxicómano em estabelecer uma relação adulta, mudando várias vezes de parceiro. Estas dificuldades reflectem-se igualmente a nível do grupo de pares, na medida em que é vulgar a procura por parte do jovem de outros indivíduos com problemáticas idênticas à sua. Por outro lado salienta que o toxicodependente se aproxima de uma organização depressiva, em que o sujeito entra numa economia de perda, ou seja, sentindo a falta do afecto, dá sempre mais do que o que recebe, na expectativa de receber o suficiente. Paralelamente, funciona o processo de idealização do outro, a par duma desvalorização de si próprio. O objecto infantil sofreu uma clivagem, sendo o objecto externo idealizado e a representação inconsciente desse objecto, é um objecto maligno, a mãe controladora, como o toxicómano tantas vezes a descreve.

Na bibliografia mais recente, Coimbra de Matos (2001) considera que se encontra no toxicodependente uma *depressão primitiva* ou *depressão simples*. Tratando-se esta de uma depressão em que praticamente não existe culpa, nem inferioridade, devido a uma quase ausência de formação de Supereu e do Ideal do Eu. Podendo surgir em substituição um Eu ideal ou Self grandioso, em alternativa à instância objectal Ideal do Eu. Em que o mundo interior do depressivo se reduz a uma representação de si mesmo, como impotente e sem valor, com um objecto interno pouco consistente e confortante.

O autor define que os factores que estão na base deste funcionamento depressivo são:

- A existência de uma insuficiente introjecção construtiva nuclear;
- Uma insuficiente introjecção positiva orbital;
- Assim como uma insuficiente exploração do mundo, aprendizagem directa e identificação idiomórfica.

A partir da existência destes factores ocorrem fenómenos como:

- Insuficiente desenvolvimento de competências e perícias, com consequente redução das ambições pessoais, juntamente com uma tendência “ocnófila” (para agarrar-se);
- Inexistência de entusiasmo, sendo este um dos principais indicadores de saúde mental, logo, de ausência de depressão e abatimento;
- Falta de esperança, que surge devido à ausência de um objecto interno activador de sonhos e utopias;
- Sentimentos de insegurança;
- Existência de uma espécie de desejo insatisfeito, que leva o sujeito a estar sempre à procura de um objecto de apego, para alívio da ânsia, assim como, de sofrimento provocador da dor depressiva, e que é inerente à carência objectal. Daqui resulta a dor psíquica, que representa o afecto doloroso da falta de afecto.

Existe um sentimento de vazio, de que falta algo, a isto associa-se a amotivação e anedonia, não sentindo prazer em nada, nem apetite para fazer algo. A maior parte das

vezes este sentimento de falta não é consciente. O que significa que a carência afectiva foi tão precoce que nem deu tempo para sentir o que é o amor. Neste seguimento o sujeito organizou, como diz Coimbra de Matos (2001), um nível de sensibilidade sensual “protopática” e não afectiva e “diacrítica”. É como se os afectos não chegassem a conhecer desenvolvimento e diferenciação, tendo unicamente sentimentos de conforto/desconforto, apatia/elevação, vazio/plenitude, dor/prazer. O autor assume que esta dinâmica surge como uma aparente alexitimia, em que perante esta imaturidade afectiva, os afectos finos não foram criados. Não se tratando meramente de uma incapacidade de os reconhecer e exprimir em palavras, aproximando-se mais de uma “atimia da evolução”.

Esta depressividade, nunca se desenvolveu como depressão clínica manifesta e desenvolve, assumindo-se como “uma depressão sem depressão, porque não se formou como tal, não progrediu até ao estatuto de depressão” (Coimbra de Matos 2001). Neste sentido o autor afirma que é antes uma pré – depressão. Não é uma verdadeira depressão porque lhe faltou a constituição de um objecto interno, consistente e constante. E só se pode sentir a perda do que já se teve, logo é a perda do afecto que causa a depressão. É este o mecanismo central para a constituição da depressão propriamente dita, a depressividade tem outra evolução e promove a depressão do sistema imune.

Embora haja autores, do campo psiquiátrico e psicanalítico, que fazem equivaler, grosso modo, os toxicodpendentes, com personalidades do tipo borderline, há aqueles que, como Blatt e outros (1984), afirmam que existem dados consistentes, de entrevistas clínicas e testes objectivos e projectivos, que indicam que os adictos a opiáceos e outros toxicodpendentes, como grupo, são na sua maioria, doentes neuróticos. Estes dados não excluem que, dentro deste grupo maioritário, haja um menor número de indivíduos que têm outras formas de psicopatologia, como perturbações borderline da personalidade ou psicoses.

Os dados indicam que os toxicodpendentes, como grupo, seleccionam um modo particularmente desordenado e autodestrutivo de adaptação a conflitos e problemas essencialmente neuróticos. Escolheram um processo de se isolarem para conseguirem com

a droga os prazeres e satisfação que a maioria das pessoas procura através de relações pessoais e íntimas (Blatt, 1984).

Dando seguimento a esta linha de compreensão, Domingos Neto (1996) considera que a heroína, cocaína, ou outras drogas introduzem severidade na patologia, porque funcionam como um relógio externo que os obriga a actos anti – sociais. O grupo desviante pode cair assim nos itens de personalidade borderline da D.S.M., apenas para que em vias de recuperação, reentrem na vertente neurótica. Nestes casos o autor assume que o diagnóstico seja só um, o da perturbação neurótica.

Para o mesmo autor, se existe defeito, não é na personalidade em si própria mas na a teia de relações que a nutrem e estruturam. Há déficit na construção e na constância do bom objecto interno, a partir de relações perturbadas com os pais, desde o nascimento ou mesmo, por vezes, desde a concepção imaginária pelos pais daquela criança como criança. Há crise na primeira infância e produção de sintomas posteriores de neurose infantil, vindo a surgir de novo e definitivamente na adolescência ou na adolescência tardia.

Ainda é defendido que o Superego destes jovens parece na maioria das vezes demasiado rígido e punitivo, como um ditador íntimo que só se aplaca quando a pessoa se lhe submete bebendo ou drogando-se. Parece também haver uma constelação de fobias, gravemente limitativas da personalidade e do agir destes jovens: fobia do tempo, claustrofobia, fobia da intimidade, fobia do sucesso.

Ao observarmos toxicod dependentes nas primeiras fases de tratamento nas Comunidades Terapêuticas ou em psicoterapia, agora já livres de droga, mas com os traumas e os desvios de personalidade à mostra, mais aparentes, encontramos importantes estigmas depressivos, traços paranóides marcados , por vezes uma culpabilidade maciça, ou um altruísmo não compensado por uma saudável auto-estima. (Domingos Neto 1996)

É de salientar a posição de Carlos Amaral Dias (1980) que defende a importância em reconhecer meramente a existência de traços de funcionamento comuns aos toxicod dependentes, considerando que é de difícil resolução, se estas formas de funcionar são prévias ou adquiridas, pela regressão implícita perante o abuso de drogas. Por outro

lado, o mesmo assume que é comum encontrar nos toxicómanos sentimentos e afectos de natureza depressiva, na relação terapêutica, assim como indícios de sintomatologia neurótica aquando do internamento.

Por outro lado, é defendido que seja o encontro droga / toxicómano que se apresenta como o ponto fundamental no trajecto psico-biológico, operando-se a partir daqui uma regressão acompanhada por um empobrecimento do afecto.

### **2.5.1. Origem e desenvolvimento da toxicodependência**

A maioria dos estudos efectuados neste âmbito apontam para existência de estados depressivos associados à origem da toxicodependência. Um dos primeiros autores a efectuar esta referência foi Rado logo em 1933, denotando a existência de uma depressão inicial no início dos consumos, a qual poderia evoluir para outro tipo de depressão. A existência de sentimentos depressivos relacionados com a toxicodependência é um dos únicos pontos consensuais entre os estudiosos do assunto.

Carlos Amaral Dias (1980), lembra-nos que epidemiologicamente, o grupo etário mais afectado pela toxicodependência é o dos adolescentes. Onde na maior parte dos casos se iniciam também os primeiros consumos. Em termos evolutivos, este é um período da vida em que não existem estruturas rigidamente estabelecidas, e o que há são mecanismos estruturantes que antecedem a aquisição do carácter e da identidade. A adolescência representa um momento de crise, limitado pelas fases de organização libidinal e pelo período de latência e vida adulta.

O jovem adolescente é pressionado com novas exigências de adaptação, vendo-se assim obrigado a elaborar a perda do mundo infantil para se – organizar a um novo espaço mental enquadrado numa nova realidade. No seguimento desta mudança opera-se um trabalho de luto, que se faz acompanhar quase sempre de um movimento regressivo transitório a nível das relações de objecto. Esta regressão refere-se ao desejo adolescente

de reencontrar o estado atensional experimentado no útero materno e de assim poder escapar a toda a frustração existente na realidade paterna. A droga pode surgir como um escape momentâneo para retornar ao paraíso perdido, onde toda a satisfação é imediata e onde o interdito simplesmente não existe. O consumidor consegue deste modo experimentar ilusoriamente o triunfo sobre a separação.

Neste contexto a adolescência é um período particularmente apto para o consumo de drogas, logo estes são e serão sempre pessoas que atravessam um período de crise, ou de um período frágil de relação psicossocial, facilmente prontas para a utilização de drogas que fazem parte da cultura e civilização humana (Amaral Dias, 1996).

Coimbra de Matos (1996) defende que a toxicomania pode-se apresentar como um sintoma ou sinal de uma autêntica doença psíquica ou de patologia grupal (familiar). Sendo que as suas causas, condicionalismos e evoluções são múltiplas e díspares. Podendo estar na sua base um conflito aberto ou camuflado entre o adolescente e as pessoas a quem está ligado e de quem depende; como pode estar em causa um conflito psíquico já interiorizado, sendo neste caso, já um problema de verdadeira psicopatologia, ou seja, uma neurose (no seu sentido mais lato). Neste sentido, a toxicomania não é vista como uma doença isolada, mas um sintoma de crise individual ou social, ou de organização patológica da pessoa ou do grupo. Logo é variadíssima a gama de etiologias responsáveis. Donde a sua análise e o seu tratamento pressuporem, para serem correctos e eficientes, uma particularização de cada caso.

## **2.6 Reflexão sobre os factores biológicos da Toxicodependência**

A investigação na toxicodependência pode ser dividida em duas grandes linhas: uma diz respeito às variáveis psicológico-comportamentais, outra, centradas sobre os mecanismos neurobiológicos que afectam ou são afectados pelas acções químicas das drogas. Nesta ultima linha encontramos os estudos da hereditariedade, de identificação dos locais dos receptores das diferentes drogas, a determinação dos efeitos das drogas psico-activas nos

sistemas de neurotransmissão, ou as tentativas para identificar as áreas do cérebro onde a actividade é alterada pelas acções das drogas.

O cérebro constitui o centro de toda a actividade e, em consequência, todas as substâncias de abuso exercem as suas acções através dele. Um conceito chave para a compreensão deste tipo de interacções é o de recompensa, que constitui uma propriedade característica de muitas drogas adictivas.

Nos anos 50, a investigação científica postulou que os ratos, sob certas circunstâncias, deixavam o prazer da ingestão de água, comida e actividade sexual, para manterem uma área do cérebro sobre-estimulada por um eléctrodo (Mclearn e Rodgers, 1959 cit in Miguel N. 1994). Essa região foi designada por “centro de recompensa”. Este centro passou a ser denominado por circuito quando os investigadores verificaram que um determinado número de zonas cerebrais interligadas estavam envolvidas nas actividades ligadas ao prazer. Esse circuito inclui um conjunto de neurónios situados na área tegmental ventral, a qual se liga ao núcleo accumbens e a outras regiões encefálicas.

Está hoje estabelecido que os sistemas bio-químicos envolvidos na recompensa face às drogas são, essencialmente três: sistema dopaminérgico, sistema dos opiáceos endógenos e sistema gabérgico. Em termos anátomo-funcionais, está também estabelecido que o principal circuito implicado é o circuito mesencéfalo-telencéfalo-extrapiramidal com o seu foco no núcleo accumbens.

Vários estudos sobre a toxicodependência têm demonstrado que a maior parte das drogas de abuso estimulam este sistema e podem induzir ainda maiores sentimentos de prazer do que as funções naturais. (Robinson e Berridge, 1993 cit in Miguel N. 1994). Por sua vez, a influência das drogas sobre estes circuitos conduz a uma menor necessidade das actividades de sobrevivência e a um uso repetido da droga em causa. O seu uso continuado pode levar à construção de um ciclo poderoso de adicção e, em alguns casos, a lesões cerebrais ou de outros órgãos. Alguns autores consideram, na sequência de trabalhos mais recentes, que o papel da dopamina é mais um papel de facilitação da aprendizagem do que propriamente um mediador do prazer, o que pode explicar a razão

de muitas drogas de abuso poderem impulsionar o seu uso continuado sem produzir prazer.

É actualmente consensual que o neurotransmissor de dopamina no dopaminérgico mesolímbico tenha um papel fundamental na regulação dos efeitos de reforço da cocaína e de outras drogas. Este sistema inclui as células produtoras de dopamina na área tegmental ventral do tronco cerebral, a qual envia fibras para um grande número de regiões alvo no cérebro anterior, incluindo o núcleo accumbens.

Muitos investigadores estão agora a dissecar os mecanismos moleculares que estão alterados, nestes circuitos pelas diferentes drogas. O modo como o neurotransmissor dopamina é produzido, o modo como a sua mensagem é recebida, e como é inactivada, tudo isto parece ser alterado pelas drogas. Alguns trabalhos sugerem que a influência da droga nestes mecanismos dopaminérgicos altera, eventualmente, o modo como os neurónios deste sistema trabalham. Os neurónios dopaminérgicos estão, provavelmente, sob uma contínua inibição na área tegmental ventral, muito provavelmente pela acção do ácido gama-amino-butírico (GABA). A libertação de dopamina destes neurónios para os receptores dopaminérgicos do núcleo accumbens produz um reforço positivo.

Muitos estimulantes (incluindo a cocaína, as anfetaminas e a nicotina) exercem as suas acções através da elevação dos níveis sinápticos de dopamina, noradrenalina e serotonina. A cocaína inibe a recepção da dopamina, que é o mecanismo primário para terminar a acção de transmissão. Parece que a administração crónica de cocaína altera a sensibilidade dos receptores no núcleo accumbens e em outras partes do sistema de recompensa/reforço cerebral. As anfetaminas estimulam a libertação de dopamina e de noradrenalina e bloqueiam a sua recepção. A nicotina exhibe os seus efeitos centrais através da interacção com os receptores nicotínicos da acetilcolina que contêm um canal integral transmembranar de sódio, onde a ligação agonista conduz à abertura do canal e a uma despolarização.

O álcool e os sedativos, tais como as benzodiazepinas e os barbitúricos, são drogas que alteram o humor, deprimindo ao nível de activação do Sistema Nervoso Central. Pensa-se que potenciam as acções do neurotransmissor inibitório GABA, as quais são mediadas

pelo receptor GABAA. Quando o GABA é libertado para a fenda sináptica, liga-se ao seu receptor e abre o canal de cloro, isto conduz, por sua vez, à hiperpolarização da membrana, diminuindo, desse modo, a excitabilidade celular. As alterações de longo termo provocadas por este processo recorrente parecem interagir com as vias de reforço, através de mecanismos que incluem os sistemas de opiáceos endógenos. Até porque o craving para o álcool pode ser parcialmente bloqueado pelo antagonista opiáceo (naltrexona).

As benzodiazepinas e os barbitúricos também abrem os canais de cloro através das suas acções em receptores específicos. O etanol, não tendo receptor específico, apresenta propriedades de reforço, através não só da serotonina, da dopamina e do sistema dos opiáceos endógenos, mas também através da interacção com o complexo receptor GABAA.

O mesmo tipo de estudos tem sido desenvolvido para os opiáceos em geral, tendo-se chegado basicamente às mesmas conclusões: não só os receptores particularmente sensíveis aos efeitos reforçadores da heroína parecem localizar-se na região do núcleo accumbens e na área tegmental ventral, como a tolerância e a dependência aos opiáceos ocorre ao nível da expressão genética. Para além disso, os receptores opiáceos desta estrutura podem tornar-se sensíveis durante a abstinência aos opiáceos e por isso tornam-se responsáveis pelos efeitos aversivos aos estímulos da dependência a estas drogas. A dependência física e os sintomas de abstinência são clinicamente relevantes e estão relacionados com alterações na reactividade dos sistemas de transmissão, tais como a noradrenalina sob a inibição tónica pelos opiáceos peptídicos endógenos ou opiáceos exógenos. Daí que o síndrome de abstinência inclui um forte componente de activação adrenérgica central.

Os derivados de cannabis têm vindo a ser considerados drogas “anómalas”, sem interacção farmacológica com estes sistemas de reforço intra-cerebral. No entanto é actualmente aceite que o delta 9-tetraidrocanabinol, principal princípio activo da marijuana, actua nestes sistemas de reforço de uma forma muito semelhante às outras drogas de abuso.

Marques Teixeira (1995), apoiando os seus trabalhos nos modelos mais recentes do funcionamento cerebral - o modelo dos sistemas auto-organizados e o modelo do caos aplicado ao sistema nervoso - cujos resultados apontam que os toxicodependentes apresentam padrões de funcionamento cerebral que os distinguem dos não toxicodependentes e que, no essencial, se caracterizam pela falência dos mecanismos de auto-organização face ao ruído, falência essa devida a uma hiperactivação de base dos circuitos ligados à activação inespecífica do sistema nervoso central.

O estudo da influência genética no contexto da toxicodependência, tem resultado de investigações combinadas com o alcoolismo, para o qual está bem estabelecido o papel deste tipo de factores na vulnerabilidade para o consumo abusivo de álcool. Goodwin et al. (1981) determinaram a existência de um alto grau de comorbilidade entre o álcool e o consumo de drogas, com valores da ordem dos 30-51% de consumidores de drogas com abuso ou dependência concomitante de álcool, estendendo-se esta correlação para os familiares.

Alguns trabalhos sugerem que a incidência de toxicodependência nos familiares de toxicodependentes é superior à incidência de toxicodependência nos familiares de alcoólicos. Estes dados foram interpretados no sentido de a toxicodependência ser a resultante comportamental mais directamente ligada com um substracto genético alterado. Estudos familiares, de adopção e gêmeares, têm indicado a existência de uma vulnerabilidade ou factores de risco para um indivíduo abusar de drogas, dependentemente quer do uso de drogas pelos progenitores quer, mesmo, pela existência de certas patologias nesses mesmos progenitores. Os estudos de genética molecular tentaram determinar quais os genes candidatos à contribuição para esse risco (NIDA 1977).

Coming et al (1994 cit in Miguel N. 1994) verificaram que a perturbação de hiperactividade com déficit de atenção na criança constitui um dos factores de risco e estudos familiares sobre o síndrome de La Tourette revelaram um aumento da prevalência do abuso de substâncias em familiares desses doentes. Estas observações sugerem que os genes para o síndrome de La tourette e para a perturbação de hiperactividade com déficit da atenção podem ter um papel importante no desenvolvimento do abuso de drogas, sendo

atribuído esse papel ao gene receptor da dopamina D2, já que variantes neste locus estão significativamente aumentados em frequência no síndrome de La tourette, na perturbação de hiperactividade com déficit da atenção, nas alterações da conduta e no abuso de drogas. Os mesmos autores, num outro estudo, concluíram que variantes genéticas do DRD2 desempenham um papel muito importante não só no risco para o abuso de drogas, mas também para o jogo patológico, dando, deste modo, sustentação ao conceito que variantes deste gene são um factor de risco para os comportamentos aditivos e impulsivos.

A partir destes estudos surge a premissa de que os toxicodependentes têm uma predisposição biológica para continuar a escalada desde o uso ao abuso de substâncias psico-activas, e desde a dependência à adição. Logo postulou-se que devem existir diferenças individuais mensuráveis nas variáveis neurobiológicas. Apesar da exposição repetida às drogas de abuso elicitar adaptações de longo termo nos segundos mensageiros dos pós-receptores e nas vias de fosforilação proteica, em regiões cerebrais específicas.

Os sistemas dopaminérgicos ocupam o domínio neuroquímico das investigações, tendo emergido claramente como as principais estruturas de suporte da experiência do prazer. No entanto, os trabalhos que relacionem o sistema serotoninérgico, dopaminérgico e outros sistemas endógenos com a vulnerabilidade para o abuso de drogas são muito limitados.

Os estudos no domínio genético sofreram um crescimento exponencial, correspondidos com o desenvolvimento de metodologias complexas e rigorosas. Actualmente é consensual que o abuso de substâncias num parente biológico parece estar associado com o abuso de drogas num dos seus descendentes adoptados noutra família, mesmo quando os factores ambientais são controlados por procedimentos estatísticos. Esta observação sugere que, pelo menos, uma das variáveis determinantes para o abuso de drogas está relacionada com traços geneticamente codificados. Então os factores genéticos têm um papel importante na vulnerabilidade para a toxicodependência que varia em função do grau de gravidade do consumo.

João Marques Teixeira (1998) assume a existência de uma polimorfia determinativa evidente, na base da toxicodependência. Sugerindo-se jogos complexos entre factores

ambientais, sociais, co-morbilidade psiquiátrica, bioquímicos e genéticos. O autor também defende que não existem genes únicos da toxicodpendência. Mas que os genes envolvidos são responsáveis pela modificação do balanço dos neurotransmissores resultando num espectro de doenças impulsivas, compulsivas, adictivas, afectivas e ansiosas, ao longo da vida.

Não existe um único gene responsável por este espectro de doenças, pelo contrário, um pequeno número de genes major e um grande número de genes modificadores desempenham um determinado papel. Os genes que afectam o balanço serotoninina-dopamina no cérebro parecem ser particularmente importantes, assim como as variações alelomórficas no locus DrD2, se bem que haja outros genes candidatos para este espectro de comportamento.

## **2.7 Droga e Família**

A família é considerada como um sistema de várias gerações ligadas entre si por laços de parentesco, funciona como uma pequena sociedade, isto é tem uma estrutura com papéis e funções definidos, com canais de comunicação claramente estabelecidos, diferindo da sociedade global apenas ao nível do envolvimento relacional-afectivo dos seus elementos no sistema. Como todos os sistemas abertos, a família não é imutável, sofrendo pressões do sistema social e dos seus sub-sistemas que provocam mudança.

Pensamos não ser possível abordar a questão dos toxicodpendentes adolescentes e juvenis sem os enquadrar na problemática geral de família actual, em que a sua vida se torna muitas vezes extremamente difícil.

Na actualidade, com a mudança de valores e mitos da sociedade, existe também uma reformulação não só do funcionamento familiar, mas também uma redefinição do que é a família, facto especialmente claro com o crescimento das famílias reconstruídas devido ao aumento dos divórcios. Esta redefinição do sistema familiar, decorre de alguma maneira,

de factores que concorriam para a coesão familiar, predominantemente económicos no passado, mais de ordem afectiva na actualidade. Esta coesão do sistema baseada nos factores afectivos é claramente menos forte, aumentando a instabilidade no funcionamento e na própria definição do sistema. Por outro lado, a pressão social sobre a família ao nível económico, com o aumento das exigências económicas para que a família seja considerada como tendo um nível de vida minimamente aceitável faz com que o sistema familiar se centre mais nas relações para fora, em desfavor da intensidade e qualidade das relações intra-familiares.

Por outro lado os horários desencontrados, os longos tempos de transporte, a ansiedade face aos múltiplos problemas quotidianos, não permitem aos pais a disponibilidade suficiente para o diálogo com os filhos. A vida numa sociedade em profunda mutação, a perda de um quadro mais ou menos rígido de valores, o descrédito dos métodos pedagógicos em que foram educados, por vezes a consciência de terem um nível escolar e cultural inferior ao dos filhos, conduzem a frequentes situações de demissão dos pais. As expectativas em relação ao futuro dos filhos e contrastando fortemente com a experiência destes, agravada pelas diferenças de nível cultural e pela falta de disponibilidade já apontadas, tornam extremamente difícil e penoso o diálogo no seio da família. Estes problemas são agravados quando a realidade ou a suspeita de um toxicodependente se instala numa família.

A angústia e sentimento de total impotência são quase constantes, acompanhadas de atitudes acusatórias à escola, às más companhias, aos maus pais, etc. sendo frequente encontrar pais francamente deprimidos. Rapidamente toda a relação se polariza à volta da droga, quer na tentativa de convencer o jovem do perigo das substâncias usadas, quer na tentativa de intimidação e vigilância quer na incompreensão para com quem põe em causa, na prática, o modo de vida comum. Estas atitudes relacionam-se com a pouca informação existente sobre o assunto e com ideias correntes sobre a droga, principalmente pelo seu carácter mágico, definido por 4 premissas míticas, como afirma Dias Cordeiro (1989): Tomada inicial involuntária, viciação imediata, alteração total do comportamento, e impossibilidade de saída.

As relações existentes no seio da família do toxicodependente assumem um certa complexidade, com uma dinâmica desorganizante, esta é por vezes negada com uma atitude de cobertura, logo é comum os pais referirem-se à toxicodependência do filho como se esta fosse um fenómeno descontextualizado no ambiente familiar, porque neste está tudo muito bem.

Carlos Amaral dias (1980), salienta que no seio destas famílias existe um “medo de separação”. Este medo refere-se a um processo de interdependência entre os diferentes membros da família. Sendo que o sentimento de identidade só é mantido pela manutenção da mesma dinâmica familiar. Ora, na família do toxicodependente o medo da separação leva os pais a tomarem atitudes que impedem o adolescente de sair do meio familiar, nem que para isso tenham que alterar papéis, mediando-os por uma atitude hiper-protectora. É obvio que esta atitude vai ter graves consequências no adolescente, cujo desenvolvimento da vida afectiva se estrutura no fim último de aquisição da identidade com a consequente redefinição de papéis no seio da família. A família aparentemente tenta controlar o comportamento do filho, porém acaba por se mostrar incapaz de o ajudar a adquirir normas e atitudes adultas, ou a ter uma perspectiva realista e independente.

Vários estudos confirmam a existência de um déficit perante a internalização da imago paterna, mais do que a materna. Apesar desta última se organizar, na maior parte das vezes numa hiper-protecção, que pode ser consequência da ausência da imagem paterna. Além desta hiper-protecção a mãe pode mostra-se igualmente culpabilizante, narcísica, inconsistente, rejeitante, manipuladora e sedutora. As relações afectivas do adido com a mãe apresentam por vezes uma distância afectiva perante esta última, assim como alguma punitividade. Contudo é provável que a desorganização da relação com a mãe, resulte da ausência da figura paterna, seja esta ausência real ou virtual. A ausência da figura paterna acentua a problemática do empobrecimento da autoridade. Por outro lado, há toxicodependentes que organizam uma imagem do pai extremamente negativa, com consequências na relação, então centrada numa reciprocidade rejeitante e na agressividade, existe neste caso um verdadeiro distúrbio da relação pai-filho.

A família do toxicodependente no meio de toda a conflitualidade foge de todo um papel parental definido, assim como da responsabilidade a ele associada. Os filhos inserem-se

numa pobreza identificatória, para a qual a toxicomania pode funcionar como uma atitude de defesa.

A toxicodependência funciona como um sintoma da existência de conflitualidade no seio intra-familiar, sendo que o sintoma representa igualmente a resolução paradoxal do conflito. Os pais assumem perante o filho toxicómano, uma atitude também paradoxal, pois se por um lado apelam ao seu crescimento e independência, por outro promovem comportamentos que o encorajam a ficar dependente.

Estudos que comparam grupos de toxicodependentes com outros não toxicómanos, apontam que os primeiros demonstram sentimentos de maior infelicidade na infância. Contudo assumem fortes desejos regressivos, ao desejarem reviver parte da sua infância. As punições físicas são frequentes na infância, e este grupo também tinha mais tardes livres na adolescência. Por outro lado, eram menos encorajados a trazerem amigos para casa, e os pais não demonstravam grande interesse nos trabalhos escolares dos filhos. Salienta-se uma menor comunicação com os pais, acompanhada de atitudes críticas e discussões entre pais e filhos (NIDA 1984).

Existem linhas de investigação que assumem a existência de perturbações psiquiátricas no seio da família do toxicodependente. Por outro lado é importante salientar a relação existente entre a família do toxicómano e consumo de álcool e droga pelos seus familiares. Sabe-se que existe uma prevalência de hábitos toxifílicos em filhos de consumidores, seja de álcool ou outras drogas. Sendo relativamente frequente o uso e abuso pelas mães, de psicotrópos. Neste sentido, quanto maior a percepção do uso de droga na família, seja na mãe, pai ou irmãos, maior será a tendência para a toxicodependência (NIDA 1984).

Se a família falha como agente social, deixando de ser estabilizador contribui para a possibilidade de comportamentos desviantes e toxicomania. Os indivíduos toxicómanos apresentam ainda além de uma dependência perante o grupo de afinidades, um acentuado conflito familiar e por vezes social e na confluência de todos estes factores é de salientar a maior frequência de ausência à escola, e ou fracos resultados escolares.

Alguns autores relacionam a toxicomania com perdas parentais. Willis (1971 cit Carlos Amaral Dias 1980) aponta a existência de elevada incidência de separações na família do consumidor, assim como lares desfeitos pela ausência de uma das figuras parentais. Salienta uma elevada taxa de divórcios, separações e mortes nestas famílias.

É importante ter em linha de conta que certas dimensões do funcionamento familiar, tais como a sua organização, o nível de conflito entre os membros, o controlo parental e até os valores ético-religiosos estão associados ao desenvolvimento, do sentido interno de coerência dos filhos adolescentes. Isto significa que um bom clima familiar está associado a uma boa capacidade de coping nos adolescentes, o que constitui um importante preditor do evitamento dos comportamentos de risco de consumo de drogas.

## **2.8 Droga e meio sócio-cultural**

Em primeiro lugar temos de ter em conta que, na maior parte dos casos, no evoluir toxicómano, a adolescência apresenta-se como o período de vida em que os sujeitos iniciam o contacto com as drogas. Logo nesta fase, o grupo tem um papel determinante, uma vez que grande parte das identificações juvenis se fazem no e com o grupo. Até a simples procura da droga, é de forma geral feita em conformidade com um ou mais elementos de um grupo. Sem dúvida que a introdução no mundo da droga, depende da iniciação através de um amigo, habitualmente um consumidor experiente, sendo por isso um acontecimento social.

