

MARIA TERESA SOARES SOUTO

**A ALEXITIMIA
E A DEPENDÊNCIA DE DROGAS**

Os sentimentos, o discurso e as drogas

Abril de 2000

**Faculdade de Medicina
Universidade do Porto**

A ALEXITIMIA E A DEPENDÊNCIA DE DROGAS
Os sentimentos, o discurso e as drogas

**Dissertação de Mestrado
em Psiquiatria e Saúde Mental**

Maria Teresa Soares Souto

Abril de 2000

À memória do meu avô Renato

RESUMO

Os indivíduos consumidores de drogas apresentarão, em termos médios, níveis superiores de alexitimia quando comparados com indivíduos não consumidores? Esta foi a questão central a que se procurou dar uma resposta no presente estudo.

Para tal, começou por se abordar teoricamente alguns dos aspectos associados com o síndrome de dependência de drogas, desde os critérios de classificação da DSM-IV e da ICD-10, à perspectiva da multi-dimensional deste síndrome que possibilita a sua avaliação com base em instrumentos devidamente padronizados.

Quanto à alexitimia que enquanto designação significa "sem palavras para as emoções", ela tem-se vindo a ser aplicada a indivíduos com acentuada dificuldade na identificação de sentimentos e capacidade de comunicação dos mesmos aos outros. Associa-se-lhe, ainda, uma vida de fantasia muito pobre e uma restrita capacidade de utilização desse recurso.

Foi revisto este conceito, a sua perspectiva histórica de aparecimento e evolução, a problemática associada à sua medição e as possíveis explicações etiológicas. Resumiu-se a literatura relativa à alexitimia e à dependência de drogas.

Metodologicamente, os sujeitos foram divididos entre um grupo de consumidores em início de tratamento (amostra) e um grupo de não consumidores (grupo de referência).

O estudo realizado foi retrospectivo e procurou-se analisar a relação entre a alexitimia e a dependência de drogas recorrendo à comparação dos dados obtidos nos dois grupos estudados.

Recorreu-se ao Questionário de Gravidade de Dependência de Opiáceos (QGDO), à Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20), à Escala IPC e à "Symptom Checklist" (SCL-90).

Os resultados apontaram para uma prevalência de 68% de indivíduos alexitímicos na amostra estudada e de 22% de indivíduos alexitímicos no grupo de referência. Verificou-se que esta diferença de valores médios de alexitimia era significativa entre os dois grupos. Analisou-se, também, o peso dos factores que constituem a TAS-20 bem como o seu peso relativo no resultado global da escala. Tendo efectuado uma análise de covariância para comprovar o valor desta diferença, constatou-se que ela não era estatisticamente significativa quando se considerava a possível interacção do Índice Sintomático Geral do SCL-90 na expressão da alexitimia. Verificou-se, ainda, que não havia uma relação directa entre o nível de alexitimia e a gravidade da dependência de drogas.

Por último simultaneamente foram-se avançadas algumas pistas quanto a aspectos a considerar na abordagem terapêutica de indivíduos toxicodependentes alexitímicos, bem como possíveis melhoramentos e evoluções que possam constituir perspectivas futuras para o desenvolvimento de trabalhos nesta área.

ABSTRACT

Do drug users show an increased average level of alexithymia when compared to individuals that do not use drugs? This was the main question to which this study tried to answer.

To do so, we started of by making a theoretical approach to some issues regarding drug abuse and dependency, such as the criteria for diagnose of the DSM-IV and of the ICD-10, the multi-dimensional approach of this syndrome that allows an evaluation using standard instruments.

Regarding alexithymia, the term means "no words for emotions" and has been attributed to individuals with marked difficulty in identifying and communicating their own feelings to others persons. They also have an impoverished life fantasy and a restricted ability to use such a skill.

A review was made on this concept, its historical background and evolution; the measurement and etiological speculations were also adressed.

A summary of the literature regarding drug abuse and alexithymia was also made.

In terms of methodology, the subjects were divided in two different groups, one composed by those individuals who were newly abstinent from drugs (sample) and another of non drug users individuals (reference group).

The study was retrospective and the goal was to analyse the relationship between alexithymia and drug dependence in each of the groups using a comparative method.

We used as instruments the "Severity Opiate Dependence Questionnaire" (SOQD), the "Toronto Alexithymia Scale of Twenty Itens" (TAS-20), the "Internal, Powerful Others and Chance" and the "Symptom Checklist" (SCL-90).

The results showed a prevalence of 68% of alexithimic individuals in the sample in comparison to a prevalence of 22% of alexithimic individuals in the reference group. The difference between means of the alexithymia level was statistically significant.

We also tried to analyse the weight of each of the three factors that compose the scale as to their contribution to the total score observed.

A covariant analyses was performed and the results obtained led to the conclusion that there are no statiscal significant differences between the mean results of alexithymia in the two groups when the possible interaction (or effect) of the General Severity Index (GSI) of the "Symptom Checklist" was taken into account.

There was no direct relationship found between the severity level of dependence and the level of alexithymia shown by the individual.

Finally and simultaneously some reflections were made as to the what issues should be addressed in a therapeutic approach of alexithimic drug dependent individuals, as well as future guidelines for new work that could be developed in this line of investigation.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e ao Serviço de Psiquiatria, pela possibilidade que me concederam de ter realizado este Mestrado na Área da Psiquiatria e Saúde Mental.

Ao Professor Doutor António Pacheco Palha, meu orientador científico pelo apoio e acompanhamento ao longo da realização desta dissertação que em muito contribuíram para a sua melhoria. Agradeço ainda a atenção e incentivos que sempre me dedicou.

Ao Dr. João Carvalho da Escola Superior de Serviço Social do Porto pela manifesta disponibilidade e preciosa ajuda no tratamento estatístico dos dados recolhidos neste trabalho.

Ao Mestre Manuel Esteves que não só me facultou o acesso a artigos científicos e questionários por si trabalhados, que em muito enriqueceram este estudo, como teve a disponibilidade para ler e sugerir alterações a este trabalho.

À Clínica do Outeiro, na pessoa do seu director Dr. Manuel Freitas Gomes, pelo incentivo e apoio na recolha de dados que permitiram a elaboração deste estudo.

À Escola Superior de Enfermagem S. João do Porto, na pessoa da directora Enf^a Celeste Marques, pela possibilidade de efectuar parte da recolha de dados nesta instituição.

Aos meus doentes pelo muito que me têm ensinado e pelo modo como me incentivaram no estudo desta problemática.

À Sandra Torres, à Teresa Tomé e à Luísa Vieira pela amizade e apoio nos momentos mais conturbados deste percurso.

À minha família, em especial à minha Mãe, pelo apoio moral e incentivo na realização deste trabalho. Agradeço ainda à minha irmã (e respectivo prolongamento), pelos preciosos e sábios conselhos que valorizaram não só o conteúdo mas também o formato do trabalho.

ÍNDICE

	<u>Página</u>
1. INTRODUÇÃO	1
2. O SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA	6
2.1. Enquadramento teórico	6
2.1.1. Clarificação e definição de alguns conceitos	6
2.1.2. A dependência de drogas	8
2.1.3. Classificação das dependências	10
2.2. Tipologia de dependência de drogas	13
2.2.1. Critérios actuais	15
2.3. A etiologia das dependências	18
2.4. Uma abordagem compreensiva das dependências de drogas	26
2.4.1. A hipótese de auto-medicação	32
2.5. Avaliação da dependência de drogas	34
3. A ALEXITIMIA	36
3.1. Conceito e abrangência	36
3.2. Afecto, emoção e sentimento	38
3.2.1. O conceito de auto-regulação	41
3.2.2. O modelo cognitivo-desenvolvimental	42
3.3. A alexitimia como constructo de Personalidade	44
3.3.1. Tipos de alexitimia	46
3.4. A validade do constructo da alexitimia	49
3.5. A etiologia da alexitimia	52
3.6. Como medir a alexitimia	57
3.6.1. Aperfeiçoamento do constructo e revisão da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS)	60
3.7. Relação entre alexitimia e outros conceitos	64
3.8. A alexitimia e alguns aspectos da Personalidade	67
3.9. A alexitimia e a dependência de drogas	72
3.10. O tratamento	80

	<u>Página</u>
4. MATERIAL E MÉTODOS	83
4.1. Objectivos	83
4.2. Descrição do procedimento usado	84
4.2.1. Variáveis em estudo	86
4.3. Instrumento de recolha de dados	87
4.3.1. A Entrevista	87
4.3.2. O Questionário de Gravidade da Dependência de Opiáceos	89
4.3.3. A Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens	90
4.3.4. A Escala IPC	91
4.3.5. A "Symptom Checklist"	92
4.4. A metodologia utilizada na realização do estudo	93
4.5. Tratamento estatístico	94
5. RESULTADOS	95
5.1. Descrição geral da amostra	95
5.1.1. Antecedentes familiares	97
5.1.2. Características específicas da amostra estudada	99
5.2. Descrição geral do grupo de referência	107
5.2.1. Antecedentes familiares	108
5.3. Resultados obtidos	110
5.3.1. Na amostra	110
5.3.2. No grupo de referência	118
5.3.3. Comparação de alguns resultados da amostra com os do grupo de referência	121
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	128
7. CONCLUSÕES	142
8. BIBLIOGRAFIA	146
ANEXO I - Entrevista de recolha de dados	
ANEXO II - Instrumentos utilizados	
ANEXO III - Matrizes de resultados	

1. INTRODUÇÃO

A escolha deste tema foi motivada por um interesse pessoal na compreensão e análise da dependência de drogas - doença em que a mesma pessoa é "autora" e "vítima" da sua própria enfermidade.

Depois de vários anos de trabalho nesta área, com alguns sucessos e múltiplos fracassos, pareceu-nos essencial procurar estudar determinadas características individuais nesta população tão específica.

Quando se fala de toxicod dependência ou, mais correctamente, de dependência de drogas está a abordar-se um dos problemas que, nas últimas décadas, se tornou numa preocupação para a Saúde Pública em múltiplos países (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

De acordo com o Relatório Anual sobre a evolução da droga na União Europeia (U.E.) referente ao ano de 1999, da responsabilidade do Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (O.E.D.T.), será de considerar uma estimativa de 1 a 1,5 milhões de consumidores problemáticos (basicamente de heroína), numa população total de cerca de 375 milhões de pessoas na população da União Europeia.

O intervalo reflecte uma margem de incerteza em torno dos indicadores usados para o estudo da prevalência de casos, dado que há uma maior probabilidade de detectar determinado tipo de utilizadores de drogas.

Será de salientar que muitos dos indicadores utilizados neste relatório para estimar a prevalência de consumos terão uma probabilidade acrescida de detectar os consumidores de droga por via injectada (mortes decorrentes do consumo, incidência das doenças infectocontagiosas relacionadas com o consumo de droga-HIV, sida, hepatite B e C, entre outros) subestimando aqueles que utilizam outra modalidade de consumo (O.E.D.T., 1999).

Os valores sobre a prevalência de consumos, devido às heterogeneidades de metodologias adoptadas pelos países membros da U.E. na obtenção destas estimativas, deverão ser cuidadosamente valorizados ou interpretados - podem ser perspectivadas "... como indicações imperfeitas ou *as melhores estimativas*" (O.E.D.T., 1999).

De acordo com a mesma fonte, nos últimos anos, a prevalência global do problema do uso de drogas, e em particular da heroína, parece ter estabilizado na maioria dos estados membros; contudo, parece haver uma incidência continuada de novos casos balanceados com outros que se tornam abstinentes ou morrem.

Em Portugal, estima-se que o número de casos ascende a cento e cinquenta mil (casos de dependentes), apesar de se ter claramente a percepção de que a prevalência será bastante superior.

Num estudo piloto, conduzido na região de Setúbal, a estimativa de prevalência do uso de drogas está compreendida entre 44 a 124 por 1000, na faixa etária dos 15 aos 54 anos (Freire & Moreira, 1997)

Em 1997, um estudo conduzido pelo O.E.D.T., estimou o uso de opiáceos em seis cidades; para a faixa etária entre os 15 e os 54 anos, a prevalência oscilava entre 4,2 a 8,1 por 1000 em Helsínquia e 12,7 a 29 por 1000 na cidade de Setúbal. A variação encontrada nos índices de prevalência não poderá ser só atribuível a aspectos metodológicos mas reflectirá, ainda que parcialmente, diferenças reais.

A população conhecida ou tratada é predominantemente masculina e situa-se na faixa etária dos 30 anos.

Parece haver uma prevalência mais elevada de consumos problemáticos de droga nas zonas urbanas e em áreas de maior exclusão social. Porém, a relação entre a prevalência e as determinantes socio-económicas está longe de ser linear.

O alastramento do consumo de heroína a zonas rurais, marcadas pela interioridade, surge como uma nova faceta deste problema.

Estudos sobre a incidência desta perturbação parecem ser, ainda, realidades muito pouco trabalhadas até porque a própria percepção daquilo que são factores de risco ou de protecção para o abuso de drogas não parece ser, senão, uma questão meramente especulativa.

Os indivíduos dependentes de drogas têm elevados índices de morbilidade e mortalidade, resultantes de acidentes ou doenças e, também, elevados níveis de prevalência de perturbações psiquiátricas (Taylor et al., 1997).

A morte é uma das consequências que podem advir do consumo de droga; o risco da sua ocorrência é função do tipo de substância consumida, bem como do padrão de utilização.

De acordo com as estatísticas da União Europeia, na maioria dos países os óbitos relacionados com droga aumentaram marcadamente no final da década de 80 e no início dos anos 90. Desde então, o número de mortes relacionadas com droga estabilizou ou chegou mesmo a diminuir.

Surgem excepções em determinados países como a Grécia, a Irlanda e Portugal, onde se tem vindo a verificar uma tendência para o aumento da mortalidade relacionada com o uso de drogas. Esta realidade parece estar associada a uma disseminação recente no uso de opiáceos.

Com base no relatório da "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction" (E.M.C.D.D.A., 1999), o número de mortes relacionadas com o consumo agudo de drogas registadas na U.E., refere para Portugal, no ano de 1997, o valor de 135 óbitos com a nota de que haverá uma sub-representatividade de casos notificados. A população em risco está estimada em 9,8 milhões.

Parece, pois, haver uma necessidade crescente de intervir ao nível do tratamento e da prevenção da dependência de drogas, o que leva a que os técnicos que actuam a estes níveis percebam que há que efectuar reformulações práticas e que, para tal, necessitam de um suporte investigacional.

Se na década de 80, a abordagem terapêutica era meramente biológica (desintoxicações) os repetidos fracassos levaram a que se tivesse de incluir, de forma complementar, a realidade psicológica individual que se sabe ser essencial na abordagem psicoterapêutica.

Outros "desafios" têm-se vindo cada vez mais a colocar aos interventores em toxicodependência. Eles relacionam-se com três factos constatáveis: a politoxicodependência, a co-morbilidade e o envelhecimento desta população.

No prefácio do referido relatório, o director executivo desta organização, salientou o lançamento em 1998 de um programa-quadro de investigação que se propõe apoiar "... actividades de investigação das determinantes psicológicas e socio-económicas do consumo de droga que permitam compreender melhor as consequências sanitárias e sociais a longo prazo e prosseguir estratégias terapêuticas mais actuanes."

Neste âmbito pretendeu-se elaborar um trabalho que se centrasse na área da dependência de drogas, mas não com o objectivo de descobrir a última causa de uma situação clínica que se sabe ter etiologia multifactorial.

Optou-se por delimitar, ou circunscrever, o estudo a factores da personalidade - basicamente a características da personalidade que podem ser integradas num modelo conceptual, em que "os aspectos deficitários na gestão e regulação de afectos são percebidos como determinantes significativos no desenvolvimento de dependência de drogas" (Taylor et al., 1997).

A alexitimia enquanto uma perturbação cognitivo-afectiva que condiciona o modo como o indivíduo vivencia e exprime as suas emoções, tem vindo a ser encarada com um factor de risco para o desenvolvimento de várias perturbações clínicas (Prazeres, Parker & Taylor, para publicação; Taylor, 1984). Como exemplo, poder-se-á referir as perturbações

alimentares, as dependências de drogas, as perturbações de stress pós-traumáticas, as perturbações de pânico, ou de doença física e/ou crónica. (Taylor et al., 1997; Teixeira, Barros, Lobo & Trindade, 1996). Pode, ainda, ser encontrada em alguns indivíduos saudáveis (Taylor, 1994).

Para a definição deste constructo surgem as seguintes características centrais: "dificuldade em identificar sentimentos e em os distinguir das sensações corporais decorrentes da activação emocional; dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; vida de fantasia empobrecida e estilo cognitivo orientado externamente" (Prazeres et al., para publicação).

Para avaliar este aspecto da personalidade recorre-se, actualmente, a um instrumento de auto-avaliação específico, a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) que tem vindo a sofrer várias reformulações e que possui melhores propriedades psicométricas comparativamente a outras medidas disponíveis. (Prazeres et al., para publicação).

Este trabalho tem como objectivo principal estudar a prevalência da alexitimia em indivíduos dependentes de drogas e compará-la com a existente num grupo de referência constituído por indivíduos não consumidores de drogas.

Adicionalmente, pretende-se considerar a influência da gravidade da dependência, da percepção de "controlo" e do perfil de personalidade, na expressão da alexitimia ou na gestão e regulação individual dos afectos.

Procurar-se-á, deste modo, incluir um certo pragmatismo no trabalho, considerando que este poderá fornecer algumas "pistas" para reformular a intervenção que se tem vindo a pôr em prática no tratamento de indivíduos dependentes de drogas.

2. O SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA

2.1. Enquadramento teórico

O fenómeno do abuso de substâncias tem muitas implicações a diferentes níveis, desde a investigação sobre o funcionamento cerebral, à psiquiatria e psicologia clínicas e à sociedade em geral.

De um modo mais simplista, algumas substâncias podem afectar o indivíduo internamente - alteração dos níveis de consciência - mas, também, em termos de actividades observáveis externamente - ou seja, os comportamentos.

Considerando a pertinência da investigação sobre o problema de consumo de drogas, na medida em que esta problemática começa a assumir proporções que a levam a ser considerada como uma questão de Saúde Pública, haverá que começar por abordar aspectos centrais desta problemática como a própria definição do que se entende por droga e por dependência de drogas.

2.1.1. Clarificação e definição de alguns conceitos

- noção de Droga
- noção de Dependência
- noção de Abuso.

De acordo com o Glossário de termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10 (1997), considera-se **Droga** "qualquer substância com o potencial de prevenir ou curar doenças ou aumentar o bem-estar físico ou mental Numa linguagem comum, o termo refere-se

especificamente a *drogas psicoativas* e em geral ainda mais especificamente às *drogas ilícitas*, as quais têm um uso não médico além de qualquer uso médico”.

No *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed.*, (D.S.M. - IV) são identificadas onze classes de substâncias: 1) álcool, 2) anfetaminas ou simpaticomiméticos de acção similar, 3) cafeína, 4) cannabis, 5) cocaína, 6) alucinogéneos e psicodislépticos, 7) inalantes, 8) nicotina, 9) opiáceos, 10) feniciclidina (PCP) ou arilciclo-hexilaminas de acção similar e 11) sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (American Psychiatric Association, 1996).

Baseados nos efeitos fisiológicos e psicológicos comuns a algumas destas substâncias, podem identificar-se três categorias genéricas:

1. **depressores do sistema nervoso central**, incluindo álcool e sedativos, ansiolíticos ou hipnóticos;
2. **estimulantes**, incluindo cocaína e anfetaminas e substâncias relacionadas; e,
3. **psicadélicos e euforizantes** incluindo os alucinogéneos onde se poderá considerar o LSD (dietilamida-ácido-lisérgico) e o MDMA (3,4 metilenodioximetanfetamina também designado por *ecstasy*).

Contudo, há que salientar que se pode considerar discutível que a cafeína cause situações de abuso ou dependência. De acordo com a D.S.M.-IV “alguns sujeitos que bebem grandes quantidades de café apresentam alguns aspectos de dependência da cafeína, exibindo tolerância e talvez abstinência”. Contudo, de acordo com esta classificação os dados serão insuficientes para determinar se esses sintomas preenchem os critérios para dependência ou abuso de substâncias. No caso da nicotina, se considera que poderá levar a dependência apesar de alguns dos critérios genéricos de dependência “não parecem aplicar-se à nicotina enquanto outros requerem explicações mais pormenorizadas” (American Psychiatric Association, 1996).

Ou seja, toda a complexidade relativa ao uso de substâncias ilícitas surge reflectida na própria terminologia a utilizar no estudo do fenómeno que deverá incluir uma descrição e análise do mesmo.

Segundo Kaplan e Sadock. (1996), a palavra "substância" seria preferível à designação "droga", uma vez que "droga" tem implícito uma componente química na sua manufactura enquanto que muitas substâncias associadas com padrões de consumo tem uma origem natural (caso do ópio) ou não são, originalmente, destinadas ao consumo humano (por exemplo, a cola de contacto).

Assim sendo, na D.S.M.-IV, este aspecto parece estar mais adequadamente referenciado num capítulo intitulado genericamente como "Perturbações relacionadas com Substâncias", onde a designação substância contempla drogas de abuso, medicamentos ou tóxicos.

2.1.2. A dependência de drogas

Dando continuidade à clarificação das noções com que se irá trabalhar ao longo deste estudo cabe, agora, abordar a dependência de substâncias.

Em 1964, a Organização Mundial de Saúde, concluiu que o termo "adição" tinha deixado de ser utilizado num contexto científico e recomendou a sua substituição pela designação "dependência de drogas" (Kaplan et al., 1996).

O conceito de dependência de substância tem vindo a assumir múltiplos significados com reconhecimento oficial e, muitos outros, que se situam na dimensão informal, ou coloquial, e que têm vindo a ser utilizados nas últimas décadas.

Basicamente dois conceitos têm sido invocados em relação à definição de dependência - dependência comportamental e dependência física.

A dependência comportamental salienta as actividades de procura de substância e aspectos relacionados com o padrão de uso patológico; já a dependência física valoriza os efeitos físicos (ou seja, fisiológicos) de múltiplos episódios de uso de substância.

Há, ainda, que referir a dependência psicológica, também referenciada como habituação, que se caracteriza por um "craving" (impulso de procura, ânsia) contínuo para a obtenção de substância de modo a evitar estados disfóricos.

Parece, contudo, relevante reflectir um pouco mais sobre o conceito de adicção.

Segundo Esteves (1992) seria de perspectivizar a adicção como uma síntese de dependência e de compulsão, apesar de ambas poderem existir autonomamente.

"Assim a dependência envolveria a tentativa de obter gratificação interna (que numa perspectiva comportamental poderá ser descrita como reforço positivo), enquanto que a compulsão envolveria o evitamento de estados interiores desagradáveis (correspondendo ao paradigma de reforço negativo)" (Esteves, 1992).

Parece ser lícito concluir que o conceito de adicção encerra em si mesmo uma abrangência para que contribuam as componentes dependência e compulsão.

Há uma outra perspectiva na definição das "perturbações relacionadas com substâncias" que pressupõe o estabelecimento de categorias; é este o pressuposto subjacente aos sistemas da D.S.M.-IV e da *Classification of Mental and Behavioural Disorders (I.C.D. - 10)* (American Psychiatric Association, 1994; World Health Organization, 1992). Contudo, há várias evidências de que indivíduos com perturbações relacionadas com o uso de substâncias apresentam múltiplas características clínicas e teóricas que são heterogéneas.

Mas esta heterogeneidade não parece ser aleatória, o que sugere que seria possível estabelecer sub-categorias distintas de perturbação relacionadas com o uso de drogas.

Estas sub-tipologias ou sub-categorias para serem válidas e significativas deverão discriminar as diferentes etiologias e categorias prognósticas para os indivíduos consumidores de drogas.

Depois de trabalhos recentes conduzidos quer por investigadores quer por clínicos, foram propostos vários sub-grupos com base em características psicológicas, biológicas e sociais do indivíduo (Galanter & Kleber, 1994).

2.1.3. Classificação das dependências

Mas qual foi o percurso que este processo de definição de sub-grupos implicou?

Apesar de a resposta a esta questão estar longe de ser simples ou linear, procurar-se-á explicitar em traços largos esse processo evolutivo.

Desde a década de 60, todos os procedimentos entregues para sistematicamente classificar sub-tipos de alcoólicos e de consumidores de drogas, eram apriorísticos. Os indivíduos eram divididos em grupos com diferenças estabelecidas em função de critérios exclusivamente teóricos.

A esmagadora maioria destas tipologias era unidimensional e atendia a critérios como: a história de consumo, o padrão de consumo, o grau de dependência, a história familiar de consumos, o tipo de personalidade, alterações cognitivas e sociopatia (Galanter et al., 1994).

Contudo, as amostras estudadas eram constituídas por indivíduos exclusivamente alcoólicos.

Só um número muito restrito de estudos contemplaram indivíduos dependentes de drogas, procurando-se avaliar a validade desta tipologia, com base numa metodologia comparativa.

Tornou-se perceptível que estas tipologias unidimensionais tinham associadas diferenças na evolução do processo clínico - idade de início do consumo, história de tratamentos, problemas associados ao consumo e no prognóstico entre grupos de consumidores (Galanter et al., 1994).

No início dos anos 70, a realidade do consumo de álcool e de uma multiplicidade de drogas foi-se tornando cada vez mais comum nos países desenvolvidos, em contextos privados ou recreativos, e nas zonas mais urbanas.

Há ainda a considerar uma acessibilidade maior a várias formas de drogas lícitas ou ilícitas, daí que se considerassem tipologias baseadas em padrões de comorbidade no uso dessas substâncias.

Carlin e Stauss (1978), propuseram a subdivisão de indivíduos politoxicod dependentes em duas categorias, com base nos seus padrões motivacionais, respectivamente: *recreativos* e de *auto-medicação*. Outras tipologias têm efectuado distinções entre policonsumidores de substâncias ilícitas ou prescritas (Galanter et al., 1994).

Na generalidade, a fiabilidade e a validade preditiva destas e de outras tipologias esboçadas para situações de polidependência ainda não foram adequadamente avaliadas.

Uma outra abordagem tipológica alternativa recorre a uma perspectiva dimensional do grau de gravidade das perturbações relacionadas com a dependência de substâncias.

Até um dado grau esta forma de diferenciação está implícita nos critérios diagnósticos empregues no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Ed. revised* (D.S.M.-III-R) (American Psychiatric Association, 1987).

Como nota deve referir-se que os critérios acima mencionados eram baseados no síndrome de dependência para o álcool definido comportamentalmente e descrito por Edwards e Gross em 1976 (Galanter et al., 1994). De acordo com os autores havia que perspectivar a dependência de álcool e as alterações associadas ao longo de um *continuum* de gravidade.

Um outro critério pode ser utilizado como referente para efectuar uma distinção entre indivíduos com consumos abusivos de substâncias. Trata - se da presença ou ausência de perturbações psicopatológicas co-existentes, ou seja, a comorbilidade a que já se fez referência.

Vários investigadores têm encontrado índices elevados de coexistência de perturbações de personalidade e de outras perturbações psiquiátricas "major" em amostras de indivíduos consumidores de substâncias (Galanter et al., 1994).

Historicamente, na literatura relativa à Psicopatologia e Abuso de drogas, houve uma tendência a presumir que a presença de comportamentos adictivos era consequência de psicopatologia(s) pré-existente(s).

Contudo existe alguma controvérsia quanto ao uso de medidas categóricas ou dimensionais do âmbito psicopatológico para a diferenciação de consumidores de substâncias.

No entanto, não se pode deixar de referir um instrumento desenvolvido por McLellan et al. - "Addiction Severity Index" (A.S.I.) que procuravam avaliar as necessidades para tratamento de indivíduos com perturbações relacionadas com substâncias, em vários domínios.

O A.S.I. incluiu uma medida das necessidades globais para o tratamento de problemas psiquiátricos baseando-se em sintomatologia como: depressão, ansiedade, psicose e perturbações cognitivas.

Deste modo, seria possível efectuar uma selecção mais adequada de metodologias de tratamento distintas tendo por base uma avaliação da gravidade da sintomatologia psiquiátrica. Esta estratégia não só revelou ser pragmática mas, também, resultou numa melhoria dos resultados obtidos com os doentes. Porém, a potencialidade deste tipo de medidas auxiliares no prognóstico de funcionamento pós-tratamento é bastante limitada na medida em que este poderá depender de medidas específicas seleccionadas e das próprias técnicas terapêuticas utilizadas nos tratamentos (Galanter et al., 1994).

Resumindo, as tipologias que se centram em elementos únicos/singulares, quer estes se baseiem em factores de risco (ex. história familiar de consumo) ou em aspectos do funcionamento recente do sujeito (ex. padrão de consumo actual) poderão ser inadequadas na predição de padrões de consumos futuros, funcionamento psicológico ou problemas associados ao consumo de substância.

Mais ainda, sendo de supor que pudesse existir alguma sobreposição entre estas diferentes classificações tipológicas recorreu-se a análises estatísticas que permitissem avaliar independentemente a validade relativa de cada tipologia. Nenhum dos sistemas de classificação se revelou claramente superior no poder discriminativo global dos indivíduos consumidores quanto à sua vulnerabilidade para os consumos e potenciais factores de risco, história natural de consumo e sua cronicidade, problemas relacionados com o consumo, consequências psicológicas e índices de resposta ao(s) tratamento(s).

Parece que as discriminações significativas estavam geralmente limitadas a áreas intimamente relacionadas com as características que definiam essa tipologia em particular.

Ou seja, havia toda uma complexa heterogeneidade da população de indivíduos consumidores de drogas que não eram abarcadas pelas tipologias unidimensionais.

Avançou-se, pois, no sentido de considerar esquemas multivariados e de maior complexidade na tentativa de conseguir uma análise tipológica desta população tão específica.

Estas novas tipologias procuraram ter em linha de conta os efeitos dinâmicos ou interactivos da predisposição genética, das características da personalidade, de psicopatologia coexistente e do próprio padrão de consumo do sujeito.

2.2. Tipologia de dependência de drogas

Mas a questão fundamental mantém-se; afinal, quantos tipos diferentes de dependência de droga existem?

A resposta a esta questão revela-se bastante polémica e, no mínimo, haverá que atender a duas ordens de factores que são: por um lado, a amostra estudada e, por outro, as características utilizadas na avaliação dessa mesma amostra.

Desde já se pressupõe que, em amostras retiradas de populações em tratamento, haverá um grau aumentado de gravidade de dependência, histórias mais complexas de tratamentos prévios, bem como, uma maior prevalência de comorbilidades psiquiátricas quando comparadas com amostras extraídas da comunidade (Galanter et al., 1994).

Mas se o estabelecimento de classificações ou de tipologias dos consumidores de drogas ainda não parece ser um objectivo concretizável a curto - prazo, a avaliação clínica dos mesmos é de importância primordial.

O objectivo primário da avaliação clínica das perturbações relacionadas com substâncias será efectuar um diagnóstico tão preciso quanto possível do abuso ou dependência de drogas, assim como, de outras alterações psiquiátricas ou médicas associadas.

Deste modo, esta avaliação diagnóstica poderá permitir uma adequada planificação de uma intervenção que possa vir a ser eficaz.

Assim sendo, a avaliação clínica do padrão de uso, abuso e dependência de substância deverão assumir-se como uma "rotina" de toda a avaliação clínica de um indivíduo consumidor de substância(s).

Para cumprir este objectivo podemos socorrer-nos de diferentes índices que variarão em função de alguns factores sócio-demográficos como, por exemplo: a idade, a classe social de pertença, a raça ou etnia, a ocupação profissional e o género.

Habitualmente, qualquer que seja o índice utilizado ele assume valores mais elevados na população feminina comparativamente à masculina (Galanter et al., 1994).

Contudo, limitar a preocupação avaliativa só a indivíduos com um nível inicial elevado de suspeita para o uso de substância(s) levará a uma grave falha no despiste e detecção de perturbações clinicamente significativas em muitos outros sujeitos (Galanter et al., 1994).

Mais ainda, a falha no diagnóstico de abuso ou dependência de substância(s), poderá comprometer uma intervenção eficaz conducente a um tratamento. Por isso, contribui para a continuidade e desenvolvimento do problema de que podem resultar consequências cada vez mais graves.

Uma avaliação precisa de uma perturbação relacionada com o uso de substância é, por vezes, também dificultada pelas características defensivas dos doentes com estas perturbações (por exemplo, a minimização, a negação, a projecção) e a relutância da família do doente, amigos e colegas de trabalho em confrontar o indivíduo com a sua realidade ou fornecer informações pertinentes aos técnicos.

Assim, a precisão do diagnóstico de perturbação relacionada com substâncias não tem como objectivo atribuir "um rótulo" ao indivíduo, mas antes, permitir uma identificação clara dos seus problemas, alguns deles resultantes do uso de substâncias e, deste modo poder trabalhar a sua motivação para iniciar um processo de mudança comportamental que envolverá um comprometimento para realizar um tratamento.

No sentido de facilitar e de uniformizar os critérios clínicos para avaliação e diagnóstico destas perturbações e, após revisões do critério utilizado na D.S.M.-III, para perturbações do uso de substância surgiu um consenso, já adoptado pela D.S.M.-III-R (American Psychiatric Association, 1987), de que a dependência seria melhor conceptualizada como um constructo bio-comportamental caracterizado pelo uso compulsivo de uma substância do que como um estado exclusivamente ou primariamente físico (Galanter et al., 1994).

2.2.1. Critérios actuais

Actualmente, considera-se que a dependência corresponderá a:

"um padrão desadaptativo de utilização de substâncias levando a **défice ou sofrimento clinicamente significativo**" que requere pelo menos a presença de três critérios de uma lista de sete, ocorrendo em qualquer momento num mesmo período de doze meses (American Psychiatric Association, 1996).

Os primeiros dois critérios indicam tolerância ou dependência fisiológica:

- (1) Tolerância: necessidade de quantidades crescentes de substância para obter os efeitos desejados ou efeitos diminuídos com o uso continuado da mesma quantidade;
- (2) Abstinência: sintomatologia de privação depois de descontinuidade no uso ou paragem ou uso da substância para aliviar ou evitar sintomas de privação.

Os dois critérios seguintes indiciam um controlo diminuído do uso da substância:

- (3) Consumo da substância em quantidades superiores ou por períodos mais longos do que inicialmente era pretendido;
- (4) Desejo persistente ou uma ou mais tentativas, sem êxito, para reduzir ou controlar o uso da substância.

Relativamente aos três próximos critérios, eles salientam a relevância do uso persistente ou continuado de substância, para a própria pessoa. A preocupação com o álcool ou outras drogas é indicado pelos itens que se seguem:

- (5) Dispender uma grande quantidade de tempo adquirindo, utilizando ou recuperando do uso de substância. O uso continuado de substância independentemente das consequências adversas;
- (6) Desistir ou reduzir actividades sociais, ocupacionais ou recreativas por causa do uso de substância;
- (7) Uso continuado da substância independentemente do reconhecimento de problemas sociais, psicológicos ou físicos persistentes ou recorrentes que são causados ou exacerbados pelo uso da substância.

Em associação procura-se estimar a gravidade ou intensidade dessa dependência; para tal considera-se que ela evoluiu ao longo de um *continuum*- de ligeira a moderada e, finalmente, a grave.

Estes diferentes graus ou níveis de intensidade podem ser indicados por um conjunto de sintomas e, a importância da perturbação, prende-se com os comportamentos elicitados relativamente aos consumos mantidos pelo indivíduo e o modo como interferem com a realidade psicossocial do sujeito.

O síndrome de dependência pode assumir uma outra conceptualização, caso seja utilizada como referência a Classificação Internacional das Perturbações Mentais e do

Comportamento, I.C.D.-10 (World Health Organization, 1992), ou seja passará a ser definido como:

"um agrupamento de fenómenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, nos quais uma substância ou grupo de substâncias adquire uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo do que outros comportamentos que outrora tinham grande importância."

Na classificação proposta pela I.C.D.-10 sob a designação de "Perturbações Mentais e do Comportamento devidas ao uso de substâncias psicoactivas", considera-se o consumo de substâncias como: álcool, opiáceos, canabinóides, sedativos e hipnóticos, cocaína e outros estimulantes, alucinógenos, tabaco e solventes voláteis. São ainda contempladas as situações de uso de várias substâncias em simultâneo.

Esta definição salienta um aspecto fulcral uma compulsão ou um desejo incontrolável de consumir dada(s) substância(s) psicoactiva(s).

Referencia-se ainda um outro aspecto que a prática clínica permite empiricamente constatar, relativo ao tempo necessário para a reinstalação de dependência quando o indivíduo retoma consumos, após um período mais ou menos prolongado de abstinência, este intervalo de tempo reduz-se substancialmente.

Resta abordar a noção de **abuso de substância**. O diagnóstico deste tipo de situação reflecte um padrão desadaptativo ou problemático da utilização de substâncias que não se adequam ao critério de dependência.

Este padrão é indicado pela ocorrência de um ou mais dos seguintes critérios ao longo de um período de doze meses (American Psychiatric Association, 1996):

- (1) Utilização recorrente da substância resultando numa falha no cumprimento de obrigações essenciais (no trabalho, na escola ou em casa);
- (2) Utilização recorrente da substância em situações nas quais se torna fisicamente lesivo (causador de danos);
- (3) Problemas legais recorrentes relacionados com a substância;

- (4) Continuação da utilização da substância independentemente de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados, ou exacerbados, pelos efeitos da substância.

Clarificados estes conceitos básicos não se poderia deixar de referir a definição de consumo problemática de droga proposta pela O.E.D.T.. Assim, o **consumo problemático de droga** é definido como:

"o consumo de drogas num modo que potencializa o risco de consequências físicas, psicológicas ou sociais graves e prejudiciais para o consumidor. Esta definição não só inclui a dependência, mas abrange também os padrões de consumo não dependente, que podem levar o consumidor a procurar assistência, ou que estão associados a um aumento da mortalidade ou da morbilidade, nomeadamente consumo excessivo ou doenças infectocontagiosas" (O.E.D.T., 1999).

Esta definição encerra uma tentativa de operacionalização do que poderá ser designado como "consumos problemáticos" de drogas, em função das consequências que deles advêm. O comprometimento de aspectos biológicos, psicológicos e sociais, da realidade individual, serão de considerar como possíveis motivações para a mobilização do indivíduo para a procura de ajuda ou de tratamento.

2.3. A etiologia das dependências

Esta breve abordagem de aspectos teóricos relacionados com a dependência de substâncias não poderia terminar, sem aludir à problemática da etiologia destas perturbações.

De acordo com Donovan (1986), a etiologia do alcoolismo e de outras perturbações relacionadas com o uso de substâncias será, sem dúvida, multifactorial envolvendo factores de ordem diversa - factores hereditários ou constitucionais, factores de personalidade e factores sócio-culturais (Taylor et al., 1997).

Num esforço de sistematização Kaplan et al. (1996) propuseram uma síntese tendo lançado mão de vários modelos teóricos para procurar compreender o abuso ou a dependência de drogas. Consideram, respectivamente:

(1) As Teorias Psicodinâmicas

As explicações com base nas teorias psicodinâmicas relativas ao abuso de substância reflectem as várias perspectivas nesta área teórica, e tiveram a sua valorizações nas últimas décadas.

As formulações psicodinâmicas recentes consideram o abuso de substância como o reflexo de funções do ego perturbadas. Nos últimos 50 anos tem havido uma mudança de uma focalização nos *drives* e conflitos para dar uma ênfase maior na importância do *ego* e estruturas do *self* na regulação de emoções, na auto-estima, no comportamento e na adaptação à realidade (Khantazian, 1985).

Parece ser, ainda importante, considerar os factores estruturais, assim como as relações *self-objecto* na exploração das perturbações dos dependentes de drogas e na compreensão do seu sofrimento.

(2) As Teorias Comportamentais

Alguns modelos comportamentais têm centrado o seu estudo da dependência de drogas no comportamento de procura de substância, em vez dos sintomas de dependência física.

Para que uma explicação comportamental possa ser relevante para todas as substâncias, ela não poderá depender da presença de sintomas de tolerância ou de abstinência, uma vez que os aspectos fisiológicos nem sempre estão presentes.

Alguns investigadores colocam a hipótese de estarem envolvidos quatro princípios comportamentais básicos na procura de substância (Kaplan et al., 1996).

O primeiro e segundo princípios estão directamente relacionados com as qualidades de reforço positivo e os efeitos adversos de algumas substâncias.

A maioria das substâncias de abuso estão associadas a uma experiência positiva após um primeiro consumo. Assim, a substância actua como um reforço positivo no comportamento de procura da mesma.

Porém, muitas substâncias também estão associadas a efeitos adversos que actuarão no sentido da redução do comportamento de procura.

O terceiro princípio tem que ver com a capacidade do indivíduo para discriminar a substância consumida abusivamente de outras

Em quarto surge o facto de que quase todos os comportamentos de procura de substâncias estarem associados a outras "pistas" ou estímulos que se tornam concomitantes com a experiência de consumo da substância.

(3) As Teorias Genéticas

Relativamente às situações de abuso ou dependência de drogas a informação proveniente de estudos genéticos é, ainda, muito pouco conclusiva quanto à existência de um possível padrão genético no seu desenvolvimento.

Apesar disso, autores como Goleman (1995) e Smith (1998) referem uma "predisposição biológica" para o consumo de determinada substância.

Esta "herança adictiva" parece ter vindo a ser estudada para o alcoolismo. Os estudos pretendem separar factores genéticos de factores ambientais (Peele, 1998).

De acordo com este autor, Vaillant e outros investigadores apontariam para uma causalidade genética no alcoolismo embora os estudos que tinham desenvolvido não apontassem nesse sentido.

No estudo que permitiu a sua primeira análise, Vaillant seleccionou uma amostra de indivíduos de uma mesma cidade e constatou que aqueles que tinham familiares alcoólicos tinham três a quatro vezes mais probabilidade de desenvolver um alcoolismo comparativamente aos que não tinham familiares alcoólicos (Peele, 1998).

Não se pode deixar de referir a teoria de aprendizagem neuro-genética de Cloninger que procurou estabelecer uma nova tipologia do alcoolismo (Galanter et al., 1994).

Cloninger e colaboradores conduziram entre 1987 e 1988 uma série de estudos prospectivos de adoção de indivíduos alcoólicos e propuseram dois sub-tipos de alcoolismo. "Tipo 1, ou alcoolismo limitado ao meio afecta quer homens quer mulheres, com início após os 25 anos e caracteriza-se por uma capacidade para se abster de beber e perda de controle do uso de álcool depois de iniciar um período de consumo" (Galante et al., 1994). De acordo com os mesmos autores, o tipo 2 ou alcoolismo limitado aos homens ocorre exclusivamente em indivíduos do sexo masculino, inicia-se antes dos 25 anos e é caracterizado por uma incapacidade para se manter abstinente de álcool e pelo facto de efectuarem grandes consumos.

A gravidade do alcoolismo de tipo 1 dependerá de factores como o meio ambiente em que o indivíduo viveu a sua infância, uma vez que um meio familiar marcado por elevados consumos alcoólicos poderá aumentar a gravidade de problemas subsequentes de alcoolismo em crianças geneticamente em risco de desenvolver problemas deste tipo. O alcoolismo de tipo 2 acarreta consequências médicas e sociais graves e recorrentes para além de ter uma "forte componente hereditária" (Galanter et al., 1994). Os pais destes indivíduos tinham antecedentes criminais relacionados com comportamentos anti-sociais em episódios de intoxicação alcoólica.

Este tipo de estudos continuaram a ser replicados por outros investigadores, nomeadamente por Hill em 1992 que descreveu "um terceiro tipo de alcoolismo herdado" mas onde não existia sociopatia do pai como ocorria no estudo anteriormente referido (Galanter et al., 1994).

(4) As Teorias Neuroquímicas

Para a maioria das substâncias que são consideradas como drogas de abuso (à excepção do álcool), os investigadores têm identificado neurotransmissores específicos, ou receptores para neurotransmissores, nos quais as respectivas substâncias desenvolvem determinados efeitos específicos (Kaplan et al., 1996).

Mesmo em circunstâncias de normal funcionamento da função receptora endógena, o uso prolongado de uma substância ou, especificamente, o abuso podem vir a modular aqueles

sistemas receptores cerebrais, de modo que o cérebro irá requerer a presença de uma substância exógena para manter o seu equilíbrio. Este mecanismo, a nível dos receptores, poderá estar subjacente ao desenvolvimento da tolerância.

Quanto às vias e aos neurotransmissores, estes últimos poderão estar envolvidos no desenvolvimento de fenómenos de abuso de substância ou de dependência; no caso dos opiáceos serão as catecolaminas - particularmente a dopamina.

