

# Perfis de personalidade, sintomas depressivos e risco suicidário nos alcoólicos

ALBERTO AFONSO DE DEUS (\*)

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho, de cariz exploratório, pretende estudar alguns dos motivos psicológicos que levam um número significativo de pessoas, em determinada altura das suas vidas, a optarem pelo álcool em detrimento de todos os outros interesses pessoais. Deixam de cuidar de si próprias e progressivamente vão-se desligando das pessoas mais significativas à sua volta. O alcoolismo é, na sua essência, uma doença que afecta a liberdade de escolha. Estes doentes manifestam o desejo de terem uma vida diferente e, no entanto, o prazer e o alívio que dizem sentir quando consomem álcool suplanta a opção da abstinência.

Progressivamente vão assistindo à degradação do seu estado de saúde física e mental e, quando são alertados para estes factos, mostram-se indiferentes, como se a eminência da morte não os assustasse e fosse inevitável.

Na relação psicoterapêutica, estes doentes expressam muitas vezes a vivência da ruptura face

a si próprios e aos outros. Em que é que se distinguem estas pessoas, dependentes do consumo de bebidas alcoólicas, da população geral, em termos da estrutura da personalidade?

Colocamos a hipótese que na base desta patologia está uma profunda alteração da personalidade e esperamos encontrar um conjunto de características psicológicas comuns aos alcoólicos e distintas dos sujeitos «normais», que nos ajudem a compreender a dependência psicológica do consumo de álcool.

Por outro lado, na prática clínica, temos vindo a observar mudanças nas características dos doentes alcoólicos internados. Progressivamente têm vindo a ser internados indivíduos mais jovens, que iniciaram o consumo de álcool muito cedo e que apresentam comportamentos anti-sociais, muitas vezes com problemas legais na sua história de vida. Com frequência têm comportamentos de risco que se reflectem, por exemplo, no número de acidentes de viação. As bebidas alcoólicas ingeridas com mais frequência são de alto teor alcoólico, produzindo rapidamente o efeito de «pedrada». Esta nova forma de beber assemelha-se ao padrão de consumo das drogas noutras toxicodependências.

O que estávamos habituados a encontrar nos alcoólicos era um início de consumo mais tardio,

---

(\*) Psicólogo. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

geralmente depois dos 20 anos, num contexto em que o factor social tinha grande peso – a taberna era um lugar de iniciação que marcava a passagem para a vida adulta. O grupo tinha muita importância e o beber estava geralmente associado a jogos de cartas e outros, não sendo o objectivo imediato atingir o estado de embriaguez. Se, por vezes, surgiam desacatos, estes não colocavam geralmente a vida dos participantes em risco. Quando internados, estes pacientes apresentavam-se com frequência deprimidos e culpabilizados pelos seus actos, ao contrário dos novos alcoólicos, que não parecem sofrer de qualquer culpabilidade.

Somos assim levados a supor que estes dois tipos de alcoolismo correspondem a perturbações psicológicas distintas. Na medida em que o novo tipo de alcoólicos com que somos confrontados na clínica (alcoólicos tipo 2) apresenta um padrão de consumo semelhante ao dos outros toxicodependentes, parece provável que a sua estrutura de personalidade se aproxime também da dos outros toxicodependentes – o que não aconteceria tanto com o tipo «tradicional» (alcoólicos tipo 1).

Para estudar as características de personalidade dos alcoólicos, bem como as características específicas de cada um dos grupos referidos, pareceu-nos interessante utilizar o Teste de Szondi. Com efeito, como veremos, o esquema teórico que fundamenta o teste permite pensar de uma forma original o «lugar» da patologia alcoólica, isto é, o nível da estrutura psíquica que estaria em jogo nesta perturbação. Por outro lado, que tenhamos conhecimento, nenhum trabalho publicado até à data usou o Teste de Szondi para estudar as diferenças na organização da personalidade dos sujeitos que se integram nos dois grupos.

No quadro das várias indicações que podemos encontrar na literatura sobre as perturbações psíquicas subjacentes, ou, de algum modo, ligadas ao alcoolismo, a referência à depressão assume um relevo particular. Por exemplo, Lesse (1996) caracteriza o alcoolismo como um «equivalente depressivo» considerando-o um «suicídio indirecto». Neste estudo pretendemos igualmente estudar as diferenças nos dois subgrupos de alcoólicos – tipo 1 e tipo 2 ao nível da vivência da depressão. Para concretizarmos este ob-

jectivo, decidimos aplicar aos dois subgrupos o Inventário de Depressão de Beck.