Sendo assim, o grupo tem um papel importante, pois não só pode fornecer a droga, como modelos para formas de comportamentos, hábitos e até uma linguagem nova, ao ponto de ser possível falarmos de novas culturas ou sub-culturas. A sub-cultura fornecida por um grupo, permite ao sujeito iniciar uma carreira desviante sem que o estigma social, seja sentido por si, uma vez que no seio do grupo todos se assemelham neste código desviante. Esta sub-cultura organiza novos objectivos de vida que se adaptam à conformidade do grupo e promovem um importante papel de denegação.

O poder do grupo e a facilidade de entrar em conformidade pode surgir devido a uma inadequada ou contraditória socialização, ligada a factores prévios de desorganização familiar e social. Então, se o indivíduo está particularmente fragilizado devido perca de afecto familiar, por exemplo, tem mais facilidade em assumir a identidade toxicómana. O grupo assim fornece o que falta, o papel de um atributo social que promoverá comportamentos delinquentes. Pertencer ao grupo é pertencer a algo, a uma sub-cultura que lhe transmite a sensação de ter adquirido um Ideal do Eu, o grupo funciona assim, como um modelo e reforço social, inovador e até fornecedor de prestígio.

Apesar de ser universal que todas as classes sociais são atingidas pelo fenómeno da droga, certos estudos apontam para que existe uma particular incidência de toxicomania nas classes sociais mais desfavorecidas. Existe muitas vezes associado uma degradação social, e familiar, até alterações psicopatológicas, nos toxicómanos das classes baixas. Alguns autores relacionam esta incidência com a existência de uma consciência intensa de pobreza social, nas classes mais baixas, a partir da qual a droga funcionaria como uma defesa contra o fosso existente, perante a fantasia e a realidade ambiental.

Por outro lado, as forças sociais, no seu conjunto, podem actuar sobre o indivíduo ou grupo, de uma forma facilitadora da erupção de comportamentos caracterizados pelo abuso de drogas. Disto são exemplo os fenómenos ideológicos, podemos enquadrar aqui o exemplo dos famosos anos 60. Onde o próprio consumo de substâncias significava a transição entre os valores formais e a exaltação de novos valores. Certas sub-culturas valorizam e estimulam o consumo de substâncias, como é exemplo o caso de consumos pela satisfação de uma exploração cognitiva, relacionada até com formas de aspiração académica.

Lazarus (1977 cit in Carlos Amaral Dias 1980) constatou, nos seus estudos que a proveniência social baixa é mais elevada entre toxicómanos de opiáceos, do que nos consumidores de outras drogas. Por outro lado, fenómenos de emigração, que por vezes condicionalizam o sujeito a grupos minoritários e desfavorecidos, associados a sentimentos de solidão, indiferença afectiva, insegurança, desvalorização, desilusão,

promovem uma confluência de sentimentos negativos e baixa auto-estima, que podem aproximar o sujeito de comportamentos toxifílicos.

É ponto assente que o grupo joga um papel importante na entrada no mundo dos consumos, assim como a existência de drogas no mercado. Contudo estes factores não explicam por si só a totalidade do fenómeno. De toda esta revisão bibliográfica ficou-nos a ideia, que apesar destes serem factores importantes, o papel relacional com as figuras parentais assume um papel determinante, até porque é a falta de recursos a este nível que possibilita ao indivíduo estar mais susceptível ou não a aderir ao grupo. Queremos com isto dizer que, em parte, o grupo vem ocupar o lugar deixado pela abdicação ou insuficiência dos pais em suprir as necessidades identificatórias juvenis. Há uma relação directa de proporcionalidade entre a distorção do anel familiar e a vulnerabilidade do jovem ao uso abusivo de substâncias tóxicas. Quando esta distorção ocorre no campo do real, seja por morte ou ausência física de um dos pais, esta relação de proporcionalidade parece aumentar consideravelmente. Isto vai ao encontro do que afirma Carlos Amaral Dias (1988), sobre o papel organizador e contentor dos grupos em situações de ruptura no campo familiar. Sendo esta função organizadora, tanto maior, quanto o critério de inserção nos grupos, baseando-se na heterogeneidade de suas características formais e de funcionamento, factor que privilegia os processos de individuação e autonomização do jovem .

Além da importância que a influência do grupo pode ter no processo de toxicodependência, em particular com os jovens, é de salientar a existência de condicionalismos de ordem social que podem funcionar como facilitadores de desorganização, e eventualmente conjugados com características pessoais e familiares, sejam potenciadores de eclosão ao fenómeno da toxicodependência.

Neste contexto o prolongamento da escolaridade aumentou o tempo de dependência familiar ajudando a manter artificialmente uma situação adolescente. Tornando-se igualmente difícil aos estudantes fazerem projectos dadas as dificuldades de acesso ao ensino superior e também a qualquer profissão. Estes dados ajudam-nos a perceber melhor, por um lado, o desenvolvimento dos toxicodendentes na população estudantil, em que os seus aspectos de moda, de rito de passagem à idade adulta, de sinal de

solidariedade entre os jovens são importantes, assim como as dificuldades manifestas no rendimento escolar quando um jovem fica dependente de drogas. Na maior parte das vezes demonstram um grande desinteresse pelo estudo e uma dificuldade ainda maior na frequência regular das aulas. Porém ao contrário de que geralmente é considerado, grande parte dos toxicodependentes trabalha, conseguindo na sua maioria, manter o emprego sem grandes dificuldades embora sem grande interesse. As profissões mais frequentes são operários de indústria e empregados de escritório, na sua maioria com características rotineiras, o que permite ao toxicodependente a execução da sua tarefa sem se interessar muito por esta.

Baseando-nos nas teorias de Goffman (1988 cit. in Tinoco R. 1999), convém referir que a nossa sociedade estigmatiza o indivíduo, possibilitando a este a aquisição de modelos de identidade, levando-o inevitavelmente a sentir alguma ambivalência em relação a si próprio. Este autor define estigma, como qualquer comportamento que pode desacreditar o indivíduo que o pratica, uma vez descoberto que alguém apresenta esse traço relativamente aos demais papéis desempenhados pelo indivíduo, a pessoa passa a ser desacreditada em todos os momentos. Passa-se, por isso a ser prostituta, homossexual, heroinómano, em vez de se ter uma identidade mais heterogénea. Esta descoberta social pode segregar o indivíduo de determinadas esferas normativas, retirando-lhe recursos, deixando-o com a única alternativa de se tornar mais desviante. Assistimos aqui à esfera individual da profecia que se auto-realiza.

### **2.8.1 Relação entre Delinquência e Droga.**

O problema da delinquência é iminentemente social, pois estrutura-se de acordo com condicionalismos de ordem ambiental. Este problema da delinquência é para muitos investigadores, o ponto fulcral da pesquisa sobre a toxicodependência.

Constata-se que o tipo de droga parece ter uma relação directa com o grau de criminalidade. Assim, os consumidores de marijuana têm tendência a estar em liberdade

ou sofrerem punições médias, perante os actos ilícitos realizados, enquanto os dependentes de opiáceos, manifestam uma maior persistência na criminalidade.

Weissman et al (1976, cit in Tinoco R. 1999) realizaram um estudo com dependentes de opiáceos e concluíram que a actividade criminosa aumenta com o início da toxicomania, sendo esta criminalidade efectuada sobretudo contra a propriedade, o grupo com maior incidência de criminalidade situava-se em faixas etárias entre os 13 e os 17 anos, por fim, as mulheres demonstraram ter menos criminalidade no período que antecedia a toxicomania, mas em contrapartida, um grande aumento no período que lhe sucedeu.

Outros estudos apontam que antes dos sujeitos se terem tornado toxicodependentes, estes não tinham cometido qualquer crime sério, enquanto que após os consumos já admitem ter cometido. A este nível é de salientar que o crime contra a propriedade é extraordinariamente dominante, ao contrário de outro tipo de criminalidade, à excepção da prostituição nas mulheres, o que sugeria estar a delinquência ligada à toxicomania, por motivações sobretudo económicas.

Faupel (1991, cit. in Tinoco R. 1999) considera, como pilares da carreira desviante, dois eixos fundamentais: “Disponibilidade da droga” e “Estrutura de vida”. Sendo que o que é muita ou pouca droga varia conforme o indivíduo, assim como para a estrutura de vida, que se refere à existência ou não de comportamentos e papéis sociais que originam rotinas diárias regulares e previsíveis, sejam elas normativas ou desviantes. Sublinha-se que uma estrutura de vida alta fornece ao indivíduo situações sociais que de alguma maneira o ajudam a regular os consumos. Situações de baixa estrutura de vida, retiram as referências sociais ao indivíduo que, assim, muitas vezes de forma involuntária, aumenta os seus consumos.

Em relação à delinquência Faupel (1991 cit. in Tinoco R. 1999) desenvolveu a seguinte tipologia perante os consumidores:

O consumidor ocasional - foi na maior parte das vezes introduzido na heroína por intermédio de amigos ou em situações sociais. Nesta fase a criminalidade é ocasional e experimental, ocorrendo de forma independente do consumo. Para este

consumidor, a droga é boa e deve ser partilhada com os outros. A estrutura de vida é alta mas a acessibilidade à droga é baixa.

Adido estável – esta figura não se segue linearmente à anterior, pois há sujeitos que param os seus consumos ou fixam-se indefinidamente nessa fase. Este porém é capaz de manter a sua estrutura de vida a um nível alto, aumentando também a disponibilidade e o acesso ao produto. Nesta fase o sujeito estabeleceu já fortes relações com a sub-cultura. Existem casos em que o adido mantém um emprego legal paralelamente com uma actividade de tráfico. Ele conhece os traficantes, aprende a injectar e adquire outras competências básicas à vida subcultural. É provável que nesta fase o sujeito desenvolva especializações criminosas: prostituição, falsificação de cheques, assalto domiciliário, a automóveis, roubo de artigos, lojas, carteiristas etc. Nesta fase o adido adere aos princípios éticos da sub-cultura, ao mesmo tempo que exerce a sua actividade criminal de um modo planeado e cuidadoso.

Adido extremo – Nem todos os adidos chegam a esta situação, porém esta etapa caracteriza-se por uma maior disponibilidade de acesso à droga, com uma consequente erosão das estruturas externas de vida que propiciam uma desorganização dos consumos. Se o indivíduo “faz um negócio” e ganha mais dinheiro, o certo é que a escalada de consumos se eleve a altos níveis num curto espaço de tempo. O intenso consumo isola o indivíduo de uma certa socialização subcultural, a sua especialização criminosa é interrompida, podendo mais tarde encontrar dificuldades inesperadas para o seu reatamento. As normativas subculturais são respeitadas na sua máxima intensidade, ao mesmo tempo que há, muitas vezes um isolamento ou diminuição da participação nas rotinas subculturais do tráfico ou de outras dimensões da criminalidade.

Junkie de rua – A disponibilidade de droga é reduzida, assim como a estrutura de vida, não há rotinas de vida definidas com clareza. A maior parte destes casos resulta numa inadaptação do consumidor à actividade criminal que anteriormente lhe garantia o rendimento monetário. A tolerância e a privação encontram-se em níveis tão elevados que o consumidor não arranja modo de os vencer eficazmente.

Tal desadaptação, aliada à precipitação desencadeada pelo evitamento do síndrome de privação tornam o junkie um alvo fácil de captura ou manipulação por parte da polícia. Este sujeito perdeu o controle dos seus consumos, não conseguindo organizar uma rotina de vida consequente, pratica actividades criminais de forma desorganizada e não especializada, correndo mais riscos e ficando mais vulnerável à captura. Esta vulnerabilidade torna-o mais facilmente sujeito a manipulações por parte da polícia, o que desencadeia um processo progressivo de perda de estatuto subcultural. Este deixa de ser uma pessoa de confiança dos dealers que lhe poderiam dispensar quantidades de produto para o pequeno tráfico, as mais valias serviam para sustentar os seus consumos. Como não é de confiança tem de comprar o produto na rua onde é mais caro e de menor confiança. Sem recursos nem apoio, o junkie rompe com muitos códigos éticos, iniciando novos sujeitos e menores nos consumos, assume em casa o seu estatuto de consumidor porque passa a roubar objectos, adultera em demasia a droga se ainda tentar o pequeno tráfico.

De acordo com o autor, este referencial permite-nos perceber a construção individual da identidade desviante, bem como a sua actualização, se bem que outras sub-culturas da droga propiciem ao indivíduo outros percursos. De qualquer forma observa-se que a actividade criminal precede a escalada dos consumos.

Cândido Agra (1998) admite ser de extrema complexidade a relação entre consumo de drogas e a prática de crimes, sendo este um meio de elevado e inesperado grau de convergência interfactual. O autor aponta que para além do “mundo do crime”, e do “mundo da droga”, existe um terceiro mundo desviante, o “mundo da droga-crime”. Sendo que a droga não actua directamente sobre o crime, mas através de mediações de uma formação específica, de um novo fenómeno irreduzível. E contrariamente à ideia comum, nem todas as drogas estão associadas ao crime, nem todos os crimes associados às drogas. Porém, os indivíduos que aliam o consumo de drogas duras e delinquência apresentam padrões de organização funcional interna e externa que se afastam dos padrões normais.

A relação entre consumo de drogas e a prática de crimes é sempre a mesma: ocorrem sem estabelecerem qualquer tipo de interação, ora iniciam intercâmbio, ora se integram, ora, finalmente, a substância impõe o seu regime, mesmo à delinquência que ainda foi mantendo o seu estilo. A relação droga-crime define-se como um processo de envolvimento que implica diferentes graus de determinação comportamental. Este processo de envolvimento droga-crime é decadencial, na medida em que implica progressivo determinismo, segundo a regra, maior determinismo do comportamento, maior decadência existencial.

## 2.9 Perspectiva psicodinâmica sobre o consumo de drogas

Jean Bergeret (1981), procurou identificar uma estrutura de personalidade especificamente ligada ao problema da toxicodpendência mas, tal como aconteceu com outros autores, concluiu não existir tal tipologia estrutural. Contudo identificou características de funcionamento comuns às diferentes estruturas de personalidades toxicómanas encontradas, tais como: a importância dada ao comportamento, às carências imaginárias e às carências identificatórias.

Apesar de não ter conseguido classificar os sujeitos toxicodpendentes num tipo específico de estrutura, o autor considerou que o funcionamento do toxicodpendente pode desenvolver-se sobre qualquer tipo de estrutura de personalidade. Neste sentido os toxicodpendentes de estrutura neurótica, têm uma organização da economia mental centrada em torno da problemática genital e de uma conflitualização que gira em torno das representações triangulares edipianas.

A dependência num indivíduo de personalidade neurótica, dá quase sempre origem a formas graves de toxicodpendência, dado que a estruturação dessas personalidades se apresenta como intrinsecamente muito sólida, mas as conflitualizações a que a sua estrutura está sujeita são particularmente dramáticas. A droga pode ser escolhida por este tipo de personalidades devido aos defeitos de elaboração do imaginário edipiano, sendo a

droga um objecto substituto, perante essa incapacidade. O mecanismo de defesa mais utilizado por este tipo de indivíduos é o recalçamento, sendo a angústia flutuante, podendo tomar diferentes formas da representação da castração. Estes indivíduos têm muitas dificuldades em funcionar sobre o registo das representações mentais, devido às suas carências imaginárias e por isso, muitas vezes passam ao acto.

Também existem toxicodependentes que se enquadram no modo de funcionamento estrutural psicótico. Aqui a evolução da dependência é feita em dois tempos, o comportamento que constitui um período relativamente longo, em que a dependência é vivida como uma defesa contra o delírio e o segundo, em que a dependência serve como justificação desse delírio, que se torna difícil de mascarar.

Contudo existem bastantes toxicodependentes, se não a maioria, que não se situam nem numa estrutura do tipo psicótico, nem numa do tipo neurótico. Esses apresentam uma personalidade depressiva, por serem indivíduos muito imaturos, pois a crise da adolescência não foi economicamente superada. Assim, permanecem muito inconstantes, influenciáveis e inseguros nos investimentos objectais, mostrando-se igualmente muito dependentes dos demais.

O tipo anterior de organização facilita uma farmacodependência e uma psicodependência, o que implica que este tipo de indivíduos represente a mais importante categoria de todos os toxicodependentes. Estes sujeitos, parecem cristalizados num estado prolongado de pseudo latência, da qual não conseguem sair. O seu imaginário genital apresenta-se como que bloqueado. O desejo não é de forma alguma elaborado e há necessidade de uma remissão às ilusões do processo primário que tudo reclama, sem demora. Não pode haver assim êxito relacional, permanecendo os objectos mal investidos. O risco de suicídio neste tipo de estruturas é grande.

Segundo o autor, a toxicodependência não modifica a natureza da estrutura profunda do sujeito. O produto não é procurado em função de uma necessidade específica, é antes uma tentativa de defesa em relação às falhas específicas de desenvolvimento mais profundo. No entanto parece haver características regulares, comuns às diversas formas de estrutura de personalidade toxicodependente, independentemente da estrutura de personalidade

subjacente. São esses traços, as manifestações comportamentais, as carências imaginárias e as carências identificatórias..

Perante a situação de dependência é o registo comportamental que supera os investimentos realizados nos outros, tanto em quantidade como em qualidade de investimentos energéticos e relacionais. Na maioria dos casos, assiste-se a um movimento de regressão a partir do registo mental em direcção ao registo comportamental. O toxicodependente procura recorrer ao auxílio do “pensamento mágico”, o que lhe permite tentar escapar à realidade do meio circundante e o leva a utilizar objectos alvo, colocados em posição “exterior”, graças à intensidade do jogo das projecções, embora eles pertençam à realidade psíquica do sujeito.

A par de uma regressão formal, que conduz os investimentos voltados para o princípio da realidade na direcção do primado do princípio do prazer, o autor fala-nos, relativamente aos toxicodependentes, de uma regressão pulsional, cujo grau varia de uma personalidade para outra, mas cuja existência é clinicamente observável no conjunto das situações de dependência. No entanto, trata-se mais de uma fixação, na utilização do conteúdo libidinal num certo momento da psicogénese individual, do que de um retorno a posições pulsionais que teriam sido superadas.

O autor dá uma grande relevância à violência, na compreensão do funcionamento psicológico do toxicodependente. A violência nestes sujeitos, parece ter as mesmas características da violência infantil, em que há ausência de sentimentos de ódio e de agressividade personificado.

Assiste-se então, a uma regressão do registo mental em direcção ao registo comportamental, que conduz os investimentos do princípio da realidade em direcção ao princípio do prazer. Porém Jean Bergeret ressalta que os tipos de personalidade que podemos encontrar entre os toxicodependentes, não diferem significativamente das que encontramos noutros desvios sociais, e nos sujeitos que nos rodeiam no quotidiano, incluindo nós mesmos.

Outro investigador desta área é Herbert Rosenfeld (1960), este salientou a existência de uma relação com aspectos em comum entre os fenómenos maníaco-depressivos e a droga-adição. Sendo que o adido recorre a mecanismos de defesa maníacos, para ultrapassar o sofrimento depressivo causado pela sua fragilidade egóica. Neste sentido o adido perante ansiedades paranóides, recorre a mecanismos primitivos como a idealização e a identificação com o objecto ideal. A identificação pode ocorrer por introjecção ou por projecção, nos casos em que o objecto é onnipotentemente incorporado, os limites entre Self e objecto passam a ser negados, evitando-se assim quaisquer possibilidades de reconhecimento dos sentimentos de dependência do sujeito em relação ao objecto, o que fatalmente o levaria a experimentar alguma frustração e ansiedade.

Neste seguimento, a droga simboliza o objecto ideal, que supostamente pode ser concretamente incorporado e controlado e o efeito farmacotóxico serve para reforçar os mecanismos de negação. Perante a identificação projectiva, partes do Self invadem onnipotentemente o objecto, no sentido de passarem a controlar certas qualidades sentidas como desejáveis pelo sujeito, que a partir dali se identifica com este objecto.

O autor salienta ainda a existência de uma relação entre consumir drogas – ansiedades persecutórias – impulsos sádicos. Neste contexto a droga até é percebida como uma substância má e destrutiva, cuja incorporação simboliza uma identificação com o mau objecto, sentido como persecutório, tanto para os bons objectos como para o bom Self. O efeito tóxico é usado então para intensificar a força do impulso destrutivo.

Se o acto de consumir drogas ocorre sob o domínio de impulsos sádicos, o sujeito expulsa e nega o bom Self, dos bons objectos internos. Assim, pode actuar perante os seus impulsos destrutivos sem ter de lidar com a ansiedade e também já sem ter que se submeter à força do controle do objecto interno, sem ter de ceder à pressão exercida pelo Superego. O indivíduo deixa-se então, levar pela onda de destruição que afecta os seus objectos internos, externos, assim como o próprio Self. Para o autor, este processo onnipotente de destruição está ligado aos fenómenos maníacos.

Perante a relação entre droga-adição com a posição depressiva, o autor defende que o elemento essencial situa-se na identificação com o objecto doente ou morto. A droga

simbolizaria este mesmo objecto e a sua incorporação concreta, aliada aos efeitos da droga só serviria para reforçar a identificação com o objecto.

Por outro lado, é considerado que a incapacidade para lidar com a dor e a frustração, características comumente atribuídas à personalidade toxicodependente deriva, de dois factores essenciais: da regressão oral vivida pelo sujeito adido e da excessiva cisão do Ego e dos objectos em função da fraqueza do próprio Ego.

Outro autor que se pode enquadrar no modelo psicanalítico e que desenvolve uma teoria sobre o fenómeno da toxicodependência é Claude Olievenstein (1989), este defende que a toxicodependência é um fenómeno psíquico activo, isto é, desejado e procurado e que só pode ser devidamente compreendido de acordo com a existência original de uma espécie de “falta”, esta refere-se a uma falta arcaica complexa e difícil de tolerar. Este encontro entre sujeito e droga, restitui ao indivíduo uma identidade, ainda que pela negativa e que o preço a pagar seja demasiado alto. É como se magicamente este encontro restituísse ao sujeito, ao nível do imaginário, a compensação dessa falha original.

Contudo, esta falha é tão dolorosa que o adido opta pela transgressão e pelo prazer. A partir daí, tudo funciona como se a falta só pudesse existir com e através do prazer. Forma-se na mente do sujeito toxicodependente uma espécie de dualidade prazer-sofrimento em que só mesmo a intensidade da dor consegue contrabalançar e justificar o prazer. Quanto maior o sofrimento, maior será o prazer da próxima dose.

Ao longo do tempo o sujeito vê-se pouco a pouco sufocado pela violência e pelo imediatismo da necessidade. A necessidade e a sua satisfação dizem respeito ao produto e à compulsão de repetir incessantemente esta experiência de satisfação, como forma de negar a falta, o desejo e manter a necessidade. Momentaneamente o sujeito em lua-de-mel com o produto experimentará a sensação de volta ao paraíso perdido, onde não há lugar para medos, incomplitudes, angústias de morte e solidão. É como se o sujeito encontrasse uma imagem de si, que nada tem a ver com a falta e que em tudo se aproxima do divino, do não humano. Porém, o momento de lua-de-mel é irrisório e o que fica é a necessidade de voltar a consumir, essa é a grande certeza: voltar a consumir.

A partir daqui começam as tentativas do sujeito em abandonar os consumos, mas o deixar significa abdicar da identificação totalitária, associada a uma realidade limitada e limitante, aos seus olhos. Após a desintoxicação o adido vê-se confrontado com a baixa auto-estima, a impotência, um corpo maltratado, e o sujeito toma consciência da distância que o separa daquela imagem toda poderosa de si mesmo, nascida da parte mais onipotente do Eu, e reforçada pelo produto. Assim surge a tentação que pode levar à recaída.

Ao associar a droga a um bom objecto, o sujeito está a incorporar a própria falha, conseguindo, na sua condição, ir além de qualquer limite que reporte à condição humana. A partir daí, pode-se negar a separação, a mortalidade e a dependência necessária.

Segundo a perspectiva de Carlos Amaral Dias (1980), o problema da droga é inseparável do problema da juventude. O autor centra as suas reflexões essencialmente sobre a adolescência, no sentido de encontrar aí, razões que expliquem de alguma forma o funcionamento psicológico do toxicodependente.

O autor parte da hipótese que diz que a toxicodependência se vai instalar sobre um vazio, sendo o encontro entre o adolescente na sua crise e a droga, que vai cobrir o vazio provocado pelo afecto depressivo, originário do luto das figuras parentais. Isto pode acontecer, independentemente do tipo de estrutura da personalidade do indivíduo. Por sua vez a adolescência é sempre uma fase de crise, é um ponto fundamental na evolução psíquica humana, e vai repor o conflito edipiano que leva o jovem a fazer o luto das imagens parentais, abrindo conseqüentemente o caminho para a sua emancipação. Se a droga, aparece nesse momento, não vai permitir que essa emancipação se faça, favorecendo a regressão.

O toxicodependente funciona num modo primário, a amotivação está patente e a impossibilidade perante o investimento nos outros e na cultura é uma dado assente. É como se o sujeito procurasse deliberadamente a alucinação e a clivagem psíquica, passando estas a ser um objecto de desejo. No entanto, o autor põe a hipótese de que se o adolescente tiver para além dos conflitos próprios da idade, boas condições para

ultrapassar esta fase, é provável que, mesmo que se dê o encontro com a droga, este seja passageiro e não modifique o sistema psicológico.

O mesmo autor ressalta a existência de um afecto depressivo no indivíduo toxicodpendente, este afecto está ligado a uma perda, portanto a uma mudança negativa, em que vai haver uma “perda objectal” devido a um trabalho interno de luto em que estão em jogo investimentos e desinvestimentos. O adolescente desinveste as figuras parentais, faz o “luto” e passa a investir no exterior, fazendo novas identificações fora do seio da família. Ao fim ao cabo, este processo consiste a num luto pelo qual o adolescente passa e que vai resultar num afecto depressivo, que consiste no desinvestir as relações de dependência que a criança manteve com os pais e reinvestir em novos tipos de relação.

Para os toxicodpendentes torna-se muito difícil fazer o luto das figuras parentais e é esta impossibilidade que vai fazer com que não obtenham uma identidade. Assim, os problemas da adolescência oscilam entre a depressão que se segue ao luto infantil, e a “regressão narcísica” que o acompanha. O comportamento aditivo, por um lado cria uma barreira a nível interno, que vai permitir a regressão e obstruir a relação objectal, e por outro lado, a nível externo vai inibir as relações sociais.

A elaboração do luto infantil e a aquisição da identidade que a segue, são difíceis e perturbadas, a perda da identidade vai provocar uma alteração que é caracterizada por uma inadaptação, em que o grupo tem um papel importante, possibilitando a aquisição de uma “identidade alternativa falsamente relacional” (Carlos Amaral Dias 1980).

Em consequência do que foi exposto atrás, os distúrbios próprios da adolescência vão ser falsamente resolvidos pela relação com a droga, o que vai impedir uma resolução positiva dos distúrbios. A droga vai assim esconder o problema real e exprime “um sintoma de um mal maior”.

### 3. IMAGEM CORPORAL

#### 3.1. Definição

O termo, imagem corporal é muito utilizado em psicologia, porém não existe uma classificação muito clara do seu significado. Aplica-se o conceito numa larga área da patologia, sendo referenciado na literatura de problemas neurofisiológicos e psiquiátricos, fenómenos de hipnose, doenças psicossomáticas, efeitos de droga e psicoterapia. Sofrendo esta uma grande multiplicidade de designações, o que reflecte a existente dificuldade perante a compreensão de como o indivíduo concebe o seu corpo.

No que diz respeito a este termo, podemos considerar a existência de duas perspectivas que são distintas:

- **Perspectiva Neurológica** - A imagem do corpo é descrita como um processo integrador, que está na base de diversas competências e aquisições. Podemos enquadrar aqui a noção de esquema corporal, que consiste numa representação esquemática do corpo na consciência.
- **Perspectiva Psicológica** - Engloba todas as representações, percepções, atitudes e sentimentos que o sujeito constrói relativamente ao seu corpo.

No contexto do nosso trabalho vamos debruçarmo-nos exclusivamente sobre a perspectiva psicológica. Neste sentido vamos adoptar as seguintes definições sobre a imagem corporal:

A Imagem corporal “É mais do que uma imagem que permanece distinta do corpo, ela é o ser mesmo do sujeito encarnado, enquanto ser imaginário. Pois em qualquer altura, o

corpo tem esse poder de metamorfose em que se actualiza como outro, levado por um espaço e um tempo que são igualmente outros” (Sami-Ali. 1987, p. 53)

Para Paul Schilder (1935), o qual introduziu a noção de imagem corporal, esta consiste numa representação mental do corpo a qual se apresenta como um sistema de referência fundamental para a compreensão de todas as condutas humanas, sejam elas normais ou patológicas. De acordo com o seu modelo dinâmico e dialéctico, a imagem corporal reflecte a relação do sujeito com o outro e consigo, de onde emerge uma imagem. O afecto tem um papel importante a este nível, uma vez que modifica o valor relativo das partes da imagem corporal em função das tendências libidinais. Por outro lado o autor ressalta o papel do movimento como factor de unificação com as diferentes partes do corpo, colocando-as numa relação precisa com o mundo exterior e os objectos. Neste sentido, a imagem corporal adquire-se, estrutura-se e elabora-se num contacto permanente com o exterior.

Schilder (1935), define a imagem corporal como “a pintura do nosso próprio corpo, que nós formamos na nossa consciência, o que é dizer a forma como o corpo aparece a nós próprios” (Schilder, 1935 cit. 1981, pág. 83).

Adoptamos também a definição de Bruchon - Schweitzer, (1987), o qual propõe que a imagem corporal é todo um conjunto de sentimentos, atitudes, lembranças e experiências que o indivíduo acumulou a propósito do seu corpo e que são integradas numa percepção global.

De uma forma geral, o sentido mais comum de imagem corporal refere-se ao corpo como uma experiência psicológica, focando os sentimentos individuais e atitudes em relação ao seu próprio corpo. Relacionando com a experiência subjectiva do sujeito com o seu próprio corpo e a forma como ele organizou essas experiências.