Da maior importância são os neurónios dopaminérgicos na área tegmental ventral que se projectam para as regiões corticais e límbicas, especialmente o núcleo *accumbens*.

Esta via específica sabe-se que está envolvida na sensação de recompensa e poderá ser o mediador essencial dos efeitos de substâncias com efeitos estimulantes; já a mediação dos efeitos depressores resultantes de consumo de determinadas substâncias estará relacionada com os neurónios adrenérgicos do *locus ceruleus* (Kaplan et al., 1996).

A descoberta de que o organismo produz os seus próprios opiáceos, a que se chamam endorfinas, levantou uma nova hipótese explicativa para o "mecanismo da adicção" (Peele, 1998).

Teóricos das endorfinas como Goldstein e Snyder consideraram que os indivíduos dependentes de drogas poderiam ser caracterizados por uma deficiente produção de endorfinas que os deixaria anormalmente sensíveis à dor. Assim sendo eles teriam necessidade de elevar o seu limiar de dor através dos efeitos dos narcóticos.

Contudo, ainda não se conseguiu comprovar que os heroinómanos tenham níveis pouco usuais de endorfinas.

A possível relação entre a produção de endorfinas e a adicção, sugerindo que os adictos herdariam uma deficiência de endorfinas não é concordante com os resultados obtidos nos estudos. Por outro lado, "indivíduos dependentes não revelavam uma necessidade crónica e habitual de narcóticos. Na realidade eles efectuem alterações regulares do tipo e quantidade de drogas consumidas, mantendo-se, por vezes, abstinentes ou deixando por completo os consumos à medida que envelhecem" (Peele, 1998).

(5) As Teorias Cognitivas

Stacey et al. (1991) Smith (1998) consideram, também, a teoria cognitiva enquanto suporte teórico explicativo para os consumos de drogas; assim, surge a hipótese de determinados padrões de pensamento poderem estar directamente envolvidos nas dependências de drogas. Será de salientar as expectativas que o sujeito pode desenvolver quanto aos efeitos da substância e o seu papel na resolução do seu mal-estar. Ou seja, estas expectativas podem tornar-se em "motivações cognitivas" para os consumos contribuindo, ainda, para ser um dos factores causais relativos à perturbação (Smith, 1998).

De acordo com Vaz Serra (1996) que cita Newman e Newman, a cognição é um processo que consiste em organizar e dar significado a uma experiência, interpretar uma afirmação, resolver um problema, sintetizar informação ou analisar criticamente uma tarefa complexa. As cognições não são meros resultados do processo de conhecimento. Têm de ser valorizadas pelo significado que podem trazer para a compreensão do próprio comportamento dos autores dessas mesmas cognições.

"Gradualmente foi-se reconhecendo que as cognições do ser humano têm uma importância considerável na forma como se observa a si próprio e estrutura o mundo à sua volta" (Vaz Serra, 1996).

É um pressuposto básico do modelo cognitivo-comportamental que, acontecimentos mentais ou cognitivos, levam a emoções e comportamentos.

Deste modo nunca nos poderemos esquecer que existem três aspectos que são fundamentais para o funcionamento do ser humano - a cognição, a emoção e o comportamento.

No modelo cognitivo e, relativamente às intervenções terapêuticas, existe um princípio subjacente básico que considera que as perturbações de comportamentos, de emoções e de pensamentos podem ser modificadas ou alteradas com base na alteração do próprio processo cognitivo. De um modo mais simples "a terapia cognitiva baseia-se na simples ideia

que pensamentos e atitudes- e não acontecimentos externos - criam estados de humor." (Wanberg & Milkman, 1998).

Ou seja, a ideia central do modelo cognitivo de emoção será a de que as emoções vividas resultam da interpretação ou avaliação que o indivíduo efectua dos acontecimentos. É o significado dado ao facto que despoleta a emoção e não o inverso.

A Psicologia Cognitiva vai, assim, assumir a ligação entre pensamentos, emoções e acções. As emoções ou os "humores" podem alterar os processos cognitivos; as acções podem exercer influência sobre o modo como o sujeito "vê" dada situação, e, finalmente, as emoções podem despoletar comportamentos.

Será de referir que não só é importante a avaliação efectuada dos acontecimentos mas, também, o fenómeno da atribuição - a explicação dada pelo indivíduo para aquilo que está a acontecer consigo; o que o indivíduo vai valorizar como fonte de problemas ou de sucessos na sua vida.

Relativamente à dependência de substâncias psico-activas, o sujeito vai efectuando um processo de distorção cognitiva não só em relação ao modo como pondera ou avalia os seus eventos pessoais, mas também ao modo imediato como os pensa (estruturação de crenças irracionais).

A sua "leitura" da realidade baseia-se numa atribuição predominantemente externa que, provavelmente, faz com que também o lidar com as emoções implique recorrer a elementos externos a si mesmo - as drogas.

Falou-se de cognições no âmbito do modelo cognitivo mas há que considerar, também, as metacognições - as cognições sobre as próprias cognições; estas "podem incluir crenças e atitudes sobre acontecimentos cognitivos como os pensamentos, sentimentos, memórias, imagens, sensações e percepções" (Toneatto, 1999).

Os modelos cognitivos têm vindo a considerar o papel das crenças (ainda que irracionais) no abuso ou dependência de drogas. De assinalar que as metacognições poderão ter grande relevância na análise do fenómeno de dependência (Toneatto, 1999).

"Sob um ponto de vista metacognitivo, o uso de substância é um meio eficaz para rapidamente modificar acontecimentos significativos como os sentimentos, pensamentos, ou memórias atribuídas ou percebidas como sendo aversivas e/ou indesejáveis." (Toneatto, 1999).

As substâncias psico-activas poderão modificar os "acontecimentos cognitivos" de um modo directo - através do relaxamento, induzindo a aversão, reduzindo o nível de consciência, ou de actuar indirectamente pela modificação das crenças e atitudes face a "acontecimentos cognitivos" aversivos.

Deste modo com o decorrer do tempo, o indivíduo pode não só desenvolver conhecimentos, expectativas e crenças relativamente às substâncias psico-activas e aos seus efeitos como vir a ter conhecimentos sobre as consequências do não consumo dessas mesmas substâncias.

Possivelmente a opção de não consumir, mesmo quando é isso que se deseja, poderá vir a estar associada a crenças específicas e atitudes sobre o impacto do uso dessas substâncias sobre os acontecimentos cognitivos.

Teremos de considerar a abordagem de dois tipos de conhecimentos metacognitivos: os efeitos cognitivos do uso de substâncias e as consequências metacognitivas de abstinência ou privação desse uso.

Os primeiros não serão mais do que crenças sobre o impacto das drogas na cognição; os segundos correspondem igualmente a crenças mas, agora, relativas aos efeitos cognitivos da vivência prolongada de um acontecimento desagradável ou indesejável.

2.4. Uma abordagem compreensiva das dependências de drogas

Nas perturbações relacionadas com substâncias é fulcral que se consciencialize a importância de procurar compreender como é que o sujeito dependente construiu a sua realidade e, de que modo, aquela realidade espelha pensamentos perturbados e acções baseadas na impulsividade ou numa preocupação de imediatismo.

Porém, desde há anos que a ideia de que poderiam existir "determinados traços característicos" de personalidade que serviriam para definir os alcoólicos apesar de "não se poder afirmar que existe uma personalidade alcoólica padrão (...)" (Fernandes da Fonseca, 1985) continuou a ser gradualmente estudada e foi-se concluindo que a investigação empírica falhava na identificação de um perfil de personalidade específica associada com o alcoolismo (Taylor et al., 1997).

Apesar de aspectos como os comportamentos, ou mesmo personalidades anti-sociais poderem estar associados com o desenvolver de problemas de consumo de álcool e/ou de outras drogas, também a depressão poderá ser um traço ou sintoma que acompanha, com alguma frequência, a dependência de álcool e drogas.

Outros aspectos como o neuroticismo ou a "emocionalidade negativa" sendo medidas significativamente aumentadas que predisporiam a uma ansiedade de nível patológico e a perturbações afectivas (que têm vindo a ser referenciadas com base em estudos transversais com alcoólicos e toxicodependentes) serão, possivelmente, relacionáveis com a motivação para o abuso de substâncias psicoactivas, uma vez que dele poderá resultar algum alívio da sintomatologia.

Por outro lado, outros estudos, nomeadamente com metodologia prospectiva, não concluíram sobre a relação entre aspectos específicos da personalidade e o desenvolvimento de dependência (Taylor et al., 1997).

Tal como é acentuado pelo constructivismo (com autores como Guidano e Mahoney) e pela fenomenologia haverá que enfatizar o facto de ser o próprio sujeito que constrói a sua realidade o que leva a que a sua análise (ou leitura) não se possa basear num referente exclusivamente lógico ou racional (Vaz Serra, 1997; Wanberg et al., 1998).

Na abordagem psicanalítica contemporânea, um dos aspectos mais relevantes relaciona-se com a ênfase dado ao processo adictivo em si mesmo, e não aos sintomas que contribuem para um diagnóstico específico.

Nesse âmbito Melman (1997) começou por referenciar que da sua prática concluiu ser de enorme importância a *transferência* no processo analítico com toxicodependentes. Ou seja, posteriormente a algumas entrevistas o autor constatava que "... a pessoa do psicanalista era elevada à dignidade de um objecto e tornava-se para eles como um equivalente do tóxico."

Será, pois, lícito pressupor que a substância em si mesma desempenhará um papel neste processo de dependência. A droga não só servirá para apaziguar as tensões psíquicas mas também terá capacidade de as criar - a relação que se estrutura na falta do objecto "era na sua economia psíquica pelo menos tão essencial que a falta do objecto era muito frequentemente voluntariamente provocada" (Melman, 1998).

Perante uma situação de ausência de substância, a expressão dolorosa e dramática parecer, também, investida e valorizada pelo indivíduo.

Por outro lado, o autor refere que quando o toxicodependente cessa os consumos começa a reencontrar as suas emoções - " ... eles viviam sem emoções, sem afecto" (Melman, 1998).

Melman reflectiu, ainda, sobre a relação do toxicodependente com a morte. Parece, pois, que não só a morte não desperta qualquer medo como o risco de morte envolvido nos consumos não é, de modo nenhum, um motivo para parar. Muito pelo contrário, a possibilidade de morrer é um elemento de excitação "... uma vez que na sua economia, ele tem o desejo de poder ir até ao fim, de atingir o prazer último e os psicanalistas sabem que o término do prazer é a morte" (Melman, 1998).

Tendo em conta o fenómeno de habituação, o toxicodependente acaba por ter necessidade de consumir em doses crescentes para obter os efeitos desejados. Quer isto dizer que, no seu *percurso natural*, a morte estará programada mas ausente de qualquer forma de ansiedade associada.

A contribuição dada pelas teorias psicanalíticas contemporâneas, bem como a evolução na compreensão do desenvolvimento afectivo, auxiliadas pelas observações ao longo de entrevistas e de intervenções psicoterapêuticas profundas forneceram pistas no sentido de perceber o processo adictivo como tendo origem numa perturbação do sistema de auto-regulação, com consequentes alterações na regulação do afecto e dificuldades relacionadas com as relações objectais (Taylor et al., 1997).

Khantzian (1982), tal como outros psicanalistas que trabalham nesta área, observou que os toxicodependentes se tornam dependentes de substâncias psico-activas devido às enormes dificuldades que têm para modular, regular e expressar *drives* e afectos.

De um modo algo semelhante, Levin, em 1987, relacionou os comportamentos adictivos com uma perturbação do "self" e da regulação de afectos, incluindo a necessidade de ter poder e controle; estas são procuradas através "da fusão" com um self-objecto idealizado- álcool ou outras drogas- ao qual o indivíduo dependente atribui poderes onipotentes (Taylor et al., 1997).

Uma outra perspectiva de análise da dependência de drogas surgiu com Taylor e colaboradores (1997) que procuraram efectuar uma exploração dos factores e personalidade que poderiam estar envolvidas na etiologia múltipla das perturbações relacionadas com substâncias *"... particularmente as características da personalidade que podem ser integradas num modelo conceptual, no qual os déficits de regulação do afecto são considerados como aspecto central das dependência de drogas"* (Taylor et al., 1997).

De acordo com as observações de Krystal e Raskin (Taylor et al., 1997) os indivíduos dependentes de substâncias experienciavam os seus afectos essencialmente de uma forma indiferenciada, global, primariamente somática e tinham grandes dificuldades em tolerar os afectos dolorosos.

As emoções são vivenciadas num formato sensório-motor primário que parece ser amplificador da "dor" da abstinência da droga consumida que cria um medo desmedido do

indivíduo ser completamente dominado por emoções negativas e "por uma ânsia insaciável pela droga".

Incapazes de verbalizar adequadamente os afectos ou de usar os afectos como sinais para si próprios, os dependentes passam a centrar-se nas sensações corporais que acompanham a activação emocional e têm necessidade de as bloquear através do consumo de drogas (Taylor et al., 1997).

O mesmo autor assinala, ainda, que sem o aspecto ou a dimensão cognitiva da emoção, o significado do afecto é indicativo "da história que a ele deverá ser associada", bem como na ausência da componente expressiva e da auto-reflexão, os indivíduos dependentes de substâncias serão incapazes de reconhecer que estão a viver determinados sentimentos e de os identificar.

Há que efectuar uma chamada de atenção para o facto de nos toxicodependentes poder existir uma ausência mais ou menos completa da dimensão do imaginário que vai interferir clinicamente na representação que eles próprios efectuam e fornecem do seu corpo, como se não houvesse nenhuma preocupação com a sua auto-imagem, bem como o facto de comunicarem através dessa mesma imagem que acaba por explicitar "qual é a sua dependência, qual é a sua doença" (Melman, 1998).

Para além da incapacidade de regulação dos afectos, Krystal e Raskin identificaram outras insuficiências entre os toxicodependentes, nomeadamente na capacidade de cuidarem de si mesmos e na capacidade de se reconfortarem (Taylor et al., 1997).

Estas insuficiências em vez de serem consideradas como meros *déficits*, têm a sua proveniência no "desmoronar da representação de objectos maternos" e das modalidades de auto-ajuda e de conforto de si mesmo.

Alternativamente ao não exercício das "funções maternas", junto do toxicodependente o consumo de drogas vai contribuir, senão mesmo permitir a obtenção de alívio para afectos perturbadores.

Na opinião de Krystal (1979) a "desmoronação" da representação do objecto materno será uma manobra defensiva contra impulsos auto-agressivos extremos.

Associada a esta defesa está uma idealização de um objecto externo, com o qual o indivíduo dependente de substâncias anseia estar unido, tendo em simultâneo receio de se fundir com ele.

Do mesmo modo que Krystal, Khantazian (1993) considera que os problemas na regulação de afectos serão atribuíveis a relações disfuncionais durante o desenvolvimento infantil que resultam numa paragem no desenvolvimento afectivo ou numa regressão para uma modalidade de funcionamento mais primitiva, na qual as experiências afectivas não são traduzíveis por palavras.

Khantazian relaciona os *déficits* das funções do ego com uma falha na sua internalização como "pais-cuidadores" durante as fases precoces e seguintes do desenvolvimento. Na sua conceptualização, utiliza a teoria da Psicologia do Eu ("Self Psychology Theory"), e de um modo particular a teoria de Kohut (1971) que considera que as fraquezas psico-estruturais em indivíduos predispostos para a adição são causadas por desilusões traumáticas com a mãe que " (...) por causa da sua deficiente empatia com as necessidades da criança (ou por outras razões) não preencheu adequadamente as funções (como estímulo-barreira, como fornecedor adequado dos estímulos necessários, como fornecedor de tensão-gratificação aliviadora, etc.) que o aparelho psíquico maduro deveria ser mais tarde capaz de desempenhar (ou iniciar) de modo predominantemente autónomo" (Taylor et al., 1997).

Autores como Rinsley reconhecendo aspectos narcisistas e "borderline" nas personalidades de muitos indivíduos com comportamentos adictivos também refere uma deficiência das representações do "objecto reparador" que usualmente capacita as pessoas a monitorizar, modular e regular as vicissitudes emocionais a que são submetidos periodicamente.

Se é primariamente uma falha na internalização de funções auto-reguladoras ou uma falha para localizar estas funções dentro das auto-representações através da identificação de um prestador de cuidados primários ("caregiver") "suficientemente bom", ou uma combinação das duas, a psicoterapia com indivíduos dependentes de substâncias fornece evidências clínicas que o conhecimento narcísico e o equilíbrio emocional poderão ser facilitados através do estabelecimento de relações self-objecto regulatórias e pela confrontação e modificação gradual das introjeções patológicas que levaram à destabilização (Taylor et al., 1997).

Outra análise foi fornecida em 1984 por Wurmser que procurou compreender a associação entre a desregulação afectiva e a dependência de substância. Esta desregulação parece basear-se numa quebra da defesa afectiva, assim como numa "hipossimbolização" (Taylor et al., 1997).

A designação "hipossimbolização" incluiu uma incapacidade para articular sentimentos, para experienciar emoções enquanto sensações somáticas (como a ansia e o desconforto físico), uma vida de fantasia limitada e uma tendência para a externalização.

Na perspectiva deste autor, indivíduos "propensos" a perturbações relacionadas com substâncias desistiram da sua capacidade de experienciar o seu próprio mundo afectivo, bem como da capacidade para empatizar com os afectos dos outros. Assim, esta disrupção emocional poderá levar a uma procura de substâncias psico-activas que serão, então, utilizadas como uma defesa artificial ou como um substituto contra afectos ameaçadores.

Assim sendo, o "craving" descrito pelos indivíduos dependentes de drogas seria causado "pelo recrudescimento de emoções arcaicas e perturbadoras" (Taylor et al., 1997).

Efectuando uma outra abordagem, Dodes (1990) e Levin (1987) direccionaram a sua atenção para a vulnerabilidade narcísica de indivíduos propícios a comportamentos adictivos (Taylor et al., 1997).

Assim, sugerem que a iniciação ou a recaída no abuso de álcool ou de outras drogas servirá, em muitas circunstâncias, para eliminar ou afastar uma sensação de desamparo ou de abandono e para lidar com a incapacidade de através do auto-controle efectuar a regulação do próprio estado afectivo (Taylor et al., 1997).

Na sua visão, o *drive* subjacente ao comportamento adictivo seria "a raiva narcísica", sendo esta raiva a resposta a um sentimento de incapacidade de controlar os próprios estados afectivos podendo, assim, ser perspectivado como um incentivo para o restaurar de "um estado de domínio interno".

Parece ser cada vez mais claro que à realidade da desregulação afectiva, os indivíduos consumidores de drogas recorrem a um determinado tipo de substância psico-activas para gerir as suas emoções e sentimentos.

2.4.1. A hipótese de auto-medicação

Embora os indivíduos dependentes usualmente experimentem múltiplas substâncias psico-activas, a maioria demonstra ter preferência por uma classe particular de drogas, sugerindo que a acção farmacológica específica destas diferentes classes interage com os afectos dominantes com que a pessoa se debate.

De acordo com as observações de Khantzian (1985) o alívio de afectos disfóricos associados com inquietação, fúria e raiva relacionam-se com os consumos de heroína e de outros opiáceos. Goleman (1996) refere que a vivência de determinados padrões emocionais levará o indivíduo a procurar alívio emocional numa dada substância e não em outras.

Seguindo esta lógica, Khantzian (1985) colocou a hipótese de os opiáceos poderem ser "ansiados" (*be craved*) não devido a um efeito eufórico, mas sim, devido a uma acção directa anti-agressão.

Com base em experiências subsequentes, foi possível concluir que o problema com a agressão em dependentes de opiáceos "... é função de um excesso deste afecto intenso-parcialmente constitucional e parcialmente ambiental na sua origem, que interage com o ego e estruturas do self que são subdesenvolvidas ou deficientes e falham na contenção deste afecto" (Taylor et al., 1997).

Numa outra dimensão funcional, alguns investigadores têm constatado, com base em observações, que os opiáceos podem ser utilizados para contrariar afectos intensos, específicos (que surgem como ameaçadores ou desorganizadores como a raiva e a agressão) ou para evocar determinados estados afectivos prazenteiros (Khantazian, 1985).

As substâncias que desencadeiam efeitos estimulantes - como a cocaína e as anfetaminas - parecem ter como função o alívio de estados de tédio e de vazio, bem como a apatia associada à depressão, no entanto, em indivíduos hiperactivos têm um paradoxal efeito calmante.

Para alguns indivíduos, o álcool permite vivenciar sentimentos de pertença ou de proximidade e de amor por períodos de tempo restritos e como tal, de um modo "seguro". Mais ainda, o álcool (em pequenas quantidades) e as drogas sedativas têm um efeito desinibidor ou libertador de emoções permitindo, assim, a indivíduos inibidos, por um breve período de tempo, ultrapassar a sua constrição social e emocional.

Esta teoria científica propõe que os indivíduos que mantêm consumos se vão tornando cada vez mais dependentes de álcool ou drogas, na medida em que as utilizam como um "tipo de medicação", uma forma de acalmar sentimentos de ansiedade, fúria, ou depressão (Goleman, 1996).

Suporte adicional para a hipótese de auto-medicação foi fornecida por um estudo de consumidores de drogas em tratamento: foi-lhes pedido que recriassem um conjunto de situações do seu quotidiano nas quais eles consumiam ou tinham desejo de o fazer e também uma lista de sentimentos que eles pudessem experimentar em associação com essas situações. Os resultados desse trabalho eram consistentes com a perspectiva de que os indivíduos consomem drogas para modular afectos perturbadores e, que algumas dessas drogas, são geralmente associadas com o alívio de determinados afectos levando-os a estabelecer padrões específicos de consumo para assim lidarem com "constelações únicas de afectos perturbadores." (Taylor et al., 1997).

Em vez de procurar simplesmente "escapar" à realidade, promover estados eufóricos ou auto-destruir-se, os indivíduos dependentes de drogas estariam a tentar auto-medicar-se para uma variedade de perturbações psiquiátricas e estados emocionais dolorosos. Embora a maioria destes esforços de auto-tratamento estejam comprometidos por complicações a longo-prazo, os indivíduos dependentes de drogas descobrem os efeitos a curto-prazo das suas "drogas de escolha" que os ajudam a lidar com estados subjectivos desagradáveis e a gerir uma realidade que se percepção como devastadora e esmagadora (Khantazian, 1985).

2.5. Avaliação da dependência de drogas

A conceptualização da dependência de drogas como uma realidade multi-dimensional permitiu objectivar alguns critérios para a avaliação desta realidade o que representa uma uniformização de linguagem técnica e possibilita uma definição mais fundamentada de estratégias de intervenção junto deste tipo de doentes.

De acordo com esta perspectiva foram-se desenvolvendo algumas escalas que procuram quantificar a dependência de álcool e de outras drogas, nomeadamente os opiáceos.

De acordo com Esteves (1992) a escala "Severity of Alcohol Dependence Questionnaire" foi a primeira a ser desenvolvida por Stockwell e colaboradores em 1979. Posteriormente outros autores efectuaram adaptações desta escala. Disso é exemplo o trabalho de Sutherland e colaboradores, em 1986, de que resultou a "Severity of Opioid Dependence Questionnaire" que permite avaliar a dependência de opiáceos.

Esta versão foi objecto de tradução e adaptação por Esteves (1992) estando na base do seu trabalho.

Um outro exemplo de um instrumento similar é o "Addiction Severity Index" que foi desenvolvido por McLellan e colaboradores, em 1983 com o objectivo de avaliar as necessidades para tratamento de indivíduos dependentes de drogas; inclui, ainda, medidas de avaliação de problemas psiquiátricos que se associem à condição de dependência.

Este aspecto, aliás, já foi referido anteriormente no presente capítulo.

Sendo a heroína a principal substância apontada pelos indicadores do consumo problemático de droga (OEDT, 1999), e sabendo que a população admitida para tratamento em Portugal tem como principal droga consumida os opiáceos, em valores superiores a 90% parece ser adequada a opção pelo Questionário de Gravidade de Dependência de Opiáceos (QGDO) para operacionalizar uma das dimensões em estudo neste trabalho: a gravidade da dependência.

"Esta escala permitiria, segundo Sutherland e col.(1986):

- otimizar os protocolos de investigação na área de natureza psicobiológica da dependência;
- criar condições para um mais adequado estudo da história natural e da *carreira* de consumo de opiáceos;
- otimizar as estratégias terapêuticas fazendo-as corresponder às necessidades do doente" (Esteves, 1992).

Espera-se que estes dados enriqueçam a informação relativa a amostra de indivíduos dependentes e permitam, ainda, relacionar a dimensão gravidade de dependência de opiáceos com outros aspectos como alexitimia e determinado perfil de personalidade individual.

3. A ALEXITIMIA

3.1. Conceito e abrangência

O termo alexitimia (a- lexis- thymos) significa, à letra- sem palavras para as emoções e tem vindo a ser aplicado para descrever manifestações clínicas em doentes que "têm uma marcada dificuldade na expressão verbal das emoções e uma capacidade limitada para usar a fantasia" (Lesser, 1981).

Este termo foi introduzido por Sifneos em 1972 (Taylor et al., 1997) e tem sido primariamente discutido no contexto das doenças psicossomáticas. Em vez de exprimirem as suas emoções através de um "canal psicológico", os doentes psicossomáticos vão efectuarlo através " da linguagem dos órgãos" (Kauhanen, Julkunen & Salonen, 1991).

A descrição das características clínicas de indivíduos alexitímicos baseia-se em entrevistas a sujeitos que sofrem de perturbações psicossomáticas em diferentes estudos conduzidos em diversos países (Lesser, 1981). Devido às semelhanças encontradas, foi possível esquematizá-las do seguinte modo (Gomez, Eizaguirre & Aresti, 1997):

1. uma descrição exaustiva de sintomas físicos que nem sempre se relacionam com problemas médicos subjacentes associados a outras queixas - tensão, irritabilidade, frustração, dor, aborrecimento, evitamento, nervosismo e inquietação;
2. marcada ausência de fantasias e descrições elaboradas de detalhes ambientais triviais (pensamento operatório);
3. enorme dificuldade em encontrar palavras adequadas à descrição de determinados sentimentos;
4. escassez de sonhos e de choro que, quando acontece, não está relacionado com sentimentos como a tristeza ou a cólera;
5. vivência de afectos inapropriados;

6. tendência para acções impulsivas - o estilo de vida passa predominantemente pela acção; daí que seja frequente o abuso de substâncias e alterações comportamentais;
7. pobreza de relacionamento interpessoal com tendência para a dependência ou para o isolamento dos outros;
8. os tipos de personalidade mais frequentes são: psicopático, narcisista, passivo-agressivo ou passivo - dependente com uma atitude genérica de rigidez;
9. o sujeito é percebido como alguém "vazio".

Estas características parecem não se relacionar com características sociais, educacionais, económicas ou culturais.

A alexitimia surge como um agregado (*cluster*) de *déficits* na capacidade para processar emoções, sob uma perspectiva cognitiva, salientando a relevância funcional de um adequado processamento que contribui para a atribuição de um "significado único à vida emocional" de cada indivíduo.

Caricaturalmente, e no limite, o indivíduo alexitímico funcionará como um automatismo orgânico que têm do mundo uma perspectiva uni ou bi-dimensional estando privado da totalidade da realidade do sentimento.

Em geral, tem-se vindo a conceber a alexitimia como um constructo da personalidade que reflecte uma alteração significativa na regulação de afectos e que poderá constituir um importante factor de risco para a doença psicológica ou física; deste modo, encontra-se implicada em alterações somatoformes, perturbações alimentares, abuso de drogas, perturbações de pânico entre outras doenças (Krystal, 1979; Taylor, 1984; Taylor et al., 1997; Prazeres et al., para publicação).

Em termos nosológicos, o contexto de aparecimento da alexitimia é bastante abrangente; pode ser percebido como uma alteração de personalidade ou, como um aspecto secundário,

à vivência de um trauma. Pode, ainda, emergir secundariamente de um padrão de vinculação alterado.

Nas últimas duas décadas tem havido um interesse científico crescente no estudo do processo de desenvolvimento e de regulação dos afectos.

Conviria, agora, definir alguns conceitos já referidos: o que se entende por sentimento e por emoção.

3.2. Afecto, emoção e sentimento

Qual a diferenciação a efectuar entre afecto, emoção e sentimento?

De acordo com Sifneos (1995) o afecto pode ser descrito como tendo duas componentes: uma biológica- a **emoção** e uma psicobiológica- o **sentimento**.

O autor considera que o sentimento será uma emoção a que se acrescentam imagens, "fantasmas" e pensamentos que constituem os processos psicológicos individuais e que se lhe associam.

Ou seja, os sentimentos são "emoções com acréscimo de actividade neo-cortical sob forma de imaginação de imagens e de pensamentos" (Sifneos, 1995) que se podem exprimir recorrendo à linguagem.

Os teóricos da emoção (como Dodge e Garber ou Lang) continuam a debater sobre qual será a definição mais adequada para o conceito de emoção. Há uma concordância generalizada quanto ao facto de as emoções serem um fenómeno biológico, inato, conforme tinha sido observado por Darwin no século XIX (Taylor, 1994).

Está-se, contudo num domínio bastante complexo mas onde se efectuou alguma sistematização de informação quanto às emoções e sua regulação. É possível descrever, nos seres humanos, três sistemas inter-relacionados ou processos envolvidos na resposta à emoção:

- os processos neurofisiológicos (basicamente relacionados com o sistema nervoso autónomo e com a activação neuro-endócrina);
- os processos motores e de expressão comportamental (relativos às expressões faciais, alterações do tom de voz ou mudanças posturais); e
- o sistema cognitivo-experiencial (a consciência subjectiva e verbalização de estados emocionais vividos pelo sujeito).

A actuação de qualquer um destes processos ou domínios constituintes da resposta emocional irá alterar ou modular os outros domínios; ou seja, é à globalidade dos processos que se poderá atribuir a regulação das emoções o que leva a que este fenómeno possa ser visto como de inter-domínios podendo ainda sofrer interferências da realidade interpessoal individual.

As relações sociais e o próprio contexto de vida podem ter uma actuação equilibradora ou disruptiva no decurso deste fenómeno (Taylor, 1994).

Convém abordar a questão do princípio da auto-regulação que apesar de ter surgido no âmbito dos trabalhos relativos aos mecanismos homeostáticos atribuídos a Claude Bernard e a Walter Cannon se vieram a estender até outras áreas, passando a incluir a perspectiva de auto-regulação dos sistemas comportamentais (Taylor et al., 1997).

Na alexitimia, os dados sugerem que o *déficit* surgirá no domínio cognitivo-experiencial no sistema global de resposta à emoção e ao nível da sua regulação interpessoal.

De acordo com Dunn e Brown (Taylor, 1994) "incapazes de identificar os seus próprios sentimentos, os indivíduos alexitímicos comunicam verbalmente o seu mal-estar emocional

aos outros de forma muito empobrecida, falhando, pois, em considerar os outros como fontes de ajuda ou conforto."

Poder-se-á relacionar esta capacidade limitada para identificar os sentimentos subjectivos como um comprometimento do processo de desenvolvimento do indivíduo que retardou a construção do esquema cognitivo e linguístico, e outras formas de simbolizar a emoção.

Será, ainda, de referir que durante o desenvolvimento infantil, os indivíduos formam estruturas "ideo-afectivas" que são organizações do afecto e da cognição que se tornam elementos relevantes da personalidade, influenciando uma grande variedade de comportamentos onde se incluiu o processamento da informação e as estratégias de regulação do afecto (Taylor et al., 1997).

Relativamente aos sentimentos sabe-se, ainda, que estes são fenómenos, essencialmente, humanos e primários, devido ao desenvolvimento de circuitos néo-cortico-talâmicos que permitem associar imagens e/ou imaginações e pensamentos a emoções límbicas que se podem exprimir via linguagem.

Em termos neurológicos, Sifneos, reportando-se a Damásio, diz que a afasia se define como a incapacidade de converter uma sequência de representações mentais não verbais, constituindo os pensamentos em símbolos e organizações gramaticais que formam uma linguagem (Sifneos, 1995). De um modo similar, os indivíduos incapazes de associar as suas imagens mentais, imaginações e pensamentos com as suas emoções seriam atingidos por uma "afasia emocional", não podendo recorrer à linguagem para exprimir os sentimentos que vivem.

O termo alexitimia é utilizado para descrever estas deficiências na vida emocional dos sujeitos; está-se a falar de um *déficit* dos sentimentos relativamente às emoções.

O afecto - com o seu suporte biológico e neurobiológico - sob a forma de conflito e com possíveis deficiências está intimamente ligado à vida humana em geral, e à doença somática em particular.

Conforme Jones (1995) salienta se os afectos são processos primários, "a experiência de qualquer afecto é em si mesma cognitiva porque se adiciona aos nossos conhecimentos sobre o nosso corpo ou o nosso mundo" (Taylor et al., 1997).

Sabe-se que os afectos são objecto de uma acção regulatória e, progressivamente, vai-se evidenciando o papel que estes mesmos afectos desempenham na organização do funcionamento mental e no seu comportamento (Taylor et al., 1997).

Também as emoções desempenham um papel relevante nos aspectos psicológicos do comportamento humano e a nível da doença somática. Os indivíduos não só têm emoções como tem de se organizar para lidar com as mesmas. As acções que são executadas para influenciar a emoção e o próprio modo como a emoção é experienciada e expressa estão incluídas no conceito de regulação do afecto (ou da emoção).

3.2.1. O conceito de auto-regulação

O conceito de regulação do afecto insere-se, por sua vez, num outro mais abrangente - o conceito de auto-regulação; este refere-se ao funcionamento autónomo do organismo, um mecanismo universal e geral que se encontra quer nos comportamentos biológicos quer nos cognitivos (Taylor et al., 1997).

Há uma noção acrescida na regulação da emoção e que se relaciona com a facto de ela poder ter uma origem no intra ou inter-domínio da emoção; a inter-acção individual dentro das inter-relações sociais permitem uma regulação interpessoal que pode fornecer suporte ou ser disruptiva.

Por outro lado, os afectos em si mesmos podem regular outros afectos. Por exemplo, um afecto positivo poderá atenuar o medo ou a tristeza e, por isso, aliviar a tendência para a depressão. De um modo semelhante, a vergonha pode atenuar a alegria (Taylor et al., 1997).

É importante salientar que a regulação de emoções não significa controlar as emoções. Também os afectos têm funções organizadoras e adaptativas e não deverão ser completamente controlados.

A função de regulação será tão mais adequada quanto possa ter acesso à actividade de uma outra componente da resposta afectiva como uma informação recíproca sobre o estado do "self" no seu contexto de vida. O fenómeno de *feed-back* vai facilitar a auto-regulação do sistema de afectos.

Entrando-se na área da psicossomática, desde logo se vai valorizar a dicotomia entre os processos psicológicos e biológicos que sempre estiveram interligados.

Na realidade, e conforme se tem vindo a referir relativamente ao afecto, tal separação não tem valor quando o funcionamento do ser humano é integrador e assenta no sistema nervoso central.

As competências cognitivas necessárias para monitorizar e auto-regular as emoções estão compreendidas num outro constructo recentemente introduzido e denominado **Inteligência Emocional** (Goleman, 1996; Taylor et al., 1997).

Tais competências incluem a capacidade para avaliar com correcção as emoções e utilizá-las de um modo adaptativo, e a capacidade para compreender os sentimentos de outras pessoas de forma empática.

Usualmente, os indivíduos com dificuldades em regular as suas emoções manifestam *déficits* neste tipo de competências cognitivas.

3.2.2. O modelo cognitivo-desenvolvimental

Para efectuar uma análise dessas dificuldades poder-se-á recorrer ao modelo cognitivo-desenvolvimental para a compreensão da organização emocional da experiência proposto por Lane e Schwartz em 1987.

Neste modelo e tal como é clarificado pelos autores, "a experiência da emoção é hipotetizada para se submeter a uma transformação estrutural numa sequência hierárquica desenvolvimental de diferenciação e integração progressivas" (Taylor et al., 1997).

Neste modelo existem cinco níveis de organização da emoção e de consciência:

1. *sensório-motor reflexivo* (a emoção só é experienciada enquanto sensação corporal mas pode ser evidente para os outros na expressão facial do indivíduo);
2. *sensório-motor propriamente dito* (a emoção é experienciada quer como uma sensação corporal quer como uma tendência para a acção);
3. *pré-operatório* (as emoções são vivenciadas psicologicamente e somaticamente mas são unidimensionais e as descrições verbais da emoção são, por vezes, estereotipadas);
4. *operatório concreto* (há uma consciência da variedade de sentimentos e o indivíduo pode descrever estados emocionais complexos e diferenciados que fazem parte da sua experiência subjectiva); e,
5. *operatório formal* (há uma consciência da mistura de vários sentimentos bem como uma capacidade para efectuar distinções subtis entre "nuances" de uma emoção e uma capacidade para compreender a experiência emocional multi-dimensional dos outros).

Este modelo cognitivo-desenvolvimental não só fornece uma grelha extremamente útil para a conceptualização do desenvolvimento dos afectos durante a infância, mas, também, ajuda a explicar as diferenças individuais na experiência, expressão e capacidade de regular esses afectos.

Acrescente-se, ainda, a possibilidade de estimar a própria capacidade de empatizar com a realidade afectiva dos outros assim como a sua adaptabilidade ao constructo da inteligência emocional; conforme Lane e Schwartz (1987) salientam "indivíduos altamente inteligentes podem ser bastante pouco sofisticados na consciência das suas próprias reacções emocionais ou das dos outros" (Taylor et al., 1997).

Nemiah e Sifneos (Sifneos, 1995), quase em simultâneo, chamaram a atenção para o facto de este *déficit* de regulação poder estar na base de algumas perturbações psicossomáticas.

Uma consequência importante dos *déficits* na alexitimia é a activação dos sistemas neuro-endócrinos e do sistema nervoso autónomo em resposta a uma activação emocional que estará a ser inadequadamente regulada.

"Investigações preliminares demonstraram o facto de os indivíduos com níveis elevados de alexitimia manifestarem uma dissociação de respostas fisiológicas e subjectivas a estímulos geradores de stress, bem como, níveis tónicos elevados de activação simpática que não são modulados por alterações das condições ambientais" (Taylor, 1994).

3.3. A alexitimia como um constructo da Personalidade

A alexitimia é um constructo da personalidade cujos aspectos nucleares são as capacidades diminuídas para identificar e comunicar os próprios sentimentos.

Na medida em que as capacidades para experienciar e regular os afectos são cognitivamente adquiridas durante o processo de desenvolvimento do indivíduo, facilmente surgem momentos onde podem falhar, ou revelarem-se insuficientes, ou mesmo, resultarem numa incapacidade individual.

Tais incapacidades/insuficiências levam a uma predisposição para a desregulação do afecto que é evidenciada em traços de personalidade ou psicopatologia, assim como numa saúde física precária.

As psicopatologias e as patologias surgem conceptualizadas por Taylor et al (1997) como distúrbios de regulação do afecto e são relacionadas com uma falha, ou uma regressão a um funcionamento num nível inferior dentro do modelo de desenvolvimento do afecto, numa perspectiva epigenética, proposto por Lane e Schwartz em 1987.

Assim sendo, níveis elevados de alexitimia estão associados a uma variedade de perturbações da saúde física e mental (Berenbaum & Irvin, 1996).

Referimo-nos às doenças psicossomáticas "clássicas", às perturbações alimentares, perturbações de pânico, perturbações de somatização e outras alterações médicas que

psiquiatras e psicanalistas têm procurado explicar com base num modelo de funcionamento "drive-conflito-defesa".

É relevante referir que, de acordo com Nemiah, Freyberger e Sifneos (1976), alguns doentes com alterações graves que ameaçam a sua vida ou que são debilitantes das condições corporais poderão desenvolver um quadro alexitímico no decurso da sua doença (em especial indivíduos com diálise renal ou em unidades de cuidados intensivos).

Segundo Veríssimo, Mota-Cardoso e Taylor (1998) também se poderá perspectivar a alexitimia como um mecanismo adaptativo face ao impacto emocional que determinadas doenças crónicas podem acarretar em alguns indivíduos.

As limitações de aplicabilidade deste modelo às doenças psicossomáticas e a outro tipo de doenças do foro psiquiátrico são reais o que leva à necessidade de re-analisar "estas realidades" com base num outro paradigma conceptual - o da regulação de emoções.

A auto-regulação do afecto tem vindo a ser, conforme já se referiu, relacionada com a inteligência emocional (constructo introduzido por Goleman em 1995); indivíduos com baixos níveis de inteligência emocional manifestam dificuldades em (Taylor et al., 1997):

- efectuar uma avaliação adequada da emoção vivida;
- expressar essa emoção de modo aceitável;
- regular, de modo efectivo, as emoções; e,
- ter capacidade para utilizar os sentimentos na organização do comportamento.

Na perspectiva de Lane e Schwartz (1987) e de Salovey e Mayer (1990), os indivíduos que funcionam nos níveis inferiores dos quadros conceptuais propostos pelos autores têm vindo a ser referenciados na literatura como alexitímicos. Mas, tal como é referido por Taylor (1994), a alexitimia não pode ser vista como um fenómeno "de tudo ou nada". Este constructo pode ser entendido quer como uma perturbação relacionada com "um tipo específico de *déficit* afectivo" ou como uma variável de personalidade que será contínua (Horton, Gewirtz & Kreutter, 1992).

3.3.1. Tipos de alexitimia

Convirá, agora, distinguir os dois tipos de alexitimia de acordo com as suas bases etiológicas, tal como teoricamente podem ser concebidas (Lesser, 1981):

- a **alexitimia primária** que estará relacionada com *déficits* neurobiológicos tais como más conexões das regiões límbicas e neocorticais (ou seja, estamos a falar de *déficit* de emoções e não de sentimentos) e que poderá resultar de factores genéticos predisponentes;
- a **alexitimia secundária** que não parece ter uma origem neurológica e que poderá resultar de uma experiência traumática devastadora que tenha ocorrido numa idade pré-verbal e que poderá tornar a criança incapaz de exprimir emoções através da linguagem.

Esta forma de alexitimia poderá, também, surgir como uma defesa do indivíduo face a situações traumáticas ou catastróficas.

Reacções socio-culturais ou psicodinâmicas sob a forma de utilização excessiva de mecanismo de defesa como a negação ou a regressão podem, igualmente, estar envolvidas neste tipo de alexitimia.

De acordo com Lesser (1981), a alexitimia primária deve ser descrita como um factor disposicional e vitalício que pode levar a doença psicossomática. Já a alexitimia secundária surgirá como resultado de uma doença médica primária ou de uma outra fonte de stress.

Consequentemente, foram propostos modelos neurofisiológicos para a explicação dos sintomas nucleares da alexitimia - a possibilidade de existir um *déficit* neurológico em alexitímicos primários.

De acordo com o que se acabou de descrever, esta formulação de Horton et al. (1992) deixa de constituir uma hipótese para ser, sim, um facto devidamente estabelecido e com implicações de índole terapêutica.

No caso das alexitimias primárias deverá ser claro que não se pode intervir, na medida em que ainda não se sabe se as desconexões entre as regiões límbicas e neocorticais têm uma natureza anatómica, fisiológica ou bioquímica.

Não se sugere que indivíduos com níveis elevados de alexitimia não têm emoções ou que estas poderão ser "deficitárias" mas, que terão dificuldades acrescidas na identificação e na comunicação dessas emoções.

Na medida em que a comunicação fica afectada ou comprometida, a alexitimia passa a associar-se com vários fenómenos de natureza interpessoais e sociais.

Actualmente, a alexitimia é definida salientando os seguintes aspectos (Taylor, Parker & Bagby, 1990):

1. dificuldade na identificação de sentimentos e na distinção entre sentimentos e sensações corporais da activação emocional;
2. dificuldade na descrição dos sentimentos a outras pessoas;
3. processo imaginativo constricto conforme é evidenciado pela pobreza de fantasias, e,
4. estilo cognitivo orientado para o exterior, com um limite de estímulos processáveis pelo indivíduo.

A dita incapacidade para descrever sentimentos e a pobreza ou ausência de fantasias foram referidos por Horton et al. (1992) citando Nemiah como "os sintomas predominantes" nesta perturbação. A própria ausência de comportamentos de choro face a múltiplas circunstâncias que o próprio sujeito relata poderá ser indicativo de uma manifestação objectiva da inexpressividade na relação interpessoal.

Os indivíduos alexitímicos "têm sempre um sentimento de alienação em relação aos outros, uma vez que de um modo confuso se apercebem que o seu *déficit* cognitivo os torna diferentes dos outros numa sociedade que é predisposta a sentimentos" (Sifneos, 1995).