Um outro aspecto que nos interessa estudar, e que poderá estar associado à dependência alcoólica, é a expressão da agressividade face ao próprio. O alcoolismo pode ser considerado uma conduta para-suicidária e parece efectivamente ligado a um aumento do risco suicidário. Para estudar este problema, aplicámos a ambos os grupos a escala de Risco Suicidário de Stork.

### 1.1. *Caracterização da amostra*

Optamos por estudar apenas um dos sexos, o sexo masculino, pelo facto destes indivíduos existirem em maior número na população estudada.

Participaram no nosso estudo 39 doentes alcoólicos, internados na clínica de alcoologia «Novo Rumo» da Casa de Saúde do Telhal. O tempo de internamento dos doentes na clínica é de quatro semanas.

A recolha dos dados ocorreu entre o mês de Outubro de 1999 a Abril de 2000.

As idades variaram entre os 24 e os 59 anos ( $M=38.1$ ,  $DP=8.1$ ).

A média de anos de escolaridade era sete. Consideramos os seguintes níveis de escolaridade: 1 a 4 anos, 5 a 6 anos, 7 a 9 anos, 10 a 12 anos, e frequência universitária. O Quadro 1 apresenta as percentagens de indivíduos em cada nível de escolaridade.

QUADRO 1  
*Percentagens de indivíduos em cada nível de escolaridade*

<b>Escolaridade</b>	
1 a 4 anos	23%
5 a 6 anos	26%
7 a 9 anos	28%
10 a 12 anos	21%
Frequência universitária	2%

Quinze sujeitos eram divorciados (39%), 13 solteiros (33%) e 11 casados (28%). Com o objectivo de caracterizarmos o nível socio-económico dos sujeitos que compõem a amostra utilizámos o índice de Graffar (anexo 1), que situa os indivíduos em cinco classes: I – Classe alta (5-9 pontos), II – Classe média alta (10-13 pontos), III – Classe média (14-17 pontos), IV – Classe média baixa (18-21 pontos), V – Classe baixa (22-25 pontos). O Quadro 2 apresenta as percentagens de indivíduos em cada nível socio-económico.

QUADRO 2  
*Percentagem de indivíduos em cada nível socio-económico*

Classe alta	0%
Classe média alta	15%
Classe média	36%
Classe média baixa	36%
Classe baixa	13%

A amostra foi dividida em dois subgrupos: tipo 1, composto por 23 sujeitos e tipo 2, composto por 16 sujeitos, com base nos critérios de Cloninger (1987).

A amostra da população geral é constituída por 36 sujeitos do sexo masculino. A média de idades é 33.5. 6% destes sujeitos têm 1 a 4 anos de escolaridade, 25% 5 a 6 anos, 22% 7 a 9 anos e 42% 10 a 11 anos. A amostra inclui ainda 6% de sujeitos com frequência universitária.

A amostra de toxicodependentes é uma amostra pequena, de 15 sujeitos, o que limita a validade das comparações efectuadas. Destes 15 sujeitos, 6 são mulheres. A média de idades é 28.7.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Os resultados relativos aos toxicodependentes e à amostra da população geral foram fornecidos pelo Prof. Bruno Gonçalves a partir do arquivo Szondi existente na variante de Psicologia Clínica Dinâmica da FPCEUL. Agradecemos a sua preciosa contribuição para a execução deste trabalho.

## 2. ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 2.1. *Tratamento estatístico*

A análise das diferenças entre os dois subgrupos de alcoólicos, no que diz respeito à escolaridade, nível socio-económico e número de acidentes foi calculada através do teste estatístico t de Student. Trata-se dum teste que se aplica quando queremos comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e se desconhecem as respectivas variâncias populacionais.

Para estudar as diferenças entre os dois subgrupos – alcoólicos tipo 1 e alcoólicos tipo 2 – no Teste de Szondi, e para fazermos a comparação com a amostra da população geral e com a amostra de toxicodependentes, recorreremos ao teste U de Mann-Whitney. Este teste é de utilização preferível ao teste t quando há violação da normalidade para n menor ou igual a 30, ou quando as variáveis são de nível ordinal com duas ou três categorias (Pestana & Gageiro, 2000). As variáveis do teste de Szondi não têm em geral, uma distribuição normal.