### 3.2. Diferentes Teorias Sobre a Imagem Corporal

A primeira definição de imagem corporal surgiu no Século XVII, com o cirurgião Ambroise Pare (McCrea, C. et al 1980, cit. in Schilder 1981). Este neurologista observou que depois da amputação de um membro, o sujeito sente, ilusoriamente a continuação da presença desse mesmo membro que foi amputado. Por vezes, este “membro fantasma” pode ter uma realidade considerável para o sujeito, sendo aparentemente a origem do sofrimento e dor do sujeito.

Freud (1923) quando definiu o Ego e o Id, provavelmente tinha qualquer ideia deste tipo, ao afirmar que "O Ego é antes de mais nada o corpo Ego".

Para Horowitz (1966) a “imagem corporal opera como um dado central interno, especializado na informação sobre o corpo e sobre o ambiente que o rodeia”. O autor postula que a imagem corporal, enquanto função do Eu, que designa por auto-representação, é integrada por uma hierarquia de sistemas, em camadas articuladas com o espaço próximo, que designa por constelação de imagem corporal; a imagem corporal estaria em constante relação transaccional com percepções externas e internas, memórias, afectos, processos cognitivos e acções. Correspondendo ainda às informações específicas e económicas relativas à morfologia, posição e relacionamento do corpo bem como a estrutura do espaço, objectos e pessoas que estão relacionadas. Esta informação vai sendo compilada, a partir dos dados provenientes de vários sítios e é filtrada através de todos os mecanismos mentais. Então, a imagem corporal surge como resultante dos resíduos de sensações anteriores. Deste modo, a natureza imediata e momentânea da imagem corporal afecta as interpretações dos dados recebidos através dos órgãos dos sentidos e pode ainda proporcionar a existência de distorções não perceptivas das informações recebidas.

A imagem corporal poderia assim, conter elementos de estados do Eu arcaicos, derivados de períodos de desenvolvimento anteriores. Segundo Horowitz podem existir imagens do corpo “armazenadas” de estados prévios da vida mental que através da regressão podem ser restituídos ou reenfatizados. Isto permite conceber a imagem corporal como um

sistema de camadas, onde em qualquer momento a imagem do corpo é constituída pela combinação das diversas componentes do sistema, bem como pelo significado que lhe é atribuído. Esta concepção permitirá a compreensão de ocorrência de alterações na imagem do corpo associadas a modificações registadas em situações, ambiente actividade, vestuário ou relacionamento interpessoal. Para Horowitz estas componentes do sistema de camadas hierarquizado situam-se numa matriz transaccional onde operam outras componentes da imagem do corpo bem como outros processos mentais.

Fisher e Cleveland (1968) estenderam este conceito ao campo da psiquiatria , para as psicoses funcionais. Tendo observado que alguns doentes esquizofrénicos mostravam algumas das distorções ao nível da sua imagem corporal. Estando algumas destas distorções relacionadas com o valor da masculinidade e da feminilidade. Um segundo grupo de distorções, referia-se às sensações de desintegração e deterioração do corpo. Outra categoria referia-se ao sentimento de despersonalização. A quarta categoria de distorções, proposta por Fisher e Cleveland, refere-se à sensação de perda dos limites do corpo.

Inicialmente as distorções da imagem corporal eram meramente estudadas nos casos de sujeitos com patologias.

Pankow (1976) concebe a imagem corporal, como um modelo de estrutura espacial. A partir do processo de simbolização primária, a imagem corporal estabelece a relação entre as partes do corpo e o seu todo. O processo de estruturação secundário estrutura o sentido e conteúdo desta relação.

Sanglade (1983), propõe três acepções para o termo imagem corporal, estreitamente dependentes:

- Esquema corporal - que considera o substrato neurológico da imagem do corpo;
- Representação de Si - diz respeito ao corpo que nos é dado a ver;
- Imagem do corpo - que é uma representação mental inconsciente do Eu, nos seus contornos, solidez ou fragilidade.

Segundo Dolto (1986) pressupõe que a imagem do corpo está ligada ao sujeito e à sua história, refere-se ao desejo e é mediatizada pela linguagem sendo memorizada pela comunicação entre o sujeito. Esta é sempre inconsciente e é construída pela articulação dinâmica de uma imagem de base, uma imagem funcional de uma imagem das zonas erógenas, através da qual se expressa a tensão das pulsões. O mesmo autor refere-se ainda ao esquema corporal considerando-se este como o corpo actual no espaço perante a experiência imediata e pode ser independente da linguagem. É inconsciente, pré consciente e consciente evoluindo no tempo e no espaço.

Descamps (1986) ao definir imagem corporal “regride” a dois constitutivos da representação do corpo, os quais são parte integrante da imagem corporal, logo importantes para a sua definição. Estes são etapas que percorrem um caminho desde a quinesesia, consciência até ao imaginário.

- Modelo Postural - é o conhecimento mais arcaico em nós, sobre a localização do nosso corpo em relação ao meio, da sua posição e movimentos;
- Esquema Corporal - é o segundo elemento que nos dá acesso às sensações do corpo. Diz respeito á síntese do conjunto de impressões vindas do nosso corpo, compreende as sensações tácteis, térmicas, fotográficas e quinesésicas. Consiste na consciência global do nosso corpo;
- Imagem Corporal - refere-se ao interior, ao imaginário do nosso corpo, engloba o esquema corporal e o modelo postural, porém consiste essencialmente nas vivências que a libido tem com o próprio e com o mundo objecto, através do corpo real.

Sami-Ali fala na imagem do corpo no sentido em que “Pode haver algo mais evidente, porém mais misterioso, do que se ter um corpo sexualmente identificável, levando-se em conta a génese da imagem do corpo? Génese eminentemente inconsciente seguida por uma dialéctica pulsional cujas possibilidades e limites se inscrevem em sua totalidade nas zonas erógenas. Uma persistente tensão que se acalma em momentos privilegiados coloca-a em movimento, como resultante de um duplo processo identificatório e projectivo: ser o sujeito sendo concomitantemente o outro e ser o outro, não sendo o próprio sujeito.” (Citado por Sami-Ali. 1993, P. 76)

A nosso ver, o corpo e a mente constituem-se como agentes e objectos de uma unidade somato-psíquica que, quando ameaçada deixa entrever a fragilidade da organização corporal e da imagem do corpo. Por outro lado, embora a imagem visual e especular joguem um papel importante na sua elaboração, é todo um conjunto de representações ligadas não só a um corpo físico, real, mas também a um corpo imaginário que interferem na constituição da imagem corporal.

A imagem corporal remete à noção de “moi-peau” desenvolvida por Anzieu (1974): “O eu adquire o sentimento da sua continuidade temporal quando o eu-pele se constitui como um invólucro suficientemente flexível nas suas interações com o meio e suficientemente abrangedor para conter os conteúdos psíquicos” (Anzieu, 1974 cit. 1985, pág. 73).

### **3.3. Construção da Imagem Corporal**

A imagem do corpo estrutura-se na nossa mente, no contacto do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia, sob o primado do inconsciente. Entram na sua formação contributos anatómicos, fisiológicos, neurológicos, sociológicos, afectivos, etc. A imagem do corpo não é só uma sensação ou imaginação, é a figura do nosso corpo na nossa mente.

Na perspectiva de Capsiano, (1983), importante considerar o papel dos órgãos dos sentidos na formação da imagem corporal, dando uma contribuição anatómica e fisiológica. Estes órgãos estão dispostos na periferia do corpo e colocam o homem em relação com o mundo externo, são agentes de protecção face a diversos perigos que nos ameaçam, permitindo reacções voluntárias e reflexos. Todas as impressões produzidas pelos órgãos dos sentidos, relativamente aos estímulos externos são transportados ao cérebro que os recebe, e transforma em sensações: visuais, auditivas, olfactivas, gustativas e tácteis. Sob o ponto de vista morfofisiológico, cada órgão dos sentidos é composto por três partes:

- Parte periférica - Que é o receptor das impressões e agentes estimulantes.
- Parte Cerebral - Situa-se no eixo cerebrosinal e ao perceber as impressões já produzidas, elabora-as e constitui o aparelho da percepção.
- Parte Intermediária - Une as duas partes anteriores e transmite impressões do aparelho de recepção ao aparelho de percepção.

Em resultado desta dinâmica fisiológica, a unidade do corpo funciona como uma unidade em transformação, face à qual todos os sentidos entram em colaboração. O corpo como unidade, é formado por uma massa pesada com cavidades, orifícios, preponderância, com uma superfície e contornos. Nesta unidade desenvolve-se sensações, que podem ser compreendidas a quatro níveis diferentes que se interligam:

- Fisiológico, medular, simpático e periférico;
- Actividades focais do cérebro;
- Actividades orgânicas gerais ( relacionadas com a região cortical );
- Processos psíquicos.

Estes diferentes níveis de interacção psicofisiológica contínua interferem na imagem corporal e caracterizam a nossa vida. Contudo, deve-se ressaltar que as actividades do nosso organismo são primeiramente psíquicas. Com isto basta afirmar que a imagem corporal é conferida pelo "bom" desenvolvimento dos níveis emocionais, afectivos e libidinais.

Na construção da imagem corporal, todos os órgãos dos sentidos têm particular importância, contudo os olhos e o tacto adquirem neste âmbito papéis muito especiais. Os olhos registam as alterações do mundo externo, vislumbram o objecto de amor. Assim, são uma parte enfatizada da imagem corporal, pois é através deles que se penetra no mundo exterior. Por outro lado, a pele permite registar inúmeras sensações, como o contacto das mãos sobre ela. Então as mãos deslizando sobre o corpo permitem estabelecer os seus contornos. Porém torna-se claro, que não basta deslizar as mãos sobre o corpo para construir a imagem corporal. Assim, acabamos por perceber melhor o nosso corpo em movimento e no contacto com os objectos do que em repouso.

Não há imagem corporal sem personalidade, entre elas há relação íntima e específica. A personalidade humana atravessa diversas situações na vida, logo são importantes as mudanças e adaptações. Tudo isto se reflecte na construção da imagem corporal, a qual não está dentro de limites pois a movimentação é continua. Nem todas as pessoas possuem unidade emocional da imagem corporal. Por vezes procuram incorporar a imagem de outra pessoa que admiram. O que talvez queira dizer que não se desenvolveram relações objectais totais.

A imagem corporal do indivíduo é resultado das imagens das pessoas com as quais se relacionam. Os olhares das pessoas entre si, permitem uma troca de imagens e como resultado ter-se-á a imagem social do corpo. Então a nossa própria imagem corporal não é possível sem imagens corporais dos outros.

A construção da imagem corporal pressupõe, um desenvolvimento interno, uma maturação em todas as áreas da vida psíquica em conexão com as experiências de vida. Contudo, é o mundo psíquico que tem um peso mais preponderante, na determinação das funções psicológicas que devem ser utilizadas. O corpo é a expressão do ego de uma personalidade. A imagem corporal é lábil, mutável e incompleta, depende do que fazemos dela, do nosso pensamento, percepções e das relações objectais.

É importante considerar que é necessária a actividade cortical para o desenvolvimento da imagem corporal. Pois o córtex é que integra os diferentes processos que produzem a construção da imagem do corpo.

### **Construção da Imagem Corporal na Perspectiva Psicanalítica**

Freud (1923) considerou a representação do corpo como um elemento fundamental na génese do Eu e na sua diferenciação do Id. Para o autor, o Eu deriva de sensações corporais, principalmente das que nascem à superfície do corpo, pois é ele que representa a superfície do aparelho mental. Freud definiu o desenvolvimento inicial do Eu como resultado da integração na criança das sensações da superfície do seu corpo, utilizando-as para discriminar entre o mundo exterior e o seu próprio corpo.

Do pensamento freudiano podemos concluir que a imagem corporal é básica para o desenvolvimento da estrutura total do Ego. Muitas ideias acerca da imagem corporal da literatura vêm em parte da teorização de Freud acerca das experiências corporais.

A teoria psicanalítica considera que a imagem corporal é construída através da interacção entre o Ego e o Id, num inter-jogo continuo das tendências egóicas com as tendências libidinais.

Desde a infância até à vida adulta que o indivíduo se interessa pelo seu corpo. No inicio da vida, a criança revela atenção em si própria, ao concentrar a libido em partes do seu corpo, tendo esta um significado erógeno particular. Narcisicamente a libido direcciona-se para a boca. Assim, poder-se-á dizer que a imagem corporal começa a desenhar-se na boca, então temos um núcleo da imagem corporal na zona oral. A imagem corporal do resto do corpo cresceria a partir desse núcleo. De acordo com Bernfeld (1929) existe um desenvolvimento primário que começa na zona oral, e um refinamento secundário que diferencia o ego corporal do mundo externo.

Desde o início da vida que o nosso corpo existe como parte do mundo externo, pois as fronteiras entre o mundo externo e o mundo interno, não estão ainda claramente definidas. Então o corpo é muitas vezes projectado no mundo externo, e o mundo externo introjectado pelo corpo. A imagem corporal vai ser construída progressivamente num todo de níveis e camadas distintas e em experiências continuas. Assim, o indivíduo volta-se para o mundo externo com a expectativa de adquirir novos dados, para construção da sua imagem corporal.

Os órgãos genitais como fonte de prazer especial, e as sensações uretrais, completam a configuração da imagem corporal. Por outro lado, o erotismo muscular e cutâneo, com sensações provenientes da pele, ajudam o delineamento da imagem do corpo. Os orifícios corporais: auditivos, nasais, urinários, olhos, boca, ânus e vulvar colocam-nos em contacto com o mundo, permitindo trocas essenciais (alimentos, ar, sons, fezes, urina, produtos sexuais). Estes constituem-se como zonas sensoriais e eróticas de grande importância. Por outro lado, há zonas de predomínio erógeno, neste ou naquele orifício de

acordo com as tendências psicosssexuais do indivíduo. É uma vez que esses orifícios são sede de fantasias psíquicas, aproxima-se o corpo da mente.

Schilder (1935), propõe a possibilidade da imagem corporal se organizar ao longo de oito períodos:

- O primeiro seria a fase oral - a qual decorre ao longo dos três primeiros meses de vida da criança e está ligada fundamentalmente à cavidade bucal e às sensações que aí se originam, no contacto com os alimentos, com as mãos etc.;
- Seguidamente temos a fase orovisual - patente a partir dos três meses e que consiste no alargamento do espaço oral à custa de algumas configurações visuais, proporcionadas pelos movimentos da cabeça, pela convergência visual, pela preensão manual e pela coordenação óculo-manual;
- A fase cutâneo-oral - corresponde a novas sensações cutâneas produzidas pela temperatura, movimentos etc, permitindo o alargamento do espaço oral;
- Fase manual - caracteriza-se pela descoberta das mãos e a riqueza que esta descoberta proporciona. Ocorrendo entre os 3 e os 6 meses;
- Fase anal - a criança deixa de deslocar a atenção para o polo oral, para a deslocar para o polo anal. Os excrementos libertados pelo interior do corpo dão-lhe a noção de um interior. A partir do segundo semestre de vida, a utilização dos esfíncteres tem, uma importância decisiva na maturação psicobiológica e na aquisição da imagem corporal;
- Fase de integração do tronco - pelo segundo ano de vida, a criança acede à marcha, controle do polo anal e à conquista das mãos. Factores que na sua integração permitem definir os limites da figura corporal;
- Fase da imagem total - depende do uso do nome para se auto designar e da experiência do espelho, factos que ocorrem pelo 3º ano de vida;
- Por fim temos o esquema corporal - este surge com a noção de indivíduo, é mais completa, considera a imagem total e integra as impressões proprioceptivas e intraceptivas obtidas a partir dos movimentos viscerais e corporais.

Após o nascimento inicia-se a construção do narcisismo, este processo é inaugurado através da descoberta das partes do corpo, sentidas no princípio como estranhas e de seguida investidas e reunidas ao Self, por novas identificações. Em que as excitações difusas e desorganizadoras são integradas, denotando-se uma fusão dos auto-erotismos parciais ligados a zonas erógenas parciais e pré-objectais. (Bergeret, 1990).

Na constituição progressiva da imagem do corpo é inseparável o espaço da motricidade, e linguagem que se opera por uma série de investimentos parciais de zonas erógenas. De acordo com este investimento, a organização da imagem corporal, está de alguma forma relacionada com a organização da identidade sexual.

Sabe-se que durante os primeiros meses de vida, a polaridade masculino feminino não desempenha nenhum papel psicológico na vida mental da criança. A conotação psicosexual só surge a partir do momento em que a criança reconhece as diferenças anatómicas entre os sexos. De acordo com a teoria psicanalítica, o reconhecimento das diferenças anatómicas entre os sexos efectua-se com a vivência do conflito edipiano, dominado pela relação triangular entre a criança e os seus pais.

A identidade sexual organiza-se a partir das primeiras experiências corporais até ao estado adulto. Começando com o facto de ver e tocar os próprios genitais e experimentar sensações, tensões e gratificações com eles relacionados. Estando estas experiências correlacionadas com fantasias inconscientes de carácter libidinal e agressivo, em relação com os seus objectos primários, pré-edipianos e edipianos. De acordo com S. Freud (1905), a existência de diferenças anatómicas leva cada representante de ambos os sexos a uma organização psíquica diferente, através do complexo de Édipo e da castração.

Na fase fálica, o desenvolvimento psicosexual difere entre rapaz e rapariga, apesar da zona erógena ser para ambos os genitais. No rapaz, o pai é considerado intruso e ressentese com ele face à possibilidade de perder a exclusividade da relação com a mãe. A identificação com o pai é um passo essencial para a sua masculinidade e é inevitavelmente acompanhado de amor e rivalidade, no entanto o rapaz é confrontado com um dilema emocional, o medo de castração pelo pai. Na adolescência, a organização da imagem

corporal está intrinsecamente correlacionada com a masculinidade e é de alguma forma definida em função do pénis (Blos, 1985).

Na rapariga, a inveja do pénis marca a mudança do objecto de amor, que passa da mãe para o pai. Daqui surge a angústia de castração. Na adolescência a organização da imagem corporal, não fica circunscrita aos genitais, mas é por todo o corpo que o investimento libidinal, para a construção da mesma é fragmentado (Blos, 1985).

Assim, só quando o desenvolvimento se completa na época da puberdade é que a polaridade masculina – feminina se estabelece na sexualidade e consequentemente na imagem corporal. A masculinidade, é o sujeito concentrado na actividade e posse do pénis, a feminilidade encerra o corpo total e a passividade. (Blos, 1985).

### **3.4. Imagem Corporal e Toxicodependência**

Consideramos como imagem corporal, toda e qualquer sentimento, seja este uma representação, percepção, classificação, medida, que o sujeito atribui ao seu corpo. Esse sentimento representará um tempo e um espaço que entram na dimensão do imaginário.

Sabemos que o Eu toxicodependente, ao afastar-se cada vez mais da realidade conduz a uma decadência do corpo, de um corpo desrealizado, diferente e desorganizado, por falha da projecção da sua imagem gerando uma dificuldade na percepção dos seus próprios estados emocionais. O adido deixa de conseguir ler o corpo, este torna-se estranho. Tal perturbação pode constituir a razão pela qual o toxicodependente se envolve em comportamentos de extremo risco, como é o caso de uma prostituição insaciável, tentando impedir o espírito de assumir, que é incapaz de antecipar o seu tempo pessoal. O sujeito fragmenta a realidade corpórea onde não existe unidade como pessoa, ficando também privado do que poderia referenciar do tempo e do espaço.

Os afectos são virtuais, carecem da ausência de um metabolismo inerente à componente corporal, o que compromete uma correcta consciencialização do corpo, deixando antever uma enorme dificuldade na apreciação do seu estado físico global. É posta em causa a sua singularidade como sujeito, pela falta de estabilidade mental que lhe permite examinar e conservar as fronteiras que definem o seu corpo e em consequência comprometem uma boa gestão dos seus comportamentos de adaptação social. Isto representa um afastamento do sujeito perante o corpo, tal sugere implicações ao nível da posição do sujeito em relação à representação do corpo, até porque em psicanálise, o sujeito é aquilo em que acredita que é, ou seja, ele é o que as suas representações lhe permitem ser. Estas ficam determinadas pelo historial em que cada um investe.

Da sociedade moderna emerge um modelo de imagem corporal que anuncia um social colectivo. Assiste-se ao desejo de viver um corpo que se aproxima de um ideal social. Assim, alimenta-se uma imagem aparente, com mutações rápidas e fugazes das nossas emoções. Tenta-se vencer o corpo, assumindo-se uma imagem pautada por próteses (bens materiais) e ideais próximos do estereótipo. Aniquila-se a interioridade do próprio, interessando não o ser mas ter a aparência do ser. Estamos numa situação onde tudo se faz e desfaz conforme as circunstâncias. A imagem do corpo toxicodependente põe em causa a imagem corpórea do ideal social, do corpo atlético, saudável, atraente. Provoca-nos com um corpo que assume uma imagem geralmente associada a um corpo maltratado, magro, sujo, repugnante pelo aspecto, pela possibilidade de doença e o temor de contágio associado.

A imagem que a sociedade tem do corpo toxicodependente é sem dúvida a da degradação, corpo esse que seria socialmente confortável se estivesse afastada dos circuitos dos não adidos. Esta é a representação social maioritária perante o corpo do sujeito adido. Contudo, qual será a imagem que este sujeito nutre de si mesmo? Sabemos que os valores sobre o corpo socialmente idealizado foram postos em causa. Será que este corpo integra uma imagem corporal de si, de acordo com uma imagem quebrada e distorcida, ou estará em conformidade com a sua degradação física. Quando nos referimos ao corpo adido maltratado estamos-nos a cingir ao sujeito heroinómano, que chegou a níveis de consumo elevados e associado a este factor surge o desinvestimento e desinteresse pelo corpo.

Colman (1976, cit. in Leventhal G. 1983), chama a atenção que o toxicodependente tem tendência a sentir-se inadequado e inseguro. Sugerindo a existência de uma baixa auto-estima que influenciaria o comportamento depreciativo perante a sua auto imagem.

Outros autores afirmaram existir uma relação entre adição e percepção negativa de si (Berg, 1970; Clark, 1974 e Rosen 1966, cit. in Leventhal G. 1983).

Tamerlin, Tolos e Harrington`s (1976, cit. in Leventhal G. 1983) efectuaram estudos sobre a imagem corporal em adidos utilizando o desenho da figura humana. Verificaram que as figuras desenhadas dos sujeitos adidos tinham tendência a ter cabeças exageradamente grandes e justificavam este facto relacionando-o com o pouco ênfase que estes sujeitos dão em questões intelectuais. Enquanto que as mulheres adidas desenhavam cabeças pequenas, o que sugere por parte dos autores, sentimentos de inferioridade e desejos de negação perante sentimentos dolorosos de culpa.

Man et al. (1972, cit. in Leventhal G. 1983) estudaram um grupo de jovens delinquentes e toxicodependentes do sexo masculino. Os resultados apontaram para uma forte necessidade por parte destes jovens em demonstrar uma imagem masculina vigorosa e forte. Perante a qual os autores defendem que esta imagem se assume como uma forma de auto anestesia.

Gloria Leventhal (1983), psicóloga da Universidade de New Jersey estudou a imagem corporal nos toxicodependentes, tendo realizado um estudo comparativo, entre uma amostra de homens e mulheres adidos e outra de não adidos. A autora determinou a existência de distorções da imagem corporal, tanto nos homens como nas mulheres toxicodependentes. A sua hipótese inicial foi então confirmada. Esta supunha que os toxicodependentes evidenciam uma imagem corporal mais distorcida que os não adidos.

A amostra era constituída por 20 homens e 20 mulheres adidas, recrutadas de uma clínica de reabilitação em New Jersey. Estes sujeitos efectuaram múltiplos consumos de álcool e drogas entre 2 a 25 anos de consumos, com uma média de 10 anos. O tempo de não consumo de cada um deles varia entre 1 a 34 meses e as idades situam-se entre os 19 e 60 anos. Os 40 sujeitos não adidos auto proclamavam-se anti-droga e anti-álcool e faziam

parte de uma população de estudantes da faculdade de William Paterson, também em New Jersey, as suas idades situavam-se entre os 18 e os 51 anos.

A metodologia utilizada passou pela utilização de uma espécie de grelha, em que cada indivíduo foi inquirido para estimar o comprimento e a largura de 22 partes do corpo (exemplo: largura dos ombros, comprimento dos braços, pescoço, largura do peito). Baseado numa escala de glevs, em que cada glev equivalia a 25 polegadas). Foi pedido aos sujeitos que julgassem tamanhos de acordo com uma escala imaginária e comunicado que as 22 partes do corpo seriam estimadas bidimensionalmente, isto é, em duas dimensões, o comprimento e a largura de diferentes partes dos seus próprios corpos. Depois de recolher as medidas imaginárias, o experimentador passou a efectuar a recolha das medidas reais de cada parte do corpo, em termos bidimensionais.

O estudo apresentou resultados muito interessantes e curiosos. Em que os homens adidos calculavam exageradamente o tamanho das diferentes partes do seu corpo (mais do que os não adidos) e as mulheres adidas sub estimavam o tamanho das diferentes partes do seu corpo, em comparação com as não adidas. Daqui salienta-se que os homens e as mulheres adidos, evidenciaram mais distorções na sua imagem corporal, do que os não adidos, estando em posições opostas. Em relação à população não adida, não se verificaram diferenças na estimação entre mulheres e homens.

Perante esta revisão bibliográfica que relaciona o comportamento aditivo e a imagem corporal, parece existir dados que apontam para a existência de uma imagem corporal distorcida no sujeito toxicodependente e incompatível com a realidade. Parte-se do princípio que se pode aceder à imagem corporal a partir de várias técnicas, desde que estas representem de alguma forma o corpo, pode ser através de inquéritos, entrevista, desenhos, medidas. Através destes estudos, que são ainda muito poucos, podemos considerar que o sujeito adido tem tendência a representar uma imagem corporal desarticulada e desorganizada contextualizada num imaginário empobrecido e pouco consistente na sua relação com o corpo.

Outros estudos, de certa forma vão ao encontro da possibilidade de existir distorção da imagem corporal em toxicodependentes estes, referem-se à existência de fenómenos de

despersonalização. Carlos Amaral Dias, Eurico Figueiredo et al, em 1980 referem-se à prática de massagens no tratamento de episódios de despersonalização em toxicómanos, assumindo a existência destes fenómenos nestes sujeitos.

A despersonalização caracteriza-se por um inexplicável sentimento de estranheza ou de distanciamento dos processos mentais ou do próprio corpo, acompanhado por um teste de realidade intacto. O indivíduo pode sentir-se como um autómato, como se estivesse num sonho ou filme. Com a sensação de ser um observador externo dos próprios processos mentais, e do seu corpo ou partes deste.

Pode existir uma alteração persistente ou recorrente na percepção de si mesmo, como a experiência de sentir-se separado do próprio corpo, de agir mecanicamente, acompanha-se de uma sensação de irrealidade para com o corpo. O indivíduo pode ter a sensação de uma alteração insólita no tamanho ou forma dos objectos (macropsia ou micropsia) e as pessoas podem parecer estranhas ou mecânicas. A despersonalização raramente é a queixa apresentada, os indivíduos com despersonalização recorrente, com frequência apresentam outros sintomas, como ansiedade, pânico ou depressão. A duração dos episódios de despersonalização pode variar de muito breve (segundos) a persistente (anos).

A despersonalização causada por efeitos fisiológicos directos de uma substância é diferenciada do transtorno de despersonalização porque se presume que substâncias, como drogas de abuso ou medicamento, está etiologicamente relacionada à despersonalização. A intoxicação ou abstinência aguda de álcool e uma variedade de outras substâncias pode resultar em despersonalização. Por conseguinte, o uso de substâncias pode intensificar os sintomas de um transtorno de despersonalização preexistente. Por outro lado, estudos de despersonalização encontram-se em indivíduos normais,

Salientamos que Carlos Amaral Dias et al. (1980) assume na sua experiência clínica a confirmação de uma grande frequência de episódios de despersonalização agudas, consequentes a práticas aditivas (sobretudo com alucinogéneos), e síndromas de despersonalização crónicos referidas por jovens politoxicómanos em consequência do abuso de produtos aditivos. Apesar, de nos estudos efectuados pelo autor citado, os

indivíduos não apresentarem qualquer sintoma antes do início do uso de drogas. Contudo, os síndromas de despersonalização mantêm-se apesar das flutuações no uso de drogas persistindo após a superação de hábitos aditivos.

Destes estudos fica a ideia, que em hábitos aditivos prolongados, há uma tendência para apresentar síndromas de despersonalização crónicos, cuja evolução não é paralela à maturação interna e à conseqüente ressocialização.

A destruturação surge como “destruturação da gestalt das representações do corpo psicológico” (cit. por Carlos Amaral Dias 1980), num sistema em que o corpo é compreendido como representação ligado dialécticamente a uma perspectiva evolutiva e em que o seu reconhecimento aparece como um espaço transaccional entre o sujeito e o objecto. A despersonalização funciona como uma defesa regressiva, transitória ou crónica, a colocar do ponto de vista genético num tempo em que a comunicação interpessoal é feita através do corpo, isto é, numa relação não verbal.

Uma vez que a toxicomania estimula em coordenadas intra e interpessoais um aumento do Self grandioso e do amor próprio patológico, não é surpreendente a frequência de síndromas de despersonalização crónicos em toxicómanos graves. Se a toxicomania se faz acompanhar por fenómenos de despersonalização, é perfeitamente compreensível que a representação mental sobre o corpo próprio ou imagem corporal esteja profundamente perturbada nestes sujeitos.

#### 4. O LUGAR DO CORPO NO CONTEXTO DA TOXICODEPÊNCIA

Lipovetsky (1994, cit. in Hallal, R. 1996) cita duas tendências antagônicas que modelam as nossas sociedades, uma excita os prazeres imediatos, como a droga, a outra privilegia a gestão “racional” do tempo e do corpo, o “profissionalismo” em tudo, a obsessão da excelência e da qualidade, da saúde e da higiene. De acordo com as exigências das sociedades actuais é suposto que nos dediquemos à segunda tendência, e neste seguimento não é pouco comum o apelo que actualmente se faz ao corpo saudável, modelado, musculado, enfim perfeito e provocador de desejo em igualar tal performance corpórea. Esta atitude social e cultural pode ser justificada quando abrimos uma revista e nos apercebemos da quantidade de anúncios sobre a forma física, ao peso, associado a um corpo escultural. Vive-se no culto do corpo perfeito, o qual possibilitará, na nossa fantasia uma facilidade em termos de aceitabilidade social e até pessoal.