É compreensível que estes sujeitos se sintam desconfortáveis nas situações onde é necessário manifestar os seus sentimentos, como é o caso das relações interpessoais.

Com base em algumas observações clínicas precoces, têm-se associado algumas características adicionais ao conceito de alexitimia. Assim, inclui-se (Taylor et al., 1997):

- uma tendência para a conformidade social;
- uma tendência para a acção que exprime a emoção ou que procura evitar os conflitos;
- recordação pouco frequente dos sonhos;
- uma postura rígida inexpressiva; e,
- pobreza de expressões faciais emotivas.

Rapidamente foi possível atingir um consenso quanto à alexitimia e ao facto de ela abranger as fantasias e os sonhos, assim como a capacidade de simbolização.

Dentro desta perspectiva, a alexitimia poderá ser vista como "uma condição, um estado ou uma perturbação" (Horton et al., 1992). O afastamento desta perspectiva da alexitimia enquanto estado leva considera-la, preferencialmente, como um traço ou uma condição pessoal.

Porém, sem dúvida que, a alexitimia deverá ser conceptualizada como um conceito multifacetado. Embora os elementos salientes deste conceito possam ser distinguidos, eles estão logicamente inter-relacionados: a capacidade para identificar e comunicar sentimentos aos outros é função da capacidade de distinguir os próprios sentimentos de sensações corporais que acompanham estados emocionais; e, um estilo cognitivo externamente orientado que reflecte uma ausência de pensamentos internos e fantasias bem como um leque restrito de expressividade emocional.

Mas, para além desta dificuldade na distinção dos sentimentos, há que referir uma predisposição para não diferenciar estados afectivos negativos, assim como uma capacidade limitada para experienciar emoções positivas como a alegria, a felicidade e o amor.

Segundo Krystal (1988) e Sifneos (1987) muitos dos indivíduos alexitímicos sofreriam de *anedonia*, o que poderia indicar a origem traumática deste tipo de problemas (Taylor et al., 1997).

3.4. A validade do constructo da alexitimia

A introdução da alexitimia foi feita como sendo um constructo conceptualmente coerente.

O conceito derivou de observações realizadas em doenças psicossomáticas ditas clássicas mas, ultimamente, revelou estar relacionado com múltiplas alterações psiquiátricas de compreensão muito limitada e de difícil tratamento - como síndromes somáticas funcionais, perturbações ansiosas, distúrbios alimentares e perturbações relacionadas com substâncias psico-activas (Bach & Bach, 1995).

Parece ser a tal incapacidade de modular as emoções recorrendo aos processos cognitivos que poderá ser explicativa da tendência dos indivíduos alexitímicos para efectuar as descargas de tensão, resultantes de estados emocionais desagradáveis, através de actos violentos ou comportamentos compulsivos como, por exemplo, o abuso de substâncias psico-activas ou a auto-inanição da anorexia nervosa (Taylor, 1994).

O comprometimento, a nível cognitivo, da regulação e da modulação de emoções perturbadoras poderá levar a um funcionamento aumentado do sistema nervoso autónomo e dos sistemas neuro-endócrinos o que promove condições propícias ao desenvolvimento de doenças psicossomáticas.

Tendo em conta este tipo de constatações, Taylor (1994) propôs uma re-conceptualização das doenças relacionadas com a alexitimia como perturbações da regulação das emoções que será compatível com uma grande variedade de perturbações médicas e psiquiátricas (e com os modelos da psiquiatria e da medicina psicossomática) que podem passar a ser percebidas como "perturbações da regulação".

Passar-se-ia a considerar a alexitimia como um constructo descritivo da personalidade, alterando o registo explicativo dado ao conceito.

Na revisão da literatura nesta área, parece ser mais útil perspectivar a alexitimia como uma entidade clínica fenomenologicamente derivada de realidades pessoais e/ou situacionais que desencadeiam elevados níveis de tensão emocional que poderiam constituir um elemento organizador de algumas observações clínicas distintas, ou seja, constituir uma grelha de leitura útil para algumas realidades díspares (Martin & Pihl, 1985).

A alexitimia, enquanto constructo, parece surgir com algum valor heurístico e, também, com uma dimensão *politética* relevante, em termos da sua avaliação e da análise possível desta mensuração.

Retomando a análise da literatura sobre este tema (Lesser, 1981; Nemiah et al., 1976; Taylor, 1994) desde logo se percebe que existem alguns conceitos fortemente relacionados, tais como: o pensamento infantil (Ruesch, 1948) e o pensamento operatório (Marty e De M' Uzan, 1963).

Parece pois pertinente efectuar uma análise mais pormenorizada deste tipo de pensamento.

Um grupo de psicanalistas franceses foram efectuando referências a um determinado aspecto do funcionamento cognitivo que iam reconhecendo em pacientes com doença psicossomática. Eles mostravam ter uma ausência de fantasia e de sonhos que quando relatados pelo indivíduo, eram pobres no seu conteúdo e com forte referência a elementos do quotidiano.

Assim, a sua actividade mental foi caracterizada por Marty e de M'Uzan (1963) como sendo concreta, orientada para o presente e não relacionada com fantasias inconscientes; este estilo de pensamento foi denominado como " *pensé opératoire*" (Lesser, 1986).

Esta forma de pensamento consiste de dois elementos básicos (Nemiah et al., 1976):

1. a pobreza ou ausência de fantasias relativas a *drives* e a sentimentos, e
2. o conteúdo do pensamento caracterizado por uma preocupação com detalhes pontuais de acontecimentos externos que podem incluir as suas disfunções somáticas e as reacções dos outros à sua doença.

Este tipo de doentes quando se lhes solicita (mesmo de uma forma directa) a referência ou o recurso a fantasias acabam por substituir o pedido pela descrição de acontecimentos externos; o mesmo se verifica se o pedido disser respeito ao relatar a forma como se sentem.

Parece que estes doentes estão pouco atentos aos seus sentimentos ou só os conseguem descrever em termos muito rudimentares.

Foi, ainda, possível identificar cinco áreas essenciais consistentemente descritas e que procuram situar os conteúdos reflectidos por este constructo de personalidade. Elas são (Taylor, 1994):

1. dificuldade em descrever sentimentos;
2. dificuldade em distinguir entre sentimentos e sensações corporais que acompanham a activação emocional;
3. falta de introspecção;
4. conformidade social; e,
5. vida de fantasia empobrecida associada a uma fraca recordação dos sonhos.

Facilmente se desenvolve um consenso de que a alexitimia abrange os sonhos bem como as fantasias e a capacidade de sonhar que é invulgar ou objecto de pouca simbolização.

Foram, assim, propostos modelos de *déficit* neurofisiológico para explicar os sintomas nucleares ou centrais da alexitimia. Esta explicação reporta-se directamente à classificação de alexitimia primária.

"Partindo da perspectiva da alexitimia como um estado estão aqueles que conceptualizam a condição como um traço ou um constructo; a alexitimia é uma hipótese e não uma coisa material" e é "... melhor descrita como uma variável de personalidade gradual ou contínua em vez de um fenómeno de tudo ou nada" (Horton et al., 1992).

Indivíduos normais poderão ter um traço alexitímico. Há, apesar de tudo pouca informação sobre este tipo de perspectiva.

3.5. A etiologia da alexitimia

Ao nível da etiologia deste fenómeno, há que considerar que:

"Independentemente da alexitimia ser um termo relativamente recente, não houve qualquer tentativa para explicar a sua etiologia do ponto de vista neurofisiológico, psicanalítico, da aprendizagem social, desenvolvimental e genético" (Lesser, 1986).

A etiologia da alexitimia envolve, provavelmente múltiplos factores incluindo variações constitucionais hereditárias na organização cerebral e aspectos deficitários do meio familiar e social precoces.

Aquilo que se verifica é que a maioria das reflexões ou das discussões se centralizam na etiologia das situações psicossomáticas e da formação de sintomas, pressupondo que a alexitimia teria a mesma etiologia.

Apesar de saber que estes fenómenos estão interligados, eles necessitam de ser distinguidos.

Segundo Lesser (1986), MacLean discutiu uma possível explicação para os fenómenos psicossomáticos; baseou-se na observação de doentes com perturbações psicossomáticas

que frequentemente demonstravam ter necessidades orais primitivas, que ele descreveu como infantis, bem como o facto de as respostas a situações emocionais, serem predominantemente físicas.

Não haveria uma interligação das regiões do hipocampo para o néocortex, de modo a permitir uma avaliação cognitiva das circunstâncias emocionais. O padrão de resposta é imediato e envolve o sistema nervoso autónomo.

"Em vez de desenvolver a linguagem dos sentimentos e dos símbolos, estes doentes comunicariam através da *linguagem dos órgãos*" (Lesser, 1986).

Nemiah (1977) procurou trabalhar um pouco mais esta explicação, especificando-a para o fenómeno da alexitimia. Considera-se que muitas das características dos alexitímicos surgiriam como resultado de "uma descontinuidade entre as funções do sistema límbico e do néo-cortex" (Lesser, 1981).

Hoppe (1977), com base em estudos efectuados em doentes com comissurotomias cirúrgicas (doentes com "split-brain"), devido a epilepsias intratáveis, constatou que este tipo de doentes referiam ter sonhos escassos e pobres em termos de conteúdo, havendo neles uma pobreza de fantasias e uma capacidade muito limitada de simbolização (Sifneos, 1995; Lesser, 1981).

Analogamente, os indivíduos alexitímicos, devido à sua incapacidade para utilizar a fantasia, poderiam experienciar sintomas corporais com certa frequência, de um modo mais prolongado ou mais doloroso.

Para McDougall haveria que centrar a análise no padrão de interacção mãe-criança que é precocemente estabelecido e que, se é perturbado, desencadeia uma incapacidade de formação de representações internas para os impulsos instintivos; "... consequentemente poderá haver pouca filtragem psíquica ou ligação através de laços de fantasia e símbolos semânticos de que resulta uma tendência para uma descarga somática inapropriada" (Lesser, 1986).

Na mesma linha de análise, Crittenden (1994) considera que os padrões de vinculação estariam associados à organização de esquemas internos ou de modelos representacionais que vão reflectir uma integração de informações afectiva e cognitiva.

Em crianças com uma vinculação insegura ocorrem falhas neste processo integrativo de que resultam problemas com o reconhecimento e expressão de afecto. Estes indivíduos não aprenderam a depender da cognição ou não conseguem recorrer ao uso da cognição para regular o afecto e a sua expressão (Taylor et al., 1997).

De acordo com estes autores, apesar das propostas de Crittenden ainda não estarem validadas, elas fornecem uma conceptualização original e interessante do desenvolvimento de problemas na regulação de afectos; em próximos estudos, a exploração do papel do comportamento parental e dos padrões de vinculação infantil na etiologia da alexitimia serão essenciais.

Tendo em conta as concepções analíticas clássicas, como o conflito intra-psíquico, a negação e a regressão verifica-se que estes conceitos se revelam úteis na compreensão do sintoma psicossomático e, que conforme foi assinalado por Nemiah, a compreensão do fenómeno alexitímico implica um modelo mais abrangente.

Na perspectiva de Krystal, "a alexitimia é uma consequência do trauma psíquico experienciado pela criança antes dos afectos terem sido *dessomatizados*, diferenciados e representados verbalmente" (Taylor et al., 1997).

No âmbito das consequências do trauma infantil, o autor inclui aspectos como paragens no desenvolvimento de afectos, de imaginação, uma *anedonia* que perdura por toda a vida e o medo dos afectos em si mesmos (devido à imaturidade da criança para lidar com eles).

Numa formulação posterior, Krystal considera que a alexitimia pode também resultar de um trauma psíquico, mas num estágio posterior de desenvolvimento ou de um trauma catastrófico durante a adolescência ou na idade adulta.

"Embora o desenvolvimento seja mais avançado, o ego da criança mais velha ou do adulto é esmagado pelo acontecimento traumático; isto resulta numa rápida regressão dos afectos

para um nível de organização pré-conceptual mais indiferenciado e *re-somatização*" (Taylor et al., 1997).

Nesta leitura, o autor deverá ter sido influenciado pelas suas observações de características alexitímicas entre toxicodependentes e sobreviventes de campos de concentração ou de outros traumas massivos.

Há que procurar um modelo etiológico que tente incluir componentes desenvolvimentais, neuro-anatómicas e da própria aprendizagem social.

Borens e colaboradores, num estudo conduzido em 1977 em torno da alexitimia enquanto um fenómeno de índole social, concluíram que aspectos como a origem social do indivíduo bem como o seu grau de sofisticação eram relevantes na estruturação e nas manifestações da própria alexitimia.

Ou seja, se nos situarmos numa perspectiva etiológica sócio-cultural, haveria que acentuar os processos de aprendizagem social e determinantes culturais como centrais na génese de comportamentos alexitímicos (Lesser, 1986).

Nada de contraditório resulta desta perspectiva relativamente à explicação analítica que tradicionalmente tem sido avançada; pelo contrário, aquilo que deve ressaltar será a complementaridade das leituras do fenómeno.

No seu artigo de revisão sobre a alexitimia, Lesser ainda avança com uma possível explicação genética para a etiologia deste conceito.

Baseando-se em estudos com gémeos foi possível concluir que existia uma forte componente hereditária na alexitimia. Mas tal como o próprio autor refere há que fazer uma leitura extremamente cautelosa deste tipo de resultados devido à escassez de trabalhos e ao próprio desenho desses estudos de que ressaltam algumas questões metodológicas (Lesser, 1986).

Surge, ainda, uma outra hipótese que relaciona o stress e a alexitimia e que tem evidências indirectas quanto à proposta da influência das características alexitímicas na resposta fisiológica ao stress.

Não restam dúvidas quanto à existência de uma relação entre as características alexitímicas e a presença de sintomas somáticos.

Numa tentativa para explicar esta associação tem sido proposto que as características alexitímicas podem ter significado etiológico para a doença relacionada com o stress.

Martin et al. (1985), considerando a opinião de Sifneos e dos seus colaboradores, propuseram que os *déficits* resultantes da alexitimia seriam responsáveis pelo surgimento de conflitos psicológicos internalizados, sendo contribuidores primários para o desenvolvimento de sintomas psicossomáticos.

Estes autores apresentaram a seguinte hipótese relativamente à relação entre stress, alexitimia e distúrbios relacionados com o stress:

"na presença de um acontecimento ou situação stressante interpessoal ou outra, a presença de características alexitímicas num indivíduo influenciará as suas respostas de formas específicas" (Martin et al., 1985).

A presença destas características alexitímicas impede o indivíduo de lidar de modo efectivo com o agente de stress.

A estratégia utilizada para lidar com o stress revela-se ineficaz devido a:

- (a) uma falta de consciência afectiva que permita a identificação de acontecimentos específicos como geradores de stress;
- (b) uma tendência para utilizar a acção como uma resposta comportamental generalizada e primária.

Este "coping" ineficaz serve para prolongar a exposição aos acontecimentos stressantes. Se se associar a incapacidade do indivíduo para identificar os acontecimentos como geradores de stress, será de prever uma elevada frequência de exposição a este tipo de acontecimentos de que resulta uma intensificação da resposta somato-visceral ao stress.

As características alexitímicas vão influir na resposta somato-visceral exarcebando-a. Esta natureza aumentada da resposta promove o aparecimento de sintomas somáticos que levam ao desenvolvimento de perturbações relacionados com o *stress*, para além do que seria normalmente esperado.

Porém as questões etiológicas e qualquer modelo explicativo avançado eram sempre perspectivadas como especulativas, na medida em que a questão fundamental de como medir a alexitimia ainda não estava devidamente estudada e padronizada.

3.6 Como medir a alexitimia

Uma das metodologias de validação de um constructo, no domínio da investigação da personalidade, é através do desenvolvimento de um instrumento de medição do constructo (Taylor, 1994).

Taylor e seus colaboradores investiram na construção de uma medida de auto-preenchimento que cumprisse com o objectivo de medir adequadamente a alexitimia.

Existiam já disponíveis vários questionários e escalas de auto-preenchimento (como, por exemplo, "The Schalling Sifneos Personality Scale", "The Revised Schalling Sifneos Personality Scale" e "M.M.P.I. Alexithymia Scale") e técnicas projectivas que permitiam uma medição do constructo. Porém, a maioria dessas medidas tinham sido desenvolvidas sem atender aos pressupostos básicos da teoria psicométrica aplicáveis na construção de uma qualquer medida.

Tendo reconhecido as limitações ou as inadequações das propriedades psicométricas das várias medidas do constructo de alexitimia Taylor et al. (1985), procuraram desenvolver uma nova medida de auto-preenchimento - "Toronto Alexithymia Scale (TAS)" utilizando um estratégia de construção combinada - empírica e racional (Taylor, Bagby & Parker, 1992).

Para isso procederam a uma revisão da literatura sobre a alexitimia e valorizaram as cinco áreas essenciais na definição do constructo, anteriormente referenciadas.

Baseando-se nestas áreas de conteúdo, estes autores desenvolveram um conjunto inicial de 41 itens; alguns deles foram retirados de outros instrumentos - da "Schalling Sifneos Personality Scale" (8 itens), do "Eating Disorder Inventory" (4 itens) e do "Need for Cognition Scale" (4 itens).

A maioria desses itens foram re-escritos de modo a assegurar uma uniformidade de estilo na redacção de todos os itens para se adequarem aos requisitos de um escala de cinco pontos tipo Likert, cujas opções oscilariam entre discordar completamente e concordar completamente.

Na sua sintaxe metade dos itens estavam elaborados pela negativa e a outra metade tinham uma formulação pela positiva e procurava-se, assim, controlar a concordância entre respostas.

Foi efectuado um estudo piloto com esta escala de 41 itens numa amostra de estudantes universitários. Seguiu-se uma análise factorial e, do conjunto inicial, só retiveram 26 itens pois só estes estavam de acordo com os critérios pré-estabelecidos e se agrupavam de acordo com quatro factores, respectivamente:

(F1) dificuldade em identificar e distinguir entre sentimentos e sensações corporais;

(F2) dificuldade em descrever sentimentos;

(F3) fantasia reduzida; e,

(F4) pensamento orientado para o exterior.

Estes quatro factores eram congruentes com o conceito de alexitimia: os primeiros dois, correspondiam à perturbação afectiva descrita por Nemiah e Sifneos, o terceiro e quarto relacionavam-se com o pensamento operatório inicialmente descrito por Marty e de M'Uzan (Taylor et al., 1997).

A conformidade social, que constava do conjunto de factores substantivos para a definição de alexitimia, não surgiu como um factor isolado.

Esta escala de 26 itens foi aquela designada como "Toronto Alexithymia Scale (TAS-26)" e a sua estrutura de quatro factores foi posteriormente validada quer para populações clínicas quer para populações não-clínicas (Taylor et al., 1997).

A consistência interna da TAS foi demonstrada através de amostras clínicas e não-clínicas e a escala mostrou ter uma boa fiabilidade teste-reteste para intervalos de tempo de cinco semanas e de três meses.

Estudos subsequentes têm fornecido considerável suporte para a avaliação da validade da TAS; procurou-se, também, verificar a associação da alexitimia com determinados sintomas ou síndromes que até aqui resultavam de simples impressões clínicas.

Assim, constatou-se que os resultados obtidos na TAS se correlacionavam positivamente com diferentes medidas de auto-relato relativas a queixas somáticas e de disforia geral incluindo a ansiedade e a depressão (Taylor, 1994).

Foram, ainda, conduzidas investigações com amostras retiradas de populações específicas: indivíduos que sofriam de perturbações alimentares (anorexia nervosa ou bulimia), indivíduos com perturbações relacionadas com o abuso de drogas e indivíduos com perturbações de *stress* pós-traumático.

Os resultados obtidos comprovaram a impressão clínica de elevada prevalência de alexitimia entre estes grupos de doentes quando comparada com grupos de controle saudáveis retirados da população adulta (Taylor, 1994).

3.6.1. Aperfeiçoamento do constructo e revisão da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS)

Conforme se referiu as propriedades psicométricas da TAS eram francamente superiores às de outras escalas de medição da alexitimia.

Mas a validação do constructo equivale a um processo contínuo que pode levar à revisão da medida bem como a uma maior compreensão e precisão do constructo (Taylor, 1994).

No decurso do processo de avaliação da TAS efectuaram-se várias análises detalhadas da sua composição factorial e do modo como se relacionavam com aspectos específicos no domínio do constructo.

Resultados de estudos factoriais analíticos - revistos por Bagby et al. em 1983 e em 1992 (Taylor, 1994) - puseram em causa a independência dos primeiros dois factores da TAS (acima referidos no texto) e, também, sugeriram que os itens que avaliavam a capacidade de fantasiar podiam ter pouca coerência teórica com outras facetas do constructo da alexitimia (Taylor, 1994).

Para além deste aspecto, um outro se salientava - a existência de um viés de desejabilidade social nas respostas aos itens relacionados com a fantasia e/ou uma tendência elevada para interpretarem de modo erróneo estes itens.

Procederam, então, a um processo de revisão do instrumento que estava a ser utilizado e numa primeira revisão da TAS foram eliminados todos os itens que procuravam avaliar a actividade imaginativa do indivíduo. Daqui resultou uma nova versão da escala com 23 itens que se designou **Escala de Alexitimia de Toronto Revista (TAS-R)** (Taylor, 1994).

A TAS-R demonstrou ter consistência interna, validade convergente e discriminativa e uma estrutura de dois factores (Taylor, 1994).

Esta estrutura bi-factorial era congruente com os dois aspectos essenciais do constructo da alexitimia - a dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los de sensações corporais e a dificuldade em descrever sentimentos.

Contudo, no decorrer de outros estudos relativos à estrutura factorial da TAS-R pareceu ser mais adequado considerar uma estrutura de três factores na medida em que se associava melhor à informação do que a estrutura anterior de dois factores.

Assim, de uma segunda revisão resultou uma nova versão da escala, agora com 20 itens e que se designa por **Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20)**.

De acordo com Taylor (1994) e Taylor et al. (1997) tal como tinha acontecido na selecção de itens para a TAS-R, também aqui todos os itens que avaliavam directamente a fantasia e outras actividades imaginativas foram eliminados devido às fracas correlações item-total e/ou às fortes correlações com a medida de desejabilidade social.

A TAS-20 demonstrou ter:

- boa consistência interna (α de Cronbach = 0,81);
- adequada fiabilidade teste-reteste, num intervalo de tempo de três semanas ($r = 0,77, p < 0,01$);
- uma estrutura de três factores teoricamente congruente com o constructo de alexitimia: (F1) dificuldade na identificação de sentimentos; (F2) dificuldade na descrição de sentimentos aos outros; e (F3) pensamento orientado externamente.

A estabilidade e a replicabilidade desta estrutura de três factores foi demonstrada em populações clínicas e não-clínicas através da análise de factor confirmatória (Taylor, 1994).

Apesar de os dois primeiros factores demonstrarem ter uma forte correlação, o modelo tri-factorial fornecia uma melhor adequação aos resultados obtidos em várias amostras independentes do que qualquer outro modelo factorial.

Esta escala revista resolveu todas as limitações da versão original da TAS e, de facto, apesar do modelo de três factores se reportar a aspectos distintos estes estão empiricamente relacionados no conceito da alexitimia (Taylor et al., 1997).

Relativamente à validade convergente da TAS-20, o sua avaliação foi realizada através do estudo da sua relação com o "Need for Cognition Scale" (NCS-forma reduzida) e o "Psychological Mindedness Scale" (PMS), numa amostra de alunos universitários. A NCS tem vindo a ser utilizada em outros estudos de avaliação da TAS-20. Já a PMS é um instrumento desenvolvido por Conte e colaboradores, em 1990, para avaliar aspectos salientes da predisposição psicológica ("psychological mindedness") que será discutido a seguir.

Conforme foi constatado por Taylor et al. (1997), a TAS-20 e os três factores que o compõem correlacionam-se forte, e negativamente, com o NCS e o PMS.

Apresentam-se os valores destas correlações na tabela que a seguir se transcreve:

Tabela 3.1

Correlações da TAS-20 e escalas factoriais com medidas de predisposição psicológica, necessidade de conhecimento e orientação afectiva.

	N	TAS-20	F1	F2	F3
Predisposição psicológica (<i>Psychocological mindedness</i>)	85	- 0,68	- 0,44	- 0,51	- 0,54
Necessidade de conhecimento (<i>Need for cognition</i>)	85	- 0,55	- 0,40	- 0,36	- 0,44
Orientação afectiva (<i>Affective orientation</i>)	210	- 0,37	- 0,24	0,36	- 0,28

Todas as correlações são significativas; $p < 0,01$ (Taylor et al., 1997).

Informação adicional relativa à validade convergente foi fornecida por outros autores - Yelsma (1992, 1996) verificou a relação entre a TAS-20 e o "Affective Orientation Scale" (AOS), que é uma medida da orientação afectiva que se interliga com a inteligência

emocional; vai-se reportar ao grau em que o indivíduo está consciente dos seus afectos e canaliza esta informação para organizar o seu comportamento, enquanto forma de comunicação (Taylor et al., 1997).

A validade discriminativa da TAS-20 foi, também, suportada pelos resultados não significativos das correlações com determinadas dimensões da personalidade: a conformidade com ("agreeableness") e a consciência moral ("conscientiousness") (Taylor et al., 1997).

Num estudo realizado com doentes em ambulatório por Bagby e colaboradores em 1994, de que resultou um artigo intitulado "The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II Convergent, discriminant and concurrent validity", recorrendo a TAS-20 e a uma versão modificada do "Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire" (BIQ) - questionário a ser preenchido por um observador, utilizaram-se os resultados obtidos para estabelecer um ponto de corte preliminar para a TAS-20. Assim, indivíduos com resultados superiores ou iguais a 61 ($TAS-20 \geq 61$) são considerados alexitímicos, enquanto que os indivíduos com resultados inferiores ou iguais a 51 ($TAS \leq 51$) serão considerados não-alexitímicos (Taylor et al., 1997).

Daqui se depreende que os resultados compreendidos entre 52 e 60 (inclusivé) correspondem a uma zona de fronteira ($52 \leq TAS \leq 60$).

A TAS-20 tem sido traduzido para várias línguas incluindo o português; recentemente, Prazeres et al. (para publicação) procuraram efectuar uma adaptação da TAS-20 para Portugal considerando os procedimentos que procuram demonstrar a equivalência linguística e verificando a consistência interna e a precisão teste-reteste bem como estudos de validação cruzada da estrutura factorial.

De acordo com este estudo e, na conclusão do artigo "Adaptação para Portugal da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20)" os autores apontavam para:

- o facto da versão portuguesa possuir uma estrutura factorial compatível com a estrutura factorial em três factores existente na versão inglesa de base;

- a existência de uma adequada consistência interna para a escala; e
- uma precisão teste-reteste (com intervalo de três e seis semanas) bastante satisfatória.

"Embora se considere necessária a realização de mais estudos que permitam avaliar a validade convergente e discriminativa da tradução portuguesa da escala, os resultados obtidos suportam a sua utilização como instrumento de rastreio da alexitimia em populações portuguesas" (Prazeres et al, para publicação).

Recorreu-se, pois, a esta versão para avaliar a alexitimia neste estudo.

Em termos culturais não se pode deixar de acentuar que o conceito de alexitimia se enraiza numa perspectiva psicodinâmica, logo influenciado por uma "mentalidade" ocidental. Ou seja, nesta perspectiva está implícito que a expressão verbal de emoções e afectos é saudável até porque será reflexo da maturidade pessoal.

Esta asserção não é igualmente válida noutros contextos culturais; os investigadores que têm procurado pesquisar esta área nas culturas orientais constatam que a expressão verbal de afectos é pouco comum. O mal-estar psíquico é traduzido através da somatização ou de interações verbais "altamente intelectualizadas" (Lesser, 1981)

3.7. Relação entre a Alexitimia e outros conceitos

De acordo com Taylor et al. (1997) há dois conceitos que, sendo igualmente do foro psicológico, se relacionam directamente com a alexitimia. Está a considerar-se dois conceitos já referenciados - a **predisposição psicológica** ("psychological mindedness") e a **inteligência emocional** ("emotional intelligence").

A inteligência emocional é um conceito recente na Psicologia mas a predisposição psicológica tem vindo a ser empregue, desde há vários anos, para referir algumas competências ou

características que poderão melhorar os resultados (de algum modo promover os *outputs*) ou o sucesso possível de uma abordagem psicoterapêutica "orientada para o *insight*".

Convirá, agora, procurar definir os dois constructos. Numa tentativa de objectivar a designação predisposição psicológica, Appelbaum (1973) avançou com a seguinte formulação:

"A capacidade da pessoa para ver as relações entre pensamentos, sentimentos e acções com o objectivo de aprender o significado e as causas da sua experiência e do seu comportamento" (Taylor et al., 1997).

Na tentativa de elaborar uma definição operacional e uma medição da predisposição psicológica, Conte e colaboradores (1995) identificaram quatro factores que se incluem no conceito, respectivamente (Taylor et al., 1997):

- acesso aos próprios sentimentos;
- vontade de falar sobre os seus problemas intra-psíquicos e/ou inter-pessoais;
- capacidade para modificar comportamentos; e,
- interesse no porquê das pessoas se comportarem da forma como efectivamente o fazem.

Tendo já sido abordado o conceito de alexitimia é perceptível que apesar deste ser mais restrito do que o da predisposição psicológica há uma sobreposição entre estes dois conceitos.

Tal como se referiu anteriormente há uma correlação negativa e significativa entre a predisposição psicológica e a alexitimia.

A inteligência emocional surge como um conceito dimensional contemplando "um conjunto de competências envolvidas na avaliação, expressão e regulação da emoção no próprio e nos outros, bem como a utilização dos sentimentos como guia para os próprios pensamentos e acções" (Taylor et al., 1997).

Mayer e Salovey (1977) formularam um modelo revisto de inteligência emocional que acentuava as componentes cognitivas deste conceito e o conceptualizava em termos de um potencial para o crescimento intelectual e emocional. O modelo revisto contempla os

seguintes quatro aspectos da inteligência emocional (Schutte, Mallouf, Hall, Haggerty, Cooper, Golden & Dornheim, 1998):

1. percepção, avaliação e expressão da emoção;
2. facilitação emocional do pensamento;
3. compreensão, análise e utilização do conhecimento emocional; e,
4. regulação reflexiva das emoções para promover o crescimento pessoal (emocional e intelectual).

Conforme é referido pelos autores citados, Salovey e Mayer em 1990 utilizaram pela primeira vez a designação *inteligência emocional* pressupondo que ela consistiria em três capacidades adaptativas, respectivamente: avaliação e expressão da emoção, regulação da emoção e utilização da emoção na resolução de problemas.

De acordo com Taylor et al. (1997), Salovey e colaboradores, em 1993, consideraram que a alexitimia poderia ser representada por um posicionamento num nível bastante baixo do indivíduo ao nível da inteligência emocional.

Será, agora, importante efectuar um estudo que corrobore esta assunção recorrendo à associação entre a TAS-20 e a Escala de Inteligência Emocional (EIS) desenvolvido por Schutte e al. (1998) compatível com o modelo teórico desenvolvido por Salovey e Mayer e que se abordou anteriormente.

Convirá, ainda, referir um outro conceito - orientação afectiva que se relaciona não só com a alexitimia mas, também, com a inteligência emocional. De acordo com Booth-Butterfield et al. (1990), autores deste conceito, a orientação afectiva é definida como "o grau em que os indivíduos estão conscientes de e usam pistas afectivas para conduzir a comunicação" (Taylor et al., 1997).

Já, anteriormente, se referiu que a relação entre estes dois conceitos é inversa, o que facilmente se explica uma vez que os indivíduos alexitímicos revelam grandes dificuldades na identificação dos sentimentos e na capacidade de recorrer a eles como indicadores para a organização de comportamentos; logo, terão níveis reduzidos de orientação afectiva.

Como elemento distintivo entre estes três conceitos e a alexitimia temos um determinado estilo de pensamento - o pensamento operatório ("pensée opératoire"), que inclui *déficits* no processamento imaginativo de que vão resultar limitações da capacidade de auto-regulação afectiva.

3.8. A alexitimia e alguns aspectos da Personalidade

Sendo a alexitimia - enquanto constructo de Personalidade - conceptualizada como um conceito dimensional, tal como a maioria dos traços de personalidade, tornou-se possível efectuar uma análise da sua relação com outras dimensões da Personalidade.

Este tipo de estudos pressupõe a existência de medidas standardizadas de medição destas dimensões, assim como suportes teóricos para a concepção dimensional da Personalidade.

Segundo Taylor (1994), num estudo anteriormente realizado por si e pelos seus colaboradores procuraram estudar a relação da alexitimia com o modelo tri-dimensional da personalidade proposto por Eysenck em 1985 e que contempla as seguintes dimensões: neuroticismo, introversão-extroversão e psicoticismo.

Os resultados obtidos com uma amostra de estudantes universitários apontaram para a associação de resultados elevados entre a TAS-20 e a escala de neuroticismo ($r = 0,29$, $p < 0,01$) do Inventário de Personalidade de Eysenck e uma relação inversa com a escala de extroversão ($r = -0,37$, $p < 0,01$); existia uma correlação baixa ($r = 0,17$, $p < 0,05$) entre o TAS e a escala de psicoticismo (Taylor, 1994).

Fazendo uma leitura destes resultados seria de pressupor a existência de uma relação entre a alexitimia, o neuroticismo e a introversão.

Constatou-se, contudo, que os indivíduos neuróticos e introvertidos não têm dificuldade em falar daquilo que sentem até porque eles revelam uma grande capacidade introspectiva e daí uma maior consciencialização da sua própria componente emocional.

Segundo Watson e Clark em 1992, se o neuroticismo se correlaciona fortemente com medidas de emoções negativas, a extroversão correlaciona-se, também, fortemente com medidas de emoções positivas. Há igualmente informação de que as emoções positivas e negativas serão independentes entre si, isto porque se situam em polaridades opostas de uma única dimensão da Personalidade (Taylor, 1994).

Outros teóricos da Personalidade (Tellegen, 1985; Watson e Clark, 1984) referidos pelo mesmo autor, conceptualizam o neuroticismo e a extroversão como duas dimensões dominantes da experiência emocional - a emocionalidade negativa e positiva, respectivamente.

Mas este modelo de Personalidade de Eysenck não é único nem consensual; na continuidade do estudo das dimensões da personalidade, alguns investigadores passaram a recorrer a um modelo de cinco factores (Taylor, 1994).

Acrescentavam às dimensões já consideradas, as seguintes dimensões da personalidade: abertura à experiência ("openness to experience"), conformismo social ("agreeableness") e consciência moral ("conscientiousness").

Os elementos da dimensão de abertura à experiência incluem a imaginação activa, sensibilidade estética, atenção a sentimentos internos, preferência pela variedade, curiosidade intelectual e independência de julgamento. A dimensão conformismo relaciona-se com uma orientação positiva ou negativa relativamente aos outros; finalmente, a consciência moral centra-se na organização e disciplina pessoais (Taylor, 1994).

Alguns destes elementos são claramente contraditórios com os aspectos nucleares do conceito de alexitimia.

Muitos estudos têm sido realizados no âmbito da análise da estrutura de personalidade e recorrendo a diversos instrumentos - "NEO-Personality Inventory" (NEO-PI), "Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaires" (BIQ), "Hopkins Symptom Checklist 90" (SCL-90) e "Basic Personality Inventory" (BPI).

Refere-se um estudo que recorreu ao Hopkins Sympton Checklist 90 (SCL-90) visto ter sido um dos instrumentos utilizado neste trabalho.

Bach et al. (1994), numa amostra australiana de doentes psiquiátricos internados com sintomatologia somática funcional, encontraram uma associação moderada entre a alexitimia (avaliada pela TAS) e o traço de obsessividade-compulsividade avaliado através da sub-escala da versão revista do SCL-90.

De acordo com os autores este facto relacionar-se-ia com as "semelhanças na estrutura afectiva restrictiva e na estrutura cognitiva rígida e orientada externamente existentes entre sujeitos alexitímicos e obsessivos" (Taylor et al., 1997).

Bagby, Taylor & Ryan (1986) efectuaram um estudo que pretendia determinar as relações entre a TAS e algumas medidas de personalidade e de psicopatologia. O estudo foi realizado com voluntários e recorrendo a vários instrumentos - "Beck Depression Inventory" (BDI), "State-Trait Anxiety Scale-Form Y" (STAI-Y), "Need for Cognition Scale" (Short Form) (NCS), "Psychological Mindedness Scale" (PY), "Shipley-Hartford Scale" e "Basic Personality Inventory" (BPI).

Relativamente aos resultados, os autores constataram que :

1. a TAS não se correlacionou com as sub-escalas de negação, de problemas inter-pessoais, de alienação e de desvio do BPI;
2. existiam correlações relativamente baixas entre a TAS e as sub-escalas da BPI de: ansiedade, ideação persecutória, distúrbio de pensamento, expressão de impulsos, introversão social e auto-depreciação;
3. as correlações eram elevadas e inesperadas com as duas medidas de depressão (BDI e BPI);
4. as correlações eram elevadas e antecipadas com a hipocondria.

A correlação positiva da alexitimia com a hipocondria está de acordo com a impressão clínica de que os indivíduos alexitímicos tendem a aumentar e amplificar as sensações corporais normais e interpretam erradamente os sintomas somáticos de activação

emocional e, por isso, tendem a comunicar o seu mal-estar emocional através de queixas somáticas (Bagby et al., 1986).

De acordo com Taylor (1994) os indivíduos alexitímicos são considerados predispostos à somatização e a experienciar estados indiferenciados de activação emocional desagradável. Recorrendo ao "NEO - Personality Inventory" (NEO-PI) para avaliar as dimensões da personalidade, o autor efectuou uma série de análises tendo para isso recorrido a alguns resultados encontrados por outros autores e, também, a um estudo com uma amostra de estudantes universitários.

Neste enquadramento, Lane e Schwartz, em 1987, avançaram com uma possível correlação positiva entre a alexitimia e o neuroticismo, particularmente com sub-escalas que mensurassem a vulnerabilidade ao *stress* e a tendência para experimentar afectos negativos específicos (Taylor et al., 1997).

Mas a alexitimia também se associa a uma capacidade limitada de experienciar emoções agradáveis - como o amor ou a alegria; este facto levou Krystal e Sifneos a pressupor que a TAS-20 se correlacionaria negativamente com a sub-escala de emoções positivas da extroversão.

Tal como foi previsto, os resultados encontrados apontavam para (Taylor, 1994):

- uma correlação positiva entre a TAS-20 e a escala de neuroticismo do NEO-PI ($r = 0,27, p < 0,05$);
- uma correlação igualmente positiva com as sub-escalas seguintes: ansiedade ($r = 0,25, p < 0,05$), depressão ($r = 0,36, p < 0,01$) e de auto-consciência ($r = 0,30, p < 0,01$) que reflectiam uma tendência para vivenciar afectos negativos;
- uma correlação positiva e significativa entre a TAS-20 e as sub-escalas que avaliavam a vulnerabilidade ao *stress* ($r = 0,35, p < 0,01$);
- uma correlação entre a TAS-20 e a extroversão com um nível de significância inferior ao esperado ($r = -0,21, p < 0,05$), porém a correlação mantinha-se negativa mas era significativa com a sub-escala de emoções positivas ($r = -0,36, p < 0,01$) tal como o conceito de alexitimia fazia antever;

- uma correlação significativa e negativa com a abertura à experiência ($r = -0,49$, $p < 0,01$) e com as sub-escalas que avaliavam, respectivamente: a abertura à sentimentos ($r = -0,55$, $p < 0,01$), a abertura a fantasias ($r = -0,30$, $p < 0,01$), a abertura a ideias ($r = -0,33$, $p < 0,01$), a abertura à estética ($r = -0,29$, $p < 0,01$) e a abertura à acção ($r = -0,24$, $p < 0,05$); e,
- uma correlação negativa entre a TAS-20 e as dimensões conformismo e consciência moral.

Poder-se-á concluir que a alexitimia (de acordo com a avaliação que a TAS-20 possibilita) está relacionada com uma indisponibilidade para a experiência bem como uma capacidade reduzida para experimentar emoções agradáveis e uma sensibilidade aumentada para vivenciar distúrbios emocionais que o indivíduo tem dificuldades em diferenciar.

Taylor (1994) propõe uma conceptualização da alexitimia como um pólo extremo de uma dimensão contínua da personalidade.

Considere-se, a sistematização seguinte:

ALEXITÍMICOS	NÃO-ALEXITÍMICOS
Fortes emoções negativas	Fracas emoções negativas
Fracas emoções positivas	Fortes emoções positivas
Interesses limitados	Interesses alargados
Não-analíticos	Analíticos
Orientados para factos	Imaginativos
Preferência pelo familiar	Procura da novidade
Incapaz de lidar com o stress	Resiliente ao stress

Figura 3.1 - A natureza dimensional do constructo da alexitimia (Taylor, 1994).

Estas características permitem ter uma melhor compreensão do facto de a alexitimia poder ser vista como um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações psicossomáticas e psiquiátricas.

Parece clara a perspectiva da alexitimia enquanto perturbação da regulação dos afectos; a já referida *anedonia* a que se associa uma propensão para o vivenciar estados emocionais desagradáveis resultantes de emoções negativas basicamente não diferenciadas pelo indivíduo.

3.9. A alexitimia e a dependência de drogas

Ao longo da investigação na área da alexitimia tem sido colocada a hipótese de os indivíduos consumidores de álcool e/ou drogas o efectuarem numa tentativa de se "medicarem" para aliviar estados emocionais desagradáveis que são experimentados como "esmagadores" e impossíveis de serem geridos, ou lidados com pelo indivíduo, e isto devido a uma capacidade cognitiva limitada para diferenciar ou modular os afectos (Taylor et al., 1990).

De acordo com Taylor et al. (1997) uma abordagem que tem vindo a ser utilizada para o estudo da regulação dos afectos e de outras capacidades de auto-regulação em doentes com perturbações do uso de substâncias é a avaliação do funcionamento do Ego recorrendo a um procedimento desenvolvido por Bellack e colaboradores (1984) - "Ego Function Assessment" (EFA).

Este grupo de investigadores, com base num referente teórico psicoanalítico, definiram operacionalmente doze funções do ego e desenvolvem escalas para permitir a sua avaliação com base na informação obtida através de entrevistas semi-estruturadas.

Duas dessas escalas são particularmente relevantes para estudos na área da dependência de drogas-regulação e controlo de *drives*, afectos e impulsos e relações objectais.

Segundo Treece (1989), em três estudos distintos, indivíduos dependentes de drogas mostravam *déficits* significativos nas relações objectais e na regulação e controlo de *drives*, impulsos e afectos (Taylor et al., 1997).

Constataram ainda que este enfraquecimento na regulação afectiva é, também, mais acentuado num período de consumo ou num estado de intoxicação; apesar de tudo, mesmo em abstinência há uma grande labilidade ou impulsividade na gestão dos afectos.

Outros investigadores têm proposto estratégias que não dependam do relato de um observador ou do próprio na avaliação das capacidades de regulação de afecto em indivíduos dependentes de drogas.

Assim, Wilson e colaboradores, em 1989, propuseram-se avaliar as manifestações pré-verbais dos problemas de regulação do afecto e para isso desenvolveram a "Scale for Failures In Self-Regulation" (SFSR) que vai utilizar as respostas a nove cartões do "Thematic Aperception Test" (TAT) administrados de forma standardizada (Taylor et al., 1997).

O SFSR avalia três aspectos factoriais distintos - estrutural-não-verbal, temático-verbal e impulsividade.

Os investigadores concluíram que: "os itens particulares que sobrecarregam (o factor estrutural-não-verbal do SFSR) sugerem que os adictos, mais do que os sujeitos normais, têm dificuldades particulares em mapear temporalmente as suas experiências, com as dificuldades consequentes de falta de planificação e pobre antecipação de consequências; as noções da relação causa-efeito são debilitadas e idiossincráticas; fraco nível de controle do impulso e de tolerância afectiva; uma marcada tendência para construir relações em termos ou da aberta dependência ou de intrusão exploradora por necessidade de gratificação" (Taylor e al., 1997).

Existem poucos estudos que investiguem empiricamente a "possível" relação entre a alexitimia e a dependência de drogas (Gomez et al., 1997).

Independentemente do significado que restrição possa assumir, procurou-se rever alguns dos estudos que tiveram como objectivo examinar a relação entre estes dois constructos em diferentes populações de indivíduos dependentes de drogas.

O primeiro estudo com o objectivo de avaliar empiricamente esta relação foi da responsabilidade de um grupo de investigadores polacos, Rybakowski e colaboradores, em 1988, com uma amostra de 100 doentes, de sexo masculino que estavam internados devido a dependência de álcool.