A fim de tentar avaliar globalmente a maior ou menor proximidade entre os três grupos: alcoólicos tipo 1, alcoólicos tipo 2 e toxicodependentes, recorreremos à análise classificatória («Cluster analysis») e ao cálculo do «coeficiente de afinidade». Trata-se duma técnica de análise multivariada que nos permite organizar a informação sobre variáveis, permitindo que se possam formar grupos homogéneos, ou «clusters». Um dos tipos de «cluster analysis» é a k- médias. É um método de formação de grupos que supõe que tenhamos hipóteses quanto ao número de «clusters» ou variáveis. Os «clusters» são internamente homogéneos (os seus membros são semelhantes) e externamente heterogéneos (os seus membros não são semelhantes aos membros de outros clusters). Utilizámos também esta técnica para proceder a uma primeira comparação global entre os alcoólicos e a amostra da população geral.

Foi utilizado o programa *Statistica*, versão 4.2 para o Windows.

A análise dos resultados é composta pelos seguintes passos:

- Comparação dos resultados obtidos pelos alcoólicos no Teste de Szondi com os dados obtidos no mesmo teste pela população geral;
- Comparação dos resultados obtidos no Teste de Szondi pelos 2 subgrupos de alcoólicos com os resultados obtidos por um grupo de toxicodependentes, no mesmo teste;
- Comparação dos resultados obtidos pelos alcoólicos tipo 1 e tipo 2 no Inventário Depressivo de Beck;
- Comparação dos resultados obtidos pelos alcoólicos tipo 1 e tipo 2 na Escala de Risco Suicidário de Stork.

## 2.2. Resultados obtidos no Teste de Szondi

### 2.2.1. Comparação entre alcoólicos e a população geral

O grande número de variáveis que se podem definir a partir das respostas ao Teste de Szondi e a consequente multiplicação de testes univariados pode suscitar objecções quanto à significância estatística das diferenças observadas.

A fim de verificar se os dois grupos se diferenciam globalmente quando se consideram si-

multaneamente os vários «factores» do Szondi, procedemos a uma análise classificatória («cluster analysis») a partir do conjunto das duas amostras. Baseámo-nos em 32 variáveis, correspondendo à frequência das 4 respostas possíveis (0, +, -, +) em cada um dos 8 factores do teste (h, s, e, hy, k, p, d, m).

Utilizando o método das k- médias dividimos o conjunto dos sujeitos em 2 «clusters». Utilizando o teste do  $\chi^2$  podemos verificar que esta classificação reflecte, com uma certa margem de «erro», a divisão entre «população geral» e «alcoólicos». Isto é: as duas classificações não são independentes (Quadro 3).

A aplicação do mesmo método considerando sucessivamente as variáveis relativas a cada par de factores (isto é, a cada vector) permite igualmente por em evidência que as principais diferenças são as relativas aos vectores C e Sch.

A fim de podermos descrever e analisar as diferenças entre os dois grupos recorreremos ao teste U de Mann-Whitney, conforme indicámos anteriormente. Agrupámos no Quadro 4 todas as variáveis que dão lugar a diferenças estatisticamente significativas. A análise situa-se quer ao nível das «reacções» ou «respostas» factoriais, quer ao nível das «imagens» ou «constelações vectoriais».

QUADRO 3  
Resultados da análise classificatória

Factores considerados		Pop. Geral	Alcoólicos	Totais	$\chi^2$	p
<b>Todos</b>	Cluster 1	12	26	38	8.32	0.0039
	Cluster 2	24	13	37		
<b>h &amp; s (vector S)</b>	Cluster 1	21	26	47	0.51	0.4560
	Cluster 2	15	13	28		
<b>e &amp; hy (vector P)</b>	Cluster 1	21	21	42	0.15	0.6957
	Cluster 2	15	18	33		
<b>k &amp; p (vector Sch)</b>	Cluster 1	7	18	25	6.01	0.0142
	Cluster 2	29	21	50		
<b>d &amp; m (vector C)</b>	Cluster 1	29	22	51	5.02	0.0251
	Cluster 2	7	17	24		

QUADRO 4  
*Comparação entre população geral e alcoólicos*

		Pop. geral	Alcoólicos
<b>Vector C</b>	m + !	30.72	10.25**
	m +	74.27	48.20**
	m ±	4.83	16.41*
	C 0 ±	3.08	12.30**
	C 0 -	1.38	6.66*
	C - +	30.55	15.38*
<b>Vector S</b>	s 0	9.80	31.28**
	s ±	20.33	10.76**
	S + 0	5.33	20.00**
<b>Vector P</b>	hy - !	9.77	22.56*
	P - ±	6.27	1.02*
<b>Vector Sch</b>	p +	18.11	42.56*
	p - !	8.97	0.00**
	p -	45.05	19.48*
	Sch 0 -	9.75	0.76*
	Sch - +	13.38	30.76*
	Sch - -	24.11	12.05*