Ora o sujeito toxicodependente não se insere neste último registo, do culto do corpo atraente e saudável. Apesar de nem todos os toxicodependentes chegarem ao ponto de desinteresse total perante o seu aspecto físico e corpo. Contudo algo se passa, para que o maltratem com a administração de substâncias nefastas as quais a médio, longo prazo, provocam um efeito notório no corpo. É de salientar que é o grupo dos heroínómanos que mais depressa se descuida e desinteressa pelo corpo e aspecto físico.

Há autores que apontam a existência de masoquismo, fazendo-nos compreender que o sentido de prazer-desprazer fica secundário ao da satisfação. Por outro lado, não temos porque duvidar do bem que lhe faz o uso das drogas, se não houvesse a intermediação da satisfação ninguém usaria drogas. O que não sabemos é em que nível se dá a satisfação, se pelo prazer do alívio da tensão ou pelo desprazer na obediência às exigências da punição. O ser humano pode-se satisfazer de ambas as formas. Assim enquanto o perverso goza às custas da destruição do outro, o melancólico é capaz de atormentar a sua existência com ideias de ter destruído o que nunca destruiu. Por outro lado, temos ainda que ter em conta o quanto de ódio cada pessoa tem envolvido na sua destruição, assim como avaliar quanto de amor potencial cada sujeito deixa de utilizar no cuidado de si. Amor capaz de fazer o sujeito dizer “não” às práticas auto-destrutivas. O toxicómano é, antes de ser um sádico a

quem devemos castigar, um masoquista que “ama” a doença e os seus efeitos, acima de tudo, do bem e do mal, do corpo são ou doente.

O consumo está em primeiro lugar, o corpo maltratado é um pormenor secundário. O facto dos dentes ficarem estragados, a diminuição do peso, a pele secar e ficar com um aspecto envelhecido, o rosto encovar e os olhos perderem o brilho, os danos provocados pelas agulhas, a par das consequências nos órgãos internos, não é motivo de grande preocupação. Claro que nos estamos a reportar ao indivíduo adido heroínómano, com um período significativo de consumos, a quem a próxima dose associada às maravilhas que despoleta tudo apaga e compensa. O adido nos rasgos de tomada de consciência sobre a precaridade do seu corpo, sente que esse é o preço que tem de pagar pela sensação química em que navega. Nalguns casos o toxicómano suporta mal o seu corpo, e até o pode rejeitar, esse corpo passa a ser meramente um veículo, um instrumento que lhe possibilita alcançar o estado tão desejado.

O corpo originalmente harmonioso, equilibrado e autónomo, passa a ser progressivamente substituído por um corpo estranho. Há por tudo isto uma consciência parcial do corpo, em que é frequente uma desvalorização bastante marcada em relação às suas partes mais maltratadas, existindo simultaneamente, uma discordância entre os seus desejos grandiosos de vir a recuperar a forma física” e a consciência das suas limitações, vividas como um déficite da sua auto-estima. O adido, na maior parte das vezes, vive ao nível do corpo, seja a médio ou longo prazo, uma degradação da auto-imagem, acompanhada de uma desvalorização da auto-estima, com fortes sentimentos de incapacidade e desinvestimento progressivo em áreas de valorização pessoal, e ainda um conjunto de sintomas característicos do quadro clínico do síndrome de privação, nomeadamente: agitação ansiosa, irritabilidade, dores lombares e dos membros.

O toxicodependente enquanto consome transporta-se para uma existência sem tempo, sem realidade, sem corpo. Ao anular-se como corpo, através da suspensão da sua própria história, permanecendo num ponto de vida que não foi, mas também não será, fonte de mais tormentos. Impede-se a si mesmo de se renovar, condicionado a rotinas automatizadas. É preferível intoxicar-se, pois se acordar vê-se dois e, por isso, é melhor não abrir os olhos ou então terá de anular uma das partes.

Entra-se numa vivência sem tempo enquadrada num jogo perigoso ao maltratar o corpo. A representação deste é despojada de valor, ficando incapaz de se aperceber dos prejuízos a que o corpo fica sujeito e que resultam de uma barreira interposta pelos efeitos das substâncias, entregando-se a uma espécie de cegueira mental que impede um processamento integrado, por parte da consciência, das imagens resultantes das modificações do corpo.

O toxicodependente divide-se e afasta-se de uma unidade corpórea. Na tentativa de acalmar uma parte da unidade agride a outra num acto desesperante, pois até a memória parece estar enclausurada e suspensa, não efectuando ligação com os acontecimentos vividos. O sujeito coloca o corpo ao sabor do acaso provocando momentos perigosos, numa confrontação contínua com indícios de morte. Dando seguimento a esta ideia, quantas vezes não encontramos na clínica, casos de indivíduos que se injectam com seringas alheias e referem que nesse momento não lhes interessou se o outro tinha doenças ou não. Tratar assim o corpo é já um começo de morte.

Verifica-se uma articulação desregulada entre o desejo, o mecanismo das emoções e o sentido de integridade ou sobrevivência. O resultado de tal desenvolvimento é a emergência de um Ego que parece não conviver com o seu corpo, tendo como consequência um desinvestimento afectivo, uma ausência de ritmo próprio, ou seja, uma descorporização.

O lugar do corpo toxicodependente é então fora de si, no vazio da realidade ritualizada do consumo, onde tudo se limita à repetição de um acto e procura de alienação, neste campo não há espaço para a desilusão nem para o investimento afectivo do corpo. Este limita-se a ser um lugar longe da interioridade, um objecto que serve unicamente para veicular algo, e proporcionar o que se deseja, enfim, é um mero caminho para chegar lá, onde?

## 5. ABORDAGEM PSICOSSOMÁTICA DO MODELO MULTIFACTORIAL DO PROF. SAMI-ALI

A psicossomática não tem sentido como mecanismo da psicopatologia, mas tem sim a ver com a possibilidade de pensarmos a realidade de outra maneira, mais complexa e original. É neste âmbito que se apresenta a teoria do Prof. Sami-Ali, na qual nos surge uma outra forma de pensar o psicológico e o orgânico para lá da dicotomia Corpo / Psíquico. Esta teoria permite percebermos que não faz sentido pensar a realidade num modelo multifactorial, ou multidisciplinar, mas sim na sua unidade. Considerando aspectos biológicos e psicológicos, interessa-nos a realidade na totalidade, assim como os aspectos de interacção causa-efeito entre o biológico e o relacional. Uma vez que ao sermos pessoas fazemos parte de um todo indissociável.

Está fora do campo da psicanálise pensar o somático, na relação com o psíquico, o que exige logo uma metodologia objectiva para que se elabore a noção de doença psicossomática. Metodologia essa que consiste em correlacionar o psíquico e o somático, a qual ao ser de grande complexidade exige ser pensada para além das noções clássicas de apoio e de complacência somática, ou seja, do próprio modelo da histeria. O qual pensa unicamente o somático na ordem da patologia funcional.

Na realidade somos constituídos por um corpo, por algo que se passa entre o dentro e o fora, pelas representações e os sentidos e entre a percepção e a projecção. Sendo o corpo o espaço onde se constituem estas coordenadas fundamentais. Todos nós nos constituímos numa dupla dimensão entre o corpo real (orgânico), e o corpo imaginário (fantasmático). Isto representa uma sensibilidade psicossomática, num vai/vem, em que estamos sempre próximos e afastados do corpo imaginário e do corpo real.

Ora a teoria de Sami-Ali apresenta-nos toda uma outra forma extremamente interessante e credível de pensar o somático, utilizando um modelo Multidimensional, no qual se tem em conta todo um conjunto de conceitos operatórios mais científicos e não especulativos. O que abre uma nova perspectiva face às doenças orgânicas, as quais não se devem unicamente a um funcionamento mental, ou à personalidade do indivíduo, mas a toda uma

problemática em torno de situações de vida que abrem as portas à formação de um impasse, que logicamente se correlaciona com a personalidade. Há então situações de vida que possibilitam o desenvolvimento de condições para que se façam doenças orgânicas e que juntamente com uma incapacidade de elaborar sob um ponto de vista relacional, da crença e dos afectos, promove a que os problemas sejam resolvidos corporalmente. Em contrapartida quando existe uma vida projectiva intensa, com crença, sonho e afecto o orgânico fica preservado.

### **Algumas teorias que estão na base da história da psicossomática**

Freud pensava o somático de acordo com um modelo Bidimensional, cuja finalidade seria articular o somático e o psíquico em torno da oposição entre o actual e o neurótico. Esforçava-se por reunir na mesma compreensão sistémica, duas formas externas de somatização. Neste modelo encontramos limites externos e internos, que se articulam em três níveis: Nosográfico - que considera que as psiconeuroses advém do insucesso do recalçamento e do retorno do recalçado; o nível genético - o qual pressupõe que as neuroses actuais são uma primeira fase das psiconeuroses. Havendo uma genealogia que vai do somático ao psíquico; e o nível teórico - que reconhece no apoio o que sustenta as transformação das neuroses actuais em psiconeuroses. Muito especialmente, o segundo nível levanta uma dificuldade, pondo as neuroses actuais antes das psiconeuroses, o genital antes do pré genital. Então Freud não colmatou esta lacuna nem nunca renunciou o modelo bidimensional. Porém Freud teve o mérito de não reduzir o orgânico ao modelo da histeria. É neste sentido que por oposição às neuroses e psicoses considerou outro tipo de patologias, as neuroses actuais, as quais são doenças que não derivam da infância, mas de um metabolismo corporal.

Reich foi o primeiro a reconhecer a incompatibilidade da concepção freudiana das neuroses actuais e psiconeuroses. Precisamente porque nas neuroses actuais a angústia é somática e nas psiconeuroses é psíquica. Porém ao assimilar as neuroses actuais à neurose de angústia, Reich não conseguiu escapar à variante da aporia freudiana.

Em Groddeck, por outro lado, há uma redução ao actual, ao neurótico. Em que tudo o que existe, existe numa relação de correspondência simbólica à qual a linguagem dá acesso. O que enuncia é uma identidade expressiva do psíquico e do somático, a qual mediatiza, ao nível do Id a alma e o corpo como um todo. Assim o sintoma orgânico não é o facto em si, mas coincide com o facto. Então o orgânico está psicologizado, pois é absorvido pelo psíquico. Há aqui uma tentativa de pensar o orgânico como se fosse um sintoma histórico. A contradição freudiana encontra-se quer em Reich, quer em Groddeck, irreduzível e teoricamente inultrapassável.

### **Modelo Multidimensional de Sami-Ali**

Deste modo tornou-se imperativo desenvolver outro modelo de somatização. Facto que nos é oferecido por Sami-Ali, que desenvolve o modelo multidimensional, o qual nos permite efectuar uma leitura dos fenómenos isenta de contradição. Este modelo apresenta de uma forma dialéctica 12 pares de conceitos que representam dimensões fundamentais do fenómeno de somatização:

- Corpo Real - Corpo Imaginário
- Sentido Primário - Sentido Secundário
- Imaginário - Banal
- Função psicossomática constituída - Função psicossomática em vias de constituição
- Regressão - Impossibilidade de Regressão
- Sintoma Neurótico ou Psicótico
- Recalcamento conseguido - Recalcamento falhado
- Recalcamento de um conteúdo - Recalcamento da função do imaginário
- Impasse ultrapassado (psicose) - Impasse Inultrapassável (somatização)
- Causalidade linear - Causalidade circular
- Somatização reversível - Somatização irreversível
- Passagem do psíquico ao somático - Passagem do somático ao psíquico

Este modelo multidimensional estabelece ainda uma dupla correlação positiva e negativa regendo o campo inteiro da psicossomática.

- Uma correlação negativa entre projecção e somatização, levando a uma patologia somática não conversiva, por defeito de imaginário.
  
- Uma correlação positiva entre projecção e somatização, dando lugar, na conversão histórica, a uma psicopatologia por excesso de imaginário.

O que se evidencia neste modelo, é o facto da relação com o imaginário determinar a somatização histórica e não histórica, sendo estas extremos em que é possível cruzamentos e misturas, consoante predomina o imaginário, ou o seu recalçamento. E o que o torna tão original, é a possibilidade de concebermos a somatização não histórica em função de uma situação de impasse, a qual ao ser uma contradição fecha todas as saídas e torna, ao mesmo tempo não elaborável um conflito próximo do impensável psicótico.

Encontramos ainda, três níveis de somatização, que vão do visível ao invisível, do localizável ao não localizável, da superfície às profundezas, entre o figurado, o literal e o neutro. Logo existem degraus de passagem do corpo imaginário ao corpo real, face à qual não significa que exista duas entidades corporais distintas, mas duas funções dialécticas que fazem aparecer o corpo sob o ângulo do imaginário e do real, conforme ele está ou não inscrito na projecção.

Assim, o que nos faz sentido é esta sensibilidade psicossomática, é o vai vem entre o corpo real e o corpo imaginário. Em que a pessoa é um conjunto de sintomas de vida orgânica e fantasmática, numa relação em que o corpo imaginário determina e possibilita a relação com o corpo real. Por isso, afastamo-nos consideravelmente dos modelos psicanalíticos da histeria.

De acordo com a sua teoria, Sami-Ali considera a existência de uma patologia do banal ou de formação caracterial, nesta efectua-se um recalçamento que integra todo o funcionamento e que prevalece desde o início da vida e se mantêm sem parar. Assim o recalçamento determina a formação caracterial que por sua vez coincide e determina o processo de recalçamento, o qual permite ao sujeito adaptar-se socialmente às exigências

do meio familiar, abstraindo-se de si enquanto subjectividade. O sujeito que funcione neste registo passa a funcionar de uma forma super adaptada a um mundo exterior face ao qual seria sempre aceite pela figura materna omnipresente à qual se reduzem os outros. Há aqui uma radical dificuldade em ser diferente, em introduzir o negativo. Como se não houvesse alteridade, nem qualquer espécie de conflito.

A relação não implica duas pessoas, é uma relação de si, a uma imagem de si, na qual o outro dita o que deve ser, dotando o corpo das suas coordenadas espaço - temporais. É assim que nos surge o conceito de Super-Ego Corporal, o qual além de produzir o conformismo, limita a percepção e a sensibilidade. Organizando no sujeito um esquema de como deve funcionar no espaço e no tempo. Por outro lado, dá-se um recalçamento total da função do imaginário com a ausência de sonhos e subjectividade, levando a um funcionamento em superfície, na exterioridade, com uma adaptação continua ao exterior, e às suas exigências. Logo dá-se um corte com a realidade do imaginário, o que promove um funcionamento na linha do literal e consequentemente numa formação caracterial.

Este funcionamento promove uma vida extremamente conformista, que pressupõe a existência de uma depressão à priori, no seio da qual o sujeito e o objecto não existem porque formam um Super-Ego corporal. Neste caso, o que se verifica é um recalçamento da função do imaginário em benefício de uma adaptação social mediatizada pelo Super - Ego corporal. Levando a uma patologia marcada pela depressão, na qual a formação caracterial prevalece sobre a formação sintomática, que se liga ao insucesso do recalçamento. Podemos considerar que esta patologia se inscreve-se como uma patologia do banal, da adaptação, em que a somatização tendo um sentido literal é equivalente à regressão. Atingindo o corpo real ao nível do seu funcionamento. A somatização aparece em correlação negativa com o imaginário., quando numa situação de impasse o conflito se revela insolúvel.

Por outro lado, Sami-Ali considera que na histeria o corpo é correlativo a uma projecção que transtorna o funcionamento psíquico, mas que se integra também no funcionamento racional. Então existe a loucura e a razão, processo primário e processo secundário. O corpo na histeria materializa as significações corporais que ele próprio cria pela projecção. Ele está repleto de um imaginário que o desrealiza, a somatização deve ser concebida em

correlação positiva com a projecção. O corpo é feito de matéria do sonho. Há uma identidade entre o sonho e o corpo, pois este é investido como se fosse sonho.

Na somatização histórica o recalçamento falha, correspondendo o sintoma conversivo ao insucesso do recalçamento e ao retorno do recalçado. Porém todas as matrizes intermediárias são permitidas seguindo as variantes da projecção. A histeria, tal como o sonho constitui o corpo imaginário que através da projecção coincide com o funcionamento do inconsciente, operando a passagem do literal ao figurado. Assim, a identidade do corpo na histeria e no sonho é função de uma projecção cujo efeito mais notável é o de converter o espaço em corpo e o corpo em espaço. Por outro lado, na histeria o corpo deriva inteiramente de uma sexualidade infantil. Em que o corpo libidinal é uma imagem do corpo que se constitui a partir do corpo real. Este ao ser investido pelo imaginário transforma-se numa geografia sexual. Todo o corpo é sexualidade, esta está omnipresente, uma vez que o corpo é todo investido e habitado por fantasmas da área sexual. Então na histeria supõe-se que o apoio tenha lugar e que a somatização se inscreva num corpo erógeno.

Sami-Ali chama ainda a atenção para a existência de uma patologia mista, em que coexiste no mesmo indivíduo uma patologia da ordem do imaginário e somática, envolvendo simultaneamente aspectos do real e do imaginário.

Outro conceito fundamental na teoria de Sami-Ali é o Impasse, em relação a este podemos concluir que na histeria este surge graças a uma crise em que o sofrimento corporal é ao mesmo tempo prazer fálico de si e do outro, não atingindo em nada o corpo real. O corpo transforma-se num fantasma, e o fantasma no corpo. No funcionamento caracterial verifica-se uma atitude adaptativa que prevalece, com uma modificação súbita de sintomatologia: que de psíquica, passa a somática. Não definitivamente pois há períodos em que o somático repellido volta de novo a um primeiro plano. Assim, o impasse, bem como a passagem do corpo imaginário ao corpo real, inscreve-se numa regressão reversível, com contínuo vai / vem do presente ao passado e do passado ao presente. E é justamente a riqueza desta oscilação que mune o sujeito da possibilidade de repensar de outra forma o impasse e dele sair.

Sami-Ali apresenta-nos uma teoria a partir da qual se concebe a relação entre o psíquico e o somático na extensão de toda a patologia humana. O que se focaliza na patologia é o imaginário, ou seja, o sonho e os seus equivalentes. O qual determina positivamente e negativamente todo o funcionamento psicossomático. As suas formas maiores, implicam, a um só tempo o corpo real e o corpo imaginário, definem-se pelo recalçamento do imaginário enquanto função, assim como pelas metamorfoses desse recalçamento.

O que se apresenta como perfeitamente extraordinário e singular é o facto do autor explorar um campo que inclui patologias orgânicas, que são raramente relacionadas com o psíquico e ao mesmo tempo, chama-nos a atenção para a análise de todo um conjunto de psicopatologias nas suas ligações com o somático, as quais não são habitualmente percebidas. Tal exploração efectua-se segundo um modelo multidimensional, no qual, por pares contrastados, são propostas novas categorias que instauram correlações negativas e positivas entre imaginário e somatização. Não se pode, também pensar a somatização fora das situações de impasse, cuja estrutura lógica é analisada de forma precisa e que, em cada patologia revelam o que se dá com o funcionamento psíquico às voltas com o impensável.

Então, esta teoria da psicossomática, que parte do imaginário, evita toda a simplificação, ao dar conta de fenómenos da somatização em toda a sua extensão. De igual modo, surgem três modalidades de somatização de acordo com a relação com o imaginário: o figurado, literal e o neutro. Isto ajuda-nos a isolar três formas de patologia: a primeira caracteriza-se pelo insucesso do recalçamento, em que a somatização se revela pelo figurado, característico da patologia histérica; a segunda, considera o sucesso do recalçamento, que corresponde à patologia da adaptação, predominando o literal e o neutro; na terceira, encontramos uma oscilação entre o recalçamento falhado e o recalçamento mantido, que se inscreve numa patologia mista, onde alterna, o figurado, literal e o neutro.

## 6. LEITURA DO FENÓMENO DA TOXICODEPENDÊNCIA NO CONTEXTO DA ABORDAGEM PSICOSSOMÁTICA

Segundo Sami-Ali é a relação com o imaginário que permite fixar os traços, nos planos pessoal e cultural de toda a toxicomania. Este fenómeno surge inscrito na patologia da adaptação, a qual implica um tipo de funcionamento específico, o toxicómano (com alguns anos de consumo) funciona num registo de formação caracterial que o sujeita a uma realidade puramente imediata. Neste sentido, a droga traduz-se numa espécie de Super Ego corporal sincronizando artificialmente os ritmos biológicos e mantendo todo este funcionamento. Esta relação com a droga substituí toda a relação que o sujeito deveria estabelecer com o seu corpo, espaço e tempo e com os outros, possibilitando-lhe um funcionamento que se aproxima de uma não existência.

Mendes Pedro (1987) salienta que é comum encontrar toxicómanos que quase não dormem, andando continuamente num ritmo vertiginoso até encontrar a dose tão desejada. É como se o sujeito quisesse anular a possibilidade de dormir, efectuando-se um recalçamento da função do imaginário, este imaginário pode ser representado entre outras coisas pelo sonho. O sono como factor reparador organiza-se como um meio que possibilita a projecção, pelo sonho. Este irromper do sonho é perigoso, pois representa a confrontação do sujeito com a projecção, facto que deve ser abolido. É neste contexto que surge a insónia, o sujeito não sonha para não se encontrar, nem se recordar do passado, porque nesta desorganização temporal ele não deve existir, tal como o futuro, não havendo lugar para a projecção. Por outro lado, a privação do sono paradoxal favorece a agressividade, passando o corpo a apresentar uma perturbação dos ritmos biológicos.

Convém salientar que o que está em causa não é uma incapacidade para sonhar, mas um funcionamento da função onírica pautado por uma instância recalcante e superegóica.

De acordo com Mendes Pedro (1987), a suspensão do sonho pelos toxicodependentes assume-se como uma patologia que não se enquadra no campo da psicopatologia, pois não é meramente um esquecimento selectivo, mas produz efeitos qualitativos nos ritmos do sujeito alterando todo o equilíbrio psicossomático.

A ausência de sonho é um dado relevante que nos ajuda a enquadrar toda a dinâmica do sujeito toxicodependente, sendo um dado que justifica o fundo caracterial destes sujeitos. Levando-nos a apontar para a existência de um funcionamento próximo do recalçamento do imaginário. Tal determinação pode estar na base de uma identidade de superfície, sem historicidade. E realmente os sujeitos adidos tendem a organizar-se de acordo com um modelo único onde se denotam poucas diferenças individuais, aí tudo se normaliza e se aproxima do idêntico.

A toxicomania insurge-se numa identificação narcísica, em que tudo se move em função do objecto único que é a droga. Sendo todo o resto um conjunto de circunstâncias desinvestidas de significado estando identificadas materialmente à droga. Logo, os amigos, a sexualidade, as conversas, a família assumem vivências que se baseiam numa uniformidade regulada pela vivência da droga.

Ao assumir-se como Super Ego Corporal, a droga tende a suprimir a vida onírica, perpetuando no seu consumo uma não projecção e um impasse que se revela num ciclo vicioso. A vivência é num espaço de inclusões recíprocas em que a droga implica sempre a entrada numa estagnação de ciclos viciosos de que não é mais possível sair. Todos os ritmos corporais se organizam em função da droga.

Em momentos de paragem dos consumos denota-se que este recalçamento do imaginário não se encontra fatalmente fechado, uma vez que nestas circunstâncias o sono paradoxal irrompe, muitas vezes com pesadelos repetitivos e pobres de imaginário. Sami-Ali (1992) afirma que estes sonhos são os mesmos do passado, porém pouco modificados de conteúdo e sob o modelo dos sonhos infantis.

Sami-Ali (1992), considera que a partir do momento em que se abandona o consumo de drogas, surge o sonho e os pesadelos, como tal a “cura” passa pela elaboração do pesadelo, estabelecendo relações de significação entre o sonho e os acontecimentos do passado, relações simples e verdadeiras, que vão renascendo devagar. Não é portanto o sair do impasse o passo mais importante. Importante é saber das condições internas e externas que levaram à situação de impasse. Regredir, elaborar o sonho, o corpo retorna

lenta mas segura ao seu equilíbrio químico, ao encontro dos seus ritmos próprios desconhecidos. Consoante vai descobrindo sentido para as palavras, descobre os momentos de ter fome, sono, frio. O corpo encontra os afectos, a crença, o humor.

Mendes Pedro (1987) refere que as toxicomanias revelam-se na sua unidade fundamental com o traço de uma relação negativa com o imaginário, em que os sonhos e os ritmos biológicos, se prendem numa relação de ciclo vicioso. Assim, a toxicomania apresenta-se como uma patologia de impasses, pois enquanto o sujeito estiver submetido a ritmos artificiais, nunca nada está resolvido. É o consumo de substâncias químicas que organiza o ritmo do sono e vigília, impedindo ou facultando o acesso ao sono e à vigília. Daqui surge uma actividade e passividade químicas, como se fossem dois estados corporais.

As substâncias químicas dominam o interior do sujeito, indo até ao “corpo profundo, surgindo sinais contraditórios e alternativos de natureza simpaticomimética, tais como o aparecimento desregulado de taquico e braquicardia, de hipo e hipertensão, de hipo e hiperglicémia” (Mendes Pedro 1987, cit. 2001, pág. 126). Este corpo torna-se algo de estranho que parece já não pertencer ao sujeito e nesta “circularidade absoluta”, o indivíduo tem de consumir para evitar o sofrimento, que por sinal é provocado por esse mesmo consumo. Daqui não se vislumbram alternativas, aproximamo-nos da lógica das “inclusões recíprocas”, dinâmica que se estende perante toda a situação, numa esfera de ciclo vicioso e naturalmente de impasse. Se a droga é o problema, também se assume como a solução, tal como afirma o autor “As drogas funcionam como um medicamento universal para todas as necessidades, aliviando temporariamente, objecto único que se torna o sujeito único e idêntico ao objecto”. A partir daqui, a droga organiza-se ainda em função de um “narcisismo material” que confronta o sujeito com a sua imagem. (Mendes Pedro 1987, cit 2001, pág. 125-127)

O autor defende ainda que o recalamento assume-se como um estado coextensivo ao ser, dando lugar a comportamentos contínuos de passagem ao acto, como o agir “ordálico”, tão usual no quotidiano do toxicómano. Este comportamento é desprovido de potencialidade onírica.

Para o autor, este funcionamento inicia-se nas primeiras relações/regulações da criança com a mãe. Fragilidade que se vê progressivamente mantida e acrescida no seu crescer pela vida fora, especialmente no início da adolescência quando tendem a eclodir com alguma insistência situações de conflito.

A droga desrealiza o conflito, porque não se efectua uma verdadeira relação, entre duas pessoas. Logo a relação é com a substância e o conflito é sempre exterior, impossível de ser pensado e resolvido. Conflito sem alternativa, sem saída.

Mendes Pedro (1987) afirma que no núcleo desta patologia encontra-se a ilusão da existência de um mundo harmonioso, mecanizado a um poder externo que é a droga e que lhe promove o sentimento de existir no seu espaço - temporal. Esta adaptação exterior assume-se como uma identidade de superfície.

No contexto da toxicodpendência, o tempo é elementar, a sua representação não é controlada. A necessidade da procura define um “tempo corporal” que é único, linear e cíclico. E organizado pelas necessidades impostas pelo consumo ao corpo. Surge os estados de satisfação/insatisfação; tensão/apaziguamento, estes aproximam-se dos cuidados maternos, revelando uma relação despersonalizada com a figura materna. O que o aproxima de uma dependência (indivíduo/corpo) a uma instância superegógica que detêm todo o poder para organizar o espaço e o tempo do sujeito. Tal particularidade suprime a subjectividade e o ritmo próprio de cada um.

A partir daqui as drogas assumem o controle sobre a representação do tempo, do ritmo corporal, como afirma Mendes Pedro “...com o mínimo de energia psíquica e relacional, as drogas organizam a representação do tempo como ruptura e rítmica corporal, assumindo a função de sincronizadores da arquitectura dos ritmos circadiano, ultradiano e intradiano do sono-vigília e da temperatura e respiração”. É realmente importante a influência que a substância provoca no corpo do adido, influenciando a dimensão biológica a vários níveis. (Mendes Pedro, 1987, cit. 2001, pag. 118)

O mesmo autor propõe algumas hipóteses que se referem à toxicodpendência e a enquadram no âmbito da psicossomática.

Como primeira hipótese considera que a toxicodpendencia se inscreve como uma patologia do ciclo vicioso, em que ambos os ritmos biológicos e corporais são integrados nesse ciclo vicioso que corresponde ao consumo da droga.

De seguida, como segunda hipótese avança com a ideia que a dependência perante uma droga surge como factor importante, uma vez que o tempo de consumo está na base da existência de uma deformação da personalidade. Neste sentido um sujeito que funcione originariamente, quer numa vertente neurótica, psicótica, borderline ou até alérgica, qualquer sintoma relativo a tal, desaparece e a pessoa passa a funcionar numa transformação de personalidade caracterial. Ficando-lhe vedado o sonho e a fantasia.

Numa terceira hipótese considera que o toxicodpendente não utiliza a droga como fonte de prazer, mas esta aparece com o intuito de banir a relação com o outro, apagando assim qualquer possibilidade de surgir a conflitualidade inerente à relação, logo a droga surge num contexto em que não se vive o conflito.

Em relação à quarta hipótese, o toxicómano vive num mundo ilusório, submetendo-se às exigências externas que lhe são fornecidas pela própria droga, acabando por funcionar de uma forma mecanizada, e distanciando-se da sua identidade e história pessoal. A partir daqui organiza-se unicamente de acordo com as exigências exteriores que são ditadas pela dependência à droga e define-se em torno de um rótulo exterior.

Numa quinta hipótese, e de acordo com toda esta articulação de funcionamento, o sujeito estrutura-se mediante uma identidade de superfície, que se enquadra num corpo distante de si próprio, sem grande prevalência de cuidados. O que de alguma forma se pode correlacionar com um progressivo desgaste do sistema imunitário.

## **7. METODOLOGIA**

### **7.1. O PROBLEMA**

Em função da fundamentação teórica recolhida, assume para nós particular pertinência a seguinte questão:

Existirão diferenças significativas entre um grupo de homens e mulheres toxicodpendentes e outro grupo de homens e mulheres não toxicodpendentes, quanto à sua imagem corporal?