Os autores deste estudo recorreram a "Schalling-Sifneos Personality Scale" (SPSS) para medir a alexitimia; constataram que 78% da amostra eram alexitímicos e que os doentes alexitímicos não diferiam dos não - alexitímicos quanto aos factores socio-demográficos e na gravidade da sua dependência de álcool.

Mais ainda não, foi encontrada nenhuma relação entre a presença de características alexitímicas e a história familiar de dependência de álcool (Taylor et al., 1997).

Porém estes resultados devem ser considerados como preliminares nesta área de investigação devido às limitações psicométricas do instrumento utilizado.

Após a introdução da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) outros estudos foram realizados na Polónia, Canadá, Estados Unidos e em alguns países Europeus.

É de salientar que Haviland, Shaw, MacMurray e Cummings (1988) procederam à validação da TAS com uma amostra de indivíduos dependentes de drogas.

Com base nos resultados deste estudo, os autores consideraram ser a TAS um medida fiável e válida para a avaliação da alexitimia em amostras de indivíduos consumidores de drogas, nomeadamente porque a estrutura factorial encontrada era congruente com o constructo teórico e semelhante à publicada nos estudos normativos.

De novo a prevalência da alexitimia (de acordo com os resultados da TAS) em metade da amostra confirmava a referência prévia de que a alexitimia seria uma característica proeminente entre indivíduos consumidores de drogas.

Os autores faziam referência a uma maior adequabilidade na medição do constructo de alexitimia com base em mais do que um instrumento de medida (nomeadamente com a sua subdivisão em sub-escalas).

Taylor et al. (1990) efectuaram um estudo preliminar da alexitimia numa amostra canadiana de 44 indivíduos do sexo masculino dependentes de drogas que se encontravam internados. Mais especificamente, a amostra era composta por: 17 indivíduos com história de abuso crónico de álcool, 5 com história de abuso crónico de drogas e 22 que abusavam quer de drogas quer de álcool.

Em termos metodológicos recorreram a:

1. uma versão piloto da escala de alexitimia que era composta por itens da TAS e da TAS-20;
2. outras duas escalas - "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" (MMPI) e "Beck Depression Inventory" (BDI); e,
3. uma avaliação da dependência dos indivíduos com base no "Michigan Alcoholism Screening Test" (MAST) e no "Drug Abuse Screening Test" (DAST).

Estas diferentes medidas foram administradas aos elementos da amostra após um período de abstinência (1 a 7 dias) de consumo de qualquer droga.

Tendo estabelecido um ponto de corte de valor ≥ 74 , 50% da amostra revelou ser alexitímico. Se for considerado o ponto de corte da TAS-20, valor ≥ 61 , a prevalência de alexitimia na amostra passa a ser de 51%.

Os autores concluíram, ainda, que não havia diferença entre doentes alexitímicos e não-alexitímicos quanto à gravidade da sua dependência.

Num estudo realizado por Haviland e colaboradores (1994), a prevalência de alexitimia era bastante mais baixa numa amostra de 204 doentes composta por 84 indivíduos do sexo feminino e 120 de sexo masculino. Destes, 72 eram dependentes exclusivamente de álcool, 79 eram dependentes de drogas e 53 eram, simultaneamente, dependentes de álcool e outras drogas. A estes indivíduos foi pedido que completassem a TAS-20 durante a sua primeira semana de internamento (Taylor et al.,1997).

Quanto aos resultados encontrados:

- 41,7% da amostra era composta por indivíduos alexitímicos;
- o nível de alexitimia era significativamente superior no grupo das mulheres (50%) comparativamente ao dos homens (35,8%).

Neste estudo não foi utilizado um grupo de controle mas, os índices encontrados de alexitimia em doentes com perturbações relacionadas com substâncias, contrastam com níveis mais baixos de prevalência encontrados em adultos normais e em estudantes universitários (9% a 12%) e, em amostras de mulheres adultas normais e estudantes universitárias (8% a 12%).

Gomez et al (1997) efectuaram um estudo para avaliar a alexitimia e algumas variáveis na dependência de opiáceos numa amostra de 123 indivíduos dependentes de opiáceos.

Para isso recorreram aos seguintes instrumentos: Escala Revista de Alexitimia de Toronto (TAS-R), "Addiction Severity Index" (ASI) para avaliar a gravidade da dependência, "Drug Taking Confidence Questionnaire" que procurava avaliar as expectativas de auto-eficácia, sendo, ainda, contempladas outras variáveis como o auto-conceito, as competências sociais, valores humanos e percepção do clima social no programa de reabilitação.

Os autores concluíram que a alexitimia estava significativamente correlacionada com:

- variáveis da história de consumo;
- gravidade de dependência;
- ansiedade inter-pessoal e assertividade;
- auto - eficácia em situações de risco para consumos de heroína; e,
- percepção do clima social no programa de tratamento.

No estudo realizado por Taylor et al. (1990), os autores seleccionaram algumas escalas do MMPI para avaliar: a "força do ego" ("The Ego Strength Scale"), o uso de mecanismos de defesa repressivos ("The Repression-Sensitization Scale"), a ansiedade ("The Manifest Anxiety Scale"), a introversão/extroversão ("The Social Introversion Scale"), a depressão ("The Depression Scale") e a tendência para desenvolver sintomas somáticos funcionais.

Verificaram que comparando os indivíduos alexitímicos e não-alexitímicos, os primeiros eram significativamente mais ansiosos e reportavam maior número de queixas físicas e distúrbios psicológicos gerais.

Complementarmente, os doentes alexitímicos demonstravam uma "força do ego" significativamente menor, recorriam menos à utilização de mecanismos de defesa repressivos e eram significativamente mais introvertidos do que os doentes não-alexitímicos.

Estes resultados são consistentes com a perspectiva de que a alexitimia poderá ser um factor de risco predisponente para situações de abuso de substâncias e muitos indivíduos dependentes consomem álcool e outras drogas para compensar *déficits* ou defeitos na defesas de afectos e na capacidade do ego para regular e modular emoções e "drives".

Uma perspectiva alternativa tem vindo a ser proposta por Haviland e colaboradores; estes consideram que os doentes com perturbações relacionadas com substâncias desenvolvem um estado de alexitimia como resultado de uma ansiedade marcada e de uma depressão grave.

Num estudo realizado por estes autores com um grupo de indivíduos alcoólicos e de dependentes de drogas, num período compreendido entre o 3º e o 7º dia de hospitalização, utilizaram o TAS-20 para medir a alexitimia e desenvolver um modelo causal.

Concluíram que, em muitos dos indivíduos dependentes, "a alexitimia é a resposta situacional às emoções perturbadoras que frequentemente levam a procurar tratamento" (Taylor et al., 1997).

Num estudo anterior com alcoólicos abstinentes há muito pouco tempo, Haviland et al. (1988) tinham colocado a hipótese de alexitimia poder ser uma defesa contra as perturbações afectivas.

Porém, a associação entre alexitimia e afectividade negativa tem sido encontrada em populações não-clínicas e numa multiplicidade de populações clínicas.

De acordo com Taylor et al. (1997) devido ao desenho transversal de todos estes estudos não é possível determinar se a alexitimia é um antecedente do abuso de substâncias, um consequente da perturbação ou da recente abstinência.

Na perspectiva dos mesmos autores, a presença da alexitimia em indivíduos com perturbações relacionadas com substâncias deveria ser encarada não como uma defesa, mas sim, como uma deficiência na defesa e um fracasso para cognitivamente auto-regular afectos perturbadores.

"A aparente evolução negativa da alexitimia, quando os níveis de ansiedade e depressão são elevados, reflecte a perspectiva psicanalítica contemporânea e desenvolvimental de que a personalidade é uma organização bastante fluída e sujeita a mudanças regressivas e progressivas no modo predominante de organização dentro dos modelos hierárquicos de regulação do afecto propostos por Lane e Schwartz (1987) e por Wilson e al. (1989)" (Taylor et al., 1997).

Recentemente alguns autores têm procurado realizar estudos longitudinais para possibilitar o estudo das relações causais entre alexitimia, dependência de drogas e outras psicopatologias associadas.

Em seguida referem-se alguns destes estudos e respectivos resultados (Taylor et al., 1997):

- nos Estados Unidos foi conduzido um estudo piloto com um grupo de alcoólicos, recém abstinentes, testando-os antes e depois de três semanas de tratamento; Haviland et al. (1988) não encontraram nenhuma mudança significativa nos resultados médios obtidos na TAS, apesar de se ter verificado uma descida significativa nos resultados médios do BDI. Também diminuiu o nível de perturbação psicopatológica;
- numa amostra de doentes canadianos dependentes de drogas que foram testados quando da admissão num centro de tratamento e, de novo, após um período de 4 a 6 semanas de tratamento e de abstinência continuada, Pinard et al. (1996) não encontraram modificações significativas nos valores médios da TAS e na média dos resultados factoriais; e,
- Keller et al. (1995) estudando um grupo de dependentes de cocaína encontraram valores médios da TAS que se mantinham estáveis ao longo de 12 semanas de tratamento.

Apesar de estes estudos prospectivos serem de curta duração, os resultados suportam a perspectiva de a alexitimia não ser meramente uma condição secundária à depressão ou à abstinência de drogas.

Adicionalmente, os resultados de estudos com indivíduos que já estão abstinentes há longos períodos de tempo de substâncias psico-activas ou em fases estáveis de programas de reabilitação, parecem corroborar o facto da alexitimia ser um traço mais ou menos estável em indivíduos predispostos ao abuso de drogas.

3.10. O TRATAMENTO

A maior utilidade de um constructo como a alexitimia tem a ver com a sua aplicabilidade em termos do tratamento.

O foco central na terapia com doentes alexitímicos deverá ser no sentido de aumentar ou desenvolver as suas capacidades para fantasiar ou recorrer a outras actividades imaginativas, bem como promover o desenvolvimento de interesses e de emoções.

Há que considerar alguns dos problemas com que o técnico se poderá deparar em processos psicoterapêuticos com indivíduos alexitímicos: a natureza da transferência, os problemas afectivos (Krystal, 1979).

De salientar que quanto à natureza da transferência, os indivíduos alexitímicos, por vezes, mostram uma reserva que se aproxima da indiferença na interacção emocional com o terapeuta. Perante o técnico não surge nem contentamento nem rejeição o que se torna próximo da modalidade como estes indivíduos tipicamente se relacionam com as pessoas que estão em contacto com eles.

Esta reacção representa o seu padrão característico de expectativa perante o objecto e isto leva a que constitua um tipo de transferência. Uma análise desta atitude, por parte do doente, demonstra que esta se baseia em esquemas mentais infantis levando o doente a assumir uma expectativa de ser "curado" pelo terapeuta com base num modelo médico de interacção.

Ao nível dos problemas afectivos, estes doentes alexitímicos não experimentam os aspectos cognitivos das suas emoções simultaneamente com os aspectos expressivos, falhando na obtenção de um sentido de realidade na relação estabelecida com os objectos. Não tendo sinais afectivos para se guiarem nas escolhas, os indivíduos alexitímicos irão depender do raciocínio.

Um outro aspecto que pode comprometer o trabalho terapêutico com indivíduos alexitímicos relaciona-se com a sua incapacidade para viver o luto ("capacity for mourning"). Embora o seu apego emocional aos objectos esteja muito empobrecido não lhes será

possível alterar o seu padrão de relação infantil consigo mesmos e com os seus "objectos de amor" se não desenvolverem uma capacidade efectiva de sofrimento (Krystal, 1979).

De acordo com a proposta de Krystal (Taylor, 1994) esta abordagem terapêutica deveria incluir técnicas destinadas a elevar as emoções de um nível de experiência sensório-motor primitivo para um nível representacional mais maduro, onde as emoções possam ser gradualmente toleradas e pensadas e possam ser utilizadas simbolicamente em sonhos e fantasias.

Haverá que pensar algumas alterações técnicas de modo a tornar o processo psicoterapêutico mais útil e válido para os doentes alexitímicos. Na maioria dos doentes psicossomáticos, dependentes de drogas ou que sofrem de stress pós-traumático haverá que atender prioritariamente às questões afectivas. Assim, haverá que mudar o foco da terapia do conteúdo para a forma de comunicar.

Segundo Krystal (1979), no trabalho com indivíduos dependentes de drogas, a fase de preparação do tratamento seria necessária de modo a que o processo terapêutico fosse útil para o sujeito e não se revelasse ainda mais perturbador para o doente.

Lidar com a alexitimia constitui uma tarefa lenta e, por vezes, desagradável devido às múltiplas dificuldades com que o terapeuta se vai deparando até que algum progresso possa ser atingido na ajuda ao doente para lidar com as emoções de um modo favorável e na promoção da diferenciação e verbalização de afectos.

Será importante que o terapeuta comece por "ajudar o doente a observar a natureza da sua perturbação alexitímica" (Taylor, 1984). A simples observação poderá ser útil na medida em que estes indivíduos desde há muito estão "intrigados e amedrontados pelo modo como reagem" (Krystal, 1979).

Alguns indivíduos desenvolvem formas de evitar qualquer exposição a situações que possam desencadear respostas afectivas. Estes sujeitos necessitam de compreender que o formato ou a modalidade de expressão das suas emoções difere do das outras pessoas e que necessitam de aprender a contrariar as reacções fisiológicas e sensações que substituem os sentimentos.

Os doentes deverão, em seguida, ser auxiliados a desenvolver tolerância aos afectos e a efectuar um processo de reconhecimento das emoções enquanto sinais para si próprios com uma duração e intensidade auto-limitadas.

Frequentemente, os indivíduos alexitímicos estão apreensivos quanto aos seus afectos ou respondem com fúria ou vergonha à sua vivência envolvendo-se, assim, num ciclo vicioso que vai agravar e perpetuar o seu problema. Haverá que os levar a voltar a conhecer as suas emoções enquanto sinais úteis de si próprios removendo os bloqueios ou proibições que o indivíduo se impôs no assumir dessas mesmas emoções. Não pode deixar de se incluir uma componente de suporte neste processo de ajuda.

Deverá haver uma dimensão educacional que passa por uma aprendizagem por parte do doente de uma correcta identificação e gradual verbalização das suas emoções. Nesta tarefa o terapeuta desempenha um papel muito importante, o de ajudar o indivíduo a encontrar as palavras mais correctas para descrever os seus sentimentos. Há que auxiliar a pessoa a interpretar, organizar e reconhecer os próprios sentimentos (Krystal, 1979). Está-se perante um exercício da capacidade de auto-observação reflexiva que necessita de ser promovida junto do alexitímico.

À modalidade de intervenção individual pode ser associada uma valência de grupo para que seja possível efectuar uma reconstrução de elementos cognitivos da emoção, nomeadamente o significado dessa emoção ou da "história por detrás dela" que necessita de ser bastante extensiva, contemplando todos os detalhes possíveis. É com base neste processo de gradual diferenciação e verbalização de afectos que se poderá observar progressos no sentido da *dessomatização* dos mesmos (Krystal, 1979).

Esta abordagem clínica é uma tarefa complexa e difícil que terá sempre um prognóstico reservado. Para determinados indivíduos as modificações das estratégias terapêuticas terão de ser substanciais.

Isto leva a que a estruturação da intervenção terapêutica constitua uma área de trabalho em si mesma, bastante complexa.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. Objectivos

O presente estudo tem como objectivo realizar uma análise da relação entre a dependência de drogas (avaliando a sua gravidade) e a alexitimia (considerando os diferentes factores que a constituem).

O objectivo geral da investigação será o estudo da variável alexitimia - conforme é avaliada pelo TAS-20-R numa amostra de dependentes de drogas (consumidores de opiáceos e no início do seu processo de tratamento) e compará-la com uma amostra de não consumidores de drogas.

Tendo em conta esta base de trabalho foram formuladas hipóteses como objecto de investigação:

- os níveis de alexitimia encontrados em indivíduos dependentes de drogas serão mais elevados do que os níveis encontrados em indivíduos não-consumidores;
- a variável gravidade de dependência influenciará directamente o nível de alexitimia;
- existirá uma relação entre o estilo atribucional do indivíduo e o seu nível de alexitimia;
- haverá uma associação entre os níveis de alexitimia e alguns traços de personalidade que têm diferente expressão no perfil de cada indivíduo.

4.2. Descrição do procedimento usado

Este trabalho reporta-se ao estudo de uma série de doentes de uma clínica privada para o tratamento e reinserção de indivíduos dependentes de drogas - Clínica do Outeiro, situada na área do Grande Porto e de um conjunto de alunos de um estabelecimento público de Ensino Superior - Escola Superior de Enfermagem de S. João, na mesma área geográfica.

Neste projecto, o estudo realizado foi retrospectivo com um grupo de referência e numa perspectiva quantitativa. Optou-se pela designação grupo de referência visto que este não resultava de um universo comum à amostra divergindo, exclusivamente, na manipulação de determinada condição experimental. Os valores obtidos neste grupo vão funcionar como meros indicadores.

Com este tipo de desenho tinha-se como finalidade identificar expressões diferenciais na avaliação do conceito/constructo **alexitimia** na população de indivíduos dependentes de drogas comparativamente a indivíduos não dependentes.

Procurou-se, ainda, identificar o padrão de consumo de drogas, relativamente à gravidade de dependência de opiáceos, bem como a perspectiva de controlo ou das expectativas de controlo dos acontecimentos (Barros, Barros & Neto, 1993).

Finalmente, pesquisou-se a dimensão relacionada com diferentes perfis de personalidade e nível de mal-estar psicológico individual.

Para recolha do material clínico seleccionou-se uma instituição privada credenciada para o tratamento e re-inserção de indivíduos dependentes de drogas e cujo modelo de intervenção é a comunidade terapêutica.

A acessibilidade à instituição relacionou-se com o facto de colaborarmos no trabalho desenvolvido nessa mesma instituição.

A população alvo deste estudo são indivíduos consumidores de drogas que recorreram a esta instituição para se tratarem da sua dependência.

A população em estudo é constituída por todos os indivíduos na instituição, no período de Maio de 1999 a Janeiro de 2000 e, posteriormente, à fase de desintoxicação, desde que fossem consumidores de opiáceos.

Para o grupo de referência foram escolhidos alunos do 1ºano do Bacharelato de Enfermagem, que começaram a frequentar essa instituição de Ensino Superior no ano lectivo de 1998/1999, tendo-se procedido à recolha dos dados entre Maio e Junho de 1999.

Este grupo foi inquirido sobre "eventuais" consumos de drogas (experimentação), apesar de se ter considerado que haveria incompatibilidade entre a possibilidade de corresponder minimamente ao rigor dos critérios de acesso ao Ensino Superior, na área da Saúde, e situações de dependência de drogas.

O método de amostragem foi consecutivo, tendo sido excluídos unicamente indivíduos que não eram consumidores de opiáceos.

Relativamente ao grupo de referência excluíram-se aqueles que afirmaram já ter experimentado drogas, num total de dez casos.

Descreveram-se, ainda, alguns aspectos como:

- tratamentos já efectuados (tipo e número);
- objectivos terapêuticos deste tratamento;
- a atitude do indivíduo na instituição;
- sintomatologia actual;
- possibilidade de ocorrência de situações de overdose e consequências daí resultantes; e,
- existência de tentativas de suicídio e medidas tomadas.

Pesquisou-se, ainda, a existência de outros elementos da família consumidores ou dependentes de drogas.

Esta informação foi alvo de uma análise quantitativa mas, também, de índole qualitativo sempre que se relevou adequada essa opção complementar.

4.2.1. Variáveis em estudo

1. Relativas ao indivíduo:

- idade,
- sexo;
- estado civil;
- habilitações literárias;
- situação profissional;
- fonte de rendimentos;
- condições habitacionais; e,
- antecedentes familiares.

2. Relativas à dependência de drogas:

- primeira droga experimentada (iniciativa/contexto);
- droga principal (DP) e droga(s) associada(s) (DA);
- tratamentos (número, tipo e duração);
- outros familiares consumidores; e,
- Questionário de Gravidade de Dependência de Opiáceos (valor total e dependência subjectiva).

3. Relativa ao padrão atribucional (valor da escala "Internal, Powerful Others and Chance").

4. Relativa aos **sintomas psicológicos individuais** (índices globais e valores das escalas da "Symptom Checklist").

5. Variável **DEPENDENTE**

- **Alexitimia** (valor global da Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens e valores factoriais da mesma escala)

4.3. Instrumento de recolha de dados

Com o objectivo de compilar e operacionalizar as variáveis em estudo teve de se elaborar um suporte para recolha da informação a analisar.

Assim, o **instrumento de recolha de dados** foi composto da seguinte forma:

- entrevista (com a aplicação de um questionário);
- questionário de gravidade da dependência de opiáceos (QGDO);
- escala de alexitimia de Toronto (TAS-20);
- escala IPC ("Internal, Powerful Others and Chance"); e,
- "symptom checklist" (SCL-90-R).

4.3.1. A Entrevista

A **entrevista**, de carácter voluntário e anónimo, era composta por um questionário - preenchido pelo investigador - e procurou-se recolher informação relativa a algumas questões chave (relativas aos antecedentes familiares e à história de consumos).

Aos inquiridos foi explicada a finalidade do estudo e garantida a confidencialidade.

Esta entrevista era constituída por um total de 55 questões subdivididas em três secções distintas:

- A- Identificação
- B- Antecedentes familiares
- C- História de consumos

Inclua, na sua composição, 41 variáveis nominais, 1 variável ordinal e 13 variáveis discretas.

Inicialmente procurou-se efectuar uma caracterização das amostras em termos de variáveis que se reportam a características individuais (ou pessoais) e a outras de índole socio-económicas.

Pesquisaram-se aspectos como: sexo, idade, estado civil, local de residência, situação profissional, habilitações literárias, autonomia económica, as condições habitacionais e a agregado familiar.

Em termos práticos optou-se por transformar os dados obtidos relativos à idade em várias classes. Estas, formaram-se de modo a constituir um grupo de "adolescentes", um grupo de jovens adultos e um de adultos propriamente dito.

Quanto ao estado civil conservaram-se as classes já consideradas no enunciado do próprio questionário (que será incluído nos anexos).

Procedeu-se posteriormente à recolha dos questionários, a uma classificação social das famílias de acordo com a versão traduzida e adaptada de Graffar, para a área de investigação (Figueiredo, 1997).

A secção C do questionário relativa à História de Consumos só foi aplicada a amostra de indivíduos dependentes. As questões incluídas nesta secção pretendiam caracterizar melhor o percurso de consumo de drogas do sujeito, assim como, o modo como se posiciona

ou se tem vindo a posicionar perante o(s) tratamento(s). Sendo um conjunto de medidas de auto-relato estão sujeitas a uma variedade potencial de distorções (lapsos de memória, respostas falsas, negação, etc).

Apesar disso, estes métodos têm sido recorrentemente utilizados na área dos comportamentos adictivos.

Alguns dos aspectos descritos nesta secção mais específica do questionário, já foram referenciados no texto.

4.3.2. Questionário de Gravidade da Dependência de Opiáceos

O Questionário de Gravidade da Dependência de Opiáceos (QGDO) de Sutherland, Edwards, Taylor, Phillips, Gossop e Brady (1986), traduzido e adaptado por Esteves (1992), cujo objectivo era situar o nível de gravidade da dependência do indivíduo para os opiáceos considerando as várias dimensões que constituem este questionário.

Ele é composto por cinco secções nucleares que correspondem aos seguintes aspectos:

1. Quantidade e padrão de consumo de opiáceos (pesquisa-se a quantidade de opiáceos consumidos, a(s) via(s) de administração da substância, o padrão "habitual" de consumo);
2. Sintomas físicos de privação;
3. Sintomas afectivos de privação;
4. Alívio do síndrome de privação por consumo de droga; e,
5. Rapidez de reinstalação dos sintomas de privação após um período de abstinência.

De referir que este questionário era de auto-preenchimento e que se pedia ao indivíduo que se reportasse a um período recente ou típico de consumo de opiáceos.

Foi, ainda, possível obter informação complementar sobre (Esteves, 1992):

- Avaliação do estreitamento do repertório de consumos;
- Avaliação da tolerância;
- A dependência subjectiva de opiáceos.

O questionário é composto por um conjunto de dez questões que podem estar sub-divididas em várias alíneas. A primeira questão investiga os opiáceos consumidos e respectivas dosagens - ainda que estimadas exclusivamente pelo indivíduo.

As questões dois, três e quatro reportam-se a aspectos relacionados com a(s) modalidade(s) de consumo e seguem instruções precisas para o seu preenchimento.

A questão cinco vai avaliar o estreitamento do repertório de consumos, sendo a tolerância estimada através da questão seis.

O conjunto das questões (da sete à nove) vão permitir a exploração dos aspectos acima mencionados nos itens 2, 3, 4 e 5.

Finalmente, a questão dez irá estabelecer a dependência subjectiva de opiáceos.

4.3.3. A Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens

A **Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20)** da autoria de Taylor et al., (1992) é instrumento de auto-preenchimento que possibilita uma avaliação adequada da variável dependente - a alexitimia.

Conforme já se referiu, a "Toronto Alexithymia Scale" foi desenvolvida originalmente por Bagby e colaboradores em 1985, apresentando uma precisão e validade adequadas para efectuar a avaliação do constructo da alexitimia (Taylor et al., 1990; Taylor et al., 1992; Taylor et al., 1997).

Neste estudo utilizou-se a versão da TAS-20 traduzida por Prazeres (1996) e adaptada para a população portuguesa (Prazeres et al., para publicação) que respeita a estrutura factorial (estável e replicável bem como congruente com o conceito de alexitimia): F1- dificuldade em identificar os sentimentos, F2- dificuldade em descrever os sentimentos aos outros e F3- estilo de pensamento orientado para o exterior (Prazeres et al., para publicação).

Esta versão portuguesa da TAS-20 apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,79$) e uma adequada precisão teste-reteste para intervalos de três e seis semanas ($r = 0,91$ e $r = 0,86$, respectivamente) (Prazeres, 1996).

Esta versão é constituída por vinte proposições e ao inquirido pede-se que as classifique recorrendo à seguinte chave: discordar totalmente, discordar em parte, não concordar nem discordar, concordar em parte e concordar totalmente.

4.3.4. A Escala IPC

A Escala IPC ("Internal, Powerful Others and Chance") de Levenson (1972) adaptada por Relvas (1985) para permitir o estudo do *locus* do controlo, na perspectiva de se poder aceder ao "... estudo do reforço, da percepção duma relação causal entre o comportamento individual, a situação e a recompensa, em termos de aprendizagem social" (Relvas et al., 1984).

Ou seja, a Escala IPC de Levenson divide a componente externalidade em dois factores conforme a atribuição é feita ao controlo de outros poderosos ou ao acaso/sorte (Relvas, 1985).

A escala considera, ainda, a dimensão internalidade. Para cada uma das escalas referidas - I, P e C procedeu-se a uma distinção entre aspectos pessoais e ideológicos.

"Todas as questões estão redigidas de forma a dizerem respeito apenas ao indivíduo" (Relvas, 1985).

O instrumento utilizado é um questionário tipo Likert composto por vinte e quatro proposições a serem classificadas ao longo de uma escala que vai desde discordar de maneira muito acentuada até concordar de maneira muito acentuada, incluindo três opções intermédias.

4.3.5. A "Symptom Checklist"

A "Symptom Checklist" (SCL-90-R) é uma medida de auto-preenchimento que permite efectuar a avaliação do padrão de sintomas psicológicos do indivíduo inquirido.

Está historicamente relacionado com o "Hopkins Symptom Checklist" (HSCL) e será uma medida indirecta em determinados tipos de personalidades (Derogatis, 1994).

A SCL-90-R é interpretada em termos de nove escalas distintas (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade inter-pessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicotismo) e de três índices globais relativos ao mal-estar individual-índice sintomático geral (ISG), total de sintomas positivos (TSP) e índice de perturbação por sintomas positivos (IPSP).

A versão utilizada do SCL-90-R é composta por noventa afirmações que se reportam a possíveis queixas de que o inquirido possa ter sofrido e que tem sentido de acordo com a seguinte gradação: nunca, poucas vezes, algumas vezes, muitas vezes ou muitíssimas vezes.

4.4. A metodologia utilizada na realização do estudo

Optou-se por utilizar com o grupo de referência apenas três dos cinco instrumentos acima descritos para a recolha de dados. Excluiu-se o GGDO na medida em que não era necessário efectuar uma avaliação da gravidade de situações de dependência, assim como não era relevante para o estudo analisar o estilo atribucional dos indivíduos que constituíam o grupo de referência.

Focalizou-se a atenção na recolha de informação de identificação dos indivíduos, no estudo da expressão da variável dependente e dos perfis psicológicos individuais.

Assim, recorreu-se à:

- Entrevista;
- Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20); e,
- "Symptom Checklist" (SCL-90-R).

Relativamente à entrevista só se utilizaram duas secções: A- Identificação e B- Antecedentes Familiares; adicionalmente, houve necessidade de inserir uma questão para a pesquisa de experimentação de drogas.

A inclusão da "Symptom Checklist" pretendeu obter os vários perfis de personalidade, bem como, avaliar a co-existência de outras perturbações psiquiátricas que pudessem interferir com a avaliação da variável dependente.

Estabeleceu-se um primeiro contacto com os directores da Comunidade Terapêutica e da Instituição de Ensino Superior. Num segundo momento formalizou-se o pedido de colaboração dessas instituições para aplicação do instrumento de recolha de dados.

Antes do lançamento do trabalho de campo, efectuou-se um estudo piloto com um pequeno grupo de indivíduos dependentes de drogas com o objectivo de tomar contacto com o instrumento de recolha de dados e eventuais dificuldades que surgissem na sua utilização.

4.5. Tratamento estatístico

Para efectuar a análise dos dados recorreu-se ao programa SPSS - "Statistical Package for Social Sciences", versão 8.0 (SPSS, 1998).

Utilizaram-se medidas da estatística descritiva na análise das variáveis permitindo caracterizar a amostra e o grupo de referência.

A amostra foi caracterizada em termos da presença da alexitimia determinada pelos valores da TAS-20. Efectuaram-se correlações com as variáveis: a idade, a classe social de Graffar, aspectos relativos ao padrão de consumo do indivíduo (com base no valor total do QGDO e valor da dependência subjectiva), o valor da IPC, os índices gerais e as escalas da SCL-90-R.

Foram, ainda, estudados os três factores que constituem a TAS-20 e a sua contribuição para o valor global. Estes valores factoriais, assim como o valor global, foram comparados em função da variável sexo.

No grupo de referência foi, igualmente, estudada a presença da alexitimia. Compararam-se os valores totais e factoriais em função da diferença de género.

Correlacionou-se o valor global da TAS-20 com a idade, a classe social de Graffar, os índices gerais e as escalas individuais da SCL-90-R.

Finalmente, havia que comparar a amostra e o grupo de referência quanto aos valores totais e factoriais da TAS-20, assim como para os índices gerais (ISG, IPSP e TSP) e as escalas da SCL-90-R.

Realizou-se, ainda, uma análise de covariância relativamente ao valor global da TAS-20, nos dois grupos, controlando o Índice Sintomático Geral (ISG) enquanto resultado global da SCL-90-R.

5. RESULTADOS

Das 106 admissões para tratamento, no período em que se procedeu à recolha do instrumento de trabalho foram inquiridos cinquenta (50) indivíduos. Os 56 não inquiridos foram excluídos devido ao facto de não serem consumidores de opiáceos (16 casos) ou pelo facto de o seu período de permanência na instituição ter sido tão curto que não permitiu a recolha dos respectivos dados (40).

A recolha dos dados relativos ao grupo de referência foi feito num único momento e dele fizeram parte só indivíduos que aceitaram voluntariamente integrar este estudo; os objectivos do trabalho foram explicitados e a confidencialidade foi assegurada.

De um total de setenta e quatro (74) protocolos recolhidos só foi possível utilizar sessenta e quatro (64); a exclusão de dez protocolos deveu-se ao facto de estes indivíduos terem assumido ter tido contacto com drogas.

5.1. Descrição geral da amostra

Dos cinquenta (50) indivíduos que completaram o preenchimento do instrumento de recolha de dados, 44 indivíduos (88%) eram de sexo masculino e 6 (12%) do sexo feminino.

Em termos etários, a média das idades é de 27,44 anos, com um desvio padrão de 5,81, oscilando entre um valor mínimo de 15 anos e um máximo de 38 anos.

Os valores etários e a sua distribuição encontram-se resumidos na tabela seguinte:

Tabela 5.1
Distribuição de frequências simples em função da classe etária

Idade	Frequência Simples	Percentagem
Dos 15 aos 22 anos	9	18,0%
Dos 23 aos 30 anos	26	52,0%
Dos 31 aos 38 anos	15	30,0%
TOTAL	50	100,0%

Assim foi possível dividir esta amostra num grupo de adolescentes (considerando os critérios de tratamento numa população com algumas especificidades), num de jovens adultos e outro de adultos mais velhos.

De acordo com Galanter et al. (1994) será de considerar como adolescentes os indivíduos em tratamento com idades inferiores a 19 anos. A experiência da unidade de tratamento onde se efectuou a recolha de dados, alargou este critério até aos 22 anos. Subjacente encontram-se critérios de maturidade cognitiva e afectiva nestes indivíduos.

Quanto à região de residência, a proveniência é maioritariamente da zona Norte com uma incidência particular da Área Metropolitana do Porto, visto a estrutura de tratamento onde se recolheram os dados da amostra se localizar em Vila do Conde.

Tabela 5.2
Distribuição da amostra em função da região de residência.

Região de Residência	Frequência Simples	Percentagem
Área Metropolitana do Porto	24	48,0%
Área Metropolitana de Lisboa	3	6,0%
Norte	12	24,0%
Centro	8	16,0%
Sul	0	0%
Regiões Autónomas	2	4,0%
Estrangeiro	1	2,0%
TOTAL	50	100,0%

Relativamente ao estado civil, 33 indivíduos (66%) eram solteiros, 7 (14%) eram casados, 6 (12%) eram divorciados, 2 (4%) estavam separados e 2 (4%) viviam em regime de união de facto.

No que diz respeito à situação profissional, 22 indivíduos (44%) estavam desempregados; dos que mantinham o seu emprego, 12 (24%) tinham um emprego estável, 7 (14%) tinham um emprego ocasional e 2 (4%) estavam de baixa.

Quanto a trabalhadores por conta própria existiam, na amostra, 3 indivíduos (6%). Só 1 indivíduo (2%) estava à procura de emprego. Três indivíduos (6%) estavam a estudar.

Apesar do número de indivíduos desempregados, a fonte preferencial de rendimento era a dependência dos pais (36%) e o vencimento mensal (24%).

Explorando o nível de instrução:

- 36% da amostra tinha completado o 9º ano de escolaridade;
- 24% completou o 12º ano de escolaridade;
- 14% só tinham escolaridade equivalente ao 1º ou 2º ciclo do ensino básico e
- só 10% (5 indivíduos) se enquadravam na opção de formação universitária.

Quanto à classe social de pertença, utilizando a adaptação da Escala de Graffar para fins investigacionais, encontramos 18 indivíduos (36%) na classe II, 17 (34%) na classe III, 13 (26%) na classe I e 2 (4%) na classe IV.

5.1.1. Antecedentes familiares

Da nossa amostra, 30% dos indivíduos viviam com os pais e 22% com os pais e os irmãos; 16% viviam com o cônjuge ou companheiro e 26% viviam sózinhos.

Quanto aos pais, 27 indivíduos (54%) referiram que eles coabitavam e 23 (46%) que não viviam juntos.

Em termos etários, a idade média do pai é de 57,18 anos com um desvio padrão de 8,12; a idade mais frequente é 53 anos, oscilando entre valores mínimo de 45 anos e máximo de 82 anos.

Em relação à mãe, a idade média é de 56,24 anos com um desvio padrão de 8,89 variando entre os 43 anos (valor mínimo) e os 80 anos (valor máximo).

É, ainda, de considerar que 12 indivíduos (24%) referiram o falecimento do pai e 4 (8%) o falecimento da mãe; em 3 casos tinham falecido quer o pai, quer a mãe.

Profissionalmente, os pais são com maior frequência trabalhadores por conta própria (44,7%) e as mães trabalhadoras por conta de outrém (37%); de referir, ainda, que 30,4% eram domésticas.

Quanto às habilitações literárias, quer no sub-grupo dos pais quer no das mães é o 1º ou 2º ciclo da escolaridade básica que surge como equivalendo à formação mais frequente (respectivamente, 47,4% e 45,7%). Contudo 32,6% das mães e 26,3% dos pais têm formação considerada universitária.

Relativamente à fratria, só 5 indivíduos (10%) não tinham irmãos e a maior representatividade correspondia a: ter uma irmã (26%) logo seguida de ter um irmão (24%). Em termos etários, a idade média oscila entre os 32,32 anos e varia entre os 54 anos (máximo) e os 14 anos (mínimo).

Falando de ter ou não filhos, na amostra 39 indivíduos (78%) não tinham filhos, 5 (10%) tinham um filho, 3 (6%) tinham uma filha, 2 (4%) tinham um filho e uma filha e 1 (2%) tinha dois filhos.

A idade média dos filhos era 5,95 anos, variando entre um máximo de 14 anos e um mínimo de 1 ano.

Pesquisou-se, ainda, a existência de problemas psiquiátricos na família e só 9 indivíduos (18%) referiram que existiam.

Surgiam com igual representatividade nos seguintes familiares: pai , mãe, avô e tio(a).

Quanto ao tipo de problema, o mais referido foi as situações depressivas; acrescentaram, também, neurose, esquizofrenia e alcoolismo.

5.1.2. Características específicas da amostra estudada

A primeira droga experimentada foi em 92% dos casos os canabinóides, 4% dizem ter começado por experimentar heroína e, em percentagens iguais de 2%, foram experimentadas a cocaína e os estimulantes.

A idade média com que ocorreu esta primeira experiência com drogas foi 14,06 anos, sendo a idade mais frequente do primeiro consumo os 13 anos. Registam-se variações entre os 8 anos (valor mínimo) e os 20 anos (valor máximo).

Relativamente à iniciativa para esse consumo, 35 indivíduos (70%) referiu o grupo de amigos, 12 (24%) relacionou-o com o convívio com um(a) amigo(a), 1 (2%) diz ter sido por influência do irmão, 1 (2%) outro refere a influência de um tio e, finalmente, houve uma pessoa que considerou ter sido por iniciativa própria.

O contexto em que ocorreu este consumo variou entre ter sido:

- em casa - 4 indivíduos (8%)
- em casa de um(a) amigo(a) - 6 indivíduos (12%)
- na escola - 12 indivíduos (24%)
- num bar ou discoteca - 4 indivíduos (8%)
- outro local - 24 indivíduos (48%) e dentro desta categoria foi possível diferenciar: a rua (13), no carro (3), na tropa (1), no campismo(1), num areeiro (1), perto do rio (1), na praia (1), na paragem do autocarro (1) e na cadeia (1).

Na altura da entrevista, a principal droga de consumo era:

Tabela 5.3
Distribuição da amostra em função da droga principal

Droga Principal	Frequência Simples	Frequência Acumulada	Percentagem
Heroína	37	37	74%
Cocaína ou outros estimulantes	8	35	16%
Cannabis	3	48	6%
Alucinogéneos	1	49	2%
Ecstasy	1	50	2%

Relativamente à droga associada ela é, respectivamente: para 66% da amostra a cocaína ou outro estimulante, para 22% a heroína, em 4% de casos a cannabis e o ecstasy, 1% os ansiolíticos e 1% não tinha droga associada.

Quanto ao tempo de abuso total da droga principal, o valor médio é de 7,85 anos com um desvio padrão de 4,96 anos; na amostra o tempo mínimo de consumo é de 9 meses e o máximo de 23 anos. Os períodos de tempo mais frequentemente referidos são 4 e 6 anos de consumo.

Relativamente ao processo de tratamento:

Tabela 5.4
Distribuição da amostra do número de tratamento anteriores.

Número de Tratamentos Anteriores	Frequência Simples	Frequência Acumulada	Percentagem
Nenhum	4	4	8%
Um	18	22	36%
Dois	17	39	34%
Três	9	48	18%
Quatro	1	49	2%
Sete	1	50	2%

De notar que só 8 (16%) indivíduos pediam ajuda pela primeira vez, os outros 42 (84%) já o tinham feito anteriormente. Já tinham efectuado um tratamento prévio nesta instituição 3 indivíduos.

De entre os 8 indivíduos que pediam ajuda pela 1ª vez, apenas 4 não tinham feito qualquer tratamento anterior; ou seja, 4 destes 8 indivíduos já tinham efectuado outro(s) tratamento(s) mas "nunca tinham pedido ajuda".

Numa tentativa de caracterização da última modalidade de tratamento a que os indivíduos tinham recorrido, verificou-se que:

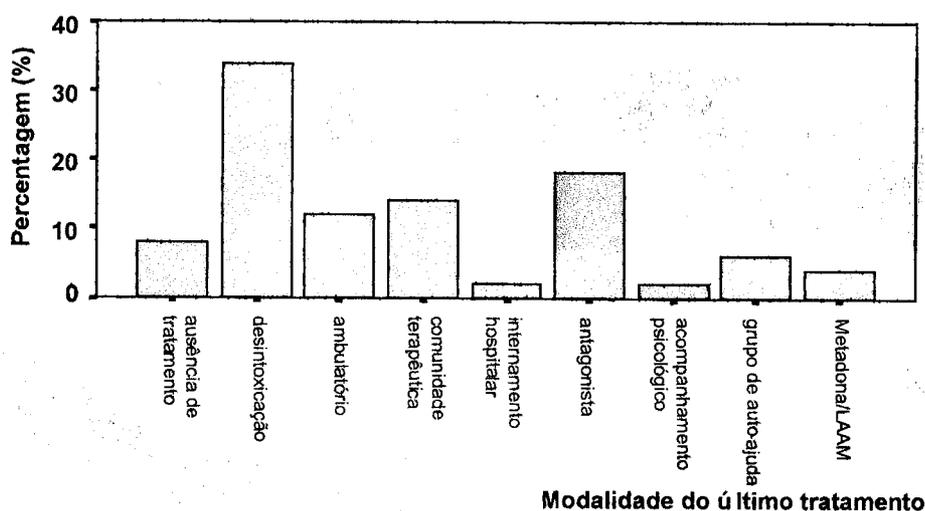


Figura 5.1 - Gráfico de barras (em valor percentual) relativo a modalidade do último tratamento.

Será de referir que 4 indivíduos (8%) nunca tinham recorrido a qualquer tipo de tratamento. Dos 46 indivíduos que efectuaram outros tratamentos, 17 (37%) realizaram uma desintoxicação, 9 (19,6%) recorreram a um tratamento com antagonista, 1 (2,2%) utilizou uma terapêutica de substituição (Metadona/LAAM), 2 (4,3%) recorreram a internamento hospitalar, 7 (15,2%) estiveram internados em comunidades terapêuticas, 6 (13%) efectuaram tratamento ambulatório, 3 (6,5%) frequentaram grupos de auto-ajuda e 1 (2,2%) efectuou um acompanhamento psicológico.

A duração média, deste último tratamento, foi de 177,90 dias com um desvio padrão de 335,7 dias, oscilando entre uma duração mínima de 1 dia e máxima de 1460 dias.

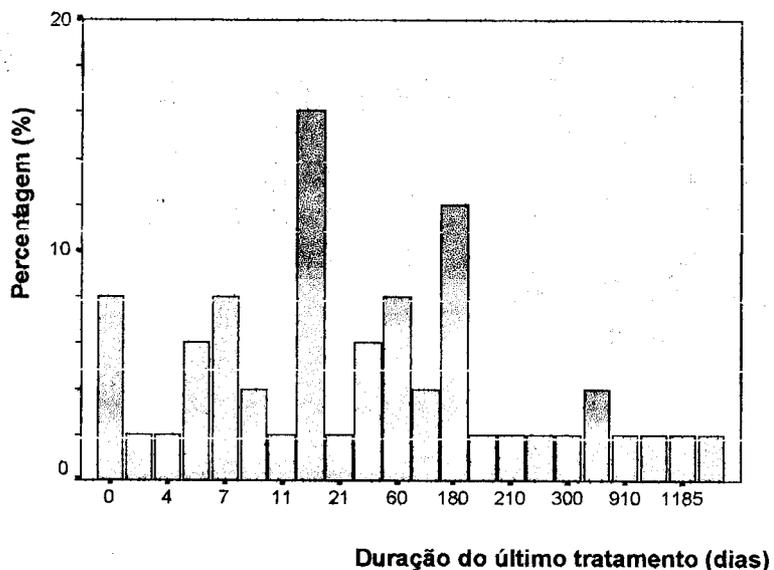


Figura 5.2 - Gráfico de barras (em valor percentual) relativo à duração do último tratamento.