Frequências em %. Teste U de Mann-Whitney. Níveis de significância. 0.05(\*), .01(\*\*), .001(\*\*\*)

Como já tínhamos visto na análise classificatória, a maior parte das diferenças observadas referem-se aos vectores C e Sch. No vector C são as diferenças relativas ao factor m que caracterizam essencialmente o grupo de alcoólicos. No entanto, ao contrário do que sugeriam as indicações de Lekeuche não é a resposta m+! que caracteriza este grupo. Na verdade a resposta m+ assume um carácter quase normativo na população geral e as respostas m+! são aí também muito frequentes. O que caracteriza o grupo dos alcoólicos é a resposta m±, e, menos nitidamente (a diferença é apenas tendencialmente significativa) a resposta m-. Estes sujeitos tendem portanto a ligar-se de forma ambivalente, a permanecerem ligados a objectos que, de certa forma, sentem que perderam, a sentirem-se, em todo o caso, inseguros nas suas ligações objectais. O significado da posição m- ressalta mais claramente quando se olha para a configuração vectorial em que esta posição se insere. Com efeito, a constelação C 0 -, significativamente mais fre-

quente na amostra de alcoólicos, é justamente aquilo que Szondi chama a resposta hipomaníaca. A outra diferença observada ao nível vectorial (frequência mais elevada da C - +, ou seja da união fiel, no grupo normal) vem simplesmente confirmar o que já foi dito sobre a prevalência de m + na população geral. Compreende-se que esta constelação, que traduz uma forma de ligação estável ao objecto, seja mais rara na amostra de alcoólicos.

As diferenças relativas ao vector Sch decorrem essencialmente do peso da posição inflativa p+ no grupo dos alcoólicos. O contraste é particularmente nítido já que na população geral com o mesmo nível de instrução a posição projectiva (p -) é dominante, aparecendo eventualmente isolada ao nível vectorial (Sch 0-). O significado da posição p+ nos alcoólicos ressalta claramente quando se considera a configuração vectorial em que esta posição se insere na maior parte das vezes: Sch - +. Com efeito, Sch - + é, segundo Szondi, a imagem do «eu inibido». S.

Deri diz que se trata muitas vezes de sujeitos que vivem um contraste doloroso entre as suas ambições e os seus planos mais ou menos grandiosos (p +) e o sentimento dos seus limites, da sua incapacidade para os realizar (k -).

Além destas diferenças muito nítidas nos vectores do eu e do contacto, observam-se também algumas diferenças no factor s. A «necessidade pulsional» correspondente a este factor encontra-se nos alcoólicos frequentemente ausente do dinamismo pulsional (s 0). Uma das interpretações possíveis é que esta componente activa/agressiva do vector sexual encontra nestes sujeitos alguma forma de descarga «sintomática». O alcoolismo funcionaria como uma espécie de «válvula de escape» para a agressividade.

É de notar, por outro lado, que este peso de s 0 se traduz, ao nível vectorial, pela constelação S + 0, geralmente relacionada com uma certa imaturidade sexual, no sentido da dependência e da passividade.

Fenichel e Ferenczi caracterizavam os alcoólicos como sujeitos neuróticos, aos quais o álcool ajudava a aliviar o Supereu. Segundo estes autores, o alcoolismo resultava duma estrutura neurótica marcada por mecanismos de defesa com a inibição e o recalçamento. Os participantes no nosso estudo vivem um contraste doloroso entre as suas ambições e os seus planos grandiosos (p+) e o sentimento de incapacidade para os realizar. Mélon designa esta postura perante a realidade como uma componente «neurótico-histórica».

No grupo dos alcoólicos que fazem parte do nosso estudo não parece, no entanto, verificar-se a referência que Ferenczi e Fenichel fazem à homossexualidade latente dos alcoólicos. Ao nível do vector sexual surge a tendência (s 0) que nos dá conta da ausência de dinamismo pulsional, que leva a dificuldades em agir sobre a realidade. A configuração que, segundo Szondi, seria mais característica da homossexualidade masculina (S +- ) não é mais frequente do que na população normal.

A constelação Sch - + vai ao encontro da caracterização que Rado faz do alcoolismo, ao considerar que o alcoólico encontra na embriaguez um modo de acesso à onnipotência narcísica, o que acarreta uma confusão entre o Eu Ideal que se faz sentir nos períodos de embriaguez, fonte de toda a onnipotência narcísica, e o

Ideal do Eu, que emerge na abstinência, quando os alcoólicos se confrontam com os seus dramas existenciais. Os alcoólicos não conseguem realizar os seus sonhos, a embriaguez será uma forma de se refugiarem num mundo de sonho e felicidade ilusória.