### **7.2. OBJECTIVOS**

#### **7.2.1. - Objectivos Gerais**

O presente estudo pretende comparar a imagem corporal entre dois grupos, sendo estes, um grupo de sujeitos toxicodpendentes e outro de não toxicodpendentes.

#### **7.2.2. - Objectivos Específicos**

Comparar a imagem corporal entre um grupo de homens e mulheres toxicodpendentes e outro de homens e mulheres não toxicodpendentes. Ao nível da imagem corporal estaremos atentos aos seguintes aspectos:

- Comparar medidas reais com medidas imaginárias;
- Verificar até que ponto os sujeitos têm facilidade ou não em imaginar as medidas do seu corpo;
- Como se efectua a adequação das medidas reais com as imaginárias;
- Verificar a existência de diferenças / semelhanças entre homens e mulheres toxicodpendentes;
- Verificar a existência de diferenças / semelhanças entre homens e mulheres não toxicodpendentes;
- Verificar a existência ou não de distorção da imagem corporal nos grupos.

## **7.3. Hipóteses**

### **7.3.1. Hipótese Geral**

Existem diferenças significativas ao nível da imagem corporal entre um grupo de homens e mulheres toxicodpendentes e outro não toxicodpendente.

### **7.3.2. Hipótese Nula**

Não existem diferenças significativas ao nível da imagem corporal entre um grupo de homens e mulheres toxicodpendentes e outro não toxicodpendente.

### 7.3.3. Hipóteses Específicas

- 1.- O grupo de sujeitos toxicodependentes apresenta distorção ao nível da imagem corporal;
- 2.- O grupo de sujeitos não toxicodependente não apresenta distorção ao nível da sua imagem corporal;
- 3.- O grupo de sujeitos toxicodependentes apresenta dificuldades perante a imaginação das medidas do seu corpo, apresentando como consequência discrepâncias entre as medidas reais e imaginárias.
- 4.- O grupo de sujeitos não toxicodependente apresenta maior facilidade em imaginar as medidas do seu corpo; apresentando uma maior proximidade entre medidas reais e imaginárias sobre o seu corpo.
- 5.- Denotam-se diferenças, entre homens e mulheres, perante a correspondência entre representação da imagem corporal e corpo real.

## 7.4. Amostra

### 7.4.1. Selecção e caracterização

Para a realização do presente estudo utilizou-se uma amostra final de 60 indivíduos, tendo estes formado dois grupos distintos. Cada um desses grupos era constituído por 30 elementos, um deles é constituído por 15 homens e 15 mulheres toxicodependentes, o outro era constituído também por 15 homens e 15 mulheres não toxicodependentes.

Abrangeu-se em ambos os grupos uma faixa etária compreendida entre os 18 e 30 anos (inclusivé). Em termos de habilitações académicas, todos os sujeitos estavam situados no ensino complementar (10º, 11º e 12 anos), tendo alguns deles completado o 12º ano.

Para recrutamento da amostra do grupo de toxicodependentes recorreu-se ao CAT de Leiria, tendo para esse efeito o auxílio da psiquiatra do mesmo centro (Drª Fátima Lopes). Os sujeitos foram seleccionados de acordo com as idades pretendidas e as habilitações académicas. Estes sujeitos tinham efectuado um programa de desintoxicação e no momento da recolha estavam sob acompanhamento psicológico, com uma frequência semanal ou mensal. Em média estes sujeitos não consumiam há quinze dias e afirmaram estar a tomar antagonista opiáceo.

O tempo médio de consumo destes sujeitos situa-se em seis anos e meio, sendo a sua droga de eleição a heroína, apesar da maioria deles afirmar que fez experiências com outras, todos se assumiram como heroinómanos. O modo de consumo mais frequente era o injectado e fumado, denotando-se que quanto menor o tempo de consumo, mais frequente é o modo fumado, e quanto maior mais frequente era o modo injectado.

Na altura de recolha de dados todos afirmaram estar “limpos”, sem consumirem qualquer droga.

A amostra do grupo não toxicodependente foi recolhida numa escola profissional, mais concretamente a Escola Profissional e Artística da Marinha Grande, onde a investigadora assumia funções de psicóloga da dita escola. Sendo uma escola que ministra cursos técnico profissionais, de nível III, equivalente ao 10º, 11º e 12º anos.

No sentido de fazer corresponder os dois grupos em termos de habilitações académicas e idades, a autora teve de contactar alguns alunos que já tinham terminado o curso há alguns anos. Este contacto foi realizado telefonicamente e perante tal surgiram 8 antigos alunos.

Para salvaguardar o facto destes indivíduos não serem consumidores de drogas, foi-lhes explicado que esse seria o factor determinante para a sua participação. Perante os interessados, foi realizada uma entrevista a partir da qual se explicava o tipo de estudo e

se abordava a sua atitude e história pessoal perante as drogas. A partir daqui seleccionou-se de entre todos os sujeitos, aqueles que apresentaram comportamentos mais próximos do não consumo. Excluiu-se os que apesar de serem actualmente contra consumos de drogas ditas “duras” tinham tido experiências com cocaína, LSD e pastilhas e consumos regulares de cannabis e álcool. Aceitaram-se aqueles que tiveram contactos meramente esporádicos e de experimentação com cannabis e álcool. Destes, quatro homens assumiram ter tido contactos com cannabis, e três com álcool, no grupo de mulheres só uma é que afirmou ter experimentado cannabis e três terem tido contactos esporádicos com álcool. O grupo constituído por não toxicod dependentes defendeu uma atitude anti droga e assumiu nunca terem tido qualquer espécie de contactos com heroína, cocaína, LSD e ecstasy.

O primeiro grupo recrutado foi o de toxicod dependentes, tendo a recolha de dados sido realizada entre Março e Abril de 2001. Após seriadas as características deste grupo procedeu-se à recolha dos dados do grupo não toxicod dependente. Esta foi a sequência utilizada pois partiu-se do princípio que seria mais difícil reunir um grupo de toxicod dependentes com alguma homogeneidade.

Ambos os grupos apresentam características em comum, tais como idades dentro das faixas etárias dos 18 aos 30 e habilitações académicas entre o 10º e 12º ano de escolaridade. Foi tido este cuidado numa tentativa de controlar ao máximo a variabilidade, assim como, as diferenças individuais que pudessem de alguma forma influenciar os resultados: Ao nível das características sócio - culturais, estas também são coincidentes em ambos os grupos, representando predominantemente a classe média. Ambos os grupos estão socialmente inseridos no distrito de Leiria, porém nem todos são naturais deste distrito.

Neste sentido, aspectos como: o sexo, a idade, habilitações académicas, consumo / não consumo de drogas, apresentam-se como variáveis de controlo.

## 7.5. INSTRUMENTOS

### 7.5.1. Entrevista Estruturada

Os instrumentos criados ou incluídos num determinado estudo devem ser escolhidos em função dos objectivos e da natureza das questões colocadas pela investigação em causa.

Assim sendo; interessava-nos a recolha de alguns dados determinantes para a selecção dos sujeitos que constituiriam a amostra. Esta entrevista surgiu a partir da necessidade em controlar algumas variáveis em ambos os grupos como: idade, sexo e habilitações académicas. Tal como, recolher informações determinantes em cada um dos grupos, então no grupo de toxicodependentes, estas foram:

- Tempo de consumo;
- Substâncias consumidas;
- Via de Consumo;
- Tempo sem consumo;
- Profissão;
- Habilitações literárias.

No grupo de não toxicodependentes as informações foram:

- Atitude pessoal perante o consumo de drogas;
- Contactos com drogas, quais?
- Profissão;
- Habilitações académicas.

Todas estas informações pareceram-nos relevantes para avançar com o estudo, pois tal como seria importante averiguar, quais as drogas consumidas pelo grupo adido, também se apresentava como imprescindível esclarecer até que ponto os sujeitos pertencentes ao grupo de não toxicodependentes apresentavam um percurso sem consumos e simultaneamente uma atitude negativa perante o mesmo. Um factor que nos facilitou de alguma forma esta tarefa, prende-se com o facto de a escola onde esta amostra foi recolhida ser relativamente pequena, com poucos alunos, o que facilita o conhecimento

sobre os próprios alunos, e permitiu realizar logo à partida um despiste sobre o historial de cada um, feito na maior parte das vezes com a ajuda de alguns professores mais atentos.

A entrevista abordou em concreto e exclusivo estes temas, passando de seguida à recolha das medidas. De acordo com o modelo da entrevista é sublinhada a necessidade de aceitação do entrevistado perante a sua participação, a confidencialidade das respostas e a livre opção em responder a cada uma das questões.

### **7.5.2 - Grelha de Medidas Reais e Imaginárias**

Este instrumento é uma réplica da grelha de Glev utilizada no estudo realizado por Gloria Leventhal em 1983, do departamento de psicologia da Universidade de William Paterson, em New Jersey. Tal como o presente estudo, também este teve como objectivo determinar a existência de distorção da imagem corporal em sujeitos toxicodependentes. Tendo sido efectuado, para esse efeito um estudo comparativo entre grupos: Toxicodependentes / não toxicodependentes.

Foi elaborada uma espécie de grelha, onde se recolhiam medidas relativas a 22 partes do corpo de cada sujeito. A primeira refere-se às medidas imaginárias e a segunda às medidas reais, ambas abordavam as mesmas partes do corpo. Estas partes do corpo eram estimadas em termos bidimensionais, isto é, verificava-se o comprimento e a largura de cada uma dessas partes. As medidas foram atribuídas em cm, ao contrário da grelha original, em que as medidas foram definidas em glevs, em que cada glev equivalia a 25 polegadas.

A grelha foi organizada de acordo com 4 regiões do corpo: a região da cabeça, que corresponde a medidas de largura e comprimento; o pescoço também é estimado em largura e comprimento. A segunda região refere-se à do tronco, aí pedia-se as medidas das costas, também em largura e comprimento; do peito, cintura, anca e distância entre a cintura e a anca. De seguida a região dos braços, aqui todas as medidas foram exploradas bidimensionalmente, estas foram: a parte superior do braço, parte inferior do mesmo e a mão. Por fim, temos a região das pernas também averiguada em largura e comprimento, verificamos a parte superior da perna, parte inferior e o pé. Todas estas zonas completam

um total de 22 partes do corpo, tal como foi realizado no estudo americano. Para verificar a disposição, organização estrutural e visual da grelha, (ver anexos).

Tal como a autora da grelha, Gloria Leventhal (1983) consideramos que esta nos possibilita aceder à imagem do corpo dos sujeitos. Uma vez que a imagem corporal pode ser definida como uma imagem do corpo, ou qualquer espécie de representação do mesmo que cada indivíduo processa de si próprio e que se desenvolve e modifica a partir de experiências pessoais, percepções, pensamentos e emoções. É um mapa psicológico e subjectivo, mas ao mesmo tempo perceptivo do corpo, o qual é usado como referência para a percepção de si.

Logo salientamos que as medidas sobre o nosso corpo definem por si só uma representação do mesmo. Seja essa representação puramente psicológica, quando apelamos às medidas imaginárias ou uma representação física e concreta, neste caso as medidas reais. Portanto, tudo que ponha o sujeito em confronto com a imagem mental do seu corpo, assume-se como uma estratégia em aceder à imagem corporal do mesmo. Como tal, defendemos que a possibilidade de estimular o sujeito a imaginar medidas bidimensionais do corpo é pô-lo em confronto com a projecção do seu imaginário perante o corpo, logo, aceder à dimensão da imagem corporal do mesmo.

A partir daqui, Gloria Leventhal (1983) assumiu a importância de definir uma dimensão real do corpo e aí enquadram-se as medidas reais. Para a sua determinação mede-se as 22 partes do corpo do sujeito com uma fita métrica e assim acedemos a uma imagem real do corpo de cada indivíduo, construída a partir de um conjunto de medidas concretas.

Jogando com estas duas recolhas de informação, uma real e outra imaginária procedeu-se à sua comparação. Neste seguimento, Gloria Leventhal (1983) defende que se a partir da grelha das medidas imaginárias acedemos à imagem corporal do sujeito (corpo imaginário, na linguagem de Sami-Ali) e pela grelha das medidas reais à imagem em concreto (corpo real). Então podemos compara-las e perceber até que ponto a imagem corporal está ou não desfasada do corpo real.

Deste modo, estamos perante um método preditor da existência ou não de distorção da imagem corporal. Quanto mais as medidas imaginárias estiverem afastadas das reais, mais próximo estamos de uma distorção da imagem corporal. Quanto mais próximos estiverem as medidas imaginárias das reais, mais afastados estamos da existência de distorção da imagem corporal.

## 7.6. PROCEDIMENTOS

A amostra foi recolhida entre Janeiro e Junho do ano de 2001, a mesma relativa ao grupo de toxicodependentes foi a primeira a ser recolhida (Janeiro - Março), pois seria mais fácil determinar à partida as características desta, para coincidir com essas a do grupo não toxicodependente.

Para a recolha dos dados relativos ao primeiro grupo, a autora obteve o auxílio da psiquiatra do CAT de Leiria, a Dr<sup>a</sup> Fátima Lopes, que facilitou a entrada da mesma na dita instituição, procedendo às apresentações perante os técnicos e o director. É de salientar o interesse demonstrado por estes para indicarem quais os sujeitos que se enquadravam para o estudo. De acordo com a agenda dos técnicos, a investigadora adequava determinados dias, em que um número substancial de sujeitos se dirigisse ao CAT, para realizar a recolha de dados.

Foi mais fácil recolher os dados dos homens, no grupo de toxicodependentes, denotando-se um maior número destes, o que sugere que existem bem mais sujeitos homens a fazerem seguimento no CAT de Leiria do que mulheres. Para encontrar um número de 15 mulheres adidas, a autora teve de se dirigir várias vezes àquela instituição. As entrevistas e a recolha de medidas foram realizadas nos gabinetes de psicologia e psiquiatria do CAT de Leiria, tendo todos os indivíduos solicitados para a participação no estudo, aderido com alguma facilidade. Apesar de alguns se recusarem após o pedido de imaginar as medidas do corpo, afirmando serem incapazes de tal.

A amostra que formou o grupo de não toxicodpendentes foi recolhida na Escola Profissional e Artística da Marinha Grande (entre os meses de Março e Junho), onde a autora exercia na altura, funções de psicóloga e de docente. Como tal a recolha assumiu-se como tarefa fácil, pois enquadrava-se no ambiente profissional desta última.

Houve a preocupação em seleccionar este grupo de acordo com as características do anterior. Numa tentativa de nivelar os grupos quanto às idades e habilitações académicas para evitar assimetrias e variáveis que pudessem de algum modo influenciar os resultados, procedeu-se à selecção dos sujeitos. Para que todas as idades correspondessem com as do outro grupo, efectuou-se um contacto telefónico com antigos alunos, dos quais 8 acederam a participar no estudo e cobriam a faixa etária entre os 26 e 30 anos. Com estes combinou-se uma data, perante a qual todos compareceram.

Os restantes alunos foram seleccionados de três turmas ao acaso (10º, 11º e 12º anos). A autora dirigiu-se a essas turmas, em tempo de aula e juntamente com a colaboração do professor apelou à participação dos alunos, tendo efectuado uma lista dos voluntários, que ultrapassaram em muito o número necessário. De acordo com os critérios já referidos, estes foram escolhidos e foi-lhes comunicado o dia e a hora em que compareceriam no Gabinete de Psicologia, onde foi efectuada a recolha das medidas e realizado a entrevista inicial.

Este grupo foi sujeito a dois momentos de avaliação, em que no primeiro se certificava até que ponto cada um dos sujeitos não consumia drogas, nem consumiu em particular as vulgarmente denominadas drogas duras. Tendo ainda excluído um total de 9 sujeitos, que não preenchiam os requisitos.

A recolha de dados referente a ambos os grupos, incluindo a entrevista e as medidas reais e imaginárias demorou aproximadamente 20 minutos, por sujeito.

O momento inicial incluiu nos dois grupos, uma introdução explicativa sobre o tipo de estudo a realizar assim como os objectivos a alcançar. Saliendo a necessidade do primeiro grupo ser constituído por sujeitos que consumiram drogas até há relativamente pouco tempo (menos de 1 mês), e no segundo grupo indivíduos com atitudes e

comportamentos anti-droga, sendo determinante o facto de nunca terem consumido as vulgarmente denominadas “drogas duras”. Não sendo factor de exclusão o facto de ter experimentado cannabis.

Após a realização da entrevista, que demorou aproximadamente 5 minutos, por sujeito, em ambos os grupos, foi explicada a actividade seguinte e esclarecido com cada sujeito o que representa 1 cm em termos reais, em que a investigadora mostrava ao sujeito uma régua. De seguida explicava-se aos sujeitos que a mesma iria fazer perguntas sobre o corpo em termos de medidas e que provavelmente não saberiam a resposta concreta, tendo unicamente que imaginar, sem que para tal se servissem de qualquer apoio ou truque. O que interessava no primeiro tempo é que imaginassem.

É curioso que perante tal, alguns indivíduos toxicodependentes recusaram-se a responder, apesar de terem participado muito facilmente na parte inicial (entrevista). Dizendo que eram incapazes de imaginar tal coisa - o seu corpo -. Esta situação aconteceu com 6 sujeitos que tiveram de ser substituídos por outros. Tal recusa nunca aconteceu com o grupo de não toxicodependentes.

Após esta fase, explicava-se ao sujeito que iríamos verificar as medidas reais com uma fita métrica. Na maior parte dos casos os indivíduos até reagiam com alguma boa disposição e curiosidade, para verificar se os valores coincidiam. Esta atitude foi patente em ambos os grupos. Era o próprio sujeito que media as partes do seu corpo, apesar da autora ajudar, em particular na cabeça, costas e por vezes pescoço. No geral todos apresentaram uma atitude muito autónoma.

No fim da recolha, foi dada a oportunidade a cada sujeito para esclarecer dúvidas ou pusesse questões. Tal situação foi mais comum no grupo não toxicodependente.

## 7.7. Tratamento de Dados

Para efeitos de cálculo foi feita a diferença entre medidas reais e medidas imaginárias, no sentido de determinar a margem de erro que cada elemento apresenta acerca da sua imagem corporal.

$$(\text{Medidas Reais}) - (\text{Medidas Imaginárias}) = \text{Margem de Erro}$$

Daqui surgem resultados negativos e outros positivos. Os resultados negativos significam que o sujeito representa a sua imagem com medidas superiores às que realmente tem. Os resultados positivos significam uma representação do corpo com medidas inferiores às reais. Assim, quanto mais o resultado desta diferença se aproxima do zero, maior é a equivalência entre medidas reais e imaginárias e logo mais próxima do real será a representação da imagem corporal.

Em primeiro lugar, foi efectuado o tratamento estatístico dos dados a partir de um ensaio de hipóteses com duas amostras (toxicodependentes e não toxicodependentes). Logo interessa saber se as estimativas obtidas nas duas amostras aleatórias diferem significativamente, isto é, se existem diferenças entre a representação das medidas corporais entre ambos os grupos. Assim, o ensaio de hipóteses que se pretende formular é relativo à diferença entre as duas médias das amostras  $\bar{X}_1 - \bar{X}_2$ .

Para que não haja distorção, pois temos valores positivos e negativos, em que as médias tendem para zero, vamos calcular as médias das diferenças entre o real e o imaginário em valor absoluto. Em que o que interessa é a percepção do corpo em termos de tamanho.

Para testar se há ou não diferenças na percepção da imagem corporal entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes, vamos ensaiar a diferença de médias das duas amostras. Estas médias são as médias dos erros entre o real e o imaginário de cada indivíduo.

Pretende-se ensaiar a hipótese nula, a qual considera que as respectivas médias dos desvios sejam iguais, o que se pode traduzir pela nulidade da sua diferença, então:

$$H_0 = \bar{X}_1 - \bar{X}_2 = 0.$$

Como se pretende fazer um ensaio para a diferença de médias utiliza-se a seguinte formula:

Teste das Médias - Para variâncias desconhecidas e amostras grandes

$$T = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}} \sim N(0,1)$$

Em segundo lugar, vamos comparar as amostras em termos de percepção da imagem corporal, no sentido de determinar o nível de equivalência e discrepância, por excesso ou por defeito, perante a comparação entre medidas reais (MR) e imaginárias (MI).

Para quantificar a percepção da imagem corporal, a partir da diferença entre MR e MI, foram criados três intervalos de erros. Assim vamos supor que:

- No intervalo de erro entre [-3 , 3] - O indivíduo representa uma correspondência entre MR e MI. O que significa uma imagem corporal semelhante ao corpo real.
- No intervalo de erro entre [-1000 , -4] - O indivíduo representa dificuldades na correspondência entre MR e MI. Denotando-se MI significativamente maior que MR.
- No intervalo de erro entre [4 , 1000] - O indivíduo representa dificuldades na correspondência entre MR e MI. Denotando-se MR significativamente maior que MI.

## 7.8. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Uma vez que foram aferidas 22 partes do corpo, com o objectivo de comparar as medidas reais e imaginárias entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes, vamos proceder à análise comparativa das mesmas, entre ambos os grupos.

Quadro 1 - Região das pernas

superior perna largura		superior perna comprimento	
TOXICODPENDENTES		TOXICODPENDENTES	
media (abs)	15,96666667	media (abs)	12,8
Freq Neg	1	Freq Neg	17
mediana(abs)	10,57480197	mediana(abs)	10
variância	111,8264368	variância	135,337931
NÃO TOXICODPENDENTES		NÃO TOXICODPENDENTES	
media (abs)	6,7	media (abs)	9,266666667
Freq Neg	7	Freq Neg	18
mediana(abs)	5	mediana(abs)	6,5
variância	36,2862069	variância	102,5471264
teste medias	4,170499771	teste medias	1,254762863
Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%		Aceita-se a hipótese	
inferior perna largura		inferior perna comprimento	
TOXICODPENDENTES		TOXICODPENDENTES	
media (abs)	15,06666667	media (abs)	12
Freq Neg	1	Freq Neg	14
mediana(abs)	14,5	mediana(abs)	10
variância	59,37471264	variância	85,31034483
NÃO TOXICODPENDENTES		NÃO TOXICODPENDENTES	
media (abs)	7,266666667	media (abs)	7,366666667
Freq Neg	7	Freq Neg	14
mediana(abs)	6	mediana(abs)	5
variância	33,92643678	variância	74,65402299
teste medias	4,422946977	teste medias	2,006515625
Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%		Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 95%	

Em relação à zona superior da perna, em largura, a amostra de toxicodependentes apresenta uma média dos desvios entre medidas reais e imaginárias de 15,9. Enquanto o grupo de não toxicodependentes apresenta a mesma média (Xe) de 6,7. O que significa que o grupo de não toxicodependentes representa uma maior coincidência entre medidas reais (MR) e medidas imaginárias (MI) nesta zona do corpo, do que a outra amostra. Para a zona inferior da perna em largura denota-se no grupo de toxicodependentes  $X_e = 15$ ,

enquanto que no grupo de não toxicodependentes  $X = 7,2$ . Revelando que a segunda amostra apresenta uma maior aproximação entre medidas reais (MR) e medidas imaginárias (MI), do que a segunda amostra. Ainda em relação ambas zonas da perna rejeita-se a Hipótese nula com uma confiança de 99%, em que as médias amostrais dos desvios entre ambos os grupos diferem significativamente.

Na zona inferior da perna em comprimento verifica-se que no grupo de toxicodependentes  $X_e = 12$  e o grupo não toxicodependente  $X_e = 7,3$ . Daqui conclui-se existir uma maior aproximação entre MR (medidas reais) e MI (medidas imaginárias), no grupo de sujeitos não toxicodependentes. Rejeita-se a hipótese nula, com uma confiança de 95%, logo denotam-se diferenças significativas entre ambos os grupos.

No que se refere à parte superior da perna em comprimento, denota-se na amostra de toxicodependentes  $X_e = 12,8$ , para  $X_e = 9,2$  na amostra de não toxicodependentes. O segundo grupo, apesar de não assumir uma grande significância apresenta uma maior coincidência entre MR e MI, do que o primeiro grupo. Todavia aceita-se a hipótese nula, uma vez que as diferenças entre os dois grupos não são muito significativas.

Quadro 2 - Região do pé

pé largura		pé comprimento	
TOXICODEPENDENTES		TOXICODEPENDENTES	
media (abs)	9,933333333	media (abs)	7,433333333
Freq Neg	4	Freq Neg	16
mediana(abs)	9	mediana(abs)	8
variância	26,34022989	variância	25,15057471
NÃO TOXICODEPENDENTES		NÃO TOXICODEPENDENTES	
media (abs)	3,766666667	media (abs)	4,633333333
Freq Neg	13	Freq Neg	16
mediana(abs)	2	mediana(abs)	2,5
variância	14,25402299	variância	30,44712644
teste medias	5,301256582	teste medias	2,05679137
<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>		<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 95%</b>	

Referente à zona do pé em largura, denota-se nos grupos de toxicodependentes  $X_e = 9,9$ , para  $X_e = 3,7$ , no grupo de não toxicodependentes. Então o último grupo apresenta uma maior coincidência entre MR e MI, comparativamente com o grupo de toxicodependentes.

Logo rejeita-se a hipótese nula, com uma confiança de 95%, comprovando-se a existência de diferenças significativas entre os dois grupos.

Ainda na mesma zona, mas em comprimento, o grupo de toxicodependentes apresenta  $X_e = 7,4$ , para  $X_e = 4,6$ , no grupo não toxicodependente. Justificando a maior coincidência entre MR e MI no segundo grupo. Mais uma vez se rejeita a hipótese nula, com uma confiança de 95%, o que comprova a existência de diferenças significativas entre os dois grupos.

Quadro 3 - Região das costas

costas largura		costas comprimento	
TOXICODEPENDENTES		TOXICODEPENDENTES	
media (abs)	14,8	media (abs)	21,06666667
Freq Neg	19	Freq Neg	24
mediana(abs)	11,5	mediana(abs)	19,5
variância	180,1655172	variância	216,8229885
NÃO TOXICODEPENDENTES		NÃO TOXICODEPENDENTES	
media (abs)	5,033333333	media (abs)	6,6
Freq Neg	24	Freq Neg	23
mediana(abs)	3	mediana(abs)	4,5
variância	31,20574713	variância	55,83448276
teste medias	3,679459444	teste medias	4,798664651
<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>		<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>	

Na zona das costas em largura o grupo de toxicodependentes revela  $X_e = 14.8$ , para  $X_e = 5$ , no grupo de não toxicodependentes. Logo estes últimos apresentam uma maior coincidência entre MR e MI, do que o primeiro grupo. Tanto em largura como em comprimento, rejeita-se a hipótese nula com uma confiança de 99%, o que traduz a existência de diferenças significativas entre os grupos.

Na zona das costas, em comprimento, é patente no grupo de toxicodependentes  $X_e=21$ , para  $X_e=6,6$  no grupo de não toxicodependentes. O que revela que estes últimos representam uma maior coincidência entre MR e MI, comparativamente com o grupo de toxicodependentes.

Quadro 4 - Região do peito, cintura, anca e distância entre cintura e anca

peito		cintura	
TOXICODEPENDENTES		TOXICODEPENDENTES	
media (abs)	19,26666667	media (abs)	23,9
Freq Neg	10	Freq Neg	3
mediana(abs)	14,5	mediana(abs)	17,5
variância	237,9954023	variância	289,6793103
NÃO TOXICODEPENDENTES		NÃO TOXICODEPENDENTES	
media (abs)	7,266666667	media (abs)	6,666666667
Freq Neg	8	Freq Neg	7
mediana(abs)	6	mediana(abs)	5
variância	45,65057471	variância	34,7816092
teste medias	3,902595678	teste medias	5,240210324
<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>		<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>	
anca		cintura a anca	
TOXICODEPENDENTES		TOXICODEPENDENTES	
media (abs)	27,86666667	media (abs)	8,433333333
Freq Neg	10	Freq Neg	7
mediana(abs)	27	mediana(abs)	7
variância	407,6367816	variância	45,21954023
NÃO TOXICODEPENDENTES		NÃO TOXICODEPENDENTES	
media (abs)	8,766666667	media (abs)	3,366666667
Freq Neg	5	Freq Neg	11
mediana(abs)	8	mediana(abs)	2
variância	57,63333333	variância	13,4816092
teste medias	4,849996393	teste medias	3,622093509
<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>		<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>	

No que se refere ao peito, no grupo de toxicodependentes temos  $X_e=19,2$ , para  $X_e=7,2$  no grupo de não toxicodependentes. O que define a existência de uma maior aproximação entre MR e MI no grupo de não toxicodependentes.

Por conseguinte em todas estas zonas rejeita-se a hipótese nula com uma confiança de 99%. Denotando-se a existência de diferenças significativas entre os dois grupos.

Referente à cintura, o grupo de toxicodependentes apresenta  $X_e=23,9$ , para  $X_e=6,6$  no grupo de não toxicodependentes. Logo este último apresenta uma maior coincidência entre MR e MI, comparativamente com o grupo de toxicodependentes.

No que diz respeito à anca, o grupo de toxicodpendentes apresenta  $X_e=27,8$ , para  $X_e=8,7$ , no grupo de não toxicodpendentes. O último grupo apresenta maior proximidade entre MR e MI do que o primeiro grupo.

Da cintura à anca, o grupo de toxicodpendentes revela  $X_e=8,4$ , para  $X_e=3,6$ , no grupo de não toxicodpendentes. Mais uma vez o nível de proximidade entre MR e MI é superior no último grupo.