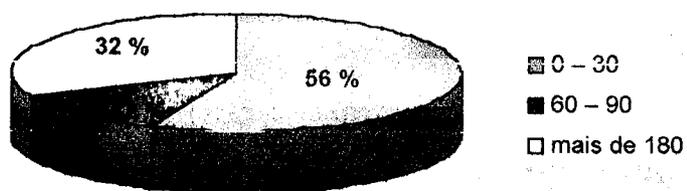


Figura 5.3 - Duração do último tratamento (em dias).

De salientar que a duração mais frequente deste tratamento foi de 15 dias (16%) e que se referia a 5 casos de desintoxicação, 2 de tratamentos com antagonistas e 1 processo de acompanhamento em ambulatório, logo seguida por um período de 180 dias (12%).

Na entrevista procurou-se pesquisar os objectivos considerados pelo indivíduo para o tratamento que estava a realizar. De acordo com os 4 aspectos essenciais referidos concluiu-se que assumiam a seguinte representatividade:

(1). Re-inserção

Tabela 5.5
Distribuição da amostra em função do tipo de re-inserção

TIPO de re-inserção	Frequência simples	Percentagem
Nenhum	6	12%
Familiar	7	14%
Profissional	1	2%
Social	5	10%
Familiar e profissional	1	2%
Familiar e social	4	8%
Profissional e social	5	10%
Familiar, profissional e social	21	42%

(2). Abstinência

Tabela 5.6
Distribuição da amostra em função da manutenção da abstinência.

Manutenção da abstinência	Frequência Simples	Percentagem
Não	6	12%
Sim	44	88%

(3). Prevenção da Recaída

Tabela 5.7
Distribuição da amostra em função da prevenção da recaída.

Prevenir a Recaída	Frequência Simples	Percentagem
Não	9	18%
Sim	41	82%

(4). Controlo de sintomas/apoio a situações limite**Tabela 5.8**

Distribuição da amostra em função do controlo de sintomas/apoio a situações limite.

Controlo de sintomas/apoio a situações limite	Frequência Simples	Percentagem
Inexistente	37	74%
Gravidez	6	12%
suicídio/"overdose"	2	4%
duplo diagnóstico	3	6%
HIV	2	4%

Só num único caso o tratamento surgiu como alternativa à detenção prisional.

Quanto ao tempo de abstinência, a média situava-se nos 13,36 dias com um desvio padrão de 11,83 dias, sendo o período de abstinência mais frequente 7 dias. O intervalo de variação situava-se entre os 5 e os 60 dias.

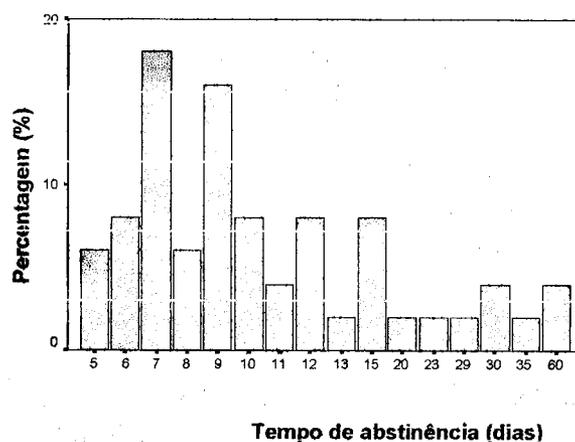


Figura 5.4 - Gráfico de barras (em valor percentual) relativo à duração abstinência de drogas (em dias).

O tempo médio de permanência na instituição era de 9,74 dias oscilando entre os 3 e os 29 dias.

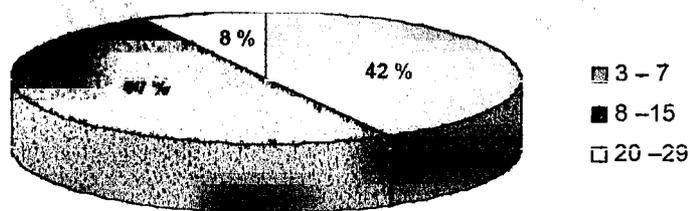


Figura 5.5 - Tempo de permanência na instituição (em dias).

Em termos auto-avaliativos, 21 indivíduos (42%) consideravam que tinham efectuado uma mudança de atitude relativamente ao tratamento; 40 (80%) achavam que tinham uma atitude colaborante neste processo de mudança.

Apesar de tudo, só 31 indivíduos consideravam que iriam conseguir terminar o tratamento.

Reportando-se à sintomatologia actual, a categoria que acumula mais escolha é "sem sintomas" (24%), apesar de a ansiedade e a insónia conjuntamente (18%) e isoladas (8% e 16%, respectivamente) assumirem uma representatividade maioritária.

Quanto à ocorrência de situações de "overdose", elas aconteceram em 12 indivíduos (24%), verificando-se que em 50% destes casos tinha ocorrido mais de uma vez.

Como resultado, ocorreram internamentos hospitalares em 33,3% das situações apesar de se terem mantido os consumos.

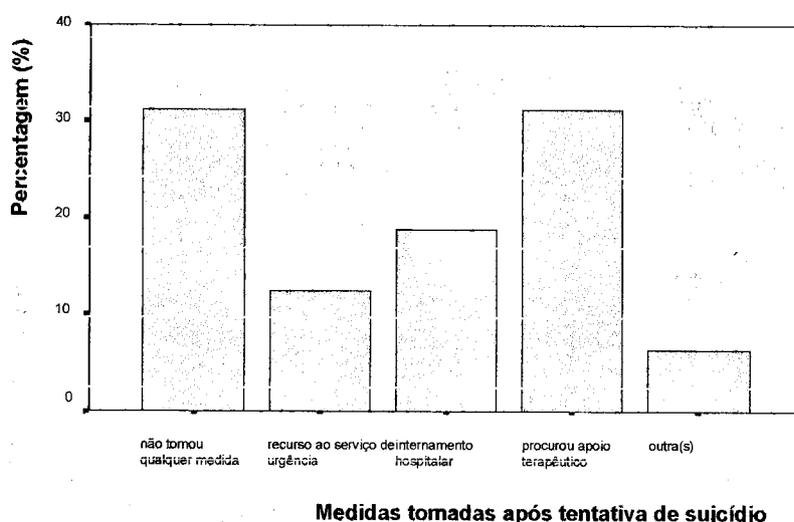


Figura 5.6 - Gráfico de barras (em valor percentual) relativo às medidas tomadas após tentativa de suicídio.

Abordando a questão da tentativa de suicídio, 15 dos inquiridos (30%) disseram que já tinham atentado contra a sua vida e destes casos metade tinham-no feito mais de uma vez. Os resultados mais frequentes deste tipo de ocorrência foram: a procura de apoio terapêutico (31,3%) e a não tomada de qualquer medida ou atitude (31,3%).

A pesquisa de existência de outras situações de consumo de drogas na família resultou em 27 indivíduos (54%) que afirmaram existir outros familiares consumidores, nomeadamente: o irmão (37%), o pai (25,9%) e o primo (14,8%). Com menor representatividade e com igual frequência na amostra surgiram: irmã, tio, prima, cunhado, cunhada e mulher (cada um com 3,7%). A substância mais consumida era a heroína (44,4%), logo seguida do álcool (29,6%), da cocaína ou estimulantes (14,8%) e da cannabis (11,1%). Destes familiares consumidores de drogas, 54% ainda mantinham os seus consumos.

Dos 27 indivíduos da amostra que referiram consumos por parte de familiares, 11 tinham um 2º familiar também consumidor de drogas. O parentesco mais comum era o primo (36,4%) seguido do irmão (27,3%). A substância mais frequentemente consumida continuava a ser a heroína (36,4%), seguida pela cannabis (27,3%) e pela cocaína ou estimulantes (18,2%). Neste caso, a totalidade dos familiares (11) mantinham os seus consumos.

5.2. Descrição geral do grupo de referência

O grupo de referência era composto por um total de 64 inquiridos; destes 27 indivíduos (42,2%) eram do sexo masculino e 37 (57,8%) do sexo feminino.

Em termos etários, o valor médio foi de 19,06 anos com um desvio padrão de 0,87 anos; o valor mais frequente era 19 anos sendo a variação entre os 23 anos (valor máximo) e os 18 anos (valor mínimo).

A proveniência dos indivíduos era exclusivamente da zona Norte do país e com algum destaque para o concelho do Porto (29,7%).

Relativamente ao estado civil a totalidade do grupo era solteiro; assim como a situação profissional única equivalia a ser estudante e ter como habilitação literárias o 12º ano de escolaridade.

Salienta-se que, 63 indivíduos (98,4%) dependiam economicamente dos pais e 1 (1,6%) dependia de outros familiares.

Relativamente à classe social, recorreu-se igualmente à escala de Graffar e sua adaptação para fins investigacionais, constatou-se que 50% do grupo pertencia à classe III, 35,9% à classe II, 9,4% à classe I e 4,7% à classe IV.

5.2.1. Antecedentes familiares

No grupo de referência 50% dos indivíduos viviam com os seus pais e 32,8% viviam como os pais e os irmãos.

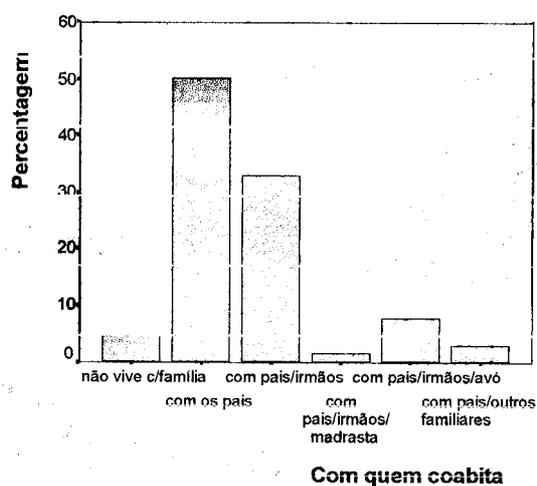


Figura 5.7 - Distribuição do grupo de referência com quem habita.

Três indivíduos (4,7%) não viviam com a família devido ao facto de estarem deslocaados no Porto para estudarem.

Relativamente aos pais destes indivíduos, 85,9% viviam juntos; logo só 14,1% não viviam conjuntamente. Há que considerar que 6 indivíduos (9,4%) referiram que o pai já tinha falecido e 2 (3,1%) o falecimento da mãe.

Quanto à idade, no sub-grupo dos pais a média era de 47,24 anos (com um desvio padrão de 5,49 anos); o valor mais frequente foi os 48 anos, havendo variações entre os 39 anos e os 58 anos.

No sub-grupo das mães, a média de idades era de 46,19 anos (sendo o desvio padrão de 5,49 anos) com um valor mais frequente de 46 anos. Os valores oscilavam entre os 36 anos e os 60 anos.

Profissionalmente, os pais eram ou trabalhadores por conta de outrém (43,1%) ou por conta própria (39,7%) e as mães eram domésticas (45,2%) ou trabalhavam por conta de outrém (40,3%).

Em termos das habilitações literárias, mais de metade do sub-grupo dos pais e das mães (55,2% e 61,3%, respectivamente) tinham o 1º ou o 2º ciclo do ensino básico. O 9º ano de escolaridade era o nível de instrução de 24,1% dos pais e 17,7% das mães. A formação universitária foi atingida por 13,8% dos homens e 11,3% das mulheres.

Quanto aos irmãos, 19 indivíduos referiram não ter irmãos (29,7%), 20 (31,3%) tinham um irmão, 9 (14,1%) tinham uma irmã, 6 (9,4%) tinham dois irmãos, 4 (6,3%) tinham duas irmãs e 3 (4,7%) tinham um irmão e uma irmã. A idade média era de 18,83 anos com um desvio padrão de 6,91 anos com um intervalo de variação dos 10 aos 29 anos.

Procurou-se saber quantos destes indivíduos tinham filhos e verificou-se que isso acontecia num único caso.

Relativamente a familiares com problemas psiquiátricos, eles apenas foram mencionados por 3 indivíduos (4,7%) referenciados a uma irmã, um tio e uma prima. O tipo de problemas apontados foram: neurose, esquizofrenia e anorexia nervosa.

5.3. Resultados obtidos

Optou-se por efectuar separadamente a descrição dos resultados obtidos com os questionários e escalas administradas aos elementos da amostra em estudo e do grupo de referência e só no final, apresentar alguma informação conjunta (nomeadamente aquela que diz respeito às escalas que foram aplicadas aos dois grupos).

5.3.1. Na amostra

Relativamente ao **Questionário de Gravidade de Dependência de Opiáceos (QGDO)** obtiveram-se as informações e resultados que se passam a apresentar.

Em termos da idade do 1º consumo de opiáceos ela situou-se num valor médio dos 17,14 anos mas com uma oscilação entre os 10 anos e os 34 anos sendo a idade mais frequente os 17 anos.

Quanto ao começo da utilização de opiáceos o valor médio foi de 18,50 anos ,com um desvio padrão de 4,17 anos e valor mais frequente de 18 anos.

Dois indivíduos referiram nunca ter estado dependentes e para os restantes 48, a sensação de estar dependente ocorreu em média por volta dos 19,85 anos com um desvio padrão de 4,46 anos. A idade referida mais frequentemente foram os 18 anos.

Relativamente aos consumos há que referir:

- a dose média de heroína consumida foi 0,95 g, com um desvio padrão de 0,71 g; de salientar que nos referimos a dosagens "de heroína de rua", consumindo 37% da amostra 0,5 g/dia;
- 20 indivíduos (40%) injectaram drogas, 34 (68%) fumaram e 12 (24%) ingeriam opiáceos.

Alguns deles utilizavam mais do que uma via de consumo; assim, 4 indivíduos injectavam e fumavam opiáceos, outros 4 injectavam e ingeriam, 5 fumavam e ingeriam e 1 injectou, fumou e ingeriu opiáceos;

- o número médio de consumos diários foi de 2,44 para os indivíduos que injectavam opiáceos, 1,87 para aqueles que fumavam e 0,62 para os que ingeriam;
- em termos do consumo diário de opiáceos, 68% dos indivíduos refere que a quantidade consumida "varia um pouco", 34% que "varia muito" e 16% que "não varia";
- quanto à dose que deveria consumir para obter o mesmo efeito que há 6 meses atrás, 36% considerou que essa dose deveria ser "pouco mais" do que era nessa altura, 34% que deveria ser "muito mais" e 30% que "não variou".

Quanto aos valores totais do QGDO, a média situa-se nos 32,5 com um desvio padrão de 12,16 e uma variação entre os 2 e os 54 pontos.

Procurando explorar um pouco mais os resultados obtidos neste questionário procedeu-se a correlações entre a pontuação total do QGDO e algumas variáveis também associadas com o consumo de droga.

Começou-se por correlacionar o valor do QGDO com a dependência subjectiva que é igualmente avaliada pelo questionário (numa secção própria) e encontrou-se um valor significativo ($r = 0,503$ com $p < 0,01$), havendo uma relação que é directa e moderada entre as duas variáveis.

De seguida, procurou-se correlacionar o valor total do QGDO com determinados aspectos do padrão de consumo, respectivamente: o nº de anos de consumo, o nº de anos de consumo diário e o nº de anos a que já durava a dependência.

Dos três resultados obtidos só um revelou ser significativo: a correlação entre o total do QGDO e o número médio de consumos diários ($r = 0,537$ com $p < 0,01$), ou seja, existe uma relação directa e moderada entre as variáveis.

Quanto ao estreitamento do repertório de consumos (questão 5) e à tolerância (questão 6) verificou-se não serem significativos os valores encontrados para as correlações destas variáveis com o valor total do QGDO.

Constatou-se, ainda, que não havia diferenças significativas entre a idade média em que o indivíduo experimentou opiáceos pela 1ª vez e o facto de ter ou não na família outros consumidores de drogas.

A diferença entre as médias de idade em que se iniciaram consumos diários de opiáceos entre o grupo de indivíduos que têm outros familiares consumidores e aqueles que não têm outros familiares consumidores de drogas era significativa ($t = -3,143$ com $p = 0,03$). O mesmo aconteceu com a diferença entre a idade média em que o indivíduo se sentiu dependente e ter ou não na sua família outros consumidores de drogas ($t = -3,050$ com $p = 0,04$).

Relativamente à alexitimia, 34 indivíduos (68%) revelaram-se alexitímicos com valores totais do TAS-20 que oscilaram entre 61 e 80. Dos restantes 16 indivíduos, 6 (12%) não eram alexitímicos e 10 (20%) estavam numa região de fronteira.

Esta classificação foi efectuada considerando os valores propostos por Taylor et al. (1997) para diferenciar indivíduos alexitímicos (valor global da TAS-20 ≥ 61) e não alexitímicos (valor global da TAS-20 ≤ 51). Existiria, ainda, um grupo intermédio cujos valores da TAS-20 se situavam numa região de fronteira ($52 \leq$ Valor global da TAS-20 ≤ 60).

O valor médio dos resultados obtidos na Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) foi de 63,28, com um desvio padrão de 8,86. O valor mínimo foi de 44 e o máximo de 80.

Tabela 5.9
Testes de normalidade para a distribuição dos resultados globais da TAS-20.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	estatística	gl	Sig.	estatística	gl	Sig.
valor global da TAS-20	0,117	50	0,084	0,962	50	0,242

^a Significado da Correção de Lilliefors

A variável dependente-alexitimia (tal como é avaliada pela TAS-20) segue os pressupostos de uma distribuição normal conforme se pode constatar nos valores obtidos para os testes de normalidade acima registados.

Tabela 5.10
Estatísticas descritivas para o valor global da TAS-20.

Valor global da TAS-20		Estatística	Erro Padrão
	Média	63,82	1,25
Intervalo para a média (95% de confiança)	Limite inferior	61,30	
	Limite superior	66,34	
	Mediana	66,00	
	Variância	78,55	
	Desvio Padrão	8,86	
	Mínimo	44	
	Máximo	80	
	Amplitude	36	
	Amplitude inter-quartis	11,25	
	Achatamento	-0,307	0,337
	Curtose	-0,280	0,662

Cerca de 66% da amostra teve resultados que se situam no percentil 50 desta distribuição de resultados, como seria de pressupor pelos testes de normalidade realizados para a variável dependente.

Neste trabalho serão considerados para análise de resultados exclusivamente os grupos extremos. Estes grupos situam-se entre os percentis 0 - 14 (não alexitímicos) e entre os percentis 32 - 100 (alexitímicos).

Tabela 5.11
Valores dos percentis da distribuição do valor global da TAS-20.

	Percentis						
	5	10	25	50	75	90	95
Valor Global da TAS-20	47,00	49,20	58,75	66,00	70,00	73,90	80,00

No sub-grupo dos alexitímicos, a média foi de 68,65, com um desvio padrão de 5,39. Relativamente aos não alexitímicos a média foi de 47,67 e o desvio padrão de 2,34.

Para a média da variável global TAS-20, a dificuldade em identificar sentimentos (F1) tem um peso médio de 38%, a dificuldade em descrever os sentimentos aos outros (F2) de 28% e o estilo de pensamento orientado para o exterior (F3) com os restantes 34%.

Procedeu-se a uma comparação dos valores médios da TAS-20 entre os indivíduos de sexo masculino e de sexo feminino tendo-se comprovado que não havia diferenças na diferenças de médias entre os dois sub-grupos.

Tabela 5.12

Teste de normalidade para a distribuição do valor global da TAS- 20 em função sexo.

Testes de Normalidade

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig	Estatística	gl	Sig
valor global da TAS-20	masculino	0,097	44	0,200*	0,964	44	0,329
	feminino	0,287	6	0,133	0,867	6	0,264

*. Existe um limite inferior de significância.

^a. Correção de significância de Lilliefors

Não se pode, contudo, deixar de referir que a representatividade do sub-grupo masculino era bastante maior o que poderia ter levado a uma maior precisão na possível dispersão dos valores da TAS-20, apesar de nesta amostra a distribuição por sexos reflectir bastante bem a realidade das populações dependentes de drogas em tratamento.

Para uma melhor visualização dos resultados e sua dispersão observe-se o seguinte gráfico:

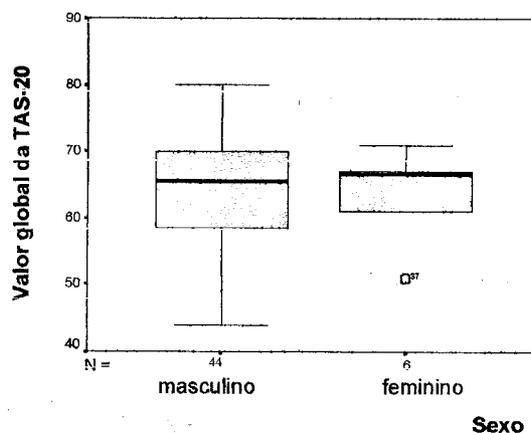


Figura 5.7 - "Box-plots" da distribuição do valor global da TAS-20 na amostra em função do sexo.

Como se pode observar há uma maior dispersão dos resultados da TAS-20 no sexo masculino e uma concentração dos resultados no caso do sexo feminino, embora exista um caso que é "outlier".

Verifica-se a normalidade da distribuição da TAS-20 por sexos. Quando se comparou os valores médios obtidos em cada um dos três factores que constituem a TAS-20, em função do género, verificou-se que não havia diferenças significativas entre os resultados dos sub-grupos.

Adicionalmente, correlacionou-se o valor global da TAS-20 com a idade e obteve-se um valor negativo ($r = -0,068$) muito próximo de zero, verificando-se que não é estatisticamente significativo ($p = 64\%$).

O valor encontrado na correlação da TAS-20 com as classes de Graffar foi significativo ($r = 0,445$, $p < 0,01$), o que apontou para uma influência de factores sócio-económicos na expressão da alexitimia. Esta relação varia entre fraca a moderada.

Analisando os resultados obtidos na escala IPC ("Internal, Powerful Others and Chance") verificou-se que:

1. a dimensão **internalidade** teve um valor médio de 31,90 (valor médio em indivíduos normais: 31,73)*;

2. a dimensão **externalidade**, atribuída aos **outros**, a média é de 25,92 (valor médio em indivíduos normais: 21,50)* e ;
3. a dimensão **externalidade**, que é função do **acaso**, teve uma média de 26,08 (valor médio em indivíduos normais: 23,57)*.

* Os valores de referência em indivíduos normais foram retirados de Relvas, J., S. (1985) *O Locus do Controle e Depressão* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra.

Os resultados da "**Symptom Checklist**" (SCL-90-R) permitiram efectuar a avaliação do padrão de sintomas psicológicos do indivíduo inquirido.

O Índice Sintomático Geral (ISG) surge como o melhor indicador individual do nível ou da intensidade associada a um mal estar percebido pelo próprio indivíduo. O ISG teve um valor bruto médio de 1,81 (valor de referência: 1,26 e desvio padrão de 0,68) com um desvio padrão de 0,52. Quanto ao Índice de Perturbação por Sintomas Positivos (IPSP), ele funciona como uma medida do estilo de resposta do indivíduo indicando se o inquirido aumenta ou minimiza os sintomas de mal estar. O valor médio do IPSP foi de 2,23 com um desvio padrão de 0,403 (valor de referência: 2,14 e desvio padrão de 0,58). O Total de Sintomas Positivos (TSP) será meramente um reflexo do número de sintomas assinalados pelo indivíduo independentemente do nível de mal estar referido, ou seja, pode ser interpretado como uma medida de abrangência de sintomas. A média do TSP foi de 72,34 com um desvio padrão de 13,49 (valor de referência: 50,17 e desvio padrão de 18,98).

Quanto às nove dimensões sintomáticas que compõem esta escala os valores brutos médios encontram-se descritos na tabela seguinte onde, também, se indicaram os dados de referência para essas mesmas dimensões apresentados por Derogatis (1994).

Tabela 5.13
Valores médios e desvios padrões das escalas da SCL-90-R.

Escala	Valor médio bruto		Desvio Padrão	
	Estudo Actual	Manual do SCL 90 R *	Estudo Actual	Manual do SCL 90 R *
Somatização	1,67	0,87	0,70	0,75
Obsessão-compulsão	1,95	1,14	0,63	0,91
Sensibilidade Interpessoal	1,96	1,41	0,64	0,89
Depressão	2,22	1,79	0,64	0,94
Ansiedade	1,79	1,47	0,64	0,88
Hostilidade	3,25	1,10	0,64	0,93
Ansiedade Fóbica	0,90	0,74	0,64	0,80
Ideação Paranóide	2,13	1,16	0,65	0,92
Psicoticismo	1,45	1,16	0,65	0,92

* Incluem-se os resultados médios brutos de referência apresentados por Derogatis, L., R. (1994) SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual.

Quanto ao número de perfis que preenchem as condições para serem considerados como "caso"- ISG \geq 63 ou duas escalas com nota T \geq 63 (Derogatis, 1994) - 29 reúnem uma destas condições o que perfaz 58% da amostra.

Procurando estudar a relação entre a variável dependente e outras variáveis estudadas, correlacionou-se o valor total da TAS-20 com o total do QGDO e com o valor da dependência subjectiva. Nenhum dos valores obtidos revelou ser significativo e o valor de correlação era negativa. A correlação entre a TAS-20 e o total do IPC foi, igualmente, não significativa.

Contrariamente, a correlação entre o valor da TAS-20 e o valor do Índice Sintomático Geral (ISG) foi significativo ($r = 0,305$, $p < 0,05$). O mesmo aconteceu com o valor da correlação entre o resultado da TAS-20 e o Índice de Perturbação por Sintomas Positivos (IPSP) ($r = 0,3$, $p < 0,05$).

Não é estatisticamente significativo o valor da correlação com o Total de Sintomas Positivos (TSP).

Tentou-se explorar um pouco melhor a relação entre o valor da TAS-20 e as várias escalas do SCL-90-R. Para isso, foi-se correlacionando, sucessivamente, o valor total obtido na TAS-20 com os resultados de cada escala e encontrou-se um valor muito significativo para a correlação do valor da TAS-20 com a escala de ansiedade fóbica ($r = 0,472$, $p < 0,01$). Foram significativos os valores de correlação entre o valor global da TAS-20 e a escala de obsessão-compulsão ($r=0,301$, $p < 0,05$) e a escala de ideação paranóide ($r = 0,296$, $p < 0,05$).

5.3.2 No grupo de referência

Recorde-se que com o grupo de referência só se utilizou a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) e a "Symptom Checklist" (SCL-90-R).

Assim, os resultados da TAS-20 permitiram afirmar que 24 indivíduos (37,5%) não eram alexitímicos, 18 (28,1%) encontravam-se numa zona de fronteira e 22 (34,4%) revelavam ser alexitímicos.

O valor médio global da TAS-20 foi 55,53 com um desvio padrão de 10,54.

No grupo dos indivíduos alexitímicos, a média foi de 66,73 com um desvio padrão de 5,29. Para os indivíduos não alexitímicos, a média foi de 44,63 e o desvio padrão 5,34.

Para a média do resultado global, os três factores que constituem esta escala assumiram um peso médio diferente:

- **Dificuldade em identificar sentimentos (F1) - 37%**
- **Dificuldades em descrever os sentimentos aos outros (F2) - 30%**
- **Estilo de pensamento orientado para o exterior (F3) - 33%.**

Comparou-se os valores globais da TAS-20 obtidos pelos indivíduos de sexo masculino com aqueles dos indivíduos de sexo feminino e constatou-se, que não existiam diferenças significativas. O mesmo se verificou quando se compararam os diferentes factores da escala em função da diferença de género.

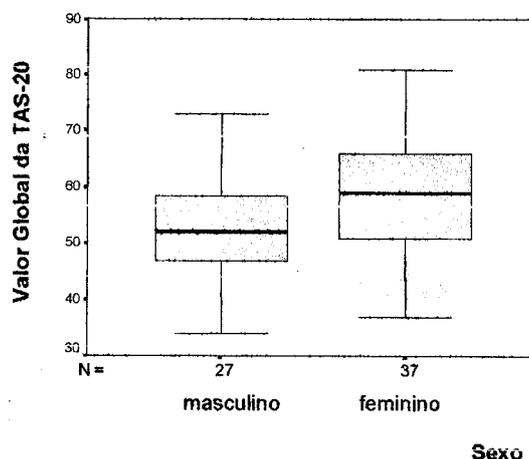


Figura 5.8 - "Box-plots" da distribuição do valor global da TAS-20 no grupo de referência em função do sexo.

Complementarmente, correlacionou-se o valor total da TAS-20 com a idade e a classe social de Graffar. Os dois resultados obtidos não tiveram significado estatístico.

Em relação a "Symptom Checklist" (SCL-90-R), o índice sintomático geral (ISG) teve um valor bruto médio de 1,16 com um desvio padrão de 0,49 para um valor de referência de 0,31. O total de sintomas positivos (TSP) foi em média de 63,14, com um desvio padrão de 18,56 (valor de referência: 19,29). O valor médio do índice de perturbação por sintomas positivos (IPSP) foi de 1,57 e o desvio padrão de 0,37 (valor de referência: 1,32).

Os valores de cada uma das escalas encontram-se resumidos na tabela.

Tabela 5.14
Valores médios e desvios padrões das escalas da SCL-90-R.

Escala	Valor médio bruto		Desvio Padrão	
	Estudo Actual	Manual do SCL 90 R *	Estudo Actual	Manual do SCL 90 R *
Somatização	1,04	0,36	0,53	0,42
Obsessão-compulsão	1,46	0,39	0,52	0,45
Sensibilidade Interpessoal	1,33	0,29	0,59	0,39
Depressão	1,23	0,36	0,61	0,44
Ansiedade	1,24	0,30	0,58	0,37
Hostilidade	1,04	0,30	0,63	0,40
Ansiedade Fóbica	0,63	0,13	0,55	0,31
Ideação Paranóide	1,34	0,34	0,65	0,44
Psicoticismo	0,91	0,14	0,61	0,25

* Incluem-se os resultados médios brutos de referência apresentados por Derogatis, L., R. (1994) SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual.

Neste grupo de referência, 40 indivíduos (62,5%) eram "casos", tendo em conta os critérios já referidos, e só 16 indivíduos (25%) tinham perfis "válidos" - ou seja, com uma nota T de TSP que no caso de indivíduos do sexo masculino se compreendia entre 3 e 50 (inclusivé) e no caso de indivíduos do sexo feminino entre 4 e 60 (inclusivé).

Efectuou-se uma correlação entre o valor médio do índice sintomático geral (ISG) e o valor global da TAS-20, tendo-se encontrado um valor significativo ($r = 0,5$, $p < 0,01$) que aponta para uma relação directa e moderada entre as variáveis.

Nas correlações entre o valor global da TAS-20 e os outros dois índices gerais, verificou-se que o resultado era, igualmente, significativo, quando estava em causa o Índice de Perturbação por Sintomas Positivos (IPSP) ($r = 0,456$, $p < 0,01$) ou o Total de Sintomas Positivos (TSP) ($r = 0,469$, $p < 0,01$). Nos dois casos as relações entre os dois pares de variáveis eram directas e moderadas.

Quanto às correlações parciais entre o valor global da TAS-20 e cada uma das nove escalas que constituem a SCL-90-R encontrou-se um valor significativo para a seguinte associação:

valor global da TAS-20 e escala de somatização ($r = 0,276$, $p < 0,05$). A relação entre as variáveis era positiva e fraca.

Obtiveram-se valores de correlação muitos significativos ao associar:

- valor global da TAS-20 e escala de obsessão-compulsão ($r = 0,401$, $p < 0,01$), a relação é directa e moderada entre as variáveis;
- valor global da TAS-20 e escala de sensibilidade interpessoal ($r = 0,466$, $p < 0,01$), sendo a relação entre as duas variáveis directa e moderada;
- valor global da TAS-20 e escala de depressão ($r = 0,466$, $p < 0,01$), o que traduz uma relação directa e moderada entre as variáveis;
- valor global da TAS-20 e escala de ansiedade ($r = 0,441$, $p < 0,01$), daí que a relação entre as variáveis seja directa e moderada;
- valor global da TAS-20 e escala de hostilidade ($r = 0,393$, $p < 0,01$), a relação entre as variáveis era directa e fraca;
- valor global da TAS-20 e escala de ansiedade fóbica ($r = 0,375$, $p < 0,01$) o que se traduz numa relação directa e fraca;
- valor global da TAS-20 e escala de ideação paranóide ($r = 0,360$, $p < 0,01$) sugerindo uma relação directa e moderada, e
- valor global da TAS-20 e escala de psicotismo ($r = 0,616$, $p < 0,01$) que sugere uma relação directa e moderada.

5.3.3. Comparação de alguns resultados da amostra com os do grupo de referência

Num estudo comparativo dos resultados obtidos na amostra e no grupo de referência para o valor global da TAS-20 verificou-se que havia uma diferença significativa de valores médios entre os dois grupos ($t = 4,463$) com um valor de $p = 0,00019$.

Tabela 5.15
Estatísticas descritivas do valor global da TAS-20 para a amostra e para o grupo de referência.

Estatísticas de grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
valor global da TAS-20	amostra	50	63,82	8,86	1,25
	grupo ref ^a	64	55,53	10,54	1,32

Tabela 5.16

Tabela do teste t para comparação da diferenças médias do valor global da TAS-20 entre a amostra e o grupo de referência.

Teste para Amostras

		Teste de Levene a Igualdade Variânci		Test t para a Igualdade de						
		F	Sig	t	gl	Sig (bi-caudal)	Diferença de Médias	Diferença do Padrão	Intervalo de 95% Confiança para a Diferença	
									Inferior	Superior
valor global da TAS-20	Igualdade de variâncias assumida	2,02	0,157	4,46	112	0,000019	8,2	1,8	4,6	11,9
	Não igualdade de variâncias			4,55	111,354	0,000013	8,2	1,8	4,6	11,8

Tabela 5.17

Estatísticas descritivas dos valores factoriais da TAS-20 para a amostra e para o grupo de referência.

Estatística de Grupo

		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
F1	amostra	50	24,2200	4,8877	0,6912
	grupo ref ^a	64	20,5781	6,0888	0,7611
F2	amostra	50	17,9400	3,9662	0,5609
	grupo ref ^a	64	16,6719	3,8341	0,4793
F3	amostra	50	21,6600	4,1237	0,5832
	grupo ref ^a	64	18,4375	4,2422	0,5303

Deu-se continuidade à comparação dos resultados médios obtidos, na amostra e no grupo de referência, em cada um dos três factores considerados na TAS-20. Verificou-se que havia diferenças significativas dos valores médios destes grupos para os factores: **dificuldade em identificar os sentimentos (F1)** ($t = 3,449$ com $p < 0,01$) e **estilo de pensamento orientado para o exterior (F3)** ($t = 4,074$ com $p < 0,001$). Não há diferenças significativas para a **dificuldade em descrever os sentimentos aos outros (F2)** ($t = 1,726$ com $p = 0,87$).

Tabela 5.18

Tabela do teste t para comparação da diferenças de médias dos valores factoriais da TAS-20 entre a amostra e o grupo de referência.

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias		Teste T para a igualdade de médias						
		F	Sig	T	gl	Sig (bicaudal)	Diferença de médias	Erro padrão da diferença	Intervalo de 95% de confiança para a diferença	
									Inferior	Superior
F1	Igualdade de variâncias assumida	3,459	0,066	3,449	112	0,00080	3,6419	1,0561	1,5494	5,7343
	Igualdade de variâncias não assumida			3,542	111,904	0,00058	3,6419	1,0281	1,6047	5,6790
F2	Igualdade de variâncias assumida	0,005	0,944	1,726	112	0,08709	1,2681	0,7347	-0,1876	2,7238
	Igualdade de variâncias não assumida			1,719	103,681	0,08863	1,2681	0,7378	-0,1950	2,7312
F3	Igualdade de variâncias assumida	0,232	0,631	4,074	112	0,00009	3,2225	0,7910	1,6553	4,7897
	Igualdade de variâncias não assumida			4,088	106,760	0,00008	3,2225	0,7882	1,6599	4,7851

Quando se considerou os valores dos índices globais da SCL-90-R e se procedeu à sua comparação entre grupos (amostra e grupo de referência) verificou-se que o valor da diferença entre médias relativo ao Índice Sintomático Geral (ISG) era um valor significativo ($t = 6,948$ com $p < 0,001$).

Relativamente ao Índice de Perturbação por Sintomas Positivos (IPSP) e ao Total de Sintomas Positivos (TSP) existiam, igualmente, diferenças significativas entre os valores médios da amostra e da população de referência ($t = 9,147$ com $p < 0,001$) para o IPSP ($t = 2,947$ com $p = 0,004$, para o TSP).

Os valores médios obtidos para cada uma das dimensões sintomáticas da SCL-90-R encontram-se registados na tabela seguinte:

Tabela 5.19
 Estatísticas descritivas dos valores das escalas da SCL-90-R para a amostra e para o grupo de referência.

Escala		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão Médio
Somatização	Amostra	50	1,6684	0,7047	0,09966
	Grupo de referência	64	1,0359	0,5360	0,06700
Obsessão-Compulsão	Amostra	50	1,9540	0,6332	0,08954
	Grupo de referência	64	1,4578	0,5215	0,06519
Sensibilidade Interpessoal	Amostra	50	1,9598	0,6355	0,08987
	Grupo de referência	64	1,3331	0,5947	0,07434
Depressão	Amostra	50	2,2216	0,6431	0,09094
	Grupo de referência	64	1,2314	0,6091	0,07614
Ansiedade	Amostra	50	1,7880	0,6356	0,08988
	Grupo de referência	64	1,2375	0,5838	0,07297
Hostilidade	Amostra	50	3,2534	9,2391	1,3066
	Grupo de referência	64	1,0462	0,6337	0,07922
Ansiedade Fóbica	Amostra	50	0,9044	0,6369	0,09008
	Grupo de referência	64	0,6283	0,5532	0,06915
Ideação Paranóide	Amostra	50	2,1266	0,6530	0,09235
	Grupo de referência	64	1,3453	0,6593	0,08242
Psicoticismo	Amostra	50	1,4660	0,6454	0,09128
	Grupo de referência	64	0,9163	0,6095	0,07618

Tabela 5.20
Tabela do teste t para comparação da diferenças de médias das escalas do SCL-90-R entre a amostra e o grupo de referência.

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias		Teste T para a igualdade de médias						
		F	Sig	T	gl	Sig (bi-caudal)	Diferença de médias	Erro padrão da diferença	Intervalo de 95% de confiança para a diferença	
									Inferior	Superior
Somatização	Igualdade de variâncias assumida	5,041	0,027	5,444	112	0,000	0,6325	0,1162	0,4023	0,8627
	Igualdade de variâncias não assumida			5,267	89,139	0,000	0,6325	0,1201	0,3939	0,8711
Obsessão-compulsão	Igualdade de variâncias assumida	0,849	0,359	4,587	112	0,000	0,4962	0,1082	0,2819	0,7105
	Igualdade de variâncias não assumida			4,480	94,141	0,000	0,4962	0,1108	0,2763	0,7161
Sensibilidade interpessoal	Igualdade de variâncias assumida	0,058	0,810	5,417	112	0,000	0,6267	0,1157	0,3975	0,8559
	Igualdade de variâncias não assumida			5,373	101,892	0,000	0,6267	0,1166	0,3953	0,8580
Depressão	Igualdade de variâncias assumida	0,000	0,989	8,405	112	0,000	0,9902	0,1178	0,7568	1,2236
	Igualdade de variâncias não assumida			8,348	102,573	0,000	0,9902	0,1186	0,7549	1,2254
Ansiedade	Igualdade de variâncias assumida	0,712	0,400	4,805	112	0,000	0,5505	0,1146	0,3235	0,7775
	Igualdade de variâncias não assumida			4,755	100,816	0,000	0,5505	0,1158	0,3208	0,7802
Hostilidade	Igualdade de variâncias assumida	3,578	0,061	1,908	112	0,059	2,2072	1,1569	- 0,0851	4,4994
	Igualdade de variâncias não assumida			1,686	49,360	0,098	2,2072	1,3090	- 0,4229	4,8372
Ansiedade Fóbica	Igualdade de variâncias assumida	1,741	0,190	2,474	112	0,015	0,2761	0,1116	0,05499	0,4973
	Igualdade de variâncias não assumida			2,431	97,449	0,017	0,2761	0,11136	0,05075	0,5015
Ideação Paranoide	Igualdade de variâncias assumida	0,322	0,572	6,304	112	0,000	0,7813	0,1239	0,5357	1,0268
	Igualdade de variâncias não assumida			6,312	105,889	0,000	0,7813	0,1238	0,5359	1,0267
Psicoticismo	Igualdade de variâncias assumida	0,243	0,623	4,657	112	0,000	0,5498	0,1181	0,3158	0,7837
	Igualdade de variâncias não assumida			4,624	102,398	0,000	0,5498	0,1189	0,3139	0,7856

No estudo comparativo dos valores médios obtidos nas diferentes escalas da SCL-90-R, verificou-se que havia uma diferença dos resultados médios para as seguintes escalas:

- somatização ($t = 5,44$ com $p < 0,001$);
- obsessão-compulsão ($t = 4,587$ com $p < 0,001$);
- sensibilidade interpessoal ($t = 5,417$ com $p < 0,001$);
- depressão ($t = 8,405$ com $p < 0,001$);
- ansiedade ($t = 4,805$ com $p < 0,001$);
- ideação paranóide ($t = 6,304$ com $p < 0,001$); e,
- psicoticismo ($t = 4,657$ com $p < 0,001$), na amostra e na população de referência.

Efectuou-se uma análise de covariância que procurou estudar se a diferença de médias do valor global da TAS-20 entre a amostra e o grupo de referência era estatisticamente significativa, considerando a possível interacção do Índice Sintomático Geral do SCL-90.

Verificou-se que não existia interacção significativa entre a variável concomitante (ISG) e a variável de agrupamento (pertencer à amostra ou ao grupo de referência). Como tal foi possível realizar a análise de covariância (ou o teste de covariância) de forma a comparar os valores médios da TAS-20.

Tabela 5.21

Estatísticas descritivas do valor global TAS-20 na amostra e no grupo de referência.

Estatísticas Descritivas

Valor global da TAS-20	Média	Desvio Padrão	N
amostra	63,82	8,86	50
grupo de ref ^a	55,53	10,54	64
Total	59,17	10,63	114

Tabela 5.22
Dados relativos à análise de covariância.

Testes dos Efeitos Entre Sujeitos

Fonte	Soma de Quadrados Tipo III	gl	Quadrado da Média	F	Sig.
Modelo Corrigido	4036,971 ^a	3	1345,657	16,946	0,000
Interrelação	25415,971	1	25415,971	320,069	0,000
Amostra/grupo. ref.	355,150	1	355,150	4,472	0,037
ISGR	1810,445	1	1810,445	22,799	0,000
Interacção grupos/ISGR	229,253	1	229,253	2,887	0,092
Erro	8734,862	110	79,408		
Total Corrigido	12771,833	113			
Total	411851,000	114			

a. R Quadrado = 0,316 (R Quadrada Ajustada = 0,297)

Como se terá de aceitar a hipótese nula, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores da TAS-20 entre a amostra e o grupo de referência ($p = 9,2\%$).

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na tentativa de análise e de possível explicação de alguns dos resultados obtidos (que se descreveram no capítulo anterior), proceder-se-á a uma integração desses dados no conjunto da informação teórico-prática disponível sobre esta área de investigação.

Relativamente à amostra, a distribuição da variável sexo (44 homens e 6 mulheres) esteve de acordo com as informações de que os doentes em tratamento, em programas tradicionais de comunidades terapêuticas, seriam usualmente homens (70-75%) e que as admissões de mulheres teriam vindo a aumentar nos últimos anos (Galanter e Kleber, 1994). Também, no relatório anual da O.E.D.T (1999) se refere que, em todos os estados membros da União Europeia, a maioria das pessoas que procuravam tratamento pertence ao sexo masculino (70% a 85%).

Em termos etários, na amostra, a idade média era de 27,44 anos o que seria compatível com os valores médios de idade avançados pelo relatório da E.M.C.D.D.A. (1999) que fixou a média de idade dos indivíduos admitidos para tratamento entre os 24,3 e os 33 anos e com os valores do estudo sagital de 1996, realizado pelos Serviços de Prevenção e Tratamento da Toxicodpendência, que apontou para uma idade média de 27 anos para a população em tratamento (Miguel, 1998). Alguns países da União Europeia consideraram ter havido um envelhecimento na "coorte" dos consumidores de drogas e talvez essa pudesse ser uma explicação possível para um aumento na idade média dos indivíduos em tratamento. Na amostra existiam 6 indivíduos (12%) com idades compreendidas entre os 36 e os 38 anos.