Rado descreve a passagem regressiva que sofrem os toxicómanos, nos quais engloba os alcoólicos, dum regime relacional para um regime farmacotímico atribuindo-a à diminuição da libido objectal. Esta regressão implicaria que os objectos externos passassem a ser vistos como simples prestadores de cuidados. Os resultados do teste sugerem que não existe propriamente um abandono dos investimentos objectais mas antes uma grande insegurança (m +) e a tendência a assumir uma posição de dependência passiva (S + 0).

Globalmente, o perfil de Szondi não é tipicamente depressivo. Em particular no que respeita ao contacto, encontramos de facto traços depressivos (m±, e d +) mas igualmente uma componente que poderemos chamar hipomaníaca (C 0 -). É interessante notar a presença destes traços hipomaníacos, que não podem aqui ser atribuídos ao efeito do álcool, já que os nossos sujeitos se encontram em abstinência. A possibilidade de «descarga» de agressividade através do sintoma (s 0) também contrasta com o bloqueio, ou incapacidade de encontrar qualquer saída para a acumulação de tendências agressivas (s+) que tem sido referida como característica de depressão (Mélon, 1975).

#### 2.2.2. Comparação entre alcoólicos tipo 1 e tipo 2

Para comparar os alcoólicos de tipo 1 e os alcoólicos de tipo 2, seguindo o mesmo procedimento que adoptamos anteriormente, agrupámos no Quadro 5 todas as variáveis que dão lugar a diferenças estatisticamente significativas.

Como vimos há poucas diferenças estatisticamente significativas, o que decorre não só da semelhança dos grupos mas também do pequeno número de sujeitos.

A maior parte das diferenças entre alcoólicos tipo 1 e alcoólicos tipo 2 surgem no vector do contacto.

O funcionamento dos alcoólicos tipo 1 é fortemente marcado pela tendência a desligar-se, a

QUADRO 5  
*Comparação entre alcoólicos tipo 1 e tipo 2*

		Alcoólicos tipo 1	Alcoólicos tipo 2
<b>Vector C</b>	d +	26.95	8.75*
	m +	39.13	61.25
	m -	26.09	8.75*
	C 0 -	10.43	1.25**
<b>Vector P</b>	Hy - !	14.78	33.75*
	P - +	4.34	0.00*

Frequências em %. Teste U de Mann-Whitney. Níveis de significância. 0.05(\*), .01(\*\*), .001(\*\*\*)

negar a sua dependência em relação ao objecto (m -). Esta tendência aparece eventualmente isolada, numa configuração hipomaniaca (C 0-), ou combina-se com a busca depressiva dum objecto de substituição (d +) no quadro que Szondi propõe chamar «hipomelancólico» (C + -). Em qualquer dos casos podemos dizer que são sujeitos que estabelecem facilmente o contacto, que o procuram mesmo activamente, mas que dificilmente se ligam de forma consistente: menor frequência de m+ relativamente a m-, embora a diferença relativa a m+ seja apenas tendencialmente significativa ( $p=0.065$ ).

Os alcoólicos de tipo 2, pelo contrário, tendem a fechar-se, a recusar novos contactos: d- (35.0%) é muito mais frequente do que d+, embora a diferença relativa a d- seja apenas tendencialmente significativa ( $p=0.090$ ). Esta posição de retraimento manifesta-se também, de certa forma na tendência a esconder e inibir fortemente as manifestações afectivas (hy-!), em contraste com a posição exibicionista, por vezes presente nos alcoólicos tipo 1 (P-+).

As diferenças entre estes dois tipos de alcoólicos podem também ser postas em evidência quando comparamos cada um dos subgrupos separadamente com a amostra da população geral. Embora o número de efectivos reduza o número de diferenças significativas, vamos naturalmente reencontrar nestas comparações algumas das características que surgiam na comparação entre a totalidade da amostra de alcoólicos e a população geral. Mas surgem também outras

diferenças específicas de cada um dos tipos que justificam alguns comentários.

### 2.2.3. Comparação entre os alcoólicos tipo 1 e a população geral

A comparação entre os alcoólicos tipo 1 e a população geral (Quadro 6) confirma sobretudo o peso da tendência m- neste subgrupo e a característica facilidade em estabelecer novos contactos (d- é raro). Confirmam-se assim os traços «hipomaniacos» deste grupo. Encontramos, além disso, um traço novo: os alcoólicos tipo 1 parecem tender a experimentar uma certa ambivalência quanto às suas tendências agressivas ( $P\pm -$ ), vivendo assim uma certa tensão interna no campo dos afectos.