Quadro 5 - Região dos braços

superior braço largura		superior braço comprimento	
<b>TOXICODPENDENTES</b>		<b>TOXICODPENDENTES</b>	
media (abs)	12	media (abs)	11,8
Freq Neg	4	Freq Neg	10
mediana(abs)	11	mediana(abs)	10,5
variância	75,31034483	variância	75,06206897
<b>NÃO TOXICODPENDENTES</b>		<b>NÃO TOXICODPENDENTES</b>	
media (abs)	6,233333333	media (abs)	5,366666667
Freq Neg	10	Freq Neg	13
mediana(abs)	5	mediana(abs)	3,5
variância	26,94367816	variância	32,72298851
teste medias	3,123527069	teste medias	3,394043489
<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>		<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>	
<b>inferior braço largura</b>		<b>inferior braço comprimento</b>	
<b>TOXICODPENDENTES</b>		<b>TOXICODPENDENTES</b>	
media (abs)	10,6	media (abs)	7,7
Freq Neg	2	Freq Neg	10
mediana(abs)	10,5	mediana(abs)	6
variância	35,28275862	variância	34,2862069
<b>NÃO TOXICODPENDENTES</b>		<b>NÃO TOXICODPENDENTES</b>	
media (abs)	4,933333333	media (abs)	6,466666667
Freq Neg	8	Freq Neg	19
mediana(abs)	4	mediana(abs)	4
variância	21,30574713	variância	35,63678161
teste medias	4,125952092	teste medias	0,8078507
<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>		<b>Aceita-se a hipótese</b>	

Em relação à zona superior dos braços em largura, temos  $X_e=12$ , no grupo de toxicodpendentes, para  $X_e=6,2$ , no grupo de não toxicodpendentes, o que comprova que este último grupo representa uma maior coincidência entre MR e MI, em comparação com o primeiro grupo.

Na zona dos braços, em largura (parte superior e inferior) e em comprimento na zona superior rejeita-se a hipótese nula com uma confiança de 99%. Revelando diferenças significativas entre ambos os grupos.

Contudo na zona superior do braço em comprimento, temos  $X_e=11,8$ , no grupo de toxicodependentes para  $X_e=5,3$ , no grupo de não toxicodependentes. Logo o último grupo apresenta uma maior coincidência entre MR e MI do que o primeiro grupo.

A zona inferior do braço em largura, o grupo de toxicodependentes revela  $X_e=10,6$ , para  $X_e=4,9$ , no grupo de não toxicodependentes. Denotando-se maior coincidência entre MR e MI no segundo grupo.

No que se refere à zona inferior do braço em comprimento, denota-se  $X_e=7,7$ , no grupo de toxicodependentes, para  $X_e=6,4$ , no grupo de não toxicodependentes. Apesar de o último grupo revelar uma maior proximidade entre MR e MI, esta diferença não é significativa. Então aceita-se a hipótese nula, em que não se verificam diferenças significativas entre os dois grupos.

Quadro 6 - Região das mãos

mão largura		mão comprimento	
TOXICODEPENDENTES		TOXICODEPENDENTES	
media (abs)	8,433333333	media (abs)	5,433333333
Freq Neg	4	Freq Neg	7
mediana(abs)	9	mediana(abs)	4,5
variância	17,84022989	variância	13,56436782
NÃO TOXICODEPENDENTES		NÃO TOXICODEPENDENTES	
media (abs)	2,333333333	media (abs)	2,333333333
Freq Neg	14	Freq Neg	11
mediana(abs)	1	mediana(abs)	1
variância	19,26436782	variância	18,7816092
teste medias	5,484999581	teste medias	2,985466377
<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>		<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>	

Em relação à zona das mãos em largura, o grupo de toxicodependentes apresenta  $X_e=8,4$ , para  $X_e=2,3$ , no grupo de não toxicodependentes. Na mesma zona, mas em comprimento, o primeiro grupo tem  $X_e=5,4$ , para  $X_e=2,3$ , no segundo grupo. Logo, tanto em largura

como em comprimento é notório a maior proximidade entre MR e MI no segundo grupo. Para a largura e comprimento, rejeita-se a hipótese nula com uma confiança de 99%. O que significa a existência de diferenças significativas em ambos os grupos.

Quadro 7 - Região da cabeça

cabeça largura		cabeça comprimento	
TOXICODPENDENTES		TOXICODPENDENTES	
media (abs)	16,43333333	media (abs)	21,03333333
Freq Neg	8	Freq Neg	12
mediana(abs)	13	mediana(abs)	18,5
variância	145,7712644	variância	207,0678161
NÃO TOXICODPENDENTES		NÃO TOXICODPENDENTES	
media (abs)	5,63333333	media (abs)	5,5
Freq Neg	11	Freq Neg	19
mediana(abs)	4	mediana(abs)	4
variância	24,37816092	variância	23,77586207
teste medias	4,534914878	teste medias	5,599719804
<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>		<b>Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%</b>	

A zona da cabeça em largura revela no grupo de toxicodpendentes  $X_e=16,4$ , para  $X_e=5,6$ , no grupo de não toxicodpendentes. No que se refere ao comprimento o primeiro grupo apresenta  $X_e=21$ , para  $X_e=5,5$ , no grupo de não toxicodpendentes. Tanto em largura como em comprimento denota-se que o grupo de não toxicodpendentes está bastante mais próximo da correspondência entre MR e MI, do que o grupo de toxicodpendentes. Então rejeita-se a hipótese nula, para largura e comprimento da cabeça, com uma confiança de 99%. Revelando a existência de diferenças significativas entre os grupos.

Quadro 8 - Região do pescoço

pescoço largura		pescoço comprimento	
TOXICODPENDENTES		TOXICODPENDENTES	
media (abs)	14,43333333	media (abs)	6,4
Freq Neg	8	Freq Neg	14
mediana(abs)	12,5	mediana(abs)	4
variância	108,8057471	variância	27,14482759
NÃO TOXICODPENDENTES		NÃO TOXICODPENDENTES	
media (abs)	4,3	media (abs)	2,933333333
Freq Neg	14	Freq Neg	18
mediana(abs)	4	mediana(abs)	2
variância	13,04482759	variância	12,61609195
teste medias	5,028045109	teste medias	3,011233977
Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%		Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%	

Perante as medidas do pescoço em largura, o grupo de toxicodpendentes apresenta  $X_e=14,4$ , para  $X_e=4,3$ , no grupo de não toxicodpendentes, perante o comprimento, os primeiros têm  $X_e=6,4$ , para  $X_e=2,9$ , nos segundos. Também aqui é patente que o último grupo apresenta uma maior coincidência entre MR e MI. para a largura e comprimento. Então rejeita-se a hipótese nula, com uma confiança de 99%, o que mais uma vez comprova a existência de diferenças significativas entre os grupos.

Quadro 9 - As medidas num todo

As medidas num todo	
TOXICODPENDENTES	
media (abs)	13,76363636
Freq Neg	205
mediana(abs)	12,1108391
variância	146,6724238
NÃO TOXICODPENDENTES	
media (abs)	5,578787879
Freq Neg	290
mediana(abs)	6,07526179
variância	36,90880581
teste medias	15,51916944
Rejeita-se a hipótese para nível de significancia de 99%	

Este quadro refere-se a todas as medidas no seu conjunto. Perante este, mais uma vez se rejeita a hipótese nula e se comprova a existência de diferenças significativas entre a representação das medidas imaginárias e as reais, no grupo de sujeitos toxicodpendentes e não toxicodpendentes, com uma confiança de 99%. Da mesma forma também é patente

a existência de um maior índice de Xe no grupo de toxicodependentes, do que no de não toxicodependentes, o que nos leva de algum modo a crer que o grupo de não toxicodependentes aproxima-se significativamente mais de uma possível concordância entre Medidas reais (MR) e Medidas imaginárias (MI), para as 22 partes do corpo.

### Análise dos intervalos de erro para calcular a relação de correspondência entre MR e MI

Quadro 10 - Zona da perna

Intervalo	superior perna larg.		superior perna comp.		inferior perna larg.		inferior perna comp.	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	3	11	9	8	3	11	6	11
Fre[-x, -4]	0	4	12	14	0	3	11	11
Fre [4,+X]	27	15	9	8	27	16	13	8
	Percentagem		Percentagem		Percentagem		Percentagem	
Fre [-3,3]	10,0%	36,7%	30,0%	26,7%	10,0%	36,7%	20,0%	36,7%
Fre[-x, -4]	0,0%	13,3%	40,0%	46,7%	0,0%	10,0%	36,7%	36,7%
Fre [4,+X]	90,0%	50,0%	30,0%	26,7%	90,0%	53,3%	43,3%	26,7%

O grupo de sujeitos toxicodependentes apresenta, em todas as regiões da perna, uma percentagem inferior de indivíduos situados no intervalo de correspondência óptima entre MR e MI, comparativamente com o grupo de não toxicodependentes, sendo esta diferença significativa. A única exceção situa-se na região superior da perna em comprimento, onde as diferenças entre os dois grupos não são significativas, denotando-se aqui uma tendência perante a correspondência de MI superior a MR, com 40% de indivíduos toxicodependentes e 46,7% de indivíduos não toxicodependentes. Em relação à perna superior e inferior em largura, nenhum indivíduo toxicodependente se inseriu neste intervalo.

Perante o intervalo em que MI é superior a MR, denota-se que o grupo de não toxicodependentes assume um maior número de indivíduos colocados neste intervalo, contudo a diferença entre ambos os grupos não é muito significativa.

Denota-se uma prevalência acentuada de indivíduos toxicodpendentes situados no intervalo em que a MI é inferior à MR, comparativamente com o grupo de não toxicodpendentes. este facto é patente em todas as zonas da perna.

Quadro 11 - Zona do pé

Intervalo	pé largura		pé comprimento	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	3	19	7	17
Fre[-x, -4]	3	5	14	11
Fre [4,+X]	24	6	9	2
	Percentagem		Percentagem	
Fre [-3,3]	10,0%	63,3%	23,3%	56,7%
Fre[-x, -4]	10,0%	16,7%	46,7%	36,7%
Fre [4,+X]	80,0%	20,0%	30,0%	6,7%

O grupo de toxicodpendentes apresenta um numero inferior de indivíduos situados no intervalo óptimo entre MR e MI, comparativamente com o grupo de sujeitos não toxicodpendente, sendo esta diferença significativa, então temos 10%, no grupo de toxicodpendentes para 63% no grupo de não toxicodpendentes, isto em largura. Em comprimento temos 23,3%, para 56,7%.

As diferenças entre ambos os grupos referentes ao intervalo de MI superior a MR, não são muito significativas.

Por conseguinte, destaca-se que o grupo de indivíduos toxicodpendentes está bastante inserido no intervalo que considera MI inferior a MR, comparativamente com o grupo de não toxicodpendentes. Assim, 80% dos indivíduos toxicodpendentes, estão inseridos neste intervalo em largura, para 20% de não toxicodpendentes. No comprimento temos 30% para 6,7%.

Quadro 12 - Zona das Costas

Intervalo	costas largura		costas comprimento	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	8	16	3	13
Fre[-x, -4]	14	12	23	16
Fre [4,+X]	8	2	4	1
	Porcentagem		Porcentagem	
Fre [-3,3]	26,7%	53,3%	10,0%	43,3%
Fre[-x, -4]	46,7%	40,0%	76,7%	53,3%
Fre [4,+X]	26,7%	6,7%	13,3%	3,3%

O grupo de toxicodependentes apresenta um número de sujeitos colocados no intervalo de correspondência óptima inferior do que o grupo de não toxicodependentes (em largura: 26%, nos toxicodependentes, para 53,3% nos não toxicodependentes, em comprimento: 10%, para 43,3%), sendo esta diferença significativa.

Denota-se que está colocado um número superior de indivíduos toxicodependentes no intervalo de MI superior a MR, do que não toxicodependentes. Apesar das diferenças não serem muito significativas.

Salienta-se a existência de diferenças no intervalo de correspondência de MI inferior a MR, aqui o grupo de sujeitos toxicodependentes, insere uma maior percentagem de indivíduos comparativamente com o grupo de não toxicodependentes. Em largura temos 26,7%, para 6,7%, enquanto que para comprimento, temos 13,3%, para 3,3%.

Quadro 13 - Zona do Peito / Cintura / Anca / da Cintura à Anca

Intervalo	peito		cintura		anca		cintura a anca	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	2	10	2	10	4	10	8	19
Fre[-x, -4]	9	6	3	5	8	2	4	5
Fre [4,+X]	19	14	25	15	18	18	18	6
	Porcentagem		Porcentagem		Porcentagem		Porcentagem	
Fre [-3,3]	6,7%	33,3%	6,7%	33,3%	13,3%	33,3%	26,7%	63,3%
Fre[-x, -4]	30,0%	20,0%	10,0%	16,7%	26,7%	6,7%	13,3%	16,7%
Fre [4,+X]	63,3%	46,7%	83,3%	50,0%	60,0%	60,0%	60,0%	20,0%

O grupo de toxicodependentes apresenta uma percentagem inferior de sujeitos toxicodependentes inseridos no intervalo de correspondência óptima entre MR e MI,

comparativamente com os indivíduos não toxicodependentes. Sendo esta diferença significativa, como tal o grupo de toxicodependentes apresenta neste intervalo 6,7% - peito, 6,7%-cintura, 13,3%-anca e 26,7%- da cintura à anca; enquanto que o grupo de não toxicodependentes assume 33,3%-peito, 33,3%-cintura, 33,3%-anca e 63,3%-da cintura à anca.

Em relação ao intervalo de MI superior a MR, no peito é o grupo de toxicodependentes que assume uma maior percentagem, tal como na anca, porém o grupo de não toxicodependentes apresenta uma maior percentagem na cintura e da cintura à anca. Não sendo no entanto estas diferenças entre ambos os grupos muito significativas.

Existe um maior número de indivíduos toxicodependentes que assumem a correspondência de MI inferior a MR, comparativamente com o grupo de não toxicodependentes. Como tal, temos: 63,3% - peito, 83,3% - cintura, 60% - cintura à anca no grupo de toxicodependentes, para 46,7% - peito, 50% - cintura e 20% - cintura à anca no grupo de não toxicodependentes. Só na anca é que ambos os grupo apresentam o mesmo número de indivíduos 60%, para este intervalo.

Quadro 14 - Zona dos Braços

Intervalo	superior braço larg.		superior braço comp.		inferior braço larg.		inferior braço comp.	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	5	10	5	15	5	13	9	12
Fre[-x, -4]	1	7	6	10	0	3	7	11
Fre [4,+X]	24	13	19	5	25	14	14	7
	Percentagem		Percentagem		Percentagem		Percentagem	
Fre [-3,3]	16,7%	33,3%	16,7%	50,0%	16,7%	43,3%	30,0%	40,0%
Fre[-x, -4]	3,3%	23,3%	20,0%	33,3%	0,0%	10,0%	23,3%	36,7%
Fre [4,+X]	80,0%	43,3%	63,3%	16,7%	83,3%	46,7%	46,7%	23,3%

Mais uma vez, o grupo de sujeitos toxicodependentes apresenta uma menor correspondência óptima entre MR e MI, em comparação com o grupo de não toxicodependentes. Então temos na zona superior do braço em largura 16,7% de sujeitos toxicodependentes situados neste intervalo, para 33,3% de não toxicodependentes; em comprimento surgem 16,7%, para 50%; na zona inferior em largura 16,7% para 43,3% e

em comprimento temos uma diferença de 30% para 40%, aqui é onde a diferença entre os dois grupos é menos significativa.

Denota-se que o grupo de não toxicodependentes apresenta um maior número de indivíduos no intervalo de MI superior a MR, comparativamente com o outro grupo. Esta diferença é patente em todas as zonas do braço e apresenta alguma significância.

Por outro lado, em todas as zonas do braço, o grupo de toxicodependentes apresenta mais indivíduos situados no intervalo de MI inferior a MR, com diferenças significativas em relação ao outro grupo. Como tal, temos na zona superior em largura 80% de sujeitos toxicodependentes, para 43,3% de não toxicodependentes; em comprimento 63,3% para 16,7%, na zona inferior em largura 83,3% para 46,7% e em comprimento 46,7% para 23,3% no segundo grupo.

Quadro 15 - Região da Mão

Intervalo	mão largura		mão comprimento	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	3	26	10	26
Fre[-x, -4]	4	2	4	2
Fre [4,+X]	23	2	16	2
	Percentagem		Percentagem	
Fre [-3,3]	10,0%	86,7%	33,3%	86,7%
Fre[-x, -4]	13,3%	6,7%	13,3%	6,7%
Fre [4,+X]	76,7%	6,7%	53,3%	6,7%

O grupo de toxicodependentes apresenta no intervalo óptimo um número inferior de indivíduos do que no grupo de não toxicodependentes, tanto para a largura com 10% para 86,7%, como para o comprimento, com 33,3%, para 86,7%, sendo esta diferença bastante significativa.

Contudo apresenta um maior número de indivíduos situados no intervalo MI, maior que MR, do que os indivíduos não toxicodependentes, não sendo esta diferença muito significativa.

Salienta-se a discrepância no intervalo de MI inferior a MR, entre os dois grupos, em que os toxicodependentes assumem uma grande incidência neste intervalo, comparativamente com o grupo de não toxicodependentes. Na largura temos 76,7% para 6,7% no outro grupo, no comprimento 53,3%, para 6,7%, esta diferença entre os dois grupos é bastante significativa.

Quadro 16 - Região da Cabeça

Intervalo	cabeça largura		cabeça comprimento	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	5	12	3	15
Fre[-x, -4]	4	8	10	11
Fre [4,+X]	21	10	17	4
	Percentagem		Percentagem	
Fre [-3,3]	16,7%	40,0%	10,0%	50,0%
Fre[-x, -4]	13,3%	26,7%	33,3%	36,7%
Fre [4,+X]	70,0%	33,3%	56,7%	13,3%

O grupo de toxicodependentes apresenta uma percentagem de indivíduos situados no intervalo óptimo, inferior ao do grupo de não toxicodependentes. Na largura temos 16,7% no primeiro grupo, para 40% no segundo grupo, em relação ao comprimento, 10%, para 50%. Esta diferença entre ambos os grupos é bastante significativa.

No que diz respeito ao intervalo de MI superior a MR, é o grupo de não toxicodependentes que predomina nesta correspondência, apesar das diferenças entre ambos os grupos não serem muito significativas.

É notório o facto do grupo de toxicodependentes inserir mais sujeitos no intervalo MI inferior a MR, comparativamente com o grupo de não toxicodependentes. Então temos 70% para 33,3%, na largura e 56,7% para 13,3%, para o comprimento. Mais uma vez as diferenças neste intervalo entre os grupos são bastante significativas.

Quadro 17 - Região do Pescoço

Intervalo	pescoço largura		pescoço comprim.	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	4	14	11	21
Fre[-x, -4]	7	10	10	9
Fre [4,+X]	19	6	9	0
	Porcentagem		Porcentagem	
Fre [-3,3]	13,3%	46,7%	36,7%	70,0%
Fre[-x, -4]	23,3%	33,3%	33,3%	30,0%
Fre [4,+X]	63,3%	20,0%	30,0%	0,0%

Tal como anteriormente, o grupo de toxicodependentes apresenta um menor número de indivíduos situados no intervalo óptimo de correspondência entre MR e MI, comparativamente com o grupo de não toxicodependentes. Assim temos na largura 13,3%, para 46,7%, enquanto que no comprimento 36,7%, para 70%, sendo estas diferenças significativas.

No intervalo de MI superior a MR, os valores alternam, situando-se aqui mais indivíduos toxicodependentes para o comprimento, enquanto que para a largura situam-se mais indivíduos não toxicodependentes, não sendo estas diferenças significativas.

Destaca-se o facto de os toxicodependentes ocuparem em grande número o intervalo de MI inferior a MR, comparativamente com o outro grupo. Assim, para a largura temos 63,3% de toxicodependentes para 20% de não toxicodependentes e para o comprimento 30% para 0%, o que representa a existência de diferenças significativas.

Em termos de apreciação geral, o grupo de toxicodependentes apresenta em 21 partes do corpo uma percentagem inferior de indivíduos situados no intervalo óptimo de correspondência entre MR e MI, comparativamente com o grupo de não toxicodependentes, revelando diferenças bastante significativas. Verificando-se unicamente a excepção da zona superior em comprimento da perna com 30%, para 26,7%. Não sendo esta diferença significativa. Relativamente ao intervalo de correspondência MI maior que MR, não se salientam grandes diferenças entre os grupos, sendo que o grupo de não toxicodependentes apresenta um número sensivelmente maior de indivíduos situados neste intervalo.

De facto, tal como no primeiro intervalo, que revela grandes diferenças entre os grupos, também o último apresenta diferenças significativas. Logo, na totalidade das partes do corpo estudadas, os indivíduos toxicodependentes apresentam um número extremamente elevado de inserções no intervalo de MI inferior a MR, comparativamente com o grupo de não toxicodependentes.

### Comparação das diferenças entre sexos ao nível dos intervalos de erro entre MR e MI

Quadro 18 - Região da Perna

	superior perna largura				superior perna comprimento			
	Femininos		Masculinos		Femininos		Masculinos	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	3	9	0	2	5	6	4	2
Fre[-x, -4]	0	1	0	3	7	6	5	8
Fre [4,+X]	12	5	15	10	3	3	6	5
	Percentagem				Percentagem			
Fre [-3,3]	20.0%	60.0%	0.0%	13.3%	33.3%	40.0%	26.7%	13.3%
Fre[-x, -4]	0.0%	6.7%	0.0%	20.0%	46.7%	40.0%	33.3%	53.3%
Fre [4,+X]	80.0%	33.3%	100.0%	66.7%	20.0%	20.0%	40.0%	33.3%

Em largura:

Na relação entre homens e mulheres toxicodependentes salienta-se que as últimas estão maioritariamente situadas no intervalo óptimo com 20%, para 0%. Não havendo diferenças no intervalo de MI maior que MR. É patente que os homens apresentam maior índice de representatividade no intervalo de MI menor que MR, com 100%, para 80% nas mulheres.

Entre homens e mulheres não toxicodependentes, 60% das últimas estão no intervalo óptimo para 13,3% dos homens. Mais homens estão situados no intervalo de MI maior que MR, com 20% para 6,7%. No intervalo de MI maior que MR, os homens estão em maioria com 66,7% para 33,3%.

Em comprimento:

As diferenças entre os sexos não são significativas, entre o grupo de toxicodependentes e não toxicodependentes.

Quadro 19 - Zona inferior da Perna

	inferior perna largura				inferior perna comprimento			
	Femininos		Masculinos		Femininos		Masculinos	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	2	7	1	4	3	6	3	5
Fre[-x, -4]	0	3	0	0	6	7	5	4
Fre [4,+X]	13	5	14	11	6	2	7	6
	Percentagem				Percentagem			
Fre [-3,3]	13.3%	46.7%	6.7%	26.7%	20.0%	40.0%	20.0%	33.3%
Fre[-x, -4]	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	40.0%	46.7%	33.3%	26.7%
Fre [4,+X]	86.7%	33.3%	93.3%	73.3%	40.0%	13.3%	46.7%	40.0%

Em largura:

Comparando homens e mulheres toxicodependentes, há um maior número de mulheres situadas no intervalo óptimo, com 13,3% para 6,7% dos homens. No intervalo de MI maior que MR, não existem diferenças. No intervalo de MI menor que MR, os homens apresentam uma maior expressividade com 93,3%, para 86,7%, apesar desta diferença não ser muito significativa.

Entre homens e mulheres não toxicodependentes verifica-se que as últimas apresentam maior número de indivíduos situados no intervalo óptimo, com 46,7%, para 26,7%. Também estas apresentam maior expressividade no intervalo de MI maior que MR, com 20%, para 0%. No intervalo de MI menor que MR, os homens estão em maioria, com 73,3%, para 33,3%.

Em comprimento:

Entre homens e mulheres toxicodependentes, não há diferenças quanto ao intervalo óptimo, as mulheres estão em maioria no intervalo de MI maior que MR, com 40% para 33,3%. No último intervalo de MI menor que MR, as diferenças não são muito significativas, com 46,7% dos homens para 40% nas mulheres.

Entre homens e mulheres não toxicodpendentes estas últimas estão em maioria no intervalo óptimo com 40%, para 33,3%. No intervalo de MI superior a MR, são novamente as mulheres que estão em maioria com 46,7%, para 26,7%. Perante o intervalo de MI inferior a MR, os homens estão aí situados em maior número com 40% para 13,3%.

Quadro 20 - Zona do Pé

	pé largura				pé comprimen.			
	Femininos		Masculinos		Femininos		Masculinos	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	1	11	2	8	2	9	5	8
Fre[-x, -4]	2	2	1	3	8	5	6	6
Fre [4,+X]	12	2	12	4	5	1	4	1
	Percentagem				Percentagem			
Fre [-3,3]	6.7%	73.3%	13.3%	53.3%	13.3%	60.0%	33.3%	53.3%
Fre[-x, -4]	13.3%	13.3%	6.7%	20.0%	53.3%	33.3%	40.0%	40.0%
Fre [4,+X]	80.0%	13.3%	80.0%	26.7%	33.3%	6.7%	26.7%	6.7%

Em Largura:

Nos homens e mulheres toxicodpendentes denota-se que, os primeiros apresentam um maior número de sujeitos situados no intervalo de correspondência óptimo com 13,3% para 6,7%, enquanto que no intervalo de MI maior que MR são as mulheres que estão em maioria com 13,3% para 6,7%. No intervalo de MI menor que MR não existem qualquer diferenças entre os sexos.

Entre homens e mulheres não toxicodpendentes são as mulheres que se situam maioritariamente no intervalo óptimo com 73,3% para 53,3%. No intervalo MI maior que MR, os homens estão em maioria, com 20% para 13,3%. Para o intervalo de MI menor que MR, também são os homens que assumem uma maior percentagem com 26,7% para 13,3%.

Em Comprimento:

No grupo de toxicodependentes, verifica-se que os homens no intervalo óptimo estão em maior percentagem comparativamente com as mulheres, com 33,3% para 13,3%. No intervalo de MI maior que MR as mulheres estão em maioria com 53,3% para 40%. Perante o intervalo de MI menor que MR as diferenças entre os sexos não são muito significativas, contudo as mulheres estão em vantagem com 33,3%, para 26,7%.

No grupo de não toxicodependentes, as mulheres estão em maior número, no intervalo óptimo, com 60% para 53,3%. No intervalo de MI maior que MR, não se denotam diferenças muito significativas, contudo os homens estão em número ligeiramente superior com 40%, para 33,3%. No intervalo de MI menor que MR não se verificam diferenças entre os sexos.

Quadro 21 - Zona das Costas

	costas largura				costas comprimento			
	Femininos		Masculinis		Femininos		Masculinis	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	4	7	4	9	2	8	1	5
Fre[-x, -4]	8	7	6	5	12	7	11	9
Fre [4,+X]	3	1	5	1	1	0	3	1
	Percentagem				Percentagem			
Fre [-3,3]	26.7%	46.7%	26.7%	60.0%	13.3%	53.3%	6.7%	33.3%
Fre[-x, -4]	53.3%	46.7%	40.0%	33.3%	80.0%	46.7%	73.3%	60.0%
Fre [4,+X]	20.0%	6.7%	33.3%	6.7%	6.7%	0.0%	20.0%	6.7%

Em Largura:

No grupo de toxicodependentes, em relação ao intervalo óptimo, não se verificam diferenças entre os sexos. No intervalo de MI maior que MR as diferenças também não são muito significativas, contudo estão em ligeira vantagem com 53,3%, para 40%. tal como no intervalo de MI menor que MR, com os homens com 33,3%, para 20% nas mulheres.

No grupo de não toxicodependentes, denota-se que no intervalo óptimo os homens estão em maioria com 60% para 46,7%. No intervalo de MI maior que MR, as mulheres estão

em maior número com 46,7% para 33,3%. No que se refere ao intervalo de MI menor que MR não se verificam diferenças.

Em Comprimento:

No grupo de toxicodependentes, as mulheres estão em maior número no intervalo ótimo, com 13,3% para 6,7% dos homens. No intervalo de MI maior que MR, também são estas que estão em maioria com 80% para 73,3%. No intervalo de MI menor que MR são os homens que assumem maior destaque com 20% para 6,7%.

No grupo de não toxicodependentes, no intervalo ótimo verifica-se que as mulheres estão em maior número com 53,3% para 33,3%. No intervalo de MI maior que MR, os homens estão em maioria com 60% para 46,7%. No intervalo de MI menor que MR não se denotam diferenças significativas entre os sexos, contudo os homens estão ligeiramente à frente com 6,7%, para 0%.

Quadro 22 - Zona do Peito e Cintura

	peito				cintura			
	Femininos		Masculinos		Femininos		Masculinos	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	1	5	1	5	1	6	1	4
Fre[-x, -4]	4	4	5	2	2	3	1	2
Fre [4,+X]	10	6	9	8	12	6	13	9
	Percentagem				Percentagem			
Fre [-3,3]	6.7%	33.3%	6.7%	33.3%	6.7%	40.0%	6.7%	26.7%
Fre[-x, -4]	26.7%	26.7%	33.3%	13.3%	13.3%	20.0%	6.7%	13.3%
Fre [4,+X]	66.7%	40.0%	60.0%	53.3%	80.0%	40.0%	86.7%	60.0%

Peito:

Nos toxicodependentes, nota-se que não existem diferenças entre os sexos para o intervalo ótimo. Para o intervalo de MI maior que MR as diferenças não são muito significativas, contudo os homens estão em vantagem com 33,3%, para 26,7%, tal como no intervalo de MI menor que MR, em que são as mulheres que assumem maior número com 66,7%, para 60%.

Para os não toxicodependentes também não existem diferenças entre os sexos para o intervalo óptimo. No intervalo de MI maior que MR, as mulheres estão em maioria com 26,6% para 13,3%. Em relação ao MI menor que MR, os homens estão em maior número com 53,3% para 40%.

Cintura:

O grupo de toxicodependentes não revela diferenças significativas entre homens e mulheres, para o intervalo óptimo. No intervalo de MI superior a MR as mulheres assumem a maioria com 13,3%, para 6,7%, enquanto que no intervalo de MI inferior a MR, são os homens que apresentam uma ligeira vantagem com 86,7%, para 80%.

O grupo de não toxicodependentes revela diferenças no intervalo óptimo, em que as mulheres surgem com 40% para 26,7% nos homens. No intervalo de MI maior que MR as diferenças entre os sexos não são muito significativas, contudo as mulheres estão em vantagem com 20%, para 13,3%. Enquanto que no intervalo de MI menor que MR, os homens apresentam-se em maior número que as mulheres, com 60% para 40%.