Na amostra, 74% dos indivíduos eram, primariamente, heroinómanos e destes 40% eram consumidores por via endovenosa, sendo este valor um pouco menor do que os valores de referência (30 a 60% injectavam a sua droga de escolha), o que seria sobreponível com a informação disponível sobre a população em tratamento. Em Portugal, a proporção de

indivíduos admitidos para tratamento de drogas cuja droga principal eram os opiáceos foi superior a 90%, no ano de 1999; e destes aproximadamente 41,9% eram consumidores endovenosos (O.E.D.T., 1999). De acordo com Miguel (1998) a população de dependentes de droga em tratamento, 93,8% eram consumidores de heroína e destes 44,7% injectavam a sua droga.

Por outro lado, a proporção de admissões por opiáceos estaria a diminuir, enquanto que os tratamentos por consumos de cocaína e cannabis estariam a aumentar, apesar de permanecerem em níveis inferiores aos dos opiáceos o que justificaria a distribuição da droga principal na amostra (E.M.M.C.D.D.A, 1999).

Uma maioria dos estados membros da União Europeia indica uma diminuição na percentagem dos consumidores de droga que se injectam entre os dependentes de opiáceos tratados (O.E.D.T.,1999).

No que diz respeito ao estado civil, a maior percentagem de indivíduos solteiros (66%) e 6 (12%) divorciados a que se associam 2 (4%) separados espelha a instabilidade vivida por estes indivíduos em termos emocionais. Esta poderia surgir como consequência do consumo ou da não manutenção da abstinência que terminaria em divórcio ou separação. Estes resultados seriam concordantes com o valor de 71% de toxicodependentes solteiros ou separados que foram referidos pelo autor que se tem vindo a citar (Miguel, 1998).

O desemprego surge como uma condição frequente no contexto de processos de consumo; isto devido ao não cumprimento de horários e ao não assumir de responsabilidades pelas tarefas que executam, o que resultaria num fraco rendimento profissional que se concretizam em múltiplas situações de desemprego. Assim se compreende que só 24% dos elementos da amostra tivessem ou mantivessem uma situação de emprego estável, em alguns casos tendo a família como entidade empregadora.

Não se pode deixar de salientar que estas famílias se situavam num nível social alto ou médio/alto o que se traduzia numa percentagem de 62% de famílias pertencentes a classe I e II da classificação de Graffar. O que se relaciona directamente com o facto de a

instituição de tratamento, onde se procedeu à recolha dos dados da amostra, ser privada e o acesso à mesma ser condicionado por factores económicos.

O nível de habilitações predominantes era a escolaridade obrigatória (36%) o que se compatibiliza com o dado de que os processos de consumo, na medida em se iniciam em torno dos 14,06 anos, teriam como resultado alterações do rendimento escolar que levariam a abandonos da escola (cerca de 70% de abandonos em torno dos 15-16 anos) (Galanter e Kleber, 1994). Este resultado seria reforçado pela hipótese de haver uma relação entre o insucesso escolar e a toxicodependência, de que resultaria um abandono precoce da escola dos indivíduos consumidores de drogas. Daí a baixa escolaridade de um grande número de toxicodependentes (Miguel, 1998).

Apesar de, em algumas situações, o problema de consumo de drogas já existir há cerca de 7-8 anos só 26% da amostra vivia sozinha tendo cortado "laços" com a família - pais, irmãos ou cônjuges. Ou seja, estas estruturas familiares permaneceram intactas, tendo em conta a avaliação proposta por Negreiros (1996) que contempla as famílias intactas vs. dissociadas.

A 1ª droga experimentada em 92% dos casos foram os canabinóides e o início do consumo foi, em média, aos 14,06 anos o que está de acordo com os trabalhos desenvolvidos que estudam algumas características das populações adolescentes consumidoras (Negreiros, 1996; Galanter et al., 1994). No estudo de Negreiros (1996) a média de idade de iniciação de consumo de cannabis foi de 12,07 anos com uma expressão diferencial para rapazes (média - 13,5 com desvio padrão - 4,34) e para raparigas (média - 10,7 com desvio padrão - 5,57). Na amostra os valores verificados foram:

- rapazes: 14,11 anos constitui a média de idade de iniciação de consumo com um desvio padrão de 2,28 anos;
- raparigas: a idade média de início de consumo de cannabis foram os 13,67 anos com um desvio padrão de 2,28 anos.

Globalmente a idade de iniciação de consumos parece ter andado bastante próxima nas duas amostras, embora se tenha verificado uma idade média de início de consumo nas

raparigas mais tardia. Não se registou uma diferença de género para a 1ª droga ilícita experimentada.

O 1º consumo parecia estar relacionado com o grupo de amigos e o facto de o indivíduo estar inserido num dado grupo de "iguais". O contexto onde ocorreu este consumo variou entre dois espaços: a escola e a rua que conjuntamente perfazem 50% das observações na amostra.

Esta constatação seria concordante com as indicações de Negreiros (1996) que apontou para um contexto de iniciação, em 78,57% dos casos - os amigos. Considerou-se, pois, que a iniciação ao consumo de cannabis ocorreria predominantemente no círculo de amigos.

Por outro lado, o modo como os indivíduos percebem as atitudes dos amigos em relação às drogas difere significativamente nos consumidores e nos não consumidores de cannabis. Weinberg et al. (1998) sugerem que a existência de correlações entre os indivíduos e o uso de drogas pelos seus pares ("peer") poderá ser primariamente devido ao facto de os adolescentes consumidores de drogas seleccionarem amigos igualmente consumidores projectando, deste modo, os seus consumos nas expectativas e relatos sobre o grupo. O fenómeno de uso de drogas parece, pois, ser função de factores sociais e dos "iguais" comparativamente ao abuso que se relacionará mais com processos biológicos e psicológicos.

Numa análise comparativa com os resultados apresentados por Esteves (1992), a idade de início de consumos foi mais precoce na nossa amostra (uma diferença de cerca de 2,3 anos) que poderia resultar de uma maior difusão deste tipo de substâncias entre os jovens ao longo dos últimos 5 anos e a própria minimização da perigosidade destes consumos.

A idade de início de consumo de opiáceos foi em média os 17,14 anos; com alguma regularidade de consumos a média de idade foi os 18,50 anos. Este valor revelou-se inferior aquele encontrado por Esteves (1992) embora a idade média (27,44 anos) seja muito aproximada da referida por este autor (27,5 anos). Isto aponta para um período de consumo mais alargado de consumo até recorrer a um tratamento de média/longa duração.

De referir que só 8 indivíduos recorriam a um 1º tratamento. Os restantes já tinham efectuado pelo menos um tratamento anterior embora este fosse, em muitos casos (37%), exclusivamente uma desintoxicação.

O opiáceo consumido na totalidade dos casos da amostra foi a heroína e em doze situações associava-se o consumo de um outro opiáceo a que recorreriam, provavelmente, em circunstâncias de não existência do opiáceo primariamente consumido.

Na amostra, em 99% dos casos existia uma droga associada que numa maioria de indivíduos era a cocaína ou outro estimulante.

Quanto ao consumo diário médio de opiáceos este era de 0,95 g, o que em comparação com o valor de 0,59 referido por Esteves (1992) era superior e que se traduzia numa média de consumos diários de 2,44 na amostra para um valor de referência de 2,61 no trabalho a que nos temos vindo a referir. Apesar dos valores diferentes, a sua ordem de grandeza não se revelou muito diferente e este surge como o único valor a que se pode recorrer como referência, para uma amostra de dependentes de drogas portuguesas.

Na exploração de outras possíveis relações entre o valor total do QGDO e variáveis que se relacionam com o consumo, verificou-se a inexistência de valores significativos de correlação entre a pontuação total e o estreitamento do repertório de consumos ou a tolerância.

Estes resultados revelaram-se idênticos aos apontados no trabalho que se tem vindo a citar, o que cada vez mais conduzirá a pensar que haveria que valorizar as questões psicológicas no tratamento e efectuar uma descentração de aspectos meramente biológicos. Esta ideia será reforçada por uma correlação altamente significativa entre o valor total do questionário e a dependência subjectiva.

Contudo existe uma correlação muito significativa entre o valor do QGDO e o número de consumos diário o que apontaria para uma necessidade de atender ao padrão de consumo do indivíduo, na avaliação da gravidade da sua dependência.

Relativamente à variável dependente em estudo, a alexitimia, 50% da amostra obteve resultados na TAS-20 que os permite considerar como alexitímicos.

Este valor foi semelhante ao encontrado por Haviland et al. (1988) e por Taylor et al. (1990). Numa outra perspectiva este valor foi superior aquele referido por Haviland e colaboradores em 1994 (Taylor et al., 1997) que constitui o único estudo onde foi utilizada a TAS-20, tal como neste estudo e onde o próprio momento de aplicação da escala era no período inicial do tratamento o que se assemelha ao critério de tempo também utilizado neste trabalho.

A média obtida para a nota global da TAS-20 foi de 63,28 com um desvio padrão de 8,86 que é um pouco superior à encontrada por Prazeres (1996) na amostra de indivíduos doentes, com psoríase (média - 54,74 com desvio padrão - 13,36). De notar que esta patologia terá características distintas da estudada o que restringe o significado da comparação de resultados.

Analisando os valores obtidos na TAS-20 em função do género, verificou-se que não existiam diferenças significativas entre os valores obtidos pelo sexo masculino e pelo sexo feminino. No estudo de Haviland et al. (1994) havia uma superioridade do grupo feminino mas este grupo era composto por 84 elementos, ou seja, era bastante mais numeroso do que aquele que compõe esta amostra ($n = 6$), o que provavelmente permitiria obter uma expressão mais fidedigna das variações possíveis deste resultado (Taylor et al., 1997).

A prevalência de características alexitímicas no grupo de referência foi de 22%. Este valor, foi bastante superior aquele que Haviland et al. (1994) apontavam para amostras de adultos normais e estudantes universitários (9 a 12%) e de mulheres adultas normais e estudantes universitárias (8 a 12%).

Quanto à média obtida para a nota global da TAS-20, ela foi de 55,53 com um desvio padrão de 10,54, quando comparada com a média da "amostra portuguesa de adultos sem queixa" do estudo de Prazeres (1996), que era de 46,8 com desvio padrão de 11,79, se revelou como um valor bastante superior.

Os resultados referidos por esta autora também contemplavam uma amostra de estudantes universitários portugueses. Procurar-se-á compará-los com os dados da amostra universitária que foi utilizada neste trabalho.

Tabela 6.1

Características de duas amostras de estudantes universitários portugueses e valores da TAS-20 obtidos em cada uma delas.

Amostras de estudantes universitários	IDADE			TAS-20		
	Média	Desvio Padrão	Mínimo e Máximo	Média	Desvio Padrão	Mínimo e Máximo
Estudo de Prazeres						
Homens (n=139)	24,05	7,69	18-62	48,88	11,07	25-77
Mulheres (n=159)	24,62	6,08	18-52	45,67	10,38	26-75
Estudo actual						
Homens (n=27)	19,07	0,73	18-21	52,07	9,87	35-73
Mulheres (n=37)	19,05	0,97	18-23	58,05	10,41	37-81

Verifica-se uma diferença nos valores médios da TAS-20 quando comparadas as duas amostras. As médias referidas neste estudo foram mais elevadas talvez devido a um valor amostral menor que levou a uma maior concentração dos valores globais da TAS-20, bem como ao facto de a selecção do grupo do grupo de referência se ter limitado a um único estabelecimento de ensino superior, logo, também, numa área geográfica restrita.

O estudo efectuado dos factores constituintes da TAS-20 apontou para:

Tabela 6.2

Percentagens factoriais na amostra e na população de referência e respectivo peso médio no resultado global médio da TAS-20.

Percentagem do resultado global da TAS-20 explicado por:	Na amostra	Na população de referência
Dificuldade em identificar sentimentos (F1)	38%	37%
Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros (F2)	28%	30%
Estilo de pensamento orientado para o exterior (F3)	34%	33%

Conclui-se que os factores 1 e 3 foram os mais determinantes na expressão global da TAS-20. Ou seja, relativamente aos sentimentos a dificuldade relaciona-se com a identificação dos mesmos, mais do que na sua comunicação aos outros. Por outro lado, o estilo de pensamento vai centrar-se nos factos ou acontecimentos exteriores que vai contribuir para um *déficit* na regulação e expressão emocional.

Na comparação dos valores médios globais da TAS-20 em função da variável sexo, constatou-se a inexistência de diferenças significativas quer na amostra quer no grupo de referência. De acordo com a literatura seria de esperar uma possível diferença entre género com uma superioridade feminina (Haviland et al., 1994). Porém, neste estudo, a amostra era de 204 dependentes de drogas sendo 84 mulheres e 120 homens. Assim, a grandeza deste valor amostral não será comparável à de 50 indivíduos sub-divididos em 6 mulheres e 44 homens.

Relativamente à população de referência, ou ao grupo de indivíduos não dependentes de drogas, não surgiram diferenças de género embora, de acordo com Salminen, Saarijarvi, Aarela, Toikka e Kauhanen (1999) num estudo da população finlandesa, surgisse uma superioridade do sexo masculino.

Mas, será abusivo inferir dados da população finlandesa para um grupo de indivíduos universitários portugueses.

Numa análise comparativa da diferença entre valores médios dos factores constitutivos da TAS-20 na amostra e na população de referência, encontraram-se diferenças significativas para a **dificuldade em identificar sentimentos (F1)** e para o **estilo de pensamento orientado para o exterior (F3)**. Esta expressão diferencial viria reforçar a sua relevância quando se estuda a sua contribuição para um valor global da TAS-20.

O estudo do estilo atribucional na amostra, efectuado com base na escala IPC, constatou que a média para o valor da **internalidade** era muito próximo do referido para indivíduos normais. Contrariamente, o referido por Barros et al. (1993) considerou que os toxicodependentes seriam "mais internos" do que a população normal. Na tentativa de explicação deste pressuposto, Rotter atribuiu esta internalidade ao facto de alcoólicos e toxicodependentes ouvirem inúmeras vezes e, muito frequentemente, que a sua cura esta acima de tudo dependente deles mesmos (Barros et al., 1993). Este valor também não poderia ser justificado pelos efeitos do tratamento ou da ruptura com a negação da sua problemática de dependência de drogas (apesar de, na maioria dos casos já ter havido um tratamento prévio). Poder-se-á, eventualmente, considerar um efeito de selecção: a procura de tratamento, que poderá, de algum modo, contribuir para este tipo de valor médio de internalidade.

Quanto à **externalidade**, os valores das duas dimensões consideradas (a externalidade atribuída aos outros e aquela que seria determinada pelo acaso) apresentaram valores aumentados em função do padrão de referência para os indivíduos normais. A este facto não será estranho a aprendizagem efectuada por estes indivíduos de resolução do seu mal-estar em função de uma realidade externa a eles mesmos (as substâncias psico-activas), bem como um padrão de desresponsabilização que as famílias destes indivíduos vão promovendo e sustentando paralelamente ao percurso do indivíduo na sua dependência.

Relativamente à avaliação do padrão de sintomas psicológicos individuais efectuada com base na SCL-90-R, verificou-se um valor do Índice Sintomático Geral (ISG) muito aumentado na amostra, quando comparado com os valores de referência de Derogatis (1994). Este resultado permitiu perceber que o nível de mal-estar psicológico e de perturbação individual era bastante superior na amostra. Assim sendo, o Índice de Perturbação por Sintomas Positivos (IPSP) relatados pelo indivíduo como medida da intensidade do seu mal-estar teria de estar, igualmente, acima dos valores de referência. Este facto comprovou e pareceu associar-se a um estilo de resposta que ampliaria o grau de perturbação do indivíduo.

Daí que não fosse surpreendente a percentagem de indivíduos na amostra que seriam considerados como "casos" (58%), no âmbito do referente clínico subjacente ao SCL-90-R.

Os valores médios encontrados para cada uma das nove "dimensões sintomáticas primárias" (Derogatis, 1994) encontravam-se, igualmente, aumentados como se pode constatar na Tabela 5.13.

Verificou-se um valor de correlação positiva entre a TAS-20 e o ISG, bem como com o IPSP, o que indicaria a existência de uma relação directa entre os valores da TAS-20 e do ISG, assim como do IPSP. Relativamente às nove dimensões "primariamente sintomáticas", verificou-se um valor de correlação muito significativo para a dimensão ansiedade fóbica. A relação entre "esta resposta persistente de medo - a uma pessoa específica, lugar, objecto ou situação - que é irracional e desproporcionada relativamente ao estímulo e que leva ao evitamento ou a um comportamento de fuga" (Derogatis, 1994) e o *déficit* de regulação emocional parece ser directa o que se adequaria à lógica subjacente aos dois constructos. Por outro lado, haverá que atender à perspectiva proposta por Haviland et al. que avançam com a hipótese de a alexitimia nos indivíduos dependentes de drogas ser resultante de uma marcada ansiedade. Será, deste modo, importante equacionar este tipo de explicação para este padrão de relação directa que se revê na amostra.

A correlação positiva com a escala de obsessão-compulsão que se encontrou nesta amostra já tinha sido referida no estudo de Bach et al. (1994) no estudo da associação da alexitimia e outras dimensões da personalidade. Existiu, ainda, uma correlação significativa com a escala de ideação paranóide que se operacionaliza "essencialmente num comportamento de

tipo paranóide enquanto modalidade de pensamento desordenada". Incluem-se características como a hostilidade, a desconfiança, a grandiosidade, o medo de perda de autonomia e a centração da realidade em torno de si mesmo (Derogatis, 1994).

Qualquer um dos aspectos que se referiram surgem frequentemente em indivíduos recém-abstinentes e em fase inicial de tratamento. As alterações de pensamento (ou de cognições) poderiam estar ainda relacionadas com as alterações de funcionamento neuronal a que se associam determinados mecanismos de defesa e comportamentos (como a impulsividade, reacções de hostilidade) que se baseiam numa dificuldade de regulação afectiva.

Alguns destes resultados foram comuns à população de referência. Especificamente refere-se um valor aumentado do Índice Sintomático Geral (ISG), assim como do Índice de Perturbação por Sintomas Positivos (IPSP) e do Total de Sintomas Positivos (TSP).

De igual modo se encontraram valores mais elevados e com maior dispersão em cada uma das nove escalas que constituem a SCL-90-R.

Da associação destes factos resultou um valor maioritário de "casos" (62,5%); mas com um número de perfis válidos, para uma população normal, bastante reduzido - 16 em 64 perfis, que corresponde a 25% do total da população. Na análise dos perfis facilmente se conseguiu constatar que o não preenchimento dos critérios de validade era devido a um estilo de resposta que era hipervalorizadora do mal-estar psicológico, sendo que o próprio índice de alexitimia era superior aquele que a literatura considera para amostras de estudantes universitários e que o ISG também estava aumentado.

Estes dois factores vieram a assumir um padrão de relação directa que apontaria para uma evolução dentro de moldes similares. O mesmo se verificava para a relação entre o valor global da TAS-20 e os outros dois índices globais - o IPSP e o TSP, que decorrem do valor do ISG.

A análise da relação entre o valor da alexitimia, conforme é medido pela TAS-20, e cada uma das nove dimensões sintomáticas consideradas na SCL-90-R sugeririam que a relação com oito dessas escalas era directa e moderada ou fraca e só o valor encontrado para a correlação entre o valor global da TAS-20 e a somatização era meramente significativo. Globalmente foi perceptível que a variação da alexitimia (enquanto variável dependente em

estudo) e as dimensões de personalidade consideradas pela SCL-90-R ocorreu num mesmo sentido.

O estudo comparativo dos valores obtidos na amostra e na população de referência permitiu constatar, com base num teste *t*, que a diferença de médias do valor global da TAS-20 era significativamente diferente nos dois grupos, considerando um intervalo de confiança de 95%. Este dado permite concluir que os valores de alexitimia eram não só diferentes como mais elevados do que aqueles que se avaliaram na população de referência.

Verificaram-se, ainda, diferenças significativas no peso médio dos factores **difficuldade em identificar sentimentos (F1)** e o **estilo de pensamento orientado para o exterior (F3)** no valor médio do resultado global da TAS-20. Esta diferença comparativa foi secundada, igualmente, por um maior significado na sua contribuição para a expressão diferencial do valor global médio da TAS-20, em cada um dos grupos estudados.

Em termos mais pragmáticos, avançam-se pistas de intervenção que re-direccionam a psicoterapia de suporte para técnicas que promovam a identificação de sentimentos e a sua diferenciação de sensações somáticas ou de possíveis somatizações de conflitos inter ou intra-pessoais.

A necessidade de trabalhar a capacidade imaginativa enriquecendo a sua vida de fantasia que permitiria modificar um estilo cognitivo característico do indivíduo alexitímico que usualmente se centra na realidade externa e não num mundo de pensamentos internos, alteraria a importância do estilo de pensamento orientado para o exterior na expressão da alexitimia. Haveria, ainda, que potenciar a expressividade emocional não só dos aspectos positivos que permitam experienciar prazer (revertendo a *anedonia* referida por Krystal e Sifneos) bem como a diferenciação de estados afectivos negativos. A abordagem da realidade traumática subjacente a algumas situações de alexitimia poderia ser, ainda, contemplada como um objectivo psicoterapêutico a atingir.

A comparação dos valores médios dos três índices globais da SCL-90-R: ISG, IPSP e TSP, revelou existirem diferenças significativas entre a amostra e a população de referência. Estas diferenças, com o significado que assumem para um intervalo de confiança de 95%, permitem confirmar a distinção entre os dois grupos mesmo em relação a aspectos psicológicos individuais.

Individualizando, as comparações dos valores médios de cada escala individual, reforçou estas mesmas diferenças entre os dois grupos para todos as escalas com excepção da hostilidade e da ansiedade fóbica.

Pelo facto de ainda poder haver alguma interferência de aspectos de personalidade na expressão da alexitimia, optou-se por efectuar uma análise de variância do valor global da TAS-20, enquanto variável dependente, considerando os dois grupos distintos com que se trabalhou: uma amostra de 50 indivíduos consumidores de droga e um grupo de referência de 64 estudantes universitários, não consumidores. Considerou-se a medida indirecta de personalidade que se obteve através da SCL-90-R e concluiu-se que a alexitimia não difere na sua expressão conforme se considere a amostra ou a população de referência.

Efectivamente os níveis de alexitimia encontrados nos indivíduos dependentes de drogas, que constituíram a amostra, foram mais elevados do que aqueles que observaram na população de referência de indivíduos não consumidores de drogas. Mas, quando se considerou uma variável concomitante- o Índice Sintomático Geral, constatou-se que a interacção entre os dois grupos considerados (amostra e grupo de referência) e o valor médio deste índice levaria à aceitação da inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os valores da TAS-20 nos dois grupos. Não se poderá deixar de levantar algumas questões que se relacionam com a própria selecção da amostra que, neste caso, se restringiu a uma única unidade de tratamento privada e que abrange preferencialmente a zona geográfica onde está implantada. Há pois que realçar que esta amostra não poderá ser tomada como expressão totalmente fidedigna da realidade portuguesa dos indivíduos consumidores de drogas. Representa uma mera amostragem dentro deste universo muito mais abrangente. Por outro lado, apesar da amostra ter sido recolhida com base na consecutividade das admissões na instituição de tratamento não se efectuou uma verdadeira aleatoriedade na selecção dos elementos da amostra. De notar, ainda, que o próprio grupo de referência se limitou a uma instituição do ensino superior o que poderá em si mesmo introduzir algum viés na selecção de uma grupo de estudantes universitários que são frequentemente usadas nas publicações científicas nesta área de investigação.

Neste estudo não se verificou influencia da gravidade de dependência - medido com base no total do GQDO, e a expressão da alexitimia como se tinha hipotetizado previamente.

Será de considerar eventualmente as particularidades desta amostra que já se referenciaram, assim como o eventual efeito de só se ter considerado indivíduos heroinómanos. Também não se constatou a existência de uma relação significativa entre o estilo atribucional, de acordo com os valores da escala IPC, e a variável dependente em estudo - a alexitimia. Mais uma vez os resultados obtidos na escala IPC, conforme se referiu no capítulo anterior eram diferentes dos esperados de acordo com a literatura, o que poderá apontar para características individualizadoras nesta amostra. Estas duas variáveis - gravidade de dependência e estilo atribucional, carecem de um estudo relacional mais abrangente para explorar a sua relação com a variável dependente em estudo.

Tal como se pressupôs nos objectivos deste trabalho constatou-se a existência de uma associação positiva e significativa entre a alexitimia (como um traço de personalidade) e outras dimensões psicológicas: a obsessão-compulsão e a ansiedade fóbica.

Mas, foi ainda registada uma relação positiva (ou seja, uma relação directa) entre a alexitimia e uma medida do grau de mal estar psicológico individual. Este facto permite perceber que haveria uma evolução num mesmo sentido do mal estar psicológico individual e do *déficit* na capacidade para processar emoções. Fica por explorar a possível relação causa-efeito entre estas duas variáveis.

7. CONCLUSÕES

Conforme se referiu em diferentes momentos deste trabalho, a alexitimia apesar de ser reconhecidamente um traço de personalidade e já ter vindo a ser objecto de investigação há duas ou três décadas, ainda não foi devidamente valorizada no domínio da dependência de drogas.

Como na generalidade das áreas de investigação, também no campo da alexitimia e das dependências de drogas se colocam reservas ou questões quanto à adequação metodológica no desenho dos próprios estudos. Um primeiro problema surge com a operacionalização de um constructo tão abrangente como a alexitimia de que resultam limitações para a sua avaliação do ponto de vista psicométrico. Ainda não existe um instrumento devidamente validado para a avaliação da alexitimia na população portuguesa. Por outro lado, investigações prévias procuraram provar ser a alexitimia um traço de personalidade com uma expressão, na população normal, que se estenderia ao longo de um *continuum* que permitiria estabelecer a partir de pressupostos prévios de presença ou ausência de alexitimia em dados grupos (Salimen et al., 1999). Persiste, contudo, a ideia de que as características alexitímicas se reviam numa grande variedade de perturbações psiquiátricas como: perturbações de ansiedade, perturbações alimentares, dependência de drogas e outras.

A possibilidade de efectuar estudos com grupos de indivíduos que se revelaram alexitímicos (onde existiria uma determinada enfermidade) e grupos de controlo de indivíduos supostamente normais avançaria algumas pistas para a compreensão da alexitimia, enquanto *déficit* de identificação e de comunicação dos sentimentos e sua ligação com determinadas doenças. Porém, a manipulação de determinada condição que fosse responsável pelo "adoecer" de um grupo e pela "normalidade" do outro surge como extremamente difícil para a generalidade das condições de doença, o que compromete este tipo de estudo de caso - controlo.

Assim, neste trabalho desde o início que só se procurou efectuar um estudo exploratório o que determinou o plano da sua realização. De salientar que se procurou respeitar o rigor metodológico nas diferentes fases do trabalho. Existiram, neste estudo, limitações

metodológicas que se relacionam com a dimensão reduzida da amostra e com a sua especificidade, quer em termos da complexidade que constitui a dependência de drogas, quer devido ao facto de ela ter sido exclusivamente recolhida numa instituição privada com um modelo de abordagem terapêutica bastante específico. Deve salientar-se que esta última limitação decorreu de vários condicionalismos já que as "questões" relativas ao estudo da dependência de drogas foi necessária, na medida em que se procurava estudar esta doença e as características que se ligam com o seu processo de desenvolvimento.

Neste trabalho procurou efectuar-se uma investigação preliminar da alexitimia em indivíduos toxicodependentes. Recorreu-se a uma amostra de 50 sujeitos (44 homens e 6 mulheres) dependentes de drogas e todos eles consumidores de opiáceos. A alexitimia foi estudada com base nos valores da TAS-20 e apesar de toda a amostra ser composta por dependentes de drogas com base nos critérios diagnósticos da DSM-IV procurou-se estimar a gravidade desta dependência recorrendo ao QGDO que se reporta a uma perspectiva dimensional deste síndrome. O estudo do estilo atribucional individual, assim como do mal estar psicológico e da tensão emocional que se lhe associa, surgiu no desenho do estudo como duas outras dimensões a considerar.

A impossibilidade de comparar os valores da variável dependente em estudo com aqueles de uma população de controle, bem como a inexistência de valores de alexitimia para a população portuguesa normal na literatura, levou à opção por um grupo de referência que pudesse fornecer alguns valores passíveis de serem comparados com aqueles obtidos na amostra em estudo. Tentou-se assegurar, na medida do possível, a condição de não consumo de droga. Havia que considerar igualmente o padrão de sintomas psicológicos dos elementos deste grupo. Na escolha do grupo de referência recorreu-se a elementos da população universitária mas que tiveram como proveniência exclusiva uma instituição de ensino superior e a totalidade dos alunos que frequentavam o 1º ano do curso. Haverá que atender a este efeito de selecção que se prendeu com várias limitações.

Duma forma geral, os resultados obtidos apontaram para uma diferença dos valores médios da TAS-20 entre os dois grupos estudados. Para os níveis de alexitimia encontrados parece haver uma contribuição mais significativa de dois dos três factores que estão subjacentes ao modelo conceptual da TAS-20, nomeadamente a dificuldade em identificar sentimentos e o estilo de pensamento orientado para o exterior.

Apesar de o valor destes resultados ser meramente contextualizável nos dois grupos em estudo, não deixam de poder colocar-se algumas questões sobre as abordagens terapêuticas mais adequadas quando se reúnem as condições de dependência de drogas e alexitimia num mesmo sujeito.

A relação directa entre o nível de mal estar psicológico individual e o nível de alexitimia que se constatou poderá levar a alguma reflexão quanto à importância de elaborar estudos que, tendo um desenho prospectivo, pudessem explorar a relação causal entre a realidade de dependência de drogas e a alexitimia. Mas, há um outro tipo de reflexão que poderá ser efectuada e que deverá considerar que tipo de abordagem será mais adequada a este tipo de realidade pessoal. Refere-se à associação possível entre os aspectos de confronto com a realidade individual que poderá ser geradora de maior tensão emocional e os elementos de suporte que se podem incluir na abordagem terapêutica. A relação entre a exigência de mudança pessoal a propor ao indivíduo, (que usualmente implica rigidez e dureza nos recursos terapêuticos a que há que lançar mão) e a compreensão e o suporte emocional a fornecer a estes doentes surge para muitos interventores na toxicodependência como um enigma sem qualquer perspectiva de esclarecimento.

A inexistência de uma relação directa, conforme tinha sido inicialmente pressuposto no início deste trabalho, entre a gravidade da dependência de opiáceos e o nível de alexitimia nesta amostra deverá ser objecto de um estudo mais alargado e aprofundado, uma vez que parece ser plausível pensar que quanto mais longa e, por isso, mais grave a dependência de drogas, mais frequentemente o indivíduo recorreu a drogas ou ao álcool numa tentativa de lidar com experiências emocionais desagradáveis comprometendo o seu esforço pessoal para identificar esses estados afectivos e modulá-los. Ou seja, possivelmente o *déficit* na identificação e comunicação desses sentimentos irá progredindo.

Poder-se-ia deduzir que estes resultados se circunscrevem a esta amostra com as especificidades que se têm vindo a salientar. Haverá, pois, que estender este estudo exploratório a amostras mais numerosas e, talvez, até a indivíduos que não pretendem iniciar qualquer tipo de tratamento.

Relativamente à exploração do *locus* de controlo, os resultados obtidos nesta amostra foram contraditórios com as próprias referências que se encontram na literatura. Mais uma

vez ou há que reportar estas diferenças às características da amostra ou, efectivamente, ou a uma percepção causal entre o comportamento individual e a situação, com os respectivos consequentes que se tem vindo a alterar. Uma análise mais conclusiva deste aspecto seria também uma importante contribuição para o estabelecer de modelos terapêuticos mais adequados.

Numa breve referência para os resultados encontrados no grupo de referência estudado encontraram-se níveis de alexitimia superiores aos esperados, tendo em conta as indicações da literatura para estudos nesta área. Ou seja, verificou-se uma prevalência acrescida da alexitimia neste grupo de estudantes universitários quando comparados com outros grupos. Seria, pois, de procurar efectuar um estudo mais abrangente da população universitária para esta estudar a distribuição desta dimensão da personalidade.

Como já foi referido, as principais limitações deste estudo relacionam-se com um número amostral demasiado reduzido e a modalidade de selecção que não ocorreu de forma aleatória, nem incluiu todas as instituições existentes no país para o tratamento desta doença para que pudesse ser tomado como representativa da população dependente de drogas em Portugal. Daí que, os resultados obtidos neste estudo carecem de ser verificados com outras amostras de modo a ser possível estimar o seu real valor ou, de outro modo, a sua relevância.

Não se pode deixar de enfatizar que sendo a área da toxicodependência uma preocupação cada vez maior para os técnicos de saúde, o estudo da sua relação com um conceito com tantas potencialidades heurísticas como a alexitimia que tem o potencial de estabelecer pontos de convergência entre a fenomenologia clínica, a teoria psicodinâmica e a neurofisiologia, necessitava de ser perspectivado em termos prospectivos e não meramente retrospectivos.

Abrem-se, pois, múltiplas perspectivas de trabalho que deveriam dar continuidade ao estudo das questões que já foram equacionadas pelos investigadores neste campo de investigação, nunca esquecendo a rentabilidade prática que algumas destas descobertas poderiam representar numa intervenção terapêutica mais adequada, logo potencialmente mais eficaz.

8. BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edition, revised). Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1996). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington DC: American Psychiatric Association.

American Society of Addiction Medicine (1996). *Principles of Addiction Medicine* (2nd edition). Maryland: American Society of Addiction Medicine, Inc..

Bach, M. & Bach, D. (1995). Predictive value of alexithymia : a prospective study in somatizing patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 43-48.

Bach, M.; Bach, D.; Böhmer, F. & Nutzinger, D., O (1994 a) Alexithymia and somatization: relationship to DSM-III-R diagnoses. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 529-538.

Bagby, R., M., Taylor, G., J. & Ryan, D.(1986). Toronto Alexithymia Scale: Relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy and Psychosomatics* , 45, 207-215.

Barros, J., H., Barros, A., M. & Neto, F. (1993). *Psicologia do Controlo Pessoal. Aplicações educacionais, clínicas e sociais* (1^o edição). Braga: Instituto de Educação- Universidade do Minho.

Bell, J. (1993). *Como realizar um projecto de investigação* (2ª edição). Lisboa: Publicações Gradiva.

Berenbaum, H. & Irvin, S. (1996). Alexithymia, anger, and interpersonal behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 203-208.

Bertolote, J., M. (1997). *Glossário de termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10 e seus derivados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cerchiarri, E. (1998). *Uma Contribuição ao estudo da relação Câncer da Mama e Alexitimia*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada).

DeAngelis, C. (1990). *An Introduction to Clinical Research* (1st edition.). New York: Oxford Universities Press.

Derogatis, L., R. (1994). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual* (3rd edition). Minneapolis: National Computer Systems, Inc..

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1999). *Extended annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Esteves, M., A. (1992). *A Dependência de Opiáceos. Alguns aspectos do seu estudo numa perspectiva dimensional (O uso do Q.G.D.O.)*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto).

Fernandes da Fonseca, A. (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Vol. I (1ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Figueiredo, B.(1997). *Classificação Social da Família*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho. (Versão traduzida e adaptada para investigação de Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillon da la population. *Courier*, 6, 455.

Freire, S., Moreira, M., (1997). Methodological pilot study of local prevalence estimates. *In* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1999). Extended annual report on the state of the drugs problem in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Freyberger, H., Kusebeck, H., W., Lempa, W., Wellman, W., & Avenarius, H., J. (1985). Psychotherapeutic interventions in alexithimic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 72 - 81.

Galanter, M. & Kleber, H., D. (1994). *Textbook of substance abuse* (1st edition). Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc..

Goleman, D. (1996). *Emotional Intelligence* (1st. edition). Great Britain: Bloomsbury Publishing Plc..

Gomez, C.F., Eizaguirre, A, E. & Aresti, A. (1997). Alexitimia y características clínicas en abuso de opiáceos. *Revista Toxicodependências*, 2, 77-85.

Greenberg, R., S. (1992). *Medical Epidemiology* (1st edition). Georgia: Prentice-Hall Internacional Inc..

Haviland, M.G., Shaw, D.G., MacMurray, J.P. & Cummings, M.A. (1988). Validation of the Toronto Alexithymia Scale with Substance Abusers. *Psychotherapy and Psychosomatics* , 50, 81-87.

Horton, P., C., Gewirtz, H. & Kreutter, K., J. (1992). Alexithymia - state and trait. *Psychotherapy and Psychosomatics* , 58, 91-96.

Khantazian, E. J. (1985). The self- medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.

Kaplan, H., I. & Sadock, B., J. (1996). *Concise textbook of Clinical Psychiatry* (1st edition). Baltimore: Williams & Wilkins.

Kauhanen, J., Julkunen, J. & Salonen, J., T. (1991). Alexithymia and perceived symptoms: criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics* , 56, 247-252.

Krystal, H. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33 1, 17-31.

Lesser, I.M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 43, 6, 531-543.

Lumley, M., A., Downey, K., Stettner, L., Wehmer, F. & Pomerleau, O., F. (1994). Alexithymia and Negative Affect: Relationship to Cigarette Smoking, Nicotine Dependence and Smoking. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 156-162.

Mann, L., S., Wise, T.N. & Shay, L. (1992). Factor analysis of the Toronto Alexitimia Scale: elucidation of a polythetic construct. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 40-45.

Martin, J.; Pihl, R. (1985). The stress- alexithymia hypothesis: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 169-176.

McCarthy, C., Brack, G., Brack, C., J. & Beaton, R., A. (1997). A new therapeutic model for integrating affect and cognition. *Psychotherapy*, 34, 1, 76-80.

Melman, M. (1997). La Toxicomanie (Conferência apresentada no Simposium de Psicoterapia Dinâmica: "A Psicanálise face à Toxicodependência, Lisboa). *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 17, 105-112.

Miguel, N. (1998). A Realidade em Portugal: Alguns números. *Revista Toxicodependências*, 4, 1, 3-8.

Mirin, S.,M., Meyer, R., E. & McNamee, H.,B. (1976). Psychopathology and Mood During Heroin Use. Acute vs. Chronic Effects. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1503-1508.

Negreiros, J. (1996). Consumo de Álcool e Drogas nos Jovens: estudo epidemiológico no concelho de Matosinhos (1ª edição). Matosinhos: Contemporânea Editora, Lda.

Negreiros, J. (1998). Relação entre o consumo de álcool e drogas e comportamentos anti-sociais nos jovens. *Revista Toxicodependências*, 4, 1, 51-58.

Nelson, C., B., Rehm, J., Ustun, T., B., Grant, B. & Chatterji, S. (1999). Factor structures for DSM - IV substance disorder criteria endorsed by alcohol, cannabis, cocaine and opiate users: results from the WHO reliability and validity study. *Addiction*, 94, 6, 843-855.

Nemiah, J., C., Freyberger, H. & Sifneos, P.,E. (1976). Alexithymia: A View of the Psychosomatic Process in *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. Vol. 1 . Ed. by D. F. O' Neill. London: Butterworths.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (1999). Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Peele, S. (1998). *The Meaning of Addiction* (Cap. 3). San Francisco: Jossey-Bass.

Pestana, M., H. & Gageiro, J., N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais* (2ª edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pio de Abreu, J., L. (1994). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva* (2ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Prazeres, N. (1996). Ensaio de um estudo sobre alexitimia com o Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa).

Prazeres, N., Parker, J. D. A. & Taylor, G.J.(para publicação). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20).

Relvas, J., S. (1985). *O Locus de Controlo e Depressão. Influências das expectativas de controlo do reforço na etiopatogenia e manifestações da depressão.* (Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra).

Relvas, J., Vaz Serra, A., Robalo, M., Saraiva, C., & Coelho, I. (1984). Análise Factorial da escala IPC de Levenson. *Psiquiatria Clínica*, 5, 197-202.

Relvas, J., Vaz Serra, A., Saraiva, C., & Coelho, I. (1984). Resultados da aplicação da escala IPC de Levenson a estudantes universitários. *Psiquiatria Clínica*, 5, 3, 119-124.

Salminen, J., K.; Saarijarvi, S.; Aarela, E.; Toikka, T. & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 1, 75-82.

Saraiva, C., B. (1998). A importância dos factores da personalidade nos comportamentos de toxicoddependência. *Psiquiatria Clínica*, 19, 2, 83-99.

Schwartz, R. (1997). Consumos de Heroína pelos Adolescentes: Revisão. *Pediatrics* (ed. Port.), 7, 1, 33-39.

Schutte, N.S., Malouff, J. M., Hall, E. L., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J. & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25 , 167-177.

Sifneos, P., E. (1995). Psychosomatic, alexithymie et neurosciences. *Revue Francaise de Psychosomatique*, 7, 27-34.

Sifneos, P., E. (1991). Affect, Emotional Conflict, and Deficit: An Overview. *Psychotherapy and Psychosomatics* , 56, 116-122.

Smith, B.D. (1998). Psychology. Science and Understanding (1st edition). New York: MacGraw-Hill Companies,Inc..

SPSS (1998). SPSS Base 8,0 Applications Guide. Chicago: Statistical Package for Social Sciences.

Sutherland, G., Edwards, G., Taylor, C., Phillips, G., Gossop, M. & Brady, R. (1986). The measurement of opiate dependence. *British Journal of Addiction*, 81, 485-494.

Sutherland, G., Edwards, G., Taylor, C., Phillips, G., Gossop, M. & Brady, R. (1988). The opiate dependence syndrome: replication study using SODQ in a New York clinic. *British Journal of Addiction*, 83, 755-760.

Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: conceptualization, validation and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, Vol. X, 2, 61-74.

Taylor, G., J. (1984). Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732.

Taylor, G., J. (1999). Personality, Affects, Illness and Disease. *In Reflexões sobre Psicossomática*, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicossomática.

Taylor, G., J. & Bagby, R., M. (1988). Measurement of Alexithymia. Recommendations for Clinical Practice and Future Research. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol.11, 3, 351-366.

Taylor, G., J., Bagby, R., M & Parker, J., D., A. (1992). The revised Toronto Alexitimia Scale: some reliability, validity, and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 34-41.

Taylor, G., J., Parker, J., D., A & Bagby, R., M. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1228-1230.

Taylor, G., J., Bagby, R., M. & Parker, J., D., A. (1997). Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness (1st edition). Cambridge: Cambridge University Press.

Teixeira, J., A., C., Barros, S., Lobo, S. & Trindade, I. (1996). Alexitimia, saúde e doença. Estudo exploratório da alexitimia em sujeitos com doença crónica. *Revista Análise Psicológica*, 2.3, 14, 305-312.

Toneatto, T. (1999). Metacognition and Substance Use. *Addictive Behaviors*, 24, 2, 167-174.

Vaz Serra, A. (1996). Terapia cognitivo - comportamental em Portugal e na Europa. *Psychologica*, 15, 21-35.

Vaz Serra, A. (1997). Terapia cognitivo - comportamental: as "influências esquecidas" que intervêm na recuperação terapêutica. *Psiquiatria Clínica*, 18, 3, 186-186.

Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias* (1ª edição). Coimbra: G. C. - Gráfica de Coimbra, Lda.

Verissimo, R., Mota-Cardoso, R. & Taylor, G. (1998). Relationships between alexithymia, emotional control and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 75-80.

Wanberg, K. W. & Milkman, H. B. (1998). *Criminal conduct and substance abuse treatment: strategies for self-improvement and change* (1st edition). California: Sage Publications, Inc.

Weinberg, N., Z., Rahdert, E., Colliver, J. & Glantz, M. (1998). Adolescent Substance Abuse: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 3, 252-261.

World Health Organization (1992). *The I.C.D. - 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization (WHO).

ANEXO I

ENTREVISTA DE RECOLHA DE DADOS

DEPENDÊNCIA DE DROGAS E ALEXITÍMIA

ENTREVISTA:

➤ Os dados que lhe serão solicitados ao longo desta entrevista são necessários para melhor caracterizar aspectos importantes para o trabalho de investigação que se pretende realizar.

➤ **A confidencialidade será sempre mantida.**

Obrigada pela sua colaboração.