### 2.2.4. Comparação entre os alcoólicos tipo 2 e a população geral

A comparação entre alcoólicos tipo 2 e a amostra da população geral (Quadro 7), traz menos elementos novos. Encontramos aí a confirmação da importância da inibição ou negação das expressões afectivas (hy -!).

Esta característica aparecia já na comparação global, mas deixava de ser estatisticamente significativa quando considerávamos apenas os alcoólicos de tipo 1. A única característica nova que esta comparação sugere refere-se a uma configuração de qualquer modo relativamente rara: P 0 0. Trata-se da imagem de «descarga

QUADRO 6  
*Comparação entre população geral e os alcoólicos tipo 1*

		Pop. geral	Alcoólicos tipo 1
<b>Vector C</b>	m + !	30.72	6.08**
	m +	74.27	39.13***
	m ±	4.83	14.78*
	m -	7.36	26.08**
	d -	35.59	16.52**
	C 0 -	1.38	10.43**
	C 0 ±	3.08	10.43**
	C - +	30.55	10.43**
<b>Vector S</b>	s 0	9.80	37.39***
	S 0 +	10.13	0.86**
	S + 0	5.33	25.21**
<b>Vector P</b>	P ± -	4.86	13.91**
<b>Vector Sch</b>	p +	18.11	46.08**
	p -	45.05	20.86**
	Sch 0 -	9.75	0.00**
	Sch - +	13.38	35.65**

Frequências em %. Teste U de Mann-Whitney. Níveis de significância. 0.05(\*), .01(\*\*), .001(\*\*\*)

QUADRO 7  
*Comparação entre população geral e os alcoólicos tipo 2*

		Pop. geral	Alcoólicos tipo 2
<b>Vector C</b>	m ±	4.83	18.75**
	C 0 ±	3.08	15.00**
<b>Vector S</b>	s 0	9.80	22.50*
	s ±	20.33	5.00**
	S + ±	13.11	3.75**
<b>Vector P</b>	hy - !	9.77	33.75**
	P 0 0	4.66	0.00**
<b>Vector Sch</b>	p -	45.05	17.50**

Frequências em %. Teste U de Mann-Whitney. Níveis de significância. 0.05(\*), .01(\*\*), .001(\*\*\*)

afectiva histeriforme». Compreende-se que esta constelação nunca apareça nos alcoólicos tipo 2, tendo em conta o que dissemos sobre hy -!

Para além das diferenças referidas por Cloninger quanto às dimensões da personalidade que distinguem os alcoólicos tipo 1 e tipo 2, o Teste de Szondi dá um contributo importante para a análise das referidas diferenças, destacando novas dimensões – contacto com os outros e relacionamento com o próprio, que devem ser tidas em conta na intervenção psicoterapêutica junto destes sujeitos.

#### 2.2.5. Comparação entre os dois grupos de alcoólicos e os toxicodependentes

A comparação entre alcoólicos tipo 1 e toxicodependentes permite pôr em evidência um grande número de diferenças significativas (Quadro 8). Metade destas diferenças são relativas ao vector do Contacto. A negação da dependência (m -), o contacto «hipomaniaco» (C 0 -)

ou «hipomelancólico» (C + -) que já descrevemos como característica dos alcoólicos, não se encontram de todo nos toxicodependentes. Nestes domina, pelo contrário, a tendência m +, muito frequentemente acentuada. Verifica-se assim que este traço (m+!!), apontado pela literatura como característico dos toxicómanos, não é generalizável aos alcoólicos.

Na comparação entre alcoólicos tipo 2 e toxicodependentes (Quadro 9) encontramos algumas diferenças no mesmo sentido, mas o número de diferenças estatisticamente significativas é muito mais reduzido.

Os testes univariados sugerem portanto uma maior proximidade entre os alcoólicos tipo 2 e os toxicodependentes.