Quadro 23 - Zona da Anca e da Cintura à Anca

	anca				cintura a anca			
	Femininos		Masculinos		Femininos		Masculinos	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	3	7	1	3	3	11	5	8
Fre[-x, -4]	7	0	1	2	4	1	0	4
Fre [4,+X]	5	8	13	10	8	3	10	3
	Percentagem				Percentagem			
Fre [-3,3]	20.0%	46.7%	6.7%	20.0%	20.0%	73.3%	33.3%	53.3%
Fre[-x, -4]	46.7%	0.0%	6.7%	13.3%	26.7%	6.7%	0.0%	26.7%
Fre [4,+X]	33.3%	53.3%	86.7%	66.7%	53.3%	20.0%	66.7%	20.0%

Anca:

No grupo de toxicodependentes verifica-se, para o intervalo óptimo, que as mulheres estão aí mais inseridas, com 20% para 6,7% dos homens, tal como para o intervalo de MI maior que MR, com 46,7% para 6,7%. Até que no intervalo de MI menor que MR, os homens estão em maioria com 86,7% para 33,3%.

No grupo de não toxicodependentes verifica-se que as mulheres estão em maioria no intervalo óptimo, com 46,7% para 20%. No intervalo de MI maior que MR são os homens que estão em maioria com 13,3% para 0%. No intervalo de MI menor que MR os homens apresentam uma maior percentagem com 66,7% para 53,3%.

Da Cintura à Anca:

O grupo de toxicodependentes revela no intervalo óptimo 33,3% de homens para 20% de mulheres. No intervalo de MI maior que MR as mulheres estão em maioria com 26,7% para 0% nos homens. Em MI menor que MR, são os homens que dominam com 66,7% para 53,3%.

O grupo de não toxicodependentes apresenta para o intervalo óptimo uma percentagem de sujeitos maioritariamente feminina com 73,3% para 53,3%. No intervalo de MI maior que MR, são os homens que estão em maior número com 26,7% para 6,7%. Em relação ao intervalo de MI menor que MR não se observam diferenças entre os sexos.

Quadro 24 - Zona superior do braço

	superior braço largura				superior braço comprimento			
	Femininos		Masculinos		Femininos		Masculinos	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	5	7	0	3	2	6	3	9
Fre[-x, -4]	0	5	1	2	4	8	2	2
Fre [4,+X]	10	3	14	10	9	1	10	4
	Percentagem				Percentagem			
Fre [-3,3]	33.3%	46.7%	0.0%	20.0%	13.3%	40.0%	20.0%	60.0%
Fre[-x, -4]	0.0%	33.3%	6.7%	13.3%	26.7%	53.3%	13.3%	13.3%
Fre [4,+X]	66.7%	20.0%	93.3%	66.7%	60.0%	6.7%	66.7%	26.7%

Em Largura:

No grupo de toxicodependentes, as mulheres estão em maior número no intervalo óptimo com 33,3% para 0%. No intervalo de MI maior que MR as diferenças não são muito significativas, porém os homens estão em vantagem com 6,7%, para 0%. Contudo no intervalo de MI menor MR, os homens revelam 93,3% para 66,7% das mulheres.

No grupo de não toxicodependentes, as mulheres estão em maior número no intervalo óptimo com 46,7% para 20%. No intervalo de MI maior que MR prevalecem as mulheres com 33,3% para 13,3%. Enquanto que no intervalo de MI menor que MR são os homens que aí se inserem em maior número com 66,7% para 20%.

Em comprimento:

O grupo de toxicodependentes apresenta um maior número de homens no intervalo óptimo com 20% para 13,3%. No intervalo de MI maior que MR as mulheres estão em maioria com 26,7% para 13,3%. No intervalo de MI menor MR, as diferenças entre os sexos não são muito significativas, contudo os homens apresentam uma ligeira vantagem com 66,7%, para 60%.

No grupo de não toxicodependentes são os homens que estão em maioria no intervalo óptimo com 60% para 40%. No intervalo de MI maior que MR as mulheres estão em maior número com 53,3% para 13,3%. Até que no intervalo de MI menor que MR são os homens que apresentam maior relevância com 26,7% para 6,7%.

Quadro 25 - Zona inferior do braço

	inferior braço largura				inferior braço comprimento			
	Femininos		Masculinos		Femininos		Masculinos	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	2	9	3	4	3	7	6	5
Fre[-x, -4]	0	3	0	0	5	8	2	3
Fre [4,+X]	13	3	12	11	7	0	7	7
	Percentagem				Percentagem			
Fre [-3,3]	13.3%	60.0%	20.0%	26.7%	20.0%	46.7%	40.0%	33.3%
Fre[-x, -4]	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	33.3%	53.3%	13.3%	20.0%
Fre [4,+X]	86.7%	20.0%	80.0%	73.3%	46.7%	0.0%	46.7%	46.7%

Largura:

O grupo de toxicodependentes revela que os homens estão em maior número para o intervalo óptimo com 20% para 13,3%. No intervalo de MI maior que MR não existem diferenças. No intervalo de MI menor que MR, apesar destas não serem muito significativas, as mulheres estão em vantagem com 86,7%, para 80%.

O grupo de não toxicodependentes revela para o intervalo óptimo, um maior número de mulheres com 60% para 26,7% de homens. No intervalo de MI superior a MR, também as mulheres estão em maioria com 20% para 0%. No intervalo de MI inferior a MR nota-se que os homens estão em maior número com 73,3%, para 20%.

Em comprimento:

O grupo de toxicodependentes apresenta no intervalo óptimo, um maior número de homens com 40% para 20%. No intervalo de MI superior a MR denota-se que as mulheres estão em maioria com 33,3%, para 13,3%. Para o intervalo de MI não se observam diferenças entre os sexos.

No grupo de não toxicodependentes observa-se que as mulheres estão em maioria no intervalo óptimo, com 46,7%, para 33,3%. No intervalo de MI superior a MR são também as mulheres que prevalecem com 53,3% para 20%. Para o intervalo de MI inferior a MR, são os homens que estão em maioria com 46,7% para 0%.

Quadro 26 - Zona da Mão

	mão largura				mão comprimento			
	Femininos		Masculinos		Femininos		Masculinos	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	2	14	1	12	7	13	3	13
Fre[-x, -4]	3	0	1	2	3	1	1	1
Fre [4,+X]	10	1	13	1	5	1	11	1
	Percentagem				Percentagem			
Fre [-3,3]	13.3%	93.3%	6.7%	80.0%	46.7%	86.7%	20.0%	86.7%
Fre[-x, -4]	20.0%	0.0%	6.7%	13.3%	20.0%	6.7%	6.7%	6.7%
Fre [4,+X]	66.7%	6.7%	86.7%	6.7%	33.3%	6.7%	73.3%	6.7%

Em largura:

O grupo de toxicodependentes não apresenta diferenças muito significativas para o intervalo óptimo, apesar de as mulheres estarem em vantagem com 13,3%, para 6,7%. No intervalo de MI superior a MR, as mulheres estão em maioria com 20% para 6,7%. Para o intervalo de MI inferior a MR, são os homens que estão em maioria com 86,7%, para 66,7%.

No grupo de não toxicodpendentes, verifica-se que no intervalo óptimo são as mulheres que aí se situam maioritariamente com 93,3%, para 80%. Para o intervalo de MI superior a MR, são os homens que prevalecem com 13,3% para 0%. Até que no intervalo de MI inferior a MR não se verificam diferenças entre os sexos.

Em comprimento:

O grupo de toxicodpendentes revela que são as mulheres que se situam em maioria no intervalo óptimo, com 46,7%, para 20%, tal como no intervalo de MI superior a MR, com 20%, para 6,7%. No intervalo de MI inferior a MR, são os homens que estão em maioria com 73,3%, para 33,3%.

O grupo de não toxicodpendentes não apresenta diferenças entre sexos, em qualquer dos intervalos estudados, para esta zona do corpo.

Quadro 27 - Zona da cabeça

	cabeça largura				cabeça comprimento			
	Femininos		Masculinos		Femininos		Masculinos	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	4	5	1	7	3	7	0	8
Fre[-x, -4]	4	5	0	3	7	5	3	6
Fre [4,+X]	7	5	14	5	5	3	12	1
	Percentagem				Percentagem			
Fre [-3,3]	26.7%	33.3%	6.7%	46.7%	20.0%	46.7%	0.0%	53.3%
Fre[-x, -4]	26.7%	33.3%	0.0%	20.0%	46.7%	33.3%	20.0%	40.0%
Fre [4,+X]	46.7%	33.3%	93.3%	33.3%	33.3%	20.0%	80.0%	6.7%

Em largura:

O grupo de toxicodpendentes, para o intervalo óptimo revela uma maior percentagem de mulheres com 26,7%, para 6,7%. No intervalo de MI superior a MR, também são as mulheres que estão em maioria com 26,7%, para 0%. Por fim, no intervalo de MI inferior a MR são os homens que se destacam com 93,3%, para 46,7%.

O grupo de não toxicodpendentes apresenta um maior número de homens situados no intervalo óptimo, com 46,7%, para 33,3%. No intervalo de MI superior a MR, são as

mulheres que estão em maior número, com 33,3%, para 20%. No intervalo de MI inferior a MR, não se apresentam diferenças entre os sexos.

Em comprimento:

No grupo de toxicodependentes, para o intervalo óptimo, as mulheres estão em maioria com 20%, para 0%, tal como no intervalo de MI superior a MR, com 46,7%, para 20%. Porém, no intervalo de MI inferior a MR, são os homens que estão em maioria com 80%, para 33,3%.

Para o grupo de não toxicodependentes, quanto ao intervalo óptimo, é patente que são os homens que estão em maioria com 53,3%, para 46,7%, tal como no intervalo de MI superior a MR, com 40%, para 33,3%. Porém no intervalo de MI inferior a MR são as mulheres que se destacam com 20%, para 6,7%.

Quadro 28 - Zona do pescoço

	pescoço largura				pescoço comprimento			
	Femininos		Masculinos		Femininos		Masculinos	
	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.	Toxic.	N toxic.
Fre [-3,3]	2	5	2	9	2	13	9	8
Fre[-x, -4]	6	6	1	4	9	2	1	7
Fre [4,+X]	7	4	12	2	4	0	5	0
	Percentagem				Percentagem			
Fre [-3,3]	13.3%	33.3%	13.3%	60.0%	13.3%	86.7%	60.0%	53.3%
Fre[-x, -4]	40.0%	40.0%	6.7%	26.7%	60.0%	13.3%	6.7%	46.7%
Fre [4,+X]	46.7%	26.7%	80.0%	13.3%	26.7%	0.0%	33.3%	0.0%

Em largura:

Denota-se que no grupo de toxicodependentes não surgem diferenças quanto ao sexo, para o intervalo óptimo. No intervalo de MI superior a MR, são as mulheres que estão em maioria com 40%, para 6,7%. No intervalo de MI inferior a MR são os homens que se destacam com 80% para 46,7%.

No grupo de não toxicodependentes, para o intervalo óptimo, são os homens que estão em maioria, com 60%, para 33,3%. Para o intervalo de MI superior a MR, as mulheres

destacam-se com 40%, para 26,7%, tal como no intervalo de MI inferior a MR, com 26,7%, para 13,3%.

Em comprimento:

No grupo de toxicodependentes, para o intervalo óptimo, são os homens que estão em maioria, com 60%, para 13,3%. No intervalo de MI superior a MR, estão as mulheres em maioria com 60%, para 6,7%. No intervalo de MI inferior a MR não se verificam diferenças muito significativas entre os sexos, contudo os homens apresentam ligeira vantagem com 33,3%, para 26,7%.

No grupo de não toxicodependentes, para o intervalo óptimo, são as mulheres que aí se inserem, em maioria com 86,7%, para 53,3%. No intervalo de MI superior a MR são os homens que se destacam com 46,7%, para 13,3%. Enquanto que para o intervalo de MI inferior a MR não se verificam diferenças entre os sexos.

## 8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir do tratamento estatístico salienta-se que existem diferenças significativas entre o grupo de toxicodependentes e de não toxicodependentes, perante a relação entre medidas reais e imaginárias. Em 20 zonas do corpo estudadas, os indivíduos não toxicodependentes apresentam uma maior coincidência entre MR e MI. Curiosamente as duas únicas excepções referem-se à região superior da perna em comprimento e à zona inferior do braço em comprimento, em que as diferenças entre as amostras não são significativas. O que nos pode levar a pensar que por serem duas zonas do corpo bastante expostas e logo de fácil observação directa, a situação de imaginar as suas medidas torna-se mais fácil e factual.

A partir destes resultados rejeita-se automaticamente a Hipótese Nula, a qual considera que não existem diferenças entre os dois grupos, quanto à representação da imagem do corpo. Esta rejeição é consolidada com uma confiança bastante significativa, a qual alterna entre as 95%, para duas zonas do corpo e as 99% nas restantes, tal diferença assume alguma fiabilidade.

Por outro lado aceita-se a Hipótese Geral, a qual considera existirem diferenças, na representação da imagem corporal entre o grupo de toxicodependentes e não toxicodependentes. As diferenças entre as amostras são mais significativas na região das costas em largura e comprimento, no peito, na cintura, anca e na cabeça em comprimento. Todas estas medidas pressupõem uma imaginação em termos bidimensionais (comprimento, largura), onde se ultrapassa a percepção visual mais factual.

A análise de intervalos de erro para calcular a relação de correspondência entre MR e MI, permite-nos perceber até que ponto os sujeitos representam as MI perto das MR, tal facto assume-se como uma aproximação entre imagem corporal e corpo real, contudo, também nos permitem perceber até que ponto assumem uma imagem corporal não correspondente ao corpo real, quer seja por excesso MI, superior a MR, aí os sujeitos percebem-se

maiores, ou por defeito, com MR superior a MI, onde os sujeitos assumem uma imagem do seu corpo mais pequena.

Denotou-se que em 21 partes do corpo, os sujeitos toxicodependentes apresentavam uma percentagem muito baixa de indivíduos situados no intervalo de correspondência óptima, entre MR e MI, sendo esta discrepância bastante significativa. Unicamente na zona superior da perna em comprimento é que esse grupo apresentou uma percentagem de indivíduos colocados nesse intervalo, sensivelmente superior à de não toxicodependentes. Da mesma forma, também não se verificaram diferenças entre os grupos neste intervalo na zona inferior do braço em comprimento.

Em relação ao intervalo que considera que MI superior a MR, para 12 zonas do corpo, o grupo de não toxicodependentes apresentam valores superiores ao do grupo de toxicodependentes, no geral a diferença anda à volta de 10%, tendo apresentado uma diferença superior na zona superior do braço em largura, com 3,3% no grupo de toxicodependentes, para 23,3% no grupo de não toxicodependentes. Por conseguinte, nesta zona apresentam uma MI muito inferior a MR, com 80% dos sujeitos toxicodependentes, para 43,3% não toxicodependentes. Por outro lado, o grupo de toxicodependentes apresenta 8 zonas do corpo onde atribui um maior número de indivíduos situados no intervalo MI maior que MR. As zonas onde tal se verifica, são a anca, com 26,7%, para 6,7% e nas costas em comprimento com 76,7% para 53,3%, a diferença situa-se num máximo de 26% de diferença.

Destaca-se o facto do grupo de indivíduos toxicodependentes se situar maioritariamente no intervalo de MI inferior a MR. Tal acontece em praticamente todas as partes do corpo estudadas, num total de 21 zonas. A única excepção é a anca, onde ambos os grupos apresentam o mesmo valor 60%, aqui os grupos tiveram tendência para representar em termos de MI, um valor muito inferior ao real. A percentagem de indivíduos situados neste intervalo, pertencentes ao grupo de toxicodependentes é no geral elevada, para 14 partes do corpo assume uma significância superior a 50%, facto que é bastante relevante.

Parece que os indivíduos toxicodependentes apresentam uma maior tendência em representar em termos de imagem corporal, Medidas Imaginárias sobre o seu corpo,

menores do que realmente são, e tal é feito com um índice de repetição extremamente elevado. Então poderemos supor que estes indivíduos no geral apresentam uma tendência em representar a sua imagem corporal com dimensões inferiores às reais.

Quando comparamos os grupos em relação a eventuais diferenças entre os sexos, encontramos alguns pontos interessantes. Neste sentido, em relação ao intervalo de significância que considera MI equivalente a MR, o qual significa a não existência de diferenças entre a representação da imagem do corpo e a representação real do mesmo, encontramos no grupo de toxicodependentes, tanto para mulheres, como homens, meramente uma zona do corpo onde a percentagem neste intervalo foi a predominante. Para o intervalo de Medidas Imaginárias superiores às Medidas Reais, as mulheres apresentaram uma percentagem superior aos homens, em 7 zonas do corpo, enquanto esses só o fizeram para 3 zonas do corpo. No intervalo de Medidas Imaginárias inferiores às Medidas Reais, os homens apresentam uma percentagem superior para 17 zonas do corpo, enquanto as mulheres para 13 zonas.

Em relação ao grupo de não toxicodependentes, denota-se para o intervalo de Medidas Imaginárias equivalentes a Medidas Reais, uma ligeira diferença entre homens e mulheres, em que os primeiros definem neste intervalo uma percentagem superior para 11 zonas do corpo, enquanto que as mulheres apresentam essa predominância para 12 zonas do mesmo. Por outro lado são estas últimas que atribuem maior percentagem para 4 zonas do corpo em que as Medidas Imaginárias são maiores que as Medidas Reais, enquanto que os homens só atribuem tal para 2 zonas. Perante o intervalo de Medidas Imaginárias inferiores a Medidas Reais, os homens apresentam uma maior percentagem para 9 zonas do corpo, enquanto que para as mulheres, tal só se verifica em 3 zonas.

Ainda em relação às diferenças entre os sexos, mas comparando o valor das percentagens nos diferentes intervalos, verificamos que para o intervalo de MI equivalente a MR, as mulheres toxicodependentes apesar de tudo, apresentam níveis percentuais de colocação superiores aos homens, tal é verdade em 10 zonas do corpo, o inverso só se verifica em 7 zonas do corpo, e em 5 dessas não se verificam diferenças. No grupo de não toxicodependentes as mulheres também apresentam níveis percentuais superiores aos homens para o dito intervalo, logo em 16 zonas existe uma maior percentagem de

mulheres colocadas dentro deste intervalo, para meramente 4 zonas nos homens. Denota-se que unicamente em 2 zonas, é que não se verificam diferenças percentuais entre os sexos.

Para o intervalo de Medidas Imaginárias superiores às Medidas Reais, no grupo de toxicodependentes, as mulheres assumem um nível percentual de inserção superior aos homens em 17 zonas do corpo, enquanto estes só o realizam em 2 zonas do corpo. Com 3 zonas do mesmo, onde não se verificam diferenças percentuais. No grupo de não toxicodependentes, não se verificam diferenças significativas entre homens e mulheres, em termos percentuais, para este intervalo, as mulheres assumem maiores níveis em 11 zonas do corpo e os homens em 10. Só numa zona do corpo é que não se verificaram diferenças, entre os sexos.

No intervalo de Medidas Imaginárias inferiores a Medidas Reais, verifica-se no grupo de toxicodependentes, que são os homens que atribuem um nível percentual superior em 17 zonas do corpo, enquanto tal só se denota em 3 zonas do corpo para as mulheres e em 2 não se apresentam diferenças. Por conseguinte, no grupo de não toxicodependentes também é patente que são os homens que atribuem um maior nível percentual em 13 zonas do corpo, sendo que tal só se verificou em 2 zonas nas mulheres e em 7 sem diferenças nas percentagens entre os sexos.

É de salientar que os sujeitos toxicodependentes apresentaram resistência perante o pedido de imaginar as medidas das diferentes partes do seu corpo, demonstrando assim a existência de uma real dificuldade de projecção do mundo imaginário, de apelo à dimensão subjectiva e fantasmática.

O facto de existir uma diferença significativa, quanto à relação entre MI e MR, entre o grupo de toxicodependentes e não toxicodependentes, sendo que o grupo de toxicodependentes apresenta um franco desajustamento entre ambas as medidas, assinala a existência de distorção da imagem corporal, neste grupo. Tal facto, pode estar relacionado, em termos psicopatológicos com a existência de fenómenos de despersonalização em toxicodependentes, como defende Carlos Amaral Dias (1980).

As diferenças entre os sexos, referentes ao facto das mulheres, de ambos os grupos estarem mais próximas da correspondência óptima entre MR e MI, pode ter a ver, na sua origem, com o facto de em termos do investimento narcísico da imagem corporal estas se apoiarem num investimento libidinal perante o corpo, que o inclui na sua totalidade. Enquanto os homens apresentam uma tendência em circunscrever o investimento libidinal ao pénis (Blos 1985).

## 9. CONCLUSÃO

Conclui-se a existência de diferenças significativas ao nível da representação da imagem do corpo, entre um grupo de toxicodpendentes e outro de não toxicodpendentes. Neste sentido rejeita-se a Hipótese Nula, com uma margem de confiança bastante significativa, alternando entre os 95% e os 99%. A qual considera que não existem diferenças entre a representação da imagem corporal entre sujeitos toxicodpendentes e não toxicodpendentes. Para justificar estas diferenças denotou-se que os sujeitos toxicodpendentes no geral apresentam uma percentagem significativamente reduzida de indivíduos situadas no intervalo de correspondência óptima entre medidas reais e medidas imaginárias, quando comparados com os sujeitos não toxicodpendentes. Em contrapartida, o grupo de não toxicodpendentes, quando comparado com o de toxicodpendentes, apresenta uma maior percentagem de indivíduos colocados no intervalo que considera medidas imaginárias equivalentes a medidas reais.

Estas diferenças entre os grupos, são acompanhadas por diferenças entre os sexos, quando comparamos os grupos entre si. Neste sentido, no grupo de toxicodpendentes é patente que tanto os homens como as mulheres assumem predominantemente, as medidas imaginárias inferiores às medidas reais, sendo nos homens tal facto sensivelmente mais significativo. Contudo, parece que as mulheres apresentam também uma maior tendência para considerar as medidas imaginárias superiores às reais comparativamente aos homens, sendo muito reduzido o nível de equivalência óptima entre medidas imaginárias e medidas reais, para ambos os sexos.

No grupo de não toxicodpendentes salienta-se que o intervalo que predomina, tanto para homens como para mulheres é o de correspondência óptima entre medidas reais e medidas imaginárias, sendo ligeiramente superior nas mulheres. Por outro lado, os homens assumem uma maior tendência em representar as medidas imaginárias inferiores às medidas reais.

Denota-se que as mulheres toxicodependentes apresentam índices percentuais superiores aos homens para os intervalos de medidas imaginárias equivalentes a medidas reais, tal como as mulheres não toxicodependentes, no seu respectivo grupo. Por outro lado, são ainda as mulheres toxicodependentes que revelam níveis percentuais superiores perante as medidas imaginárias superiores às medidas reais, comparativamente com os homens. Não se verificam diferenças significativas neste intervalo, entre os sexos no grupo de não toxicodependentes.

Perante a representação de medidas imaginárias inferiores às medidas reais, são os homens em ambos os grupos que assumem um maior índice percentual comparativamente às mulheres. Observando-se esta diferença mais acentuadamente no grupo de toxicodependente, estando a diferença entre os sexos, neste intervalo, mais esbatida no grupo de não toxicodependentes.

A partir destes dados podemos considerar que é real a existência de um desfasamento entre medidas reais e imaginárias, em particular no grupo de toxicodependentes, não se verificando o mesmo no outro grupo. Tal leva-nos a supor que o grupo de toxicodependentes apresenta mais dificuldades em fazer corresponder as medidas reais com as medidas imaginárias, logo em imaginar medidas sobre o seu corpo e em representar mentalmente a imagem mental do mesmo. Sendo assim, este grupo apresenta uma maior distorção ao nível da representação da sua imagem corporal, comparativamente com o outro grupo. Parece que para os indivíduos não toxicodependentes torna-se mais fácil imaginar, em particular as medidas em termos bidimensionais do corpo, fazendo corresponder com mais facilidade estas com as reais.

Quando os sujeitos toxicodependentes foram solicitados para imaginar as medidas do seu corpo, muitos reagiram com alguma relutância, afirmando que tal tarefa seria difícil, alguns apelaram ao uso de uma fita métrica ou régua. Existindo mesmo casos de sujeitos que se recusaram, afirmando que eram incapazes de o fazer. Tal facto nunca aconteceu no grupo de sujeitos não toxicodependentes. Parece que os primeiros apresentam uma real dificuldade perante o apelo ao recurso do processo do imaginário, o que é confirmado não só pela sua atitude de resistência, como da dificuldade em fazer equivaler as medidas imaginárias com as reais. Tal fenómeno aproxima-nos como afirma Sami-Ali de uma

patologia da adaptação que se faz acompanhar por um funcionamento organizado mediante um registo caracterial, circunscrevendo o indivíduo a uma realidade imediata e pouco projectiva. Neste sentido, talvez o longo consumo de droga tivessem organizado uma personalidade que aprendeu a ser regida por um Super Ego corporal, o qual é responsável pela manutenção deste funcionamento, tal como pela sincronização artificial dos ritmos biológicos. Desta forma, o sujeito está limitado, próximo do ditatorial, não conseguindo ainda estabelecer uma relação projectiva com o seu corpo, espaço e tempo.

Apesar do grupo de toxicodependentes estar sem consumir em média há quinze dias, parece que estes sujeitos ainda não conseguiram reencontrar o funcionamento que se organiza em termos do projectivo e imaginário, talvez estejam num processo de renascer devagar para o mundo imaginário e onírico. De qualquer modo, convém salientar que não conseguimos como é obvio controlar incondicionalmente o facto dos sujeitos toxicodependentes não estarem a consumir, apesar destes afirmarem que não estavam de facto.

Por conseguinte, o grupo de não toxicodependentes conseguiu atribuir um nível bastante satisfatório de equivalência entre medidas imaginárias e reais, sabemos que as primeiras representam a projecção da imagem do corpo, enquanto que as reais se assumem como o corpo real. O que nos leva a pensar, que estes sujeitos conseguem estar mais aptos para operacionalizar o processo imaginativo e mais próximos da capacidade projectiva pondo-a ao mesmo tempo em correspondência com o corpo real, isto é, conseguem representar uma imagem de si, saindo de si sem se perderem nessa subjectividade.

Também é de salientar que em relação ao grupo de toxicodependentes, apesar das dificuldades apontadas, são as mulheres que estão mais próximas do intervalo de correspondência óptima. Parece que mesmo assim, as mulheres apresentam maior facilidade perante a representação de uma imagem corporal adequada ao real. No grupo de não toxicodependentes, também são as mulheres que assumem uma maior facilidade em representar uma imagem corporal mais perto do real. O facto das mulheres de ambos os grupos apresentarem uma correspondência mais equivalente entre medidas reais e medidas imaginárias pode-nos pôr a hipótese, que apesar de tudo, estas estão mais preocupadas com o seu corpo, já não sendo novo para algumas o comportamento de medir

determinadas partes do mesmo. O que vai ao encontro dos estudos de Lerner e Backne (1978), assim como de Fisher (1973), os quais assumem que a imagem corporal feminina é mais estável que a masculina. Talvez estas mulheres apresentem uma relação com o seu corpo que já tenha anteriormente passado por alguns comportamentos de medida e controle de peso.

O que também pode justificar tal facto, refere-se à própria organização da génese da imagem corporal, sendo que esta é diferencialmente constituída para homem e mulher. Enquanto o homem concretiza o investimento libidinal do corpo focalizando o pénis, a mulher investe todo o corpo (Blos 1985). Tal, pode permitir que a mulher estabeleça uma relação com o corpo imaginário mais próxima do corpo real, enquanto que o homem centraliza este investimento num narcisismo fálico estando o corpo imaginário dependente deste e logo mais distante do corpo total e real.

Este estudo revela a existência de distorção ao nível da imagem corporal em sujeitos heroínómanos. O que nos leva a considerar que a falha projectiva inerente a estes estará na base da dificuldade perante a representação do corpo, tendo como consequência o desenrolar de ineficácia perante a leitura do mesmo. Possivelmente os afectos não estão em correspondência com a componente corporal dificultando uma correcta consciencialização do corpo e logo, da apreciação do seu estado físico global.

A metodologia utilizada permitiu-nos analisar como é que os sujeitos correlacionavam o corpo imaginário com o corpo real e como é que cada um deles se organiza nesta correlação. É patente que os sujeitos toxicodpendentes definem o corpo imaginário com extrema dificuldade, sendo-lhes pouco plausível essa dimensão. As respostas são dadas porque houve um pedido para tal, porém a desconexão entre a resposta e o real é um dado presente, contudo, tal não nos parece ser um reflexo de excesso de corpo imaginário, pois como já foi frisado, houve bastantes resistências perante a operacionalização desta dimensão. O corpo é assim uma realidade exterior, à qual custa fazer uma referência que não seja também exterior. Este corpo tem dificuldades de funcionar ao nível inconsciente e quando é solicitado tal aproximação, faz-se o estritamente necessário ficando-nos até a sensação que as medidas imaginárias foram transmitidas ao acaso.

Parece ser difícil entrar em relação com o corpo imaginário e quando se efectua um esforço nesse sentido revela-se um distanciamento entre o corpo imaginário e real. O corpo não está investido libidinalmente, assumindo-se como algo estanho.

Outra hipótese que pode justificar a distorção de imagem corporal nos indivíduos toxicómanos, diz respeito à possibilidade da existência de perturbações psicopatológicas próximas da despersonalização. Estudos realizados por Carlos Amaral Dias (1980) confirmam a existência destas perturbações em sujeitos toxicodependentes. Logo, sentimentos de estranheza em relação às dimensões e características do corpo também podem estar na base da existência deste desajustamento entre MI e MR e da distorção da imagem corporal nestes sujeitos.

Sendo este estudo baseado na investigação realizada por Gloria Leventhal (1983) em New Jersey, a hipótese geral da autora também foi por nós confirmada, neste sentido é patente a existência de distorção da imagem corporal em homens e mulheres toxicodependentes. Contudo em termos de diferenças entre os sexos, os nossos resultados não foram ao encontro dos desse estudo. O qual considerou que os homens adidos calculavam exageradamente o tamanho do seu corpo enquanto as mulheres adidas o subestimavam. Em relação ao grupo de não adidos, a autora não encontrou diferenças entre os sexos. Porém os resultados do nosso estudo, ao nível das diferenças entre sexos não estão em conformidade com o dito estudo, pois tal como já referimos até são contrários. Tal facto permite-nos antever que estamos circunscritos a algumas limitações de estudo, como a realidade específica, cultural e social do nosso país, o facto de alguns indivíduos adidos poderem estar a consumir e até dos não adidos também terem feito experiências com drogas ditas “duras” sem que o assumissem perante a entrevista.