Data da entrevista: / /

1. IDENTIFICAÇÃO:

✓ Nome (iniciais): _____ ✓ Sexo: M F ✓ Local de residência: _____

✓ Data de nascimento: / /

✓ Idade:

✓ Estado Civil:

> Solteiro(a)

> Casado(a)

(Anos Meses)

> Divorciado(a)

(Anos Meses)

> Separado(a)

(Anos Meses)

> Viúvo(a)

(Anos Meses)

> União de facto

(Anos Meses)

2. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

x Reformado

x Desempregado

x Trabalhador por conta própria

x Estudante

x Empregado

(ocasional

estável

baixa)

x Procura de emprego

(1º emprego

novo emprego)

3. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS / NÍVEL DE INSTRUÇÃO:

Ensino universitário ou equivalente (licenciatura ou bacharelato de curso superior)

Curso técnico ou profissional; ensino técnico superior; ensino secundário completo (12º ano)

Escolaridade obrigatória (9º ano); complementar dos liceus; curso comercial ou industrial; ensino técnico inferior

Ensino primário completo (1º ciclo) ou ciclo preparatório (2º ciclo)

Ensino primário incompleto ou nulo

Ano em que terminou:

4. FONTE DE RENDIMENTOS:

- Rendimentos
- Vencimento mensal
- Assistência Social / Subsídio de desemprego
- Dependente de outrém: pais
- cônjuge
- irmãos
- outros

Especifique: _____

5. HABITAÇÃO / ALOJAMENTO:

- Vive sozinho(a) (casa própria casa alugada quarto)
- Vive com família com os pais (em casa própria em casa alugada)
- com os irmãos (em casa própria em casa alugada)
- com outros familiares (em casa própria em casa alugada)
- Vive com o cônjuge (casa própria casa alugada casa de familiares quarto)
- Vive com outrém Especifique: _____ (casa própria casa alugada)

6. ASPECTO DO LOCAL DE HABITAÇÃO:

- Bairro residencial bom, ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas, onde o valor do terreno ou os aluguéis são elevados.
- Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável, ou bairro de construção económica com água, luz e saneamento.
- Bairro operário populoso ou bairro em que o valor do terreno está desvalorizado como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc. Construção razoável mas sem água ou luz e saneamento.
- Zona degradada.

B ANTECEDENTES FAMILIARES:

1. Vive com a família? S N

com pais

cônjuge / companheiro(a)

Há anos meses

Profissão do cônjuge / companheiro(a): _____

irmãos

outros familiares

Quem? _____

2. Tem irmãos? S N

Quantos?

Rapazes

Idade(s): _____

Raparigas

Idade(s): _____

3. Tem filhos? S N

Quantos?

Rapazes

Idade(s): _____

Raparigas

Idade(s): _____

4. Pais: Vivem juntos S N

> Pai

✓ Idade:

✓ Profissão: _____

✓ Habilitações literárias: _____

✓ Falecido S N

> Mãe

✓ Idade:

✓ Profissão: _____

✓ Habilitações literárias: _____

✓ Falecida S N

5. Tem familiares que sofram de problemas psiquiátricos? S N

> Quem (grau de parentesco): _____

> Que tipo de problema _____

HISTÓRIA DE CONSUMOS:

C

1. Primeira droga experimentada: _____ Idade:

- 1.1. Iniciativa:
- Própria
 - De outros:
 - Amigo(a)
 - Grupo de amigos
 - Namorado(a)
 - Familiares (Parentesco: _____)
 - Colegas de trabalho

- 1.2. Contexto:
- Em casa
 - Casa de outrém (Quem? _____)
 - Na escola
 - No local de trabalho
 - Em local público (Qual? _____)
 - Outro (Especifique: _____)

2. Principal droga utilizada (DP) e droga associada (DA):

- Heroína
- Cocaína ou estimulantes
- Cannabis
- Álcool
- Ecstasy
- Outra(s)? _____

Tempo total de abuso da droga principal: anos meses

3. É a primeira vez que pede ajuda? S N

É a primeira vez nesta instituição? S N

TRATAMENTOS ANTERIORES:

Número de tratamentos anteriores

Especificar o tipo de tratamento e duração:

	TIPO	DURAÇÃO		
✓ Último tratamento:	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> Ano(s)	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> <input type="text"/> Dias
✓ Outros tratamentos:	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> Ano(s)	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> <input type="text"/> Dias
	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> Ano(s)	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> <input type="text"/> Dias
	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> Ano(s)	<input type="text"/> <input type="text"/> Meses	<input type="text"/> <input type="text"/> Dias

4. Objectivos terapêuticos deste tratamento

x reinserção (familiar profissional social)

x abstinência

x prevenção de recaídas

x controlo de sintomas / apoio a situações limite

- gravidez
- suicídio / overdose
- duplo diagnóstico
- HIV
- outros

Especifique: _____

x alternativa à detenção prisional

5. Resultados na instituição

Abstinente há meses dias

- > Mudou de atitude SN
- > Mantém atitude SN
- > Colaborante SN
- > Resistente SN

Tempo de permanência na instituição meses dias.

Acha que vai conseguir terminar o tratamento? SN

6. Sintomas Actuais

De privação Ansiedade Inibição Depressão
Insónia Euforia Sem sintomas Agressivo(a)
Outros Quais? _____

7.

Já ocorreram situações de overdose? S N

Se sim: Número _____ Quando? _____

- Consequências:
- não tomou nenhuma medida
 - recurso ao serviço de urgência
 - internamento hospitalar
 - procurou tratamento
 - cessou consumos
 - manteve consumos
 - aumentou consumos
 - outros Quais? _____

Já ocorreram situações onde se tentou suicidar? S N

Se sim: Número _____ Quando? _____

- Consequências:
- não tomou nenhuma medida
 - recurso ao serviço de urgência
 - internamento hospitalar
 - procurou apoio terapêutico
 - outros Quais? _____

8. Há outras pessoas da sua família que já tenham consumido drogas? S N

Se sim:

Grau de Parentesco	Tipo de Droga	Mantêm Consumo
_____	_____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
_____	_____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
_____	_____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

ANEXO II

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

QUESTIONÁRIO DE GRAVIDADE DA DEPENDÊNCIA DE OPIÁCEOS (QGDO)

Nome (iniciais): _____ Sexo: _____ Idade: _____ Data: ___ / ___ / ___

- ✓ Se consome presentemente opiáceos [como Heroína, Morfina, Metadona, Petidina (Demerol®), Codeína, Pentazocina (Sossegon®), Buprenorfina (Buprex®), etc.] gostaríamos que preenchesse este questionário.
- ✓ O questionário procura avaliar as diferentes formas de consumo de drogas do tipo opiáceos e as reacções dos consumidores às mesmas.
- ✓ Destinando-se exclusivamente a este estudo "estatístico", as informações que nos fornecer não serão fornecidas a ninguém, e permanecerão mantidas no mais rigoroso sigilo.
- ✓ Ficamos pois muito gratos se preencher completamente este questionário, para o que deve ler cuidadosamente cada uma das perguntas, e responder assinalando para cada uma delas, conforme pedido, a opção que no seu entender melhor descreve a sua situação. para o efeito marque com um círculo ou uma cruz a opção correspondente à resposta mais adequada.
- ✓ Caso tenha qualquer dúvida sobre o modo de responder, deve pedir esclarecimentos.



- ⇒ Que idade teria quando experimentou opiáceos pela primeira vez? _____ anos
- ⇒ Que idade teria quando começou a usar opiáceos pela primeira vez? _____ anos
- ⇒ Que idade teria quando sentiu pela primeira vez que estava dependente? _____ anos

1. Indique quais dos opiáceos consome habitualmente:

	dose diária
➤ Heroína ----->	_____
➤ Morfina ----->	_____
➤ Metadona / LAAM ----->	_____
➤ Petidina (Demerol®) ----->	_____
➤ Codeína ----->	_____
➤ Pentazocina (Sossegon®) ----->	_____
➤ Buprenorfina (Buprex®) ----->	_____
➤ Tramadol (Tramal®, Paxifar®) ----->	_____
➤ Outros (quais?) _____>	_____

Para responder às questões que se seguem, pense por favor num período recente que acha mais ou menos típico da sua relação habitual com os opiáceos, e responda assinalando com um círculo a resposta (apenas uma) que melhor se aplica ao seu caso.

Por exemplo:

1 2 **3** 4 5 6 etc

2. Se (e só se) injecta habitualmente opiáceos, responda às seguintes questões.

[Se não injecta, passe à questão 3]

- a) **Quantas** vezes injecta por dia (caso típico)? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ou mais
- b) Em média, qual é o **menor** número de vezes que injecta por dia (caso típico)?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ou mais
- c) Em média, qual é o **maior** número de vezes que injecta por dia (caso típico)?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ou mais

3. Se (e só se) fuma habitualmente opiáceos, responda às seguintes questões.

[Se não os fuma, passe à questão 4]

- a) **Quantas** vezes fuma por dia num caso típico?
1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11-12 13-14 15-16 17 ou mais
- b) Em média, qual é o **menor** número de vezes que fuma num dia típico?
1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11-12 13-14 15-16 17 ou mais
- c) Em média, qual é o **maior** número de vezes que pode fumar num dia típico?
1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11-12 13-14 15-16 17 ou mais

4. Se ingere opiáceos em comprimidos ou em forma líquida, responda às seguintes questões.

[Se não ingere, passe à questão 5]

- a) **Quantas** vezes por dia toma destes produtos (caso típico)?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ou mais
- b) Em média, qual será o **menor** número de vezes por dia que os toma (num caso típico)?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ou mais
- c) Em média, qual é o **maior** número de vezes por dia que os toma (num caso típico)?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ou mais

➔ Para responder às questões que se seguem, assinale com uma cruz o quadrado, ☒, correspondente à opção que melhor se aplica ao seu caso. Recorde que é apenas um por pergunta.

Por exemplo: Nunca Pouco Muito

5. Até que ponto varia de dia para dia a quantidade de opiáceos que consome habitualmente?

 Não varia Varia um pouco Varia muito

6. Para obter o mesmo efeito que há 6 meses atrás precisa agora de doses mais altas?

 Não Pouco mais Muito mais

7. Ao acordar, e ainda antes da primeira dose do dia, até que ponto sente ou se sente:

 Nunca ou quase nunca Por vezes Frequentemente Sempre ou quase sempre

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Dores no corpo ou rigidez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Dores (cólicas) de "estômago"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Adoentado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) O coração a bater (palpitações)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Acessos ou ondas de calor e frio?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Infeliz, em baixo de forma, ou deprimido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Tenso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Irritável ou mesmo zangado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Inquieto e incapaz de descontraír?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Com grande vontade (ansioso) por consumir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. De acordo com o que se passa habitualmente consigo, assinale:

Nunca ou
quase nunca

Por vezes

Frequentemente

Sempre ou
quase sempre

- a) Tento guardar alguma coisa para quando acordo
- b) Gosto da 1ª dose até 2 horas depois de acordar
- c) De manhã consumo para deixar de estar mal
- d) A 1ª coisa que penso ao acordar é na minha dose
- e) Consumo ao acordar para ter menos dores no corpo
- f) A 1ª coisa que faço ao acordar é atacar a dose

4. Alguma vez esteve sem tomar **nada durante pelo menos duas semanas** ?

[Se nunca deixou, passe à questão 10]

a) Quanto tempo depois de recomeçar, já consumia todos os dias?

Nas primeiras
24 horas

Na primeira
semana

Nas 2 primeiras
semanas

Nas primeiras
4 semanas

Mais de 4
semanas depois

.....

b) Quanto tempo depois de recomeçar a consumir diariamente se sentiu pela 1ª vez mal ao acordar?

Nas primeiras
24 horas

Na primeira
semana

Nas 2 primeiras
semanas

Nas primeiras
4 semanas

Mais de 4
semanas depois

.....

c) Quanto tempo depois de recomeçar a consumir diariamente passou a consumir logo pela manhã?

Nas primeiras
24 horas

Na primeira
semana

Nas 2 primeiras
semanas

Nas primeiras
4 semanas

Mais de 4
semanas depois

.....

10. Para responder às questões que se seguem, pense por favor num período típico e recente e refira quantas vezes:

a) Pensou que estava a perder o controle?

Nunca ou quase nunca	Por vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Ficou ansioso ou com medo de não ter para a dose seguinte?

Nunca ou quase nunca	Por vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Ficou preocupado com a situação relativa ao consumo de opiáceos?

Nunca ou quase nunca	Por vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Teve vontade de parar?

Nunca ou quase nunca	Por vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Até que ponto achava que conseguia parar ou ficar sem tomar nada?

Impossível	Muito difícil	Bastante difícil	Sem dificuldade
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAS - 20

Nome (iniciais): _____ Sexo: _____ Idade: _____ Data: ___ / ___ / ___

Usando a escala fornecida como guia, indique o grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações fazendo um círculo à volta do número correspondente. Dê só uma resposta por cada afirmação.



- Use a seguinte chave:
- ① Discordo totalmente
 - ② Discordo em parte
 - ③ Nem discordo nem concordo
 - ④ Concordo em parte
 - ⑤ Concordo totalmente

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem discordo nem concordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. Fico muito vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir.	1	2	3	4	5
2. Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.	1	2	3	4	5
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.	1	2	3	4	5
6. Quando estou aborrecido(a), não sei se me sinto triste, assustado(a) ou zangado(a).	1	2	3	4	5
7. Fico muitas vezes intrigado(a) com sensações no meu corpo.	1	2	3	4	5
8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender por que aconteceram assim.	1	2	3	4	5
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.	1	2	3	4	5
10. É essencial estar em contacto com as emoções.	1	2	3	4	5
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.	1	2	3	4	5
12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
13. Não sei o que se passa dentro de mim.	1	2	3	4	5
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado(a).	1	2	3	4	5
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas actividades diárias do que sobre os seus sentimentos.	1	2	3	4	5
16. Prefiro assistir a espectáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.	1	2	3	4	5
17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.	1	2	3	4	5
18. Posso sentir-me próximo de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.	1	2	3	4	5
19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.	1	2	3	4	5
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.	1	2	3	4	5

ESCALA I.P.C. DE LEVENSON (1972)

Nome (iniciais): _____ Sexo: ____ Idade: ____ Data: __ / __ / __

→ INSTRUÇÕES ←

- ✓ Estão aqui algumas questões relativas à maneira como reage, sente e actua.
- ✓ Responda depressa e não fique a pensar muito sobre a mesma questão, pois desejamos a sua primeira impressão e não o resultado de um longo juízo sobre o assunto.
- ✓ No total, as respostas a dar não deverão demorar mais do que alguns minutos.
- ✓ No final, certifique-se de que não deixou qualquer questão por responder.
- ✓ Por isso, responda depressa, e a todas as perguntas.

➤ **Não existem respostas certas, nem erradas, pois esta não é uma escala de inteligência, nem de aptidões, mas apenas uma medida da maneira como reage.**

À frente de cada questão estão colocados seis números.

Coloque um círculo à volta do número que corresponder à sua maneira de ser, de acordo com a seguinte distribuição:

- ① Discordo de maneira muito acentuada
- ② Discordo de maneira acentuada
- ③ Discordo
- ④ Concordo
- ⑤ Concordo de maneira acentuada
- ⑥ Concordo de maneira muito acentuada

	Discordo de maneira muito acentuada	Discordo de maneira acentuada	Discordo	Concordo	Concordo de maneira acentuada	Concordo de maneira muito acentuada
1. Se consigo ou não vir a ser um chefe (leader) depende principalmente das minhas aptidões.	1	2	3	4	5	6
2. Em grande parte a minha vida é controlada por factores accidentais.	1	2	3	4	5	6
3. Tenho a sensação que o que acontece na minha vida é em grande parte determinado por outras pessoas poderosas.	1	2	3	4	5	6
4. Se tenho ou não um acidente de automóvel depende principalmente de eu ser ou não um bom condutor.	1	2	3	4	5	6
5. Quando faço planos, tenho quase a certeza de conseguir pô-los em prática.	1	2	3	4	5	6

	Discordo de maneira muito acentuada	Discordo de maneira acentuada	Discordo	Concordo	Concordo de maneira acentuada	Concordo de maneira muito acentuada
6. Muitas vezes não há possibilidade de proteger o meu interesse pessoal de acontecimentos azarentos.	1	2	3	4	5	6
7. Quando consigo o que quero, é habitualmente porque tenho sorte.	1	2	3	4	5	6
8. Embora possa ter boas aptidões, não me será dada responsabilidade de chefia sem apelar para aqueles que estão em posição de poder.	1	2	3	4	5	6
9. A quantidade de amigos que tenho depende da forma como consigo ser simpático(a).	1	2	3	4	5	6
10. Tenho verificado com frequência que o que está para acontecer, na realidade acontece.	1	2	3	4	5	6
11. A minha vida é controlada principalmente por pessoas poderosas.	1	2	3	4	5	6
12. Se tenho ou não um acidente de automóvel é fundamentalmente uma questão de sorte.	1	2	3	4	5	6
13. Gente como eu tem poucas possibilidades de proteger os seus interesses pessoais quando entram em conflito com os de pessoas de grupos de pressão forte.	1	2	3	4	5	6
14. Nem sempre é sensato eu fazer planos com demasiada antecedência porque muitas coisas acabam por ser uma questão de boa, ou de má, sorte.	1	2	3	4	5	6
15. Para obter o que quero é preciso agradar aos que estão acima de mim.	1	2	3	4	5	6
16. Se consigo ou não vir a ser um chefe (<i>leader</i>) depende bastante da sorte de estar no sítio certo, na altura certa.	1	2	3	4	5	6
17. Se pessoas importantes decidissem que não gostavam de mim, provavelmente eu não conseguiria arranjar muitos amigos.	1	2	3	4	5	6
18. Posso perfeitamente determinar o que acontecerá na minha vida.	1	2	3	4	5	6
19. Usualmente sou capaz de proteger os meus interesses pessoais.	1	2	3	4	5	6
20. Se tenho ou não um acidente de automóvel depende principalmente do outro condutor.	1	2	3	4	5	6
21. Quando consigo o que quero, é porque usualmente trabalhei bastante para o obter.	1	2	3	4	5	6
22. Em ordem a levar os meus planos por diante, asseguro-me de que estão de acordo com os desejos das pessoas que têm poder sobre mim.	1	2	3	4	5	6
23. A minha vida é determinada pelas minhas próprias acções.	1	2	3	4	5	6
24. É principalmente uma questão de sorte se eu tenho, ou não, poucos ou muitos amigos.	1	2	3	4	5	6



SYMPTOM CHECK LIST (S.C.L. - 90 -R)



Nome (iniciais): _____ Sexo: _____ Idade: _____ Data: ___ / ___ / ___

→ INSTRUÇÕES ←

- ✓ A seguir encontra-se uma lista de problemas e queixas que algumas pessoas costumam ter.
- ✓ Por favor leia e assinale cuidadosamente cada questão.
- ✓ Não há respostas "certas" ou "erradas". Procure responder o mais objectivamente possível sem se preocupar com a imagem que possa causar. Responde simplesmente de acordo com o que sente.
- ✓ **Todas as suas respostas são absolutamente confidenciais.**
- ✓ Não deixe nenhuma questão em branco.

<u>EM QUE MEDIDA TEM SOFRIDO DAS SEGUINTE QUEIXAS:</u>	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas vezes
1. Dores de cabeça.					
2. Nervosismo ou tensão interior.					
3. Pensamentos desagradáveis que não lhe deixam o espírito em paz.					
4. Desmaios ou tonturas.					
5. Diminuição do interesse ou prazer sexual.					
6. Sentir-se criticado(a) pelos outros.					
7. Impressão de que outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.					
8. Ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maior parte dos seus problemas.					
9. Dificuldade em se lembrar das coisas passadas recentemente					
10. Muitas preocupação com a limpeza e arrumação.					
11. Aborrece-se ou irrita-se facilmente.					
12. Dores sobre o coração ou no peito.					
13. Sentir medo na rua ou nos espaços abertos.					

EM QUE MEDIDA TEM SOFRIDO DAS SEGUINTES QUEIXAS:

	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas vezes
60. Vontade de comer demais.					
61. Não se sentir à vontade quando as pessoas o(a) observam ou falam de si.					
62. Ter pensamentos que não lhe pertencem					
63. Impulsos de bater, ferir ou ofender alguém.					
64. Acordar muito cedo de manhã.					
65. Vontade de repetir certas acções como, por exemplo, tocar em objectos, lavar-se ou contar.					
66. Sono agitado ou não repousante.					
67. Vontade de destruir ou partir coisas.					
68. Ter pensamentos ou ideias que os outros não percebem ou não têm.					
69. Sentir-se embaraçado(a) junto das outras pessoas.					
70. Não se sentir à vontade nas multidões (assembleias, lojas, filas, cinemas, mercados, etc).					
71. Sentir que tudo o que faz é com esforço.					
72. Ter ataques de terror ou de pânico.					
73. Não se sentir à vontade quando come ou bebe em lugares públicos.					
74. Entrar facilmente em discussões.					
75. Sentir-se nervoso(a) quando tem de ficar sózinho(a).					
76. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.					
77. Sentir-se sózinho(a) mesmo quando está com mais pessoas.					
78. Sentir-se tão inquieto(a) que não se pode sentar ou estar parado(a).					
79. Sentimentos de que não tem valor.					
80. Ter o pressentimento de que algo de mal lhe vai acontecer.					

ANEXO III

MATRIZES DE RESULTADOS

nú	s	co	id	e	dur	p	h	r	ha	a	cla	viv	ir	id	fi	idafi	idafi	p	pa	p	h	f	id	p	h	f	p	p			
1	1	1	20	25	2	2,0	2	4	3	12	2	3	3	2	30	1			2	54	3	4	1	51	3	4	1	2	1	6	1
2	2	1	20	17	1		4	3	4	8	1	2	5	4	21	1			2	50	3	4	1	43	3	1	1	2	1	1	1
3	3	1	1	18	1		4	2	4	8	1	1	5	4	15	1			1	48	5	1	1	49	5	1	1	2	6		1
4	4	1	21	26	1		2	2	4	4	1	2	2	2	34	1			1	62	5	1	1	54	5	1	1	1			1
5	5	1	1	33	2	5,0	3	3	2	10	1	2	3	2	38	1			2	67	3	4	1	62	6	4	1	1			1
6	6	1	2	23	6	,80	2	3	3	10	2	2	3	4	27	1			2	49	4	4	1	52	4	4	1	1			1
7	7	1	22	26	1		6	1	2	8	1	1	5	4	17	1			2	53	3	4	1	51	4	4	1	2	7	2	1
8	8	1	1	28	1		2	1	4	8	1	1	5	6	27	22	1		2	57	1	4	1	51	4	4	1	1			1
9	9	1	23	25	1		4	1	4	9	1	1	5	2	20	1			1	55	5	1	1	53	3	1	1	1			1
10	10	1	9	24	4	1,0	5	3	2	18	1	2	10	2	18	3	3,0		2	53	3	4	1	51	6	4	1	2	2	2	2
11	11	1	10	38	3	2,0	3	1	2	1	1	1	1	2	51	1			1				2			2	1				1
12	12	1	17	28	1		6	4	2	1	1	3	1	12	43	23	1		1			2	68	6	4	1	1				1
13	13	1	7	22	1		5	3	2	4	1	3	2	1					2	54	1	2	1	48	4	1	1	1			1
14	14	1	24	25	1		6	3	2	4	1	3	2	1					2	48	4	4	1	46	4	1	1	1			1
15	15	1	25	30	1		2	3	4	8	1	2	5	2	28	1			2	56	3	4	1	58	6	1	1	1			1
16	16	1	13	27	1		5	4	2	8	2	3	5	10	41	25	1		1	66	1	5	1				2	1			1
17	17	1	25	24	1		6	3	2	8	1	2	5	4	21	1			1				2	45	3	4	1	1			3
18	18	1	1	23	1		6	1	2	4	1	1	2	1					2	48	4	2	1	48	4	2	1	1			1
19	19	1	1	31	1		2	2	7	17	2	1	1	4	30	1			1	60	5	1	1	57	4	4	1	1			1

idc	ini	c	dp	da	da	tdp	a	i	ntr	u	durult	o	durou	o	dur	r	a	p	c	a	tp	c	r	tperi	fi	sin	s	n
1	13	3	4	1	2	6,0	1	2	1	1	10	,	,	,	7	2	2	0	1	5	2	1	2	1	5	2	6	1
2	13	3	1	3	1	4,0	2	2	1	1	7	,	,	,	0	2	2	0	1	5	2	1	2	5	1	9	1	
3	13	3	8	1	2	3,0	2	2	1	5	60	,	,	,	4	2	1	0	1	10	1	2	1	2	10	1	3	1
4	12	3	4	2	5	10	1	2	1	1	15	,	,	,	7	2	2	0	1	9	1	2	1	9	2	2	2	5
5	12	3	2	1	2	11	1	2	2	8	1460	7	730	,	7	2	2	0	1	9	1	2	1	9	2	1	1	1
6	15	2	4	1	8	4,0	1	2	3	1	5	1	15	1	4	2	2	0	1	10	1	2	1	10	1	9	1	1
7	14	3	4	2	5	5,0	1	2	3	2	30	1	8	6	90	5	2	2	0	1	7	2	1	5	1	12	1	1
8	13	3	4	1	2	9,0	1	2	2	2	180	2	3	,	7	2	2	0	1	9	2	1	2	9	1	9	2	5
9	14	3	8	5	1	7,0	1	2	1	5	30	,	,	,	0	2	2	0	1	7	2	1	2	3	2	9	1	1
10	15	2	2	1	2	8,0	1	2	3	1	1	1	8	5	180	7	2	2	0	1	6	1	2	6	2	1	1	1
11	13	3	8	2	1	7,0	1	2	2	3	210	1	4	,	0	2	2	0	1	9	1	2	2	9	1	12	1	1
12	19	3	8	1	2	6,0	1	2	2	2	15	2	60	,	0	2	2	0	1	20	1	2	2	20	1	8	1	1
13	13	3	8	2	1	2,0	1	2	1	5	180	,	,	,	0	2	2	0	1	11	1	2	2	11	2	8	1	1
14	13	3	8	2	1	8,0	1	2	2	5	180	1	15	,	3	2	2	0	1	6	2	1	2	6	2	9	1	1
15	17	3	7	1	9	4,0	1	2	1	1	15	,	,	,	7	2	2	0	1	9	1	2	1	8	2	8	1	1
16	13	2	8	2	1	1,0	1	2	1	5	15	,	,	,	5	2	2	0	1	11	1	2	2	11	2	2	1	1
17	17	2	8	1	2	6,0	1	2	2	5	15	5	90	,	1	2	2	0	1	6	1	2	2	6	1	8	2	1
18	13	3	8	1	2	5,0	1	2	2	6	60	5	10	,	5	2	2	0	1	10	2	1	2	10	2	9	1	1
19	15	3	4	1	2	8,0	1	2	2	7	60	1	15	,	7	2	2	0	1	7	1	2	1	7	1	12	1	1

	co	s	n	c	fa	pa	ti	c	pa	ti	c	classes
1	,	1	,	,	2	1	4	2	10	1	2	26,50
2	,	1	,	,	1	,	,	,	,	,	,	18,50
3	,	1	,	,	1	,	,	,	,	,	,	18,50
4	1	1	,	,	1	,	,	,	,	,	,	26,50
5	,	1	,	,	2	12	1	1	,	,	,	34,50
6	,	2	1	4	1	,	,	,	,	,	,	26,50
7	,	2	2	5	1	,	,	,	,	,	,	26,50
8	9	2	2	1	1	,	,	,	,	,	,	26,50
9	,	1	,	,	1	,	,	,	,	,	,	26,50
10	,	2	2	4	2	7	2	2	,	,	,	26,50
11	,	1	,	,	2	3	2	1	,	,	,	34,50
12	,	1	,	,	2	1	4	1	,	,	,	26,50
13	,	1	,	,	1	,	,	,	,	,	,	18,50
14	,	1	,	,	1	,	,	,	,	,	,	26,50
15	,	1	,	,	2	7	1	1	,	,	,	26,50
16	,	1	,	,	1	,	,	,	,	,	,	26,50
17	6	1	,	,	1	,	,	,	,	,	,	26,50
18	,	2	1	1	2	1	4	2	7	5	2	26,50
19	,	2	1	4	2	1	4	1	,	,	,	34,50

	nú	s	co	id	e	dur	p	h	r	ha	a	cia	viv	ir	id	id	fi	idafi	idafi	p	pa	p	h	f	id	p	h	f	p	p		
20	20	1	3	27	1	,	2	3	4	14	2	3	8	2	34	,	1	,	,	2	63	1	3	1	61	4	4	1	1	,	1	
21	21	1	1	36	1	,	2	3	6	3	2	3	1	8	46	42	1	,	,	1	,	,	,	2	,	,	2	1	,	1		
22	22	1	26	15	1	,	2	4	4	9	2	3	5	13	29	20	1	,	,	2	49	3	4	1	48	4	4	1	1	,	1	
23	23	2	16	30	1	,	2	5	7	17	3	4	1	14	48	33	1	,	,	1	,	,	,	2	,	,	2	1	,	1		
24	24	2	10	28	3	2,0	2	2	4	1	2	2	1	2	27	,	1	,	,	1	51	4	3	1	49	6	4	1	1	,	1	
25	25	1	27	21	1	,	2	3	4	5	1	1	2	4	24	,	4	1,5	,	2	50	3	1	1	47	4	1	1	1	,	1	
26	26	1	22	38	3	3,0	2	3	4	4	1	2	2	4	42	,	4	9,0	,	2	64	3	4	1	62	3	4	1	1	,	1	
27	27	1	28	32	1	,	2	2	4	3	1	1	1	6	33	32	2	9,0	,	1	,	,	2	60	3	1	1	1	,	6		
28	28	1	1	34	1	,	5	4	2	3	2	3	1	5	38	26	1	,	,	1	,	,	2	67	4	4	1	1	,	1		
29	29	1	27	24	1	,	5	2	2	4	1	2	2	2	20	,	1	,	,	2	53	3	4	1	46	6	3	1	2	2	1	
30	30	2	29	24	3	60	6	3	2	8	1	2	5	5	30	18	1	,	,	2	50	3	4	1	49	6	4	1	1	,	1	
31	31	1	3	36	3	50	6	4	2	9	2	3	5	15	43	21	6	14	8,0	2	67	4	5	1	62	6	5	1	1	,	1	
32	32	1	1	36	3	3,0	2	3	4	5	2	3	2	4	38	,	2	6,0	,	2	65	1	2	1	64	6	4	1	1	,	1	
33	33	1	30	28	2	7,0	5	3	2	12	2	4	3	16	53	40	2	3,0	,	1	,	,	2	80	6	5	1	1	,	1		
34	34	1	5	37	2	14	5	4	2	12	2	3	3	12	45	31	6	13	11	1	,	,	2	66	6	4	1	1	,	1		
35	35	1	21	33	4	1,0	6	4	2	2	2	3	1	17	39	27	2	3,0	,	2	70	4	1	1	69	1	1	1	2	8	3	1
36	36	1	1	24	6	1,6	7	2	2	11	2	2	3	6	35	30	4	3,0	,	1	63	3	4	1	65	1	3	1	1	,	1	
37	37	2	17	17	1	,	6	3	7	3	1	3	8	4	14	,	1	,	,	2	45	4	1	1	44	4	1	1	2	6	2	1
38	38	2	30	27	1	,	2	3	4	4	2	2	2	4	33	,	1	,	,	1	,	,	2	56	3	4	1	1	,	1		

idc	ini	c	dp	da	da	tdp	a	i	ntr	u	durult	o	durou	o	dur	r	a	p	c	a	tp	c	r	tperi	fi	sin	s	n		
20	18	3	8	2	1	5,0	1	2	1	3	180	,	,	,	,	7	2	2	3	1	7	1	2	2	1	7	2	8	2	2
21	12	5	1	1	2	20	1	2	2	1	15	5	2	,	,	7	2	2	3	1	8	1	2	2	1	7	2	9	1	,
22	9	3	8	1	2	4,0	1	2	2	1	15	5	60	,	,	7	2	2	0	1	6	1	2	1	2	6	1	12	1	,
23	18	3	7	1	2	4,0	1	2	2	5	90	1	15	,	,	7	2	2	0	1	9	1	2	2	1	8	1	9	1	,
24	15	2	1	1	2	10	1	2	2	5	10	1	5	,	,	6	2	2	0	1	12	1	2	2	1	11	2	8	1	,
25	17	2	7	1	3	,09	1	2	2	5	5	1	5	,	,	6	2	2	0	1	10	1	2	2	1	10	2	8	1	,
26	13	3	8	1	2	5	11	1	2	3	270	7	90	1	15	7	2	2	0	1	7	1	2	1	2	7	2	2	2	1
27	12	1	1	4	1	2	14	1	2	3	1095	1	15	3	13	7	2	2	4	1	15	1	2	1	2	15	1	12	2	5
28	14	3	8	2	1	7,0	1	2	4	3	60	1	10	6	60	7	2	2	0	1	8	1	2	2	1	8	2	9	1	,
29	12	3	4	3	1	2	12	1	2	1	2	1185	,	,	,	7	2	2	0	1	5	1	2	2	1	5	1	12	2	4
30	14	3	4	1	2	6,0	1	2	1	3	180	,	,	,	,	3	2	2	0	1	7	1	2	2	1	7	2	9	2	4
31	14	3	7	1	2	11	1	2	1	1	11	,	,	,	,	3	2	2	0	1	12	1	2	2	1	12	2	11	1	,
32	15	3	8	1	2	16	1	2	3	1	7	5	480	1	20	6	2	2	0	1	9	1	2	2	1	8	2	11	1	,
33	17	3	8	1	2	3	6,0	1	2	1	5	,	,	,	,	7	2	2	0	1	12	2	1	2	1	12	2	9	1	,
34	12	3	8	1	2	16	1	2	2	1	21	3	270	,	,	7	2	2	4	1	12	1	2	2	1	12	1	11	2	1
35	10	3	4	3	1	23	1	2	2	4	180	3	180	,	,	5	2	2	3	1	15	1	2	1	2	15	1	11	1	,
36	14	3	8	1	2	8,0	1	2	2	1	15	6	30	,	,	6	2	2	0	1	13	2	1	2	1	13	2	2	1	,
37	8	7	8	1	2	3,8	1	2	3	2	7	3	90	2	75	1	2	1	1	1	7	2	2	2	1	7	2	12	1	,
38	13	3	4	1	2	10	1	2	2	3	730	3	7	,	,	1	1	2	0	1	23	2	1	2	1	23	2	12	1	,

nú	s	co	id	e	dur	p	h	r	ha	a	cla	viv	ir	id	id	fi	idafi	idafi	p	pa	p	h	f	id	p	h	f	p	p		
39	1	17	35	2	,80	6	3	2	11	1	2	3	3	34	29	1	,	,	2	58	3	4	1	58	3	4	1	1	,	1	
40	1	1	31	1	,	2	4	3	5	2	2	2	1	,	,	1	,	,	1	53	4	4	1	60	3	4	1	2	7	1	1
41	1	31	18	1	,	2	4	4	4	1	1	2	2	23	,	2	1,0	,	2	53	3	1	1	52	4	1	1	1	,	1	1
42	1	33	20	1	,	7	4	7	16	3	3	1	2	14	,	1	,	,	1	,	,	,	2	49	4	1	1	1	,	2	2
43	1	32	25	1	2,0	3	4	5	2	2	2	1	1	,	,	1	,	,	1	55	3	4	1	53	4	1	1	1	,	1	1
44	2	28	33	2	6,9	2	2	1	10	2	2	3	5	41	39	1	,	,	2	66	1	3	1	69	6	3	1	1	,	1	1
45	1	10	30	2	6,0	6	4	2	10	1	3	2	6	46	45	1	,	,	1	,	,	,	2	74	1	5	1	1	,	1	1
46	1	3	30	1	,	2	4	4	4	2	3	2	3	,	,	1	,	,	2	69	4	4	1	65	6	4	1	1	,	1	1
47	1	24	28	1	,	9	2	4	4	1	1	2	3	35	32	1	,	,	2	63	5	1	1	63	4	1	1	1	,	1	1
48	1	8	22	1	,	6	2	2	4	1	2	2	4	17	,	1	,	,	2	48	4	2	1	43	3	2	1	1	,	1	1
49	1	28	32	1	,	2	2	4	2	1	1	1	18	54	21	1	,	,	1	82	3	1	1	65	4	2	1	1	,	1	1
50	1	1	28	1	,	2	2	7	3	2	1	1	4	26	,	1	,	,	1	56	3	3	1	54	6	3	1	1	,	1	1

idc	ini	c	dp	da	da	tdp	a	i	ntr	u	durult	o	durou	o	dur	r	a	p	c	a	tp	c	r	tperi	fi	sin	s	n		
39	20	3	8	1	3	, 1,6	2	2	0	0	0	,	,	,	,	3	2	2	0	2	35	2	1	2	1	28	1	8	1	,
40	13	2	8	1	2	, 17	2	2	1	1	7	,	,	,	,	3	1	1	0	1	29	2	1	2	1	29	2	13	1	,
41	13	2	8	1	2	, 4,0	2	1	1	3	30	,	,	,	,	1	2	1	0	1	8	2	1	2	1	8	1	4	1	,
42	18	3	8	1	2	, ,60	2	2	0	0	0	,	,	,	,	6	2	1	0	1	9	2	1	2	1	9	2	5	1	,
43	15	3	2	1	2	, 1,6	1	2	1	1	195	,	,	,	,	1	1	1	0	1	15	1	2	1	2	15	1	6	1	,
44	14	2	8	1	2	, 12	1	2	1	1	730	,	,	,	,	1	1	1	2	1	7	2	1	2	1	5	2	6	2	1
45	13	2	2	1	2	4 7,0	1	2	1	2	910	,	,	,	,	7	2	2	0	1	7	2	1	2	1	7	2	12	2	1
46	17	3	2	1	2	, 13	2	2	0	0	0	,	,	,	,	7	2	2	0	1	60	2	2	2	1	5	2	3	2	1
47	15	2	4	1	2	, 9,0	1	2	3	8	300	5	2190	3	3	1	1	1	0	1	60	2	1	2	1	5	2	9	1	,
48	13	3	2	1	2	, 6,0	2	2	0	0	0	,	,	,	,	7	2	2	0	1	30	2	1	2	1	7	2	10	1	,
49	13	3	8	1	2	, 8,0	1	1	3	7	90	7	90	7	90	0	1	1	2	1	30	1	2	1	2	10	1	14	1	,
50	15	2	4	1	2	, 12	1	1	3	1	4	3	180	3	450	7	2	2	0	1	15	2	1	2	1	7	2	15	1	,

	co	s	n	c	fa	pa	ti	c	pa	ti	c	classes
39	,	1	,	,	2	3	4	2	3	4	2	34,50
40	,	1	,	,	1	,	,	,	,	,	,	34,50
41	,	1	,	,	2	3	1	1	,	,	,	18,50
42	,	1	,	,	1	,	,	,	,	,	,	18,50
43	,	1	,	,	1	,	,	,	,	,	,	26,50
44	1	1	,	,	2	8	3	2	8	3	2	34,50
45	2	2	1	3	1	,	,	,	,	,	,	26,50
46	3	1	,	,	2	3	1	2	,	,	,	26,50
47	,	1	,	,	2	3	1	1	,	,	,	26,50
48	,	2	1	1	1	,	,	,	,	,	,	18,50
49	,	2	1	4	2	3	1	1	,	,	,	34,50
50	,	1	3	3	1	,	,	,	,	,	,	26,50

nú	s	co	id	e	du	p	h	r	ha	a	cl	viv	ir	id	id	fi	id	id	id	pa	p	pa	p	h	f	f	p	fi			
1	1	2	3	20	1	4	2	4	18	1	2	9	6	22	10	1	22	10	1	1	54	4	3	1	.	.	2	1	.		
2	2	2	9	18	1	4	2	4	20	1	2	2	2	21	.	1	.	.	.	2	42	3	4	1	42	4	3	1	.		
3	3	2	1	19	1	4	2	7	17	1	4	1	3	25	22	1	25	22	1	2	48	4	4	1	48	6	4	1	.		
4	4	1	1	20	1	4	2	4	4	1	1	2	2	10	.	1	.	.	.	2	46	3	2	1	41	6	4	1	.		
5	5	1	2	19	1	4	2	4	8	1	1	5	2	25	.	1	.	.	.	2	54	5	1	1	53	5	1	1	.		
6	6	2	1	20	1	4	2	4	4	1	3	5	2	24	.	1	.	.	.	2	49	4	4	1	47	4	4	1	.		
7	7	2	13	20	1	4	2	4	8	1	2	5	4	23	.	1	.	.	.	1	57	3	3	1	.	.	.	2	1	.	
8	8	2	9	19	1	4	2	4	4	1	3	5	4	13	.	1	.	.	.	2	41	4	3	1	38	4	3	1	1	.	
9	9	1	1	19	1	4	2	4	4	1	2	2	1	.	.	1	.	.	.	2	55	1	3	1	55	6	4	1	1	.	
10	10	1	14	19	1	4	2	4	8	1	1	5	2	23	.	1	.	.	.	2	48	4	1	1	49	4	1	1	1	.	
11	11	1	10	18	1	4	2	4	4	1	2	2	1	.	.	1	.	.	.	2	48	4	4	1	49	4	1	1	1	.	
12	12	1	5	20	1	4	2	4	4	2	3	2	1	.	.	1	.	.	.	2	52	4	3	1	52	6	4	1	2	7	1
13	13	1	8	18	1	4	2	4	8	2	2	5	2	19	.	1	.	.	.	2	53	4	1	1	52	6	4	1	1	.	.
14	14	1	6	19	1	4	2	4	8	2	3	5	2	21	.	1	.	.	.	2	47	4	4	1	39	6	3	1	1	.	.
15	15	1	4	19	1	4	2	4	8	1	3	5	4	29	.	1	.	.	.	1	.	.	.	2	59	6	4	1	1	.	.
16	16	2	1	20	1	4	2	4	4	1	2	2	2	29	.	1	.	.	.	2	49	3	3	1	48	6	3	1	1	.	.
17	17	2	11	19	1	4	2	4	4	1	2	2	2	26	.	1	.	.	.	2	53	3	4	1	52	6	4	1	1	.	.
18	18	1	1	18	1	4	2	4	4	1	3	2	2	28	.	1	.	.	.	2	51	4	3	1	50	6	3	1	1	.	.
19	19	1	10	19	1	4	2	4	8	1	2	10	6	17	15	1	17	15	1	2	45	3	4	1	38	3	4	1	1	.	.