#### 2.3. Resultados obtidos no IDB

A média global dos resultados obtidos no IDB é elevada (19.51). Com base nos critérios definidos por Beck e col. constatamos que 41%

QUADRO 8  
*Comparação entre alcoólicos tipo 1 e os toxicodependentes*

		Toxicodependentes	Alcoólicos tipo 1
<b>Vector C</b>	m + !	46.00	6.08***
	m +	84.00	39.13***
	m -	0.00	26.08**
	d -	52.33	16.52**
	d 0	27.00	46.95**
	C 0 -	0.00	10.43**
	C + -	0.00	12.17**
	C - +	46.66	10.43***
<b>Vector S</b>	s +	55.33	28.69**
	S - +	10.00	0.00**
	S 0 +	9.33	0.86**
<b>Vector P</b>	e +	43.66	26.08**
	hy ±	1.33	10.43**
	P + -	39.33	17.39**
<b>Vector Sch</b>	p +	18.66	46.08**
	Sch - +	10.66	35.65**

Frequências em %. Teste U de Mann-Whitney. Níveis de significância. 0.05(\*), .01(\*\*), .001(\*\*\*)

QUADRO 9  
*Comparação entre os alcoólicos tipo 2 e os toxicodependentes*

		Toxicodependentes	Alcoólicos tipo 2
<b>Vector C</b>	m + !	46.00	16.25**
	C - +	46.66	22.50**
<b>Vector Sch</b>	Sch 00	0.00	7.50**

Frequências em %. Teste U de Mann-Whitney. Níveis de significância. 0.05(\*), .01(\*\*), .001(\*\*\*)

dos sujeitos apresenta uma depressão leve, 12.8% uma depressão moderada e 25.7% dos sujeitos uma depressão grave. 20.5% dos sujeitos que compõem a nossa amostra não se apresentavam deprimidos, isto é têm uma pontuação inferior a 11 pontos.

Quando comparamos a distribuição dos diferentes níveis da depressão nos alcoólicos Tipo 1 e Tipo 2 constatamos que não há diferenças significativas.

#### 2.4. Resultados obtidos na Escala de Risco Suicidário de Stork

A média global obtido pelos participantes no nosso estudo é 78.20. Esta média é significativamente mais elevada do que a média obtida no estudo da adaptação desta escala à população portuguesa, que era de 55.45 (t de Student,  $p=0.000$ ). Os autores destacam que 16% dos participantes no estudo se situam nas categorias de risco suicidário importante e risco suicidário extremamente importante. No nosso estudo verificamos que 23% dos alcoólicos se situam nas mesmas categoria de risco suicidário.

Apenas 4% dos sujeitos que pertencem ao tipo 1 apresentam risco suicidário extremamente importante contra 25% que pertencem ao tipo 2. Aliás, as médias obtidas pelos dois grupos são bastante diferentes. Utilizando o teste t de Student verificamos que há diferenças significativas entre os alcoólicos tipo 1 e tipo 2 na Escala de Stork. Estas diferenças vão no sentido da hipótese que colocamos, segundo a qual, os alcoólicos tipo 2 apresentam mais comportamentos de risco suicidário.

### 3. CONCLUSÕES

O objectivo do presente estudo consistiu na análise de alguns aspectos da personalidade de um grupo de sujeitos diagnosticados como alcoólicos. Em determinada altura das suas vidas, estas pessoas elegem o consumo de bebidas alcoólicas como o principal interesse, desligando-se progressivamente dos outros e colocando inclusive a sua vida em risco.

Duas vertentes no evoluir desta patologia vão-se deteriorando: a relação com os outros e com o próprio. O alcoólico vai-se progressivamente centrando no consumo do álcool, e os outros à sua volta passam para segundo plano. É acusado de ser egoísta, mau pai, mau marido, etc. sofrendo a rejeição dos que o rodeiam. A sua vida é posta em risco na medida em que vão surgindo inúmeras patologias orgânicas e no entanto isso não o faz demover do consumo excessivo de bebidas alcoólicas. O essencial é beber e adormecer nos braços de Baco.

Podemos dizer que estamos perante um drama existencial, pois todos à sua volta parecem aperceber-se da sua tragédia pessoal, menos o próprio. O alcoólico caminha para a morte, aparentemente de forma inconsciente.

O alcoolismo não surge por acaso. Ao estudarmos a personalidade destes sujeitos, partimos do princípio que iríamos encontrar diferenças significativas que os distinguem da população geral. Para isso utilizámos o Teste de Szondi e comparámos os resultados obtidos pelos participantes no nosso estudo com os resultados de uma amostra da população geral.