Em termos de desenvolvimento futuro de trabalhos neste âmbito seria interessante identificar mais ao pormenor as diferenças entre os sexos para as diferentes partes do corpo e desenvolver hipóteses para as mesmas. Dando seguimento a este trabalho poder-se-ia comparar a imagem corporal em sujeitos adidos HIV positivo com negativos, numa tentativa de perceber até que ponto o fenómeno HIV positivo poderia ter consequências ao nível da imagem corporal. Talvez até seja um bom ponto de partida para outro patamar de investigação em termos de investimento académico.

## 10. BIBLIOGRAFIA

- Agra, Cândido; Fernandes Luís (1993). *Droga enigma, Droga novo paradigma*. Porto: Radicario.
- Agra, Cândido (1993). *Dizer a droga, ouvir as drogas: estudos teóricos e empiristas para uma ciência do comportamento aditivo*. Porto: Radicario.
- Agra, Cândido (1995). *Da rapsódia à sinfonia. Epistema: os modos elementares do pensamento das drogas*. Rev. Toxicodependências, 2, 45-53.
- Agra, Cândido (1998). *Entre droga e crime*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Ajuriaguerra, J. (1971). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson.
- Alexander, Franz (1989). *Medicina Psicossomática*. São Paulo: Artes Médicas.
- Alves, Cristina (2001). *Uma história de ópio*. Rev. Toxicodependências, 2, 77-86.
- American Psychiatric Ass. (1996). *DSM IV Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª ed), versão internacional com os códigos ICD-10*. Lisboa: Climepsi.
- Anzieu, Didier (1978). *Pele: do prazer ao pensamento*. Lisboa: Sociocultura.
- Anzieu, Didier (1985). *Moi-peau*. Paris: Dunod.
- Arnon, D. et. al. (1974). *Psychological differentiation in heroin addicts*. Int. J. of the addictions, 9 (1), 151-159.

- 
- Ballone, G. (2001). *Dependência química e transtornos da personalidade*. (online). Available: <http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomatica/drogas4.html>.
  - Berge, Y. (1975). *Vivre son corps*. Paris: Editions du Seuil.
  - Bergeret, Jean (1979). *Relation entre Desrealization, Despersonalisation et Delire*. Paris: Masson
  - Bergeret, Jean (1983). *Toxicomania e personalidade*. Rio de Janeiro: Zahar.
  - Bergeret, J. & Leblanc, J. (1989). *Précis des toxicomanes*. Paris: Masson.
  - Bergeret, Jean (1998). *Psicologia Patológica: Teoria e Clínica*. Lisboa: Climepsi.
  - Bernfeld, S. (1996). *Psychanalyse dans le mouvement de jeunesse*. *Adolescence*, 205-211.
  - Bertherat, T. & Bernstein, C. (1976). *Le corps a ses raisons – Auto-guérison et anti gymnastique*. Paris: Editions du Seuil.
  - Blatt, Sidney (1983). *Psychodynamic perspectives on personality theory*. N.Y.: Pergamon.
  - Blatt, Sidney (1996). Levels of relatedness within the dependency factor of the depressive experiences questionnaire for adolescents. *J. Personal Assess*, 52-71.
  - Blois, Peter (1962). *On adolescence – a psychodynamic interpretation*. N.Y.: The Free Press.
  - Blois, Peter (1967). *Second individuation process of adolescence*. N.Y.: Int. Univ. Press.

- Boss, M. (1969). *Introduction à la Médecine Psychosomatique*. Paris: PUF.
- ✕ - Braunstein, F.; Pepin J. F. (2001). *O lugar do corpo na cultura ocidental*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1987). *Image du corps de 10 a 40 ans. Quelques facettes de cette image d'après le questionnaire QIC*. Bull psychol, 893-907.
- Campos, A. Marinha (2000). *Drogas, agora e porquê*. Rev. Toxicodependências, 1, 81-83.
- Capsiano, H.F.. *Imagem Corporal In psicossomática hoje*. Rio de Janeiro: Artes Médicas.
- Castellano Gylmara (1996). *Contribuição psicodinâmica ao estudo da toxicodependencia*. Lisboa: Dinalivro
- Chaves, Miguel (1998). *Consumo de novas drogas: ponto de partida para a investigação sociológica*. Rev.Toxicodependências, 4, 15-23.
- Chein, I. (1969). *Environment as a determinant of behavior*. J. S. Psychol, 115-127.
- Convery, C. (1995). *Introduction to unreality, depersonalisation and derealisation*. [on-line].  
Available: <http://www.kbk73.dial.pipex.com/unreal.html>
- Cordeiro, J. Dias (1979). *Adolescente e a família*. Lisboa: Moraes.
- Cordeiro, J. Dias; Miguel Nuno (1979). *Aspectos psicossociais das toxicodependências*. Rev.Hospitalidade, 8, 66-69.

- Costa, Helder; Melo, Rui (1994). *Toxicodpendência numa perspectiva social e familiar*. Lisboa: Centro das Taipas.
- Cotralha, Nuno (1992). *Expressão artística e consciência do corpo na toxicodpendência - experiência de vida*. Lisboa: Centro das Taipas.
- Cotralha, Nuno (1994). *Adolescência e toxicodpendência numa abordagem psicodinâmica*. Lisboa: Centro das Taipas.
- Crowley, T. (1972). *The reinforcers for drug abuse: Why people take drugs*. *Comprehensive Psychiatry*, v.13, 1, 51-62.
- ✕ - Dejours, Christophe (1988). *Corpo entre a Biologia e a Psicanálise*. São Paulo: Artes Médicas.
- Descamps, Marc-Alain (1985). *Corps dans le monde contemporain*. *Bull psychol*, 944-945.
- Dias, Carlos Amaral (1978). *Toxicodpendência e Depressão: um modelo de compreensão nas vertentes individual e social*. *Rev. Análise Psicológica*, 1, 11-16.
- Dias, Carlos Amaral (1979). *Que se mexe a parar: estudos sobre a droga*. Porto: Afrontamentos.
- Dias, Carlos Amaral (1980). *Influência relativa aos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano (demografia das toxicodpendências)*, Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, F.P.C.E., Coimbra.
- Dias, Carlos Amaral; Vicente, T. N.; Figueiredo, E.; Rodrigues, L. (1980). *Massagens no tratamento de episódios de despersonalização em toxicómanos*. Separata de "O Médico", 96 (31), 358-360.

- X - Dias, Carlos Amaral (1986). *Regressão imagem do corpo e identificação projectiva como elemento diferenciado, entre proc. adolesc. e proc. psicótico*. J. Psicol, 5 (1), 18-20.
- Dias, Carlos Amaral (1987). *Avaliação do programa de tratamento para toxicodependentes*. Juventude Toxicomanias, 14-20.
- Dias, Carlos Amaral (1991). *Ali-Babá, Droga: uma neurose diabólica do Séc. XX*. Lisboa: Escher.
- Dias, Carlos Amaral (1992). *Aventuras de Ali-Baba nos túmulos de Ubr - ensaio psicanalítico sobre a somatopsicose*. Lisboa: Fenda.
- Dias, Carlos Amaral (1993). *Só Deus em mim se opõe a Deus*. Lisboa: Fenda.
- Dias, Carlos Amaral (1995). *Ascensão e queda dos toxicodependentes: ou a democracia da mentira*. Lisboa: Fenda.
- Dias, Carlos Amaral & Alves, F. (1995). *Avenida de Ceuta nº1*. Lisboa: Relógio d'água.
- Dias, Carlos Amaral (2000). *Adolescência e toxicodependências*. Lisboa: Direcção regional educação.
- X - Dolto, Françoise (1992). *Imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva.
- Ellinwood, E. (1967). *Amphetamine psychosis*. J. of Nervous and Mental disease, 144(4), 273-283.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. N.Y.: Norton

- ✕ - Fiess, Robert (1970). *Ego and Body Ego*. N. Y.: Int. Univ. Press.
- ✕- Fisher, S.; Cleveland (1958). *Body image and personality*. Princeton: Van Nostrand & Co.
- Fisher, S. (1970). *Body experience in fantasy and behavior*. N. Y.: Appleton - century-crofts.
- Freud, S. (1898). La sexualité, dans l'etiologie des Névroses. Paris: PUF.
- Freud, S. (1962). *Trois essais sur la theorie de la sexualité*. Paris: Gallimard.
- Gabbard, Glen (1992). *Psiquiatria psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gameiro, Aires (1988). *Famílias com jovens drogados: Desafios para pais, filhos e para a psicologia social aplicada*. *Jornal de Psicologia*, 4, 13-17.
- ✕- Garcia, T. (1989). *Metamorfoses do corpo ou um estudo sobre a imagem corporal*. *Revista Horizonte*, 6, 127-131.
- Goodwin, B. (1981). *Introduction*. Edinburgh: Edinburger Univ. Press.
- Gurtinkel, Dercio (1993). *Introdução a uma abordagem psicanalítica da questão das drogas na adolescência*. São Paulo: Pedagogia Universitária.
- Hallal, Roberto (1996). *Cuidado de si*. *Rev. Toxicodependências*, 2, 3-14.
- Hartmann, Dora (1976). *Study of drug-taking adolescents*. N.Y.: Int. Univ. Press.
- Horowitz, I. (1966). Effect of choice and locus of dependence on helping behavior. *J. Personal Soc. Psychol.* 373-376.

- ✕ - Keating, I. (1987). *A imagem do corpo*. Rev. Portuguesa de Pedagogia, 6, 355-379.
- Kilpatrick, Dean et. al. (1976). *Personality correlates of polydrug abuse*. Psychological Reports, 38, 311-317.
- ✕ - Leventhal, Gloria (1983). *Body Image of Drug and Alcohol abusers*. The International journal of the Addictions, 18 (6), 791 - 804.
- Lindesmith, A. (1970). *Psychology of addiction*. N.Y.: Academic Press.
- Marty, P. (1963). *L'investigation psychosomatique avec la collaboration de M'Uzan et David C*. Paris: PUF.
- Marty, P. (1990). *A psicossomática do adulto*. São Paulo: Artes Médicas.
- Matos, António Coimbra (1996). *Toxicomania Juvenil*. Lisboa: Bial.
- Matos, António Coimbra (1996). *Relação confusional do objecto e toxicomania*. Lisboa, Bial.
- Matos, António Coimbra (1986/1989). *Patologia psicossomática - perspectiva psicanalítica*, in *Psiquiatria de Ligação e Psicossomática*. Lisboa: Laboratórios Delagrangue.
- Matos; António Coimbra (1990). *O inconsciente primário ou virtual e a psicossomática*, in *psiquiatria de ligação e psicossomática*. Lisboa: Laboratórios Delagrangue.
- ✕ - Matos, António Coimbra (2000). *Investimento da imagem corporal na adolescência*. Lisboa: Bial.

- 
- Matos, António Coimbra (2001). *Funcionamentos Depressivos na toxicoddependência*. Lisboa: Climepsi.
  - Mcauliffe, W. E. & Gordon, R. A. (1974). *A test of Lindesmith's theory of addiction: the frequency of euphoria among long-term addicts*. American Journal of Sociology, v.79, 4, 795-840.
  - Mc Dougall, J. (1989). *Théâtre du corps*. Paris: Gallimard.
  - Melo, R. (1996). *O prazer aquém do corpo*. Rev. Toxicoddependências, 2 (2), 27-33.
  - Messinger, E. & Zitrin, A. (1965). *A statistical study of criminal drug addicts, crime and delinquency*, 11(3), 283-292.
  - Miguel, Nuno (1994). *Toxicoddependência na perspectiva médica*. Lisboa: Centro das taipas.
  - Miguel, Nuno (1997). *Toxicoddependência: uma perspectiva*. Rev. Toxicoddependências, 3 (1), 25-30.
  - Miguel, Nuno (1998). *A realidade em Portugal: alguns números*. Rev. Toxicoddependências, 4 (1), 3-8.
  - Murteira, Bento; Black George (1983). *Estatística Descritiva*. Lisboa: McGraw-Hill.
  - Negreiros, Jorge (1983). *Consumo de drogas na adolescência, considerações sobre a sua etiologia e prevenção*. Jornal de Psicologia, 5, 7-8.
  - Neto, Domingos (1999). *Estrutura neurótica da personalidade e toxicoddependência*. Rev. Portuguesa de Psicanálise, 3, 57-65.

- NIDA (1977). *Psychodynamics of drug dependence*. Research monograph 12. [on-line]. Available: <http://165.112.78.61/pdf/monographs/12.pdf>
- NIDA (1984). *Testing drugs for physical dependence potential and abuse liability*. Research monograph 52. [on-line]. Available: <http://165.112.78.61/pdf/monographs/52.pdf>
- NIDA (2002). *Abuse and addiction*. [on-line]. Available: <http://www.nida.nih.gov/researchreports/abuse/addiction.html>
- Olievenstein, C. (1979). *Não há drogados felizes*. Lisboa: Moraes.
- Olievenstein, C. (1985). *Toxicomanies*. Paris: PUF.
- Olievenstein, C. (1987). *Clinique du toxicomane*. Paris: Universitaires.
- Olievenstein, C. (1990). *Dependência: Um fenómeno psíquico activo*. Portalegre: Artes Médicas.
- Paços D`arcos, Carlos (1995). *Droga: com cavalo também se abatem*. Lisboa: Digalivro.
- Pankow, Gisela (1974). *Body image in hysterical psychosis*. Int. J. Psycho-anal, 407-414.
- Patrício, Luís Duarte (1994). *Que se passa em Portugal face à droga*. Lisboa: Centro das Taipas.
- Pedro, António Mendes (1987). *Rêve et les toxicomanes: une etude clinique psychossomatique*. Tese de Doutoramento. Paris VII.
- Pedro, António Mendes (1996). *Toxicomanie et Depression Masquee*. J Psychologues, 134, 41 - 43.

- Pedro, António Mendes (2001). *Toxicomanie et Depression*. Paris: EDK.
- Pereira, Luís Silva (1994). *Toxicodependência, toxicodependentes e comportamento social*. Rev. Port. de Pedopsiquiatria, 8, 63-69.
- Pesce, A (1988). *Pathologie somatique du toxicomane*. Paris: Masson.
- Poiares, Carlos Alberto (1999). *Contribuição para uma análise histórica da droga*. Rev. Toxicodependências, 8, 3-11.
- Queirós, Cristina (1997). *Toxicodependência e emoções*. Rev. Toxicodependências, 2, 65-76.
- Rado, S. (1933). *Psychical effects of intoxication: attempt at a psychoanalytical teory of drug-addiction*. Int. J. Psycho-anal, 301-312.
- Ribeiro, S. João (1998). *Dependência psicológica Vs dependência*. Rev. Toxicodependências, 2, 45-53.
- ✕ - Robert, Michel (2001). *Entre o Acto e o Sintoma Somático*. Lisboa: Dinalivro.
- Rosado, Marinela (1994). *Adolescência e toxicodependência*. Lisboa: Centro das Taipas.
- Rosenfeld, Herbert (1960). *On drugs addiction*. Int. J. Psycho-anal, 467-475.
- Sá, Eduardo (1997). *Reflexão sobre o aspecto psicodinâmico da toxicodependência*. Lisboa: Fim de século.
- Sami-Ali (1969). *Étude de l'image du corps dans l'urticaire*. Rev. Fran. Psych. 33.

- Sami-Ali (1970). *De la projection, une etude psychanalytique*. Paris: Payot.
- Sami-Ali (1974). *L'espace imaginaire*. Paris: Gallimard.
- Sami-Ali (1977). *Corps réel - corps imaginaire*, Paris: Nouvelle édition.
- Sami-Ali (1980). *Le banal*. Paris: Gallimard.
- Sami-Ali (1989). *Imaginaire et pathologie: une theorie de la psychosomatique*. *Análise Psicológica*, 7, 325-328.
- Sami-Ali (1990). *Corps, l'espace et le temps*. Paris : Dunod
- Sami-Ali ( 1992). *Pensar o somático*. Lisboa: ISPA.
- Sami-Ali; S. Cady; G. Froli; M. Gouthier; J. Gorot; A. Mendes Pedro; M. Robert (2001). *Sonho e psicossomática*. Lisboa: Dinalivro.
- Sanglade, Anne (1983). *Corpo, ecrã do fantasma com a dificuldade em fantasmizar nas crianças diabéticas*. *Análise Psicológica*, 115-120.
- Sazsz, T. S. (1958). *The role of the counterphobic mechanism in addiction*. *J Amer. Psychoanal*, 6, 309-325.
- ✕- Schilder, P. (1981). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo:Livraria Martins Fontes.
- Silva, Cecília (1994). *Estatística aplicada à psicologia e ciências sociais*. Lisboa: Mc graw-Hill.
- Silva, C.; Madureira, C. (1992). *Corpo numa abordagem terapêutica, com toxicodpendentes*. Lisboa: Centro das Taipas.

- 
- Spitz, R. (1983). *A origem da percepção no primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
  - Taylor, G. T. (1986). *Psychosomatic Medicine and contemporary psychoanalyses*. N. Y.: Univ. Press.
  - Teixeira, João M. (1989). *Elementos de anatomia e de fisiologia do S.N. Vegetativo*. Porto: Contraponto.
  - Teixeira, João M. (1995). *Adolescência, sexualidade e afectividade (PI)*. Lisboa: Apport.
  - Tinoco, Rui (1999). *Notas sobre a construção psico-social da identidade desviante em toxicoddependência*. Rev. Toxicoddependências, 3, 11-23.
  - Vieira, Carlos (1997). *Toxicoddependência e perturbações narcísicas*. Rev. Portuguesa de Psicanálise, 8, 91-97.
  - Weathers, C. & Billingsley, D. (1982). Body image and sex-role stereotype as features of addiction in women. *The Inter. J. of the Addictions*, 17 (2), 343-347.
  - Wittkower, E. (1977). *Psychosomatic Medicine*. New York: Harper Row.
  - Zuckerman, M. et. al. (1975). M.M.P.I. patterns in drug abusers before and after treatment in therapeutic communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (3), 286-296.

## **ANEXOS**

## Grupo de Toxicodependentes

Sexo: M

Idade: 18

Habilitações Académicas: 10º ano Profissão: Estudante

Drogas mais consumidas: Heroina e cannabis

Tempo de Consumo: 2 anos Modo de consumo: Fumada

### Grelha de Medidas Imaginárias

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	45 cm		45 cm		25 cm		45 cm
	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	28 cm		80 cm		17 cm		60 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	PESCOÇO	Largura
	25 cm		110 cm		25 cm		30 cm
	Compri.		Largura		Compri.		Compri.
	37 cm	Cintura	50 cm		27 cm		10 cm
Pé	Largura	Anca	Largura	Mão	Largura		
	30 cm		60 cm		30 cm		
	Compri.		Compri.		Compri.		
	25 cm	Da cintura à anca	10 cm		25 cm		

## Grupo de Toxicodependentes

**Grelha de Medidas Reais**

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura 50 cm	Costas	Largura 44 cm	Parte Superior do Braço	Largura 31 cm	Cabeça	Largura 54 cm
	Compri. 52 cm		Compri. 50 cm		Compri. 31 cm		Compri. 51 cm
Parte Inferior da Perna	Largura 36 cm	Peito	Largura 92 <del>52</del> cm	Parte Inferior do Braço	Largura 25 cm	Pescoço	Largura 36 cm
	Compri. 39 cm	Cintura	Largura 81 cm		Compri. 30 cm		Compri. 14 cm
Pé	Largura 27 cm	Anca	Largura 85 cm	Mão	Largura 21 cm		
	Compri. 25 cm	Da cintura à anca	Compri. 21 cm		Compri. 18 cm		

## Grupo de Toxicodependentes

Sexo: M

Idade: 21

Habilitações Académicas: 10º ano Profissão: Estudante

Drogas mais consumidas: Heroína e cannabis

Tempo de Consumo: 3 anos Modo de consumo: Fumada e às vezes injetada

### Grelha de Medidas Imaginárias

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	25 cm		50 cm		15 cm		40 cm
	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	50 cm		70 cm		25 cm		45 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	Pescoço	Largura
	20 cm		80 cm		10 cm		36 cm
	Compri.		Largura		Compri.		Compri.
	50 cm	Cintura	40 cm		30 cm		10 cm
Pé	Largura	Anca	Largura	Mão	Largura		
	15 cm		46 cm		10 cm		
	Compri.	Da cintura à anca	Compri.		Compri.		
	42 cm		15 cm		15 cm		

## Grupo de Toxicodependentes

### Grelha de Medidas Reais

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	44 cm		41 cm		26 cm		59 cm
	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	53 cm		52 cm		34 cm		59 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	Pescoço	Largura
	36 cm		94 cm		23 cm		37 cm
	Compri.		Largura		Compri.		Compri.
	36 cm	Cintura	87 cm		30 cm		13 cm
Pé	Largura	Anca	Largura	Mão	Largura		
	22 cm		97 cm		23 cm		
	Compri.		Compri.		Compri.		
	31 cm	Da cintura à anca	22 cm		20 cm		

## Grupo de Toxicodependentes

Sexo: F

Idade: 27

Habilitações Académicas: 12<sup>a</sup> ano Profissão: Bomaneira

Drogas mais consumidas: Heroína

Tempo de Consumo: 7 anos Modo de consumo: injectada / fumada

### Grelha de Medidas Imaginárias

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	30 cm		50 cm		15 cm		60 cm
da Perna	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	70 cm		50 cm		20 cm		60 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	Pescoço	Largura
	20 cm		80 cm		10 cm		25 cm
da Perna	Compri.	Cintura	Largura		Compri.		Compri.
	40 cm		65 cm		30 cm		15 cm
Pé	Largura	Anca	Largura	Mão	Largura		Largura
	15 cm		90 cm		10 cm		
	Compri.	Da cintura à anca	Compri.		Compri.		Compri.
	30 cm		15 cm		15 cm		

## Grupo de Toxicodependentes

### Grelha de Medidas Reais

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	54 cm		47 cm		27 cm		57 cm
	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	71 cm		47 cm		29 cm		58 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	Pescoço	Largura
	34 cm		90 cm		24 cm		34 cm
	Compri.		Largura		Compri.		Compri.
	38 cm	Cintura	72 cm		25 cm		12 cm
Pé	Largura	Anca	Largura	Mão	Largura		
	20 cm		57 cm		20 cm		
	Compri.		Compri.		Compri.		
	26 cm	Da cintura à anca	23 cm		19 cm		

## Grupo de Toxicodependentes

Sexo: F

Idade: 28

Habilitações Académicas: 12.º ano Profissão: Bibliotecária

Drogas mais consumidas: Heroína

Tempo de Consumo: 12 anos Modo de consumo: injectada

### Grelha de Medidas Imaginárias

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	60 cm		80 cm		30 cm		70 cm
	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	80 cm		95 cm		50 cm		90 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	PESCOÇO	Largura
	20 cm		80 cm		16 cm		50 cm
	Compri.		Largura		Compri.		Compri.
	70 cm	Cintura	60 cm		40 cm		30 cm
Pé	Largura	Anca	Largura	Mão	Largura		
	15 cm		110 cm		30 cm		
	Compri.	Da cintura à anca	Compri.		Compri.		
	38 cm		40 cm		30 cm		

## Grupo de Toxicodependentes

### Grelha de Medidas Reais

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	62 cm		41 cm		28 cm		57 cm
	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	62 cm		49 cm		31 cm		54 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	Pescoço	Largura
	32 cm		90 cm		23 cm		33 cm
	Compri.		Largura		Compri.		Compri.
	38 cm	Cintura	75 cm		27 cm		12 cm
Pé	Largura	Anca	Largura	Mão	Largura		
	24 cm		91 cm		26 cm		
	Compri.		Compri.		Compri.		
	22 cm	Da cintura à anca	18 cm		18 cm		

## Grupo de não Toxicodependentes

Sexo: M

Idade: 18

Habilitações Académicas: 10<sup>o</sup> ano Profissão: Estudante

Atitude perante o consumo de drogas: Contra todos os tipos

Já consumiu drogas?: Não se sim, quais: Não

### Grelha de Medidas Imaginárias

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	52 cm		52 cm		38 cm		53 cm
da Perna	Compri.	Cintura	Compri.	Parte Inferior do Braço	Compri.	Pescoço	Compri.
	57 cm		59 cm		33 cm		58 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	Pescoço	Largura
	43 cm		89 cm		30 cm		38 cm
da Perna	Compri.	Anca	Largura	Mão	Compri.		Compri.
	49 cm		74 cm		37 cm		12 cm
Pé	Largura	Da cintura à anca	Largura		Largura		Largura
	23 cm		80 cm		20 cm		20 cm
	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	30 cm		17 cm		20 cm		

## Grupo de não Toxicodependentes

### Grelha de Medidas Reais

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
<b>Parte Superior da Perna</b>	Largura	<b>Costas</b>	Largura	<b>Parte Superior do Braço</b>	Largura	<b>Cabeça</b>	Largura
	52 cm		45 cm		28 cm		56 cm
	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	56 cm		50 cm		29 cm		57 cm
<b>Parte Inferior da Perna</b>	Largura	<b>Peito</b>	Largura	<b>Parte Inferior do Braço</b>	Largura	<b>Pescoço</b>	Largura
	37 cm		95 cm		25 cm		34 cm
	Compri.		Largura		Compri.		Compri.
	44 cm	<b>Cintura</b>	86 cm		26 cm		10 cm
<b>Pé</b>	Largura	<b>Anca</b>	Largura	<b>Mão</b>	Largura		
	22 cm		89 cm		20 cm		
	Compri.		Compri.		Compri.		
	27 cm	<b>Da cintura à anca</b>	18 cm		20 cm		

## Grupo de não Toxicodependentes

Sexo: M

Idade: 22

Habilitações Académicas: 12º ano Profissão: Desenhador

Atitude perante o consumo de drogas: Contra Drogas "Zeros"

Já consumiu drogas?: Sim se sim, quais: unicamente experimento cannabis e álcool. Perto de 2 vezes.

### Grelha de Medidas Imaginárias

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	58 cm		58 cm		40 cm		60 cm
	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	59 cm		67 cm		45 cm		60 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	Pescoço	Largura
	41 cm		99 cm		32 cm		41 cm
	Compri.		Largura		Compri.		Compri.
	48 cm	Cintura	94 cm		38 cm		11 cm
Pé	Largura	Anca	Largura	Mão	Largura		
	23 cm		98 cm		23 cm		
	Compri.		Compri.		Compri.		
	28 cm	Da cintura à anca	18 cm		22 cm		

## Grupo de não Toxicodependentes

Grelha de Medidas Reais

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	61 cm		60 cm		40 cm		632 cm
	56 <del>70</del> cm		60 cm		36 <del>40</del> cm		63 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	Pescoço	Largura
	Compri.		Largura		Compri.		Compri.
	50 cm		100 cm		33 cm		45 cm
	47 <del>53</del> cm	Cintura	98 cm		30 <del>34</del> cm		12 cm
Pé	Largura	Anca	Largura	Mão	Largura		
	Compri.		Compri.		Compri.		
	25 cm		118 <del>98</del> cm		25 cm		
	29 cm	Da cintura à anca	23 <del>14</del> cm		22 cm		

## Grupo de não Toxicodependentes

Sexo: F

Idade: 19

Habilitações Académicas: 11º ano Profissão: Estudante

Atitude perante o consumo de drogas: 100% contra

Já consumiu drogas?: Não se sim, quais: —

### Grelha de Medidas Imaginárias

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	60 cm		55 cm		30 cm		65 cm
da Perna	Compri.	Cintura	Compri.	do Braço	Compri.	Pescoço	Compri.
	60 cm		60 cm		36 cm		65 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	Pescoço	Largura
	40 cm		98 cm		25 cm		40 cm
da Perna	Compri.	Cintura	Largura	do Braço	Compri.	Pescoço	Compri.
	40 cm		70 cm		27 cm		10 cm
Pé	Largura	Anca	Largura	Mão	Largura		
	20 cm		97 cm		23 cm		
da Perna	Compri.	Da cintura à anca	Compri.		Compri.		
	27 cm		15 cm		23 cm		

## Grupo de não Toxicodependentes

Grelha de Medidas Reais

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	62 cm		50 cm		35 cm		58 cm
	50 cm		49 cm		36 cm		58 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	Pescoço	Largura
	Compri.		Largura		Compri.		Compri.
	47 cm		97 cm		32 cm		36 cm
	40 cm	Cintura	75 cm		33 cm		11 cm
Pé	Largura	Anca	Largura	Mão	Largura		
	Compri.		Compri.		Compri.	Compri.	
	22 cm		98 cm		21 cm		
	26 cm	Da cintura à anca	22 cm		20 cm		

## Grupo de não Toxicodependentes

Sexo: F

Idade: 25

Habilitações Académicas: 10º ano Profissão: Emp. Balcão

Atitude perante o consumo de drogas: Totalmente contra

Já consumiu drogas?: Não se sim, quais: —

### Grelha de Medidas Imaginárias

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	45 cm		48 cm		20 cm		48 cm
da Perna	Compri.	Cintura	Compri.	Parte Inferior do Braço	Compri.	Pescoço	Compri.
	50 cm		50 cm		30 cm		50 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	Pescoço	Largura
	31 cm		90 cm		15 cm		40 cm
da Perna	Compri.	Anca	Largura	Mão	Compri.		Compri.
	40 cm		70 cm		30 cm		15 cm
Pé	Largura	Da cintura à anca	Largura		Largura		Largura
	26 cm		98 cm		20 cm		20 cm
	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	37 cm		18 cm		20 cm		

## Grupo de não Toxicodependentes

**Grelha de Medidas Reais**

Região das Pernas		Região do Tronco		Região dos Braços		Região da Cabeça	
Parte Superior da Perna	Largura	Costas	Largura	Parte Superior do Braço	Largura	Cabeça	Largura
	60 cm		47 cm		34 cm		57 cm
	Compri.		Compri.		Compri.		Compri.
	56 cm		50 cm		32 cm		57 cm
Parte Inferior da Perna	Largura	Peito	Largura	Parte Inferior do Braço	Largura	Pescoço	Largura
	48 cm		98 cm		30 cm		35 cm
	Compri.		Largura		Compri.		Compri.
	40 cm	Cintura	72 cm		30 cm		12 cm
Pé	Largura	Anca	Largura	Mão	Largura		
	24 cm		100 cm		20 cm		
	Compri.		Compri.		Compri.		
	29 cm	Da cintura à anca	13 cm		20 cm		