nú	s	co	id	e	du	p	h	r	ha	a	cl	viv	ir	id	id	fi	id	id	pa	p	h	f	id	p	h	f	f	p	ti
20	2	2	19	1		4	2	4	4	1	2	5	2	23	,	1	,			1	,	2	49	4	2	1	1	,	
21	2	11	19	1		4	2	4	9	1	3	5	2	16	,	1	,		2	48	4	4	1	39	6	4	1	1	,
22	2	1	19	1		4	2	4	20	1	2	11	1		,	1	,		2	49	3	2	1	48	3	1	1	1	,
23	1	15	19	1		4	2	4	9	1	3	2	2	10	,	1	,		2	40	4	4	1	36	4	4	1	1	,
24	2	1	18	1		4	2	4	4	1	2	2	2	13	,	1	,		2	46	4	2	1	41	4	2	1	1	,
25	2	1	18	1		4	2	4	4	1	3	5	8	28	20	1	,		2	55	4	4	1	55	6	4	1	1	,
26	1	1	19	1		4	2	4	4	1	2	2	1		,	1	,		2	44	4	1	1	44	4	2	1	1	,
27	1	8	19	1		4	2	4	8	1	1	2	5	20	15	1	,		2	48	4	1	1	48	4	3	1	1	,
28	2	9	18	1		4	2	4	4	1	2	2	2	21	,	1	,		2	42	3	4	1	42	4	3	1	1	,
29	2	1	18	1		4	2	4	8	1	2	5	3	16	16	1	,		2	43	3	3	1	41	4	1	1	1	,
30	1	1	20	1		4	2	4	4	2	1	2	1		,	1	,		2	44	5	1	1	39	4	1	1	1	,
31	1	1	19	1		4	2	4	4	1	3	2	1		,	1	,		2	44	4	3	1	45	6	4	1	1	,
32	2	1	19	1		4	2	4	4	1	3	5	3	27	10	1	,		2	56	3	4	1	48	6	4	1	1	,
33	1	2	19	1		4	2	4	4	1	2	2	1		,	1	,		2	45	4	3	1	40	4	4	1	1	,
34	2	10	19	1		4	2	4	4	1	3	2	5	27	25	2	8	3	2	53	2	3	1	52	6	4	1	1	,
35	2	3	20	1		4	2	4	18	1	2	2	2	24	,	1	,		2	49	3	4	1	49	6	4	1	1	,
36	2	16	19	1		4	2	4	18	1	2	10	10	27	23	1	,		1	,	,	2	53	4	1	1	1	,	
37	2	9	19	1		4	2	4	8	1	3	5	3	22	16	1	,		2	46	1	2	1	46	4	3	1	1	,
38	1	1	18	1		4	2	4	4	2	3	2	1		,	1	,		2	45	3	3	1	43	6	4	1	1	,

nú	s	co	id	e	du	p	h	r	ha	a	cl	viv	ir	id	id	fi	id	id	p	pa	p	h	id	p	h	f	id	p	h	f	p	ti
39	2	1	19	1		4	2	4	4	1	3	2	1			1			1			2	42	4	3	1	1					
40	2	2	23	1		4	2	4	2	1	4	1	11	36	29	1			1				2	58	6	4	1	1				
41	2	8	19	1		4	2	4	8	1	3	5	3	18	10	1			2	43	1	3	1	42	3	4	1	1				
42	2	11	20	1		4	2	4	4	2	3	10	4	26		1			2	51	3	4	1	51	6	4	1	1				
43	2	17	19	1		4	2	4	5	1	4	2	1			1			2	39	2	4	1	39	6	4	1	1				
44	1	20	21	1		4	2	4	4	2	2	2	1			1			2	48	3	4	1	46	6	4	1	1				
45	1	1	19	1		4	2	4	5	1	3	5	2	21		1			2	48	4	4	1	46	6	4	1	1				
46	2	2	18	1		4	2	4	8	1	3	5	2	23		1			2	48	4	4	1	45	6	4	1	2	8	3		
47	2	2	19	1		4	2	4	4	1	1	2	1			1			2	39	5	1	1	46	4	3	1	1				
48	2	18	20	1		4	2	4	20	1	3	11	1			1			1				2	50	4	4	1	1				
49	2	19	19	1		4	2	4	4	1	3	2	2	16		1			2	40	3	4	1	38	3	4	1	1				
50	1	12	20	1		4	2	4	8	1	2	5	4	22		1			2	47	3	4	1	46	6	4	1	2	4	7		
51	1	14	19	1		4	2	4	4	1	3	2	4	16		1			2	45	3	4	1	45	4	2	1	1				
52	1	1	18	1		4	2	4	17	1	2	2	5	30	29	1			2	58	3	4	1	60	6	4	1	1				
53	1	3	19	1		4	2	4	8	2	3	1	3	29	25	1			2	53	3	4	1	52	3	4	1	1				
54	1	10	20	1		4	2	4	4	1	3	5	1			1			2	41	4	4	1	41	6	4	1	1				
55	2	20	20	1		4	2	4	4	1	3	2	1			1			1	42	4	4	1	44	4	2	1	1				
56	2	3	19	1		4	2	4	4	1	3	2	1			1			2	43	3	4	1	43	4	4	1	1				
57	2	3	18	1		4	2	4	18	1	3	2	4	24		1			2	49	3	4	1	48	3	4	1	1				

	nú	s	co	id	e	du	p	h	r	ha	a	cl	viv	ir	id	id	fi	id	id	p	pa	p	h	f	id	p	h	f	f	p	ti
58	58	1	8	19	1	,	4	2	4	8	1	3	10	4	9	,	1	,		2	42	4	4	1	42	6	4	1	1	,	,
59	59	2	12	18	1	,	4	2	4	4	1	3	5	6	30	26	1	,		2	50	1	3	1	49	6	4	1	1	,	,
60	60	2	6	18	1	,	4	2	4	4	1	3	2	1	,	,	1	,		2	48	4	4	1	46	4	3	1	1	,	,
61	61	2	6	19	1	,	4	2	4	18	1	2	10	5	18	10	1	,		2	44	3	4	1	41	3	4	1	1	,	,
62	62	1	6	19	1	,	4	2	4	4	1	3	2	2	25	,	1	,		2	49	2	4	1	44	3	4	1	1	,	,
63	63	2	1	19	1	,	4	2	4	9	1	3	5	4	12	,	1	,		2	40	3	4	1	44	4	4	1	1	,	,
64	64	2	3	18	1	,	4	2	4	4	1	2	2	1	,	,	1	,		2	44	4	1	46	4	2	1	1	,	,	

nú	id	id	id	her	m	met	cod	bup	trama	i	q2	f	q3	i	q4	q5	q6	se	se	se	se	total	de	a	ta
1	17	17	18	1,0	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	4	1	0	1	1	5	13	15	7	40	9	2	71
2	14	15	0	,50	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	4	1	0	1	0	3	8	6	1	18	7	2	72
3	18	18	18	,00	,0	0	,10	,00	,000	1	0	1	0	2	3	1	2	2	11	6	4	23	10	3	52
4	16	18	19	1,5	,0	0	,00	,04	,010	2	26	1	0	2	11	1	2	13	15	17	7	52	14	2	66
5	17	17	19	,50	,0	0	,00	1,0	5,00	2	22	2	9	1	0	0	2	15	12	18	3	48	14	3	59
6	18	20	20	,75	,0	0	,00	,00	,000	2	7	2	4	1	0	1	1	5	13	11	7	36	13	2	72
7	17	18	18	1,0	,0	0	,00	,00	,000	2	8	1	0	1	0	1	0	2	12	6	1	21	8	3	60
8	20	20	20	,25	,0	0	,00	,00	,000	2	17	1	0	1	0	2	2	14	15	16	7	52	10	3	58
9	17	19	20	,50	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	2	1	0	1	0	9	9	0	2	20	9	2	66
10	16	18	20	1,0	,0	0	,00	,00	,000	2	26	1	0	1	0	1	0	12	12	14	10	48	9	2	68
11	13	15	15	,50	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	17	1	0	3	2	3	6	15	5	29	8	1	44
12	19	19	22	1,0	,0	0	,00	,00	,004	1	0	2	3	2	5	1	0	3	4	14	6	27	13	2	70
13	21	21	0	,50	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	10	1	0	1	1	1	4	1	2	8	6	2	68
14	18	18	20	,25	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	4	1	0	2	0	2	6	8	5	21	4	3	59
15	21	24	24	,25	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	6	1	0	1	1	1	11	4	1	17	9	2	61
16	15	16	26	,50	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	8	1	0	1	0	3	7	10	6	26	9	2	66
17	17	17	21	2,5	,0	0	,00	,00	,000	2	30	1	0	1	0	1	0	8	15	5	4	32	11	1	49
18	18	18	19	2,0	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	6	2	3	0	1	8	12	5	2	27	10	2	61
19	21	24	24	,50	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	8	1	0	1	0	7	11	11	4	33	7	3	59

	f1	f2	f3	i	p	c	ipc	isg	ips	ts	so	ob	se	dep	an	ho	an	id	psi	c	opiáceos	isgr	ipsr	tspr
1	26	20	25	39	37	37	113	63	55	68	68	56	63	53	55	62	60	64	61	1	1,00	2,04	2,33	79,0
2	24	22	26	27	24	20	71	63	52	80	64	59	64	63	57	60	61	64	64	1	,50	2,06	2,08	89,0
3	18	15	19	20	35	25	80	61	57	62	59	56	66	60	52	57	59	68	59	1	,10	1,94	2,50	70,0
4	25	20	21	37	35	32	104	64	52	80	69	59	55	60	63	61	62	61	58	1	1,55	2,13	2,13	90,0
5	21	19	19	33	25	25	83	61	55	66	70	57	55	55	57	54	52	69	58	1	6,50	1,96	2,35	75,0
6	26	22	24	34	26	34	94	68	58	80	69	64	58	64	61	70	63	52	65	1	,75	2,46	2,57	86,0
7	20	19	21	37	28	25	90	67	57	75	63	59	64	61	59	63	61	68	67	1	1,00	2,34	2,48	85,0
8	22	15	21	29	27	26	82	64	53	80	71	57	60	59	59	58	43	61	61	1	,25	2,14	2,19	88,0
9	27	20	19	35	25	18	78	68	57	80	67	62	58	59	58	59	67	65	75	1	,50	2,46	2,48	89,0
10	26	20	22	37	28	27	92	72	65	70	63	65	67	68	62	72	63	73	80	1	1,00	2,76	3,02	82,0
11	18	11	15	35	22	23	80	49	42	55	51	50	46	50	45	44	0	52	63	0	,50	1,02	1,56	59,0
12	29	23	18	31	26	27	84	64	55	74	67	57	66	60	56	64	59	61	60	1	1,00	2,14	2,30	84,0
13	26	18	24	31	28	30	89	50	37	67	51	51	52	48	46	53	54	55	54	0	,50	1,12	1,31	77,0
14	15	24	20	29	21	21	71	44	44	44	46	43	46	47	46	53	0	0	45	0	,25	,69	1,68	37,0
15	25	16	20	32	29	27	88	49	42	56	52	45	49	53	50	54	43	52	47	0	,25	1,08	1,59	61,0
16	28	18	20	36	33	33	102	62	53	69	60	55	52	61	59	63	62	58	69	0	,50	2,03	2,29	80,0
17	20	9	20	35	23	24	82	62	55	68	65	56	60	59	58	70	43	62	59	1	2,50	2,03	2,35	78,0
18	23	19	19	29	26	22	77	67	56	80	67	59	60	61	65	70	59	58	68	1	2,00	2,34	2,43	87,0
19	22	20	17	27	25	26	78	61	53	67	62	60	55	60	53	58	54	60	61	0	,50	1,89	2,21	77,0

	sor	obr	ser	der	ansr	hosr	ansfr	idpar	psicr	per2	per3	per4	cons	dia	depen	t1	t2	t3
1	2,17	1,90	2,67	1,85	1,70	2,17	1,28	2,50	1,90	,00	1,33	,00	8	8	7	36,6	28,2	35,2
2	1,75	2,20	2,89	2,62	1,50	1,83	1,43	2,50	1,90	,00	1,33	,00	3	2	17	33,3	30,6	36,1
3	1,25	1,90	3,00	2,69	1,40	1,50	1,29	2,50	1,50	,00	,00	1,00	0	0	0	34,6	28,8	36,5
4	2,33	2,20	1,78	2,62	2,40	2,17	1,57	2,17	1,40	8,67	,00	3,67	10	8	7	37,9	30,3	31,8
5	2,50	2,00	1,78	2,23	1,90	1,17	,57	2,33	1,40	7,33	3,00	,00	16	16	14	35,6	32,2	32,2
6	2,42	2,80	2,11	3,00	2,20	3,33	1,71	1,17	2,30	2,33	1,33	,00	5	3	3	36,1	30,6	33,3
7	1,67	2,30	2,89	2,77	2,10	2,50	1,43	3,00	2,20	2,67	,00	,00	9	8	8	33,3	31,7	35,0
8	2,67	2,10	2,44	2,46	2,10	1,67	,11	2,17	1,70	5,67	,00	,00	8	8	8	37,9	25,9	36,2
9	2,17	2,60	2,11	2,46	2,00	1,83	2,29	2,67	2,80	,00	,67	,00	8	6	5	40,9	30,3	28,8
10	1,75	2,90	3,22	3,31	2,30	2,83	1,71	3,50	3,00	8,67	,00	,00	8	6	4	38,2	29,4	32,4
11	,58	1,20	,89	1,46	,80	,33	,00	1,17	1,80	,00	5,67	,00	25	23	23	40,9	25,0	34,1
12	2,08	2,00	3,00	2,62	1,80	2,50	1,29	2,17	1,60	,00	1,00	1,67	9	9	6	41,4	32,9	25,7
13	,58	1,40	1,44	1,31	,90	1,00	,71	1,50	1,10	,00	3,33	,00	1	1	22	38,2	26,5	35,3
14	,33	,70	,89	1,23	,90	1,00	,00	,00	,50	,00	1,33	,00	7	7	5	25,4	40,7	33,9
15	,67	,90	1,22	1,85	1,30	1,17	,14	1,17	,60	,00	2,00	,00	9	6	6	41,0	26,2	32,8
16	1,42	1,90	1,44	2,77	2,10	2,33	1,57	1,67	2,30	,00	2,67	,00	12	11	1	42,4	27,3	30,3
17	1,92	1,90	2,33	2,46	2,00	3,33	,14	2,33	1,50	10,0	,00	,00	7	7	3	40,8	18,4	40,8
18	2,17	2,20	2,44	2,77	2,60	3,33	1,29	1,83	2,30	,00	2,00	1,00	5	5	4	37,7	31,1	31,1
19	1,58	2,40	1,78	2,69	1,50	1,67	,71	2,00	1,70	,00	2,67	,00	10	7	7	37,3	33,9	28,8

	medco	sexo	famdrog	parentes	tipdroga	consumo	parent2	tipo	var00001	filter_\$	rtas
1	,44	1	2	1	4	2	10	1	2	1	40,500
2	,44	1	1	,	,	,	,	,	,	0	43,000
3	,33	1	1	,	,	,	,	,	,	1	7,000
4	4,11	1	1	,	,	,	,	,	,	1	27,000
5	3,44	1	2	12	1	1	,	,	,	1	14,000
6	1,22	1	1	,	,	,	,	,	,	1	43,000
7	,89	1	1	,	,	,	,	,	,	1	16,000
8	1,89	1	1	,	,	,	,	,	,	1	12,000
9	,22	1	1	,	,	,	,	,	,	1	27,000
10	2,89	1	2	7	2	2	,	,	,	1	35,000
11	1,89	1	2	3	2	1	,	,	,	1	1,000
12	,89	1	2	1	4	1	,	,	,	1	38,000
13	1,11	1	1	,	,	,	,	,	,	0	35,000
14	,44	1	1	,	,	,	,	,	,	1	14,000
15	,67	1	2	7	1	1	,	,	,	1	19,000
16	,89	1	1	,	,	,	,	,	,	1	27,000
17	3,33	1	1	,	,	,	,	,	,	1	5,000
18	1,00	1	2	1	4	2	7	5	2	1	19,000
19	,89	1	2	1	4	1	,	,	,	1	14,000

	rfr001	ptas
1	,8100	81,00
2	,8600	86,00
3	,1400	14,00
4	,5400	54,00
5	,2800	28,00
6	,8600	86,00
7	,3200	32,00
8	,2400	24,00
9	,5400	54,00
10	,7000	70,00
11	,0200	2,00
12	,7600	76,00
13	,7000	70,00
14	,2800	28,00
15	,3800	38,00
16	,5400	54,00
17	,1000	10,00
18	,3800	38,00
19	,2800	28,00

	f1	f2	f3	i	p	c	ipc	isg	ips	ts	so	ob	se	dep	an	ho	an	id	psi	c	opiáceos	isgr	ipsr	tspr
20	20	13	28	41	27	20	88	56	46	67	60	53	52	52	57	56	61	54	56	0	1,05	1,50	1,77	76,0
21	24	20	26	25	32	29	86	57	51	58	60	60	55	55	51	58	50	62	59	0	,25	1,62	2,28	64,0
22	29	24	25	27	30	29	86	62	57	64	70	59	57	54	56	62	54	66	58	1	,50	1,99	2,45	73,0
23	25	17	29	31	27	24	82	59	51	63	58	55	59	52	58	53	57	61	55	0	1,00	1,94	2,30	76,0
24	31	20	16	28	27	22	77	62	55	67	65	63	59	64	48	53	55	64	56	1	1,00	2,29	2,54	81,0
25	22	8	18	33	29	24	86	63	55	68	64	66	55	60	65	51	52	64	56	1	,50	2,02	2,33	78,0
26	18	11	27	33	26	23	82	67	61	67	67	53	60	63	61	73	0	72	67	1	,50	2,32	2,71	77,0
27	17	11	27	27	28	25	80	63	56	68	69	57	58	54	61	67	54	61	64	1	3,50	2,10	2,39	79,0
28	26	20	20	23	28	26	77	59	52	67	56	57	63	54	55	58	43	62	63	1	5,00	1,74	2,07	76,0
29	30	21	29	26	26	27	79	66	55	80	67	66	56	63	60	69	57	64	56	1	2,00	2,27	2,37	86,0
30	27	15	19	39	18	22	79	70	64	67	71	65	62	67	67	57	63	66	65	1	3,00	2,80	3,07	82,0
31	31	21	28	30	27	31	88	61	53	68	60	55	49	57	60	68	63	63	59	1	6,00	1,93	2,20	79,0
32	33	19	22	39	17	20	76	62	53	70	66	52	58	56	63	60	57	58	65	1	9,50	1,98	2,19	81,0
33	22	18	25	33	25	28	86	58	49	68	61	53	60	56	51	61	52	57	58	0	2,00	1,66	1,91	78,0
34	32	21	15	27	37	33	97	49	51	47	45	43	43	42	63	56	66	48	44	1	1,50	,97	2,07	42,0
35	28	10	18	31	30	30	91	59	57	58	63	64	50	59	46	62	56	60	55	1	1,50	1,78	2,46	65,0
36	22	19	20	24	23	26	73	59	50	67	58	52	56	54	66	60	57	55	51	0	1,00	1,70	2,01	76,0
37	20	18	13	40	20	22	82	51	51	51	59	48	53	52	50	43	47	60	38	0	1,00	1,40	2,33	54,0
38	25	23	19	29	12	17	58	56	54	57	62	55	53	59	52	60	55	61	48	0	,50	1,80	2,45	66,0

	sor	obr	ser	der	ansr	hosr	ansfr	idpar	psicr	per2	per3	per4	cons	dia	depen	t1	t2	t3
20	1,50	1,60	1,44	1,77	1,90	1,50	1,43	1,33	1,30	,00	1,67	,00	8	7	5	32,8	21,3	45,9
21	1,33	2,40	1,78	2,23	1,30	1,67	,43	2,33	1,50	,00	2,00	,00	20	8	8	34,3	28,6	37,1
22	2,50	2,30	2,00	2,07	1,80	2,33	,71	2,83	1,40	6,00	,00	,00	5	5	3	37,2	30,8	32,1
23	1,67	2,00	2,33	2,23	2,40	1,33	1,29	2,33	1,20	,00	,67	,00	10	4	2	35,2	23,9	40,8
24	2,33	2,80	2,33	3,31	1,80	1,33	1,14	2,83	1,70	,00	3,67	2,00	11	10	9	46,3	29,9	23,9
25	1,83	3,00	1,78	2,69	2,60	,83	,57	2,50	1,30	5,00	2,33	,00	4	1	1	45,8	16,7	37,5
26	2,16	1,60	2,33	2,92	2,30	3,67	,00	3,33	2,20	5,67	,00	4,33	11	11	7	32,1	19,6	48,2
27	2,42	2,00	2,11	2,08	2,30	3,00	,71	2,00	1,90	10,0	,00	2,00	20	19	19	30,9	20,0	49,1
28	,92	2,20	2,67	2,15	1,70	1,67	,14	2,33	1,80	,00	3,00	3,00	20	16	16	39,4	30,3	30,3
29	2,08	3,10	1,89	2,85	2,10	3,17	1,00	2,50	1,30	5,33	,00	4,33	9	6	3	37,5	26,3	36,3
30	3,08	3,10	2,67	3,15	3,30	1,83	2,14	3,00	2,60	9,00	,00	,00	6	6	6	44,3	24,6	31,1
31	1,33	1,90	1,22	2,31	2,10	3,17	1,71	2,50	1,50	7,67	,00	,00	22	19	17	38,8	26,3	35,0
32	2,00	2,00	2,11	2,23	2,40	1,83	1,00	1,83	2,00	,00	1,33	4,33	18	14	13	44,6	25,7	29,7
33	1,50	1,60	2,33	2,23	1,30	2,00	,57	1,67	1,40	,00	,67	,00	11	10	10	33,8	27,7	38,5
34	,25	,70	,67	,77	2,50	1,33	2,14	2,67	,40	,00	2,33	,00	20	20	19	47,1	30,9	22,1
35	1,75	2,80	1,22	2,46	,90	2,17	,86	2,00	1,20	,00	8,00	,00	23	22	20	50,0	17,9	32,1
36	1,17	1,50	1,89	2,15	2,70	1,83	1,00	1,50	,90	,00	3,67	,00	8	8	7	36,1	31,1	32,8
37	1,75	1,20	1,67	2,23	1,50	,34	,28	2,17	,20	9,33	,00	,00	5	1	1	39,2	35,3	25,5
38	2,00	1,90	1,67	2,85	1,70	2,17	1,14	2,33	,60	,00	6,67	,00	12	12	12	37,3	34,3	28,4

medco	sexo	famdrog	parentes	tipdroga	consumo	parent2	tipo	var00001	filter_\$	rtas
20	1	2	1	4	2	,	,	,	1	19,000
21	1	2	1	4	1	3	3	2	1	38,000
22	1	1	,	,	,	,	,	,	1	47,000
23	2	2	3	1	1	,	,	,	1	40,500
24	2	1	,	,	,	,	,	,	1	31,500
25	1	2	7	1	2	,	,	,	1	4,000
26	1	2	7	3	2	,	,	,	1	9,500
27	1	1	,	,	,	,	,	,	1	8,000
28	1	1	,	,	,	,	,	,	1	27,000
29	1	2	3	1	1	,	,	,	1	49,000
30	2	2	1	4	2	7	2	2	1	19,000
31	1	2	3	2	2	3	2	2	1	49,000
32	1	2	4	3	1	,	,	,	1	46,000
33	1	2	9	1	1	7	1	2	1	23,500
34	1	2	10	1	1	9	1	2	1	35,000
35	1	1	,	,	,	,	,	,	1	9,500
36	1	2	3	2	2	4	3	2	1	19,000
37	2	2	5	1	2	7	1	2	1	6,000
38	2	1	,	,	,	,	,	,	1	31,500

	rfr001	ptas
20	,3800	38,00
21	,7600	76,00
22	,9400	94,00
23	,8100	81,00
24	,6300	63,00
25	,0800	8,00
26	,1900	19,00
27	,1600	16,00
28	,5400	54,00
29	,9800	98,00
30	,3800	38,00
31	,9800	98,00
32	,9200	92,00
33	,4700	47,00
34	,7000	70,00
35	,1900	19,00
36	,3800	38,00
37	,1200	12,00
38	,6300	63,00

nú	id	id	id	her	m	met	cod	bup	trama	i	q2	f	q3	i	q4	q5	q6	se	se	se	se	total	de	a	ta
39	39	34	35	,25	,0	0	,00	,00	,000	2	4	2	2	1	0	2	1	4	3	4	5	16	7	1	47
40	40	16	18	,50	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	9	1	0	1	2	6	12	12	0	30	10	2	73
41	41	14	14	1,5	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	18	1	0	1	1	5	0	9	5	19	10	3	57
42	42	16	18	,50	,0	0	,00	,00	,000	2	12	1	0	1	0	1	2	8	10	18	10	46	3	2	80
43	43	17	20	,75	,0	0	,00	,00	,000	2	7	2	7	2	7	1	1	0	0	2	0	2	0	2	72
44	44	21	25	2,0	,0	0	,00	,00	,040	2	13	1	0	1	0	1	1	15	15	17	0	47	10	2	66
45	45	15	18	,25	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	5	1	0	1	0	3	10	6	8	27	4	2	67
46	46	17	17	,50	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	11	1	0	2	1	4	11	8	0	23	10	2	65
47	47	19	20	,50	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	15	1	0	1	2	6	14	9	5	34	8	1	47
48	48	15	17	,50	,0	0	,00	,00	,000	1	0	2	6	2	4	1	2	7	11	10	6	34	8	2	64
49	49	20	22	,50	,0	500	,00	,00	,001	1	0	2	14	1	0	0	2	6	7	16	8	37	11	2	70
50	50	16	17	,25	,0	0	,00	,00	,000	2	20	1	0	1	0	0	1	3	9	10	1	23	11	2	67

f1	f2	f3	i	p	c	ipc	isg	ips	ts	so	ob	se	dep	an	ho	an	id	psi	c	opiáceos	isgr	ipsr	tspr
39	19	12	16	45	25	24	94	40	34	46	39	41	40	39	49	0	51	45	0	,25	,53	1,20	40,0
40	28	20	25	32	21	34	87	65	58	68	55	62	63	56	61	57	65	63	1	,50	2,19	2,53	78,0
41	18	16	23	26	21	25	72	49	54	46	54	49	44	42	49	0	54	0	0	1,50	1,04	2,29	41,0
42	33	20	27	36	27	31	94	54	58	50	53	56	53	45	56	56	63	61	0	,50	1,41	2,54	50,0
43	31	17	24	37	35	31	103	62	61	58	55	60	54	61	63	57	65	58	1	,75	2,02	2,80	65,0
44	21	21	24	32	9	23	64	68	63	67	63	64	61	62	68	62	64	57	1	2,04	2,69	2,99	81,0
45	27	15	25	29	29	31	89	53	50	56	54	56	49	50	54	52	60	50	0	,25	1,32	1,98	60,0
46	24	21	20	35	27	35	97	53	45	60	56	56	51	49	51	54	54	51	0	,50	1,30	1,75	67,0
47	14	15	18	33	22	23	78	49	39	58	47	52	50	44	49	0	57	50	0	,50	1,00	1,43	63,0
48	24	19	21	30	17	14	61	58	47	70	55	54	52	54	68	49	60	58	0	,50	1,70	1,89	81,0
49	32	21	17	27	29	31	87	59	56	62	60	51	53	58	63	56	60	60	1	,50	1,82	2,38	69,0
50	17	21	29	34	22	22	78	54	52	56	50	57	51	50	65	47	60	53	0	,25	1,41	2,12	60,0

	sor	obr	ser	der	ansr	hosr	ansfr	idpar	psicr	per2	per3	per4	cons	dia	depen	t1	t2	t3
39	,42	,40	,56	,61	,40	,67	,00	1,00	,50	1,33	,67	,00	1	1	0	40,4	25,5	34,0
40	2,58	1,80	2,56	2,85	1,80	2,00	1,00	2,67	1,80	,00	3,00	,00	15	14	13	38,4	27,4	34,2
41	2,17	1,70	1,11	,92	,60	,67	,00	1,33	,00	,00	6,00	,00	4	4	4	31,6	28,1	40,4
42	,75	1,60	1,89	1,85	,80	1,50	,86	2,50	1,70	4,00	,00	,00	4	2	2	41,3	25,0	33,8
43	2,08	1,90	2,33	2,15	2,20	2,33	1,00	2,67	1,40	2,33	2,33	2,33	8	8	5	43,1	23,6	33,3
44	2,92	2,90	2,89	3,08	2,80	3,50	2,00	2,83	1,50	4,33	,00	,00	12	12	8	31,8	31,8	36,4
45	1,17	1,70	1,89	1,38	2,10	1,17	,57	2,00	,80	,00	1,67	,00	15	15	12	40,3	22,4	37,3
46	,67	1,90	1,89	1,69	1,10	,83	,71	1,33	,90	,00	3,67	,00	13	13	13	36,9	32,3	30,8
47	,75	1,00	1,44	1,46	,70	67,0	,00	1,67	,80	,00	5,00	,00	9	9	8	29,8	31,9	38,3
48	1,58	1,80	1,67	1,77	1,60	3,17	,43	2,00	1,40	,00	2,00	1,33	7	7	5	37,5	29,7	32,8
49	1,75	2,50	1,33	1,85	2,00	2,33	,86	2,00	1,60	,00	4,67	,00	12	10	10	45,7	30,0	24,3
50	1,00	1,30	2,00	1,62	1,20	2,67	,29	2,00	1,00	6,67	,00	,00	12	12	11	25,4	31,3	43,3

medco	sexo	famdrog	parentes	tipdroga	consumo	parent2	tipo	var00001	filter_\$	rtas
39	1	2	3	4	2	3	4	2	1	2,500
40	1	1	,	,	,	,	,	,	1	45,000
41	1	2	3	1	1	,	,	,	1	11,000
42	1	1	,	,	,	,	,	,	1	49,000
43	1	1	,	,	,	,	,	,	1	43,000
44	2	2	8	3	2	8	3	2	1	27,000
45	1	1	,	,	,	,	,	,	1	31,500
46	1	2	3	1	2	,	,	,	1	23,500
47	1	2	3	1	1	,	,	,	1	2,500
48	1	1	,	,	,	,	,	,	1	22,000
49	1	2	3	1	1	,	,	,	1	38,000
50	1	1	,	,	,	,	,	,	1	31,500

	rfr001	ptas
39	,0500	5,00
40	,9000	90,00
41	,2200	22,00
42	,9800	98,00
43	,8600	86,00
44	,5400	54,00
45	,6300	63,00
46	,4700	47,00
47	,0500	5,00
48	,4400	44,00
49	,7600	76,00
50	,6300	63,00

nú	a	ta	f1	f2	f3	isg	ips	tp	so	ob	se	de	an	ho	fo	pa	psi	c	v	isgr	ipsr	tspr	somr	obsr	senr
1	1	51	26	17	18	73	64	78	68	67	79	69	72	70	70	72	79	1	0	1,84	1,97	84,0	1,75	1,60	2,56
2	2	62	24	20	18	70	57	78	67	67	71	66	67	68	68	70	73	1	0	1,48	1,58	84,0	1,58	1,60	1,89
3	2	68	30	19	19	79	67	77	67	76	68	70	72	77	66	72	81	1	0	2,03	2,20	83,0	1,58	2,70	1,33
4	1	47	16	13	18	81	63	78	69	81	69	81	81	81	62	67	74	1	0	1,51	1,79	76,0	1,25	2,00	1,11
5	1	51	14	17	20	65	54	68	57	64	62	64	66	68	61	65	62	1	0	,96	1,43	60,0	,58	1,10	,89
6	2	81	26	24	31	69	60	71	63	67	72	71	62	71	54	70	79	1	0	1,42	1,75	73,0	1,08	1,60	2,00
7	2	66	26	18	22	68	56	74	60	71	66	65	67	68	65	79	71	1	0	1,26	1,55	73,0	,75	2,00	1,22
8	3	60	23	21	16	79	66	81	70	70	72	79	72	72	73	72	73	1	0	2,07	2,07	90,0	1,92	1,90	2,33
9	1	47	10	22	15	55	44	58	60	54	55	52	59	52	54	60	60	0	1	,41	,90	34,0	,08	,50	,44
10	3	52	19	12	21	55	55	54	41	66	57	49	55	59	59	49	53	0	0	,31	1,40	20,0	,08	1,10	,44
11	2	73	30	21	22	73	61	72	54	65	81	71	75	53	74	59	74	1	0	1,09	1,69	58,0	,33	1,40	1,89
12	2	69	25	19	25	81	63	81	71	72	81	76	81	67	75	76	80	1	0	1,64	1,78	83,0	1,42	1,70	2,00
13	1	34	12	8	14	74	61	73	72	72	64	69	79	63	71	62	68	1	0	1,14	1,69	61,0	1,50	1,70	,78
14	3	56	16	21	19	61	53	63	0	64	61	60	59	53	62	62	64	1	0	,52	1,31	36,0	,00	1,00	,56
15	1	39	13	12	14	71	56	71	66	65	64	61	69	65	66	67	66	1	0	,91	,46	56,0	,92	1,50	,78
16	2	67	27	17	23	79	67	79	68	75	75	69	79	72	71	70	79	1	0	2,13	2,21	87,0	1,67	2,50	2,33
17	2	65	26	19	20	79	68	78	81	75	71	70	72	74	68	76	81	1	0	2,19	2,32	85,0	2,75	2,50	2,00
18	1	44	16	15	13	76	56	79	65	76	70	72	79	53	74	74	76	1	0	1,28	1,46	79,0	,83	1,90	1,33
19	3	52	22	13	17	71	53	74	67	64	64	67	70	67	62	64	70	1	0	,93	1,31	64,0	1,00	1,00	,78

	depr	ansr	hosr	fobr	idpr	psir	t1	t2	t3
1	2,00	1,80	1,50	1,57	2,17	1,50	51,0	33,3	35,3
2	1,54	1,30	1,17	1,14	1,67	1,20	38,7	32,3	29,0
3	2,15	2,10	2,67	,86	2,17	2,20	44,1	27,9	27,9
4	2,23	1,80	2,50	,29	1,33	1,00	34,0	27,7	38,3
5	1,23	1,10	1,17	,43	1,17	,40	27,5	33,3	39,2
6	1,85	,90	1,67	,14	1,67	1,50	32,1	29,6	38,3
7	1,38	1,20	1,17	,86	1,50	1,00	39,4	27,3	33,3
8	2,54	1,90	1,83	1,86	2,00	2,10	38,3	35,0	26,7
9	,38	,70	,33	,14	,67	,30	21,3	46,8	31,9
10	,15	,20	,50	,14	,17	,10	36,5	23,1	40,4
11	1,15	1,30	,33	1,14	,67	1,00	41,1	28,8	30,1
12	1,54	2,00	1,17	1,28	1,83	1,80	36,2	27,5	36,2
13	1,00	1,80	,83	,71	,83	,70	35,3	23,5	41,2
14	,54	,40	,33	,29	,83	,50	28,6	37,5	33,9
15	,61	1,10	1,00	,42	1,33	,60	33,3	30,8	35,9
16	2,00	2,90	1,83	1,71	1,67	2,00	40,3	25,4	34,3
17	2,15	2,10	2,33	1,14	2,50	2,30	40,0	29,2	30,8
18	1,46	1,40	,33	1,14	1,67	1,20	36,4	34,1	29,5
19	,92	1,10	1,17	,28	1,00	,90	42,3	25,0	32,7

nú	a	ta	f1	f2	f3	isg	ips	tp	so	ob	se	de	an	ho	fo	pa	psi	c	v	isgr	ipsr	tspr	somr	obsr	senr
20	20	1	45	10	17	18	50	47	52	48	52	45	52	49	0	49	53	0	1	,27	1,14	2,10	,23	,40	,33
21	21	1	43	15	14	14	59	50	60	61	44	55	59	54	52	47	53	0	0	,56	1,28	39,0	,92	,10	,56
22	22	3	57	17	21	19	64	56	66	50	65	62	67	65	56	71	65	1	0	,94	1,55	55,0	,33	1,30	1,22
23	23	1	48	23	11	14	67	53	71	66	70	63	64	59	59	66	66	1	0	,80	1,33	55,0	,92	1,40	,67
24	24	2	64	22	22	20	72	63	76	69	72	71	69	74	61	71	72	1	0	1,74	1,96	80,0	1,83	2,10	1,67
25	25	2	63	23	18	22	76	67	76	65	72	70	79	70	75	71	81	1	0	1,93	2,20	79,0	1,33	2,20	2,22
26	26	1	48	23	15	10	54	49	57	46	56	48	51	65	56	63	52	1	0	1,32	1,91	62,0	,33	1,80	1,67
27	27	1	51	17	16	18	44	36	51	52	45	42	42	49	51	43	42	0	0	,58	1,10	47,0	,83	,60	1,11
28	28	3	59	25	21	13	69	55	75	62	65	71	66	67	62	67	73	1	0	1,28	1,49	77,0	1,00	1,30	1,78
29	29	1	39	9	8	22	56	50	58	55	61	58	54	54	56	52	0	0	1	,49	1,29	34,0	,50	,90	,44
30	30	1	48	9	17	22	62	53	63	57	65	69	59	52	0	62	60	1	0	,56	1,32	38,0	,42	1,10	1,11
31	31	3	57	11	17	29	61	52	63	57	60	70	54	56	63	59	57	1	0	,51	1,24	37,0	,42	,70	1,22
32	32	1	51	21	16	14	49	45	53	59	52	40	44	50	47	49	52	0	1	1,26	1,92	59,0	1,83	1,60	,56
33	33	3	58	17	23	18	66	55	67	60	70	62	59	65	59	64	68	1	0	,74	1,39	48,0	,58	1,40	,67
34	34	3	56	21	23	12	56	46	67	61	55	47	51	53	59	62	54	0	0	1,81	1,98	82,0	1,92	1,90	1,89
35	35	3	59	23	17	19	44	32	57	55	48	39	47	49	46	48	50	0	1	,91	1,24	66,0	1,25	1,20	,78
36	36	1	50	23	14	13	52	36	75	58	49	45	50	57	57	55	52	0	0	1,43	1,48	87,0	1,67	1,50	1,33
37	37	2	62	23	15	24	44	36	51	48	48	40	45	49	50	48	47	0	1	,90	1,50	54,0	,67	1,20	1,44
38	38	3	54	23	18	13	74	61	73	66	72	70	71	69	73	67	69	1	0	1,12	1,66	61,0	,92	1,70	1,22

	depr	ansr	hosr	fobr	idpr	psir	t1	t2	t3
20	,15	,30	,17	,00	,17	,10	22,2	37,8	40,0
21	,53	,70	,33	,14	,17	,10	34,9	32,6	32,6
22	1,07	1,30	1,00	1,29	1,83	,60	29,8	36,8	33,3
23	,77	,60	,50	,14	1,17	,60	47,9	22,9	29,2
24	1,84	2,30	1,83	,40	1,83	1,10	34,4	34,4	31,3
25	2,15	2,60	1,50	2,00	1,83	1,80	36,5	28,6	34,9
26	1,15	1,20	2,00	1,14	2,33	1,00	47,9	31,3	20,8
27	,46	,40	,50	,43	,33	,20	33,3	31,4	35,3
28	1,46	1,30	1,17	,57	1,33	1,20	42,4	35,6	22,0
29	,69	,40	,33	,29	,33	,00	23,1	20,5	56,4
30	,46	,20	,17	,00	,83	,30	18,8	35,4	45,8
31	,31	,30	,50	,29	,67	,20	19,3	29,8	50,9
32	1,31	1,50	,67	,43	1,00	1,00	41,2	31,4	27,5
33	,53	,70	1,00	,14	1,00	,70	29,3	39,7	31,0
34	1,61	1,70	1,33	1,57	2,50	1,20	37,5	41,1	21,4
35	,77	1,20	,83	,29	,83	,80	39,0	28,8	32,2
36	1,38	1,50	1,83	1,29	1,67	1,00	46,0	28,0	26,0
37	,91	1,10	,83	,57	,83	,60	37,1	24,2	38,7
38	1,31	1,00	1,67	,00	1,33	,80	42,6	33,3	24,1

nú	a	ta	f1	f2	f3	isg	ips	tp	so	ob	se	de	an	ho	fo	pa	psi	c	v	isgr	ipsr	tspr	somr	obsr	senr
39	3	52	21	13	18	65	52	71	62	62	66	64	65	68	61	65	62	1	0	,97	1,34	65,0	1,00	1,00	1,22
40	2	61	25	19	17	69	59	72	55	68	71	68	70	65	65	72	72	1	0	1,36	1,74	70,0	,50	1,70	1,78
41	3	58	18	19	21	70	59	76	68	72	72	66	70	67	65	66	67	1	0	1,51	1,70	80,0	1,75	2,20	2,00
42	2	67	24	20	23	69	56	74	64	67	68	67	67	68	54	71	66	1	0	1,28	1,53	75,0	1,17	1,60	1,33
43	2	70	29	19	22	81	67	80	72	81	81	76	81	81	74	79	80	1	0	1,90	2,11	81,0	1,50	2,10	2,33
44	3	59	26	17	16	74	61	75	65	76	69	70	72	65	59	80	68	1	0	1,19	1,62	66,0	,83	1,90	1,33
45	2	63	28	18	17	67	55	69	68	63	66	64	69	63	62	51	68	1	0	,80	1,41	51,0	1,08	,90	,89
46	1	44	14	12	18	44	34	56	40	46	53	42	49	50	42	47	47	0	1	,93	1,33	63,0	,25	1,00	1,67
47	2	67	25	20	22	51	44	58	48	50	55	47	54	61	50	59	50	0	1	1,41	1,87	68,0	,67	1,40	1,89
48	1	46	12	15	19	41	35	48	51	50	42	40	42	42	47	46	35	0	1	,73	1,38	48,0	,92	1,50	,67
49	1	37	11	12	14	39	34	43	53	45	40	37	42	39	0	44	35	0	1	,57	1,34	38,0	1,08	,90	,56
50	1	44	17	10	17	81	66	76	67	81	81	81	69	74	66	81	68	1	0	1,59	2,07	69,0	1,00	2,00	2,11
51	1	36	9	10	17	58	52	60	57	62	66	52	59	47	0	62	53	0	0	,41	1,23	30,0	,42	,90	,89
52	3	58	23	15	20	72	50	79	68	70	70	70	66	63	71	64	70	1	0	1,03	1,21	77,0	1,08	1,40	1,22
53	3	59	26	16	17	81	61	81	75	76	81	81	79	67	71	67	80	1	0	1,54	1,65	84,0	1,58	1,90	1,67
54	2	62	24	19	19	73	50	80	69	70	66	70	73	63	68	64	74	1	0	1,07	1,20	80,0	1,25	1,40	,89
55	1	48	21	14	13	55	48	59	56	50	60	52	47	48	46	61	57	0	1	1,64	2,14	69,0	1,42	1,50	2,44
56	2	63	21	22	20	48	39	57	55	46	51	46	47	48	50	51	53	0	1	1,18	1,61	66,0	1,25	1,00	1,44
57	2	68	28	21	19	49	43	56	56	46	46	57	55	54	0	49	51	0	1	1,27	1,81	63,0	1,33	1,10	1,00

	depr	ansr	hosr	fobr	idpr	psir	t1	t2	t3
39	1,23	1,00	1,17	,43	1,17	,40	40,4	25,0	34,6
40	1,69	1,60	1,00	,71	2,17	1,10	41,0	31,1	27,9
41	1,54	1,60	1,00	,71	1,33	,80	31,0	32,8	36,2
42	1,54	1,30	1,33	,14	1,83	,70	35,8	29,9	34,3
43	1,69	1,80	2,50	1,00	2,33	1,70	41,4	27,1	31,4
44	1,15	1,40	1,00	,14	2,50	,70	44,1	28,8	27,1
45	,77	1,00	,83	2,29	2,33	,70	44,4	28,6	27,0
46	1,15	1,40	1,00	,14	,83	,60	31,8	27,3	40,9
47	1,61	1,80	2,33	,57	2,17	,80	37,3	29,9	32,8
48	,85	,80	,33	,43	,67	,10	26,1	32,6	41,3
49	,31	,80	,17	,00	,50	,10	29,7	32,4	37,8
50	2,23	1,00	1,83	,43	2,67	,70	38,6	22,7	38,6
51	,23	,40	,17	,00	,83	,10	25,0	27,8	47,2
52	1,07	,80	,83	,71	1,00	,90	39,7	25,9	34,5
53	1,77	1,50	1,17	,71	1,33	1,80	44,1	27,1	28,8
54	1,07	1,20	,83	,57	1,00	1,00	38,7	30,6	30,6
55	2,23	1,30	,83	,29	2,33	1,14	43,8	29,2	27,1
56	1,46	1,20	,83	,57	1,17	1,10	33,3	34,9	31,7
57	2,23	1,60	1,00	,00	1,00	,90	41,2	30,9	27,9

	nú	a	ta	f1	f2	f3	isg	ips	tp	so	ob	se	de	an	ho	fo	pa	psi	c	v	isgr	ipsr	tspr	somr	obsr	senr
58	58	2	62	25	19	18	72	52	78	67	72	66	67	70	63	68	66	74	1	0	1,02	1,24	74,0	1,00	1,70	,89
59	59	3	56	21	14	21	41	36	47	51	44	50	40	40	39	46	44	38	0	1	,72	1,44	45,0	,92	,80	1,33
60	60	2	79	34	18	27	57	51	61	56	54	60	50	57	48	58	55	71	0	0	1,89	2,36	72,0	1,33	1,90	2,44
61	61	2	66	27	13	26	46	30	67	53	50	48	39	49	48	52	51	52	0	0	1,09	1,21	81,0	1,08	1,50	1,11
62	62	1	35	12	10	13	45	36	55	51	46	48	41	47	49	0	52	50	0	1	1,00	1,45	62,0	,92	1,00	1,11
63	63	1	45	17	14	14	73	54	77	69	72	81	63	69	59	72	70	68	1	0	1,10	1,36	73,0	1,17	1,70	1,67
64	64	3	53	23	17	13	41	38	45	50	52	44	39	41	48	0	46	35	0	1	,73	1,53	43,0	,83	1,60	,89

	depr	ansr	hosr	fobr	idpr	psir	t1	t2	t3
58	,92	1,10	,83	,57	1,17	1,00	40,3	30,6	29,0
59	,92	,60	,17	,28	,50	,20	37,5	25,0	37,5
60	2,00	2,20	,83	1,43	1,77	3,00	43,0	22,8	34,2
61	,85	1,40	,83	,71	1,17	1,00	40,9	19,7	39,4
62	1,08	1,30	,83	,00	1,33	,80	34,3	28,6	37,1
63	,77	1,00	,50	,86	1,50	,70	37,8	31,1	31,1
64	,77	,70	,83	,00	,67	1,00	43,4	32,1	24,5