Um dos paradoxos com que somos confronta-

dos na prática clínica é que os familiares, amigos, técnicos de saúde, etc., dão-nos conta do drama pessoal que o alcoólico vive – divórcio, desemprego, abandono por parte da família, despedimento, são acontecimentos que fazem muitas vezes parte da sua história pessoal. No entanto, quando confrontamos os alcoólicos com que estes factos, muitas vezes tentam negar a existência dos mesmos, desdramatizando a sua situação. Apresentam-se sorridentes, evitando assumir qualquer tipo de sofrimento. Integram-se facilmente no grupo de companheiros, que se encontram igualmente em tratamento, mostrando uma alegria que não se coaduna com o seu drama pessoal. Por outro lado, os técnicos de saúde que contactam com os alcoólicos apercebem-se que estes, muitas vezes, já desistiram dum projecto pessoal que contemple relações afectivas estáveis e o cuidado com eles próprios, pelo que partimos da hipótese que os comportamentos exuberantes e esta alegria, por vezes pueril, poderá ser uma forma de evitar o confronto com os afectos depressivos. Com o objectivo de avaliarmos a depressão nos participantes no nosso estudo aplicámos o Inventário Depressivo de Beck.

Outro tipo de comportamentos manifestado pelos alcoólicos é a viragem da agressividade contra o próprio. As auto-agressões expressam-se frequentemente nos inúmeros internamentos a que já foram submetidos, continuando o consumo excessivo de álcool, apesar de saberem que têm lesões orgânicas graves, ou nos vários acidentes de viação que já sofreram.

O alcoolismo assume assim muitas vezes a característica dum suicídio lento, pelo que decidimos avaliar o risco suicidário através da Escala de Risco Suicidário de Stork.

As novas formas de alcoolismo caracterizadas por um consumo intenso e desmesurado de bebidas com alto teor alcoólico, em muitos casos idêntico à dependência de estupefacientes, levaram-nos a estudar as dimensões da personalidade referidas anteriormente em dois subgrupos de alcoólicos com uma evolução clínica diferente: alcoólicos tipo 1 e tipo 2. Esperávamos encontrar diferenças nos motivos psicológicos subjacentes a duas formas diferentes de utilizar a mesma substância: o álcool.

Vários estudos que têm abordado a importância dos factores psicológicos relacionados com o alcoolismo, não distinguem os alcoólicos dos de-

pendentes de outras drogas (Lekeuche & Mélon, 1990). Neste trabalho optámos por estudar as duas entidades clínicas separadamente, e esperávamos encontrar diferentes aspectos da personalidade envolvidos na génese e manutenção destas dependências de tóxicos.

Em relação aos aspectos da personalidade subjacentes ao alcoolismo revelados pelo Teste de Szondi, não é a exacerbação da tendência a agarrar-se, a procurar apoio, típica dos toxicómanos, que caracteriza o grupo de alcoólicos. Os alcoólicos diferenciam-se da população geral, pelo facto de tenderem a ligar-se de forma ambivalente, a permanecerem ligados a objectos, que de certa forma sentem que já perderam, a sentir-se inseguros na relação com os outros. Apesar de estabelecerem facilmente contacto com os outros, este é muitas vezes superficial, e mediado pelo «objecto» álcool. Mesmo quando estão internados, o tema das conversas, é centrado nas bebidas, e nas «façanhas» que cometiam quando se embriagavam.

Apresentam por outro lado, traços hipomaníacos, que certamente estarão na base da «falsa alegria» com que muitas vezes se apresentam e funcionam como uma defesa contra a depressão. O consumo excessivo de álcool poderá contribuir para a estimulação destes traços hipomaníacos.

A imaturidade sexual e a tendência à passividade face à realidade que os rodeia, são também características que os distinguem da população geral.

Os alcoólicos apresentam um perfil do Eu, marcado por uma componente que Mélon designa por «neurótico-histérica». O carácter histórico reenvia ao carácter frágil das identificações do alcoólico, ao seu gosto pelo «pathos», ao seu histrionismo.

Este perfil do Eu sugere que existe nestes sujeitos um contraste doloroso entre as suas ambições e os seus planos grandiosos e as limitações da realidade.

Os alcoólicos vivem um contraste doloroso entre as suas ambições e a realidade, o que confirma a hipótese que colocámos que os alcoólicos apresentam um desejo de reconstrução de um projecto pessoal, que nem sempre é conseguido devido às inúmeras recaídas e às suas próprias limitações. Recorrem ao álcool como meio de manterem esses sonhos, e também como forma

de escaparem à tomada de consciência da desgraça em que se encontram quando estão sóbrios.

Quando a forma de gratificação se faz pelo uso desmesurado das coisas, neste caso do «objecto» – álcool, estamos, no domínio das defesas narcísicas patológicas. A auto-estima encontra-se diminuída, o álcool é o meio de recuperarem dessa «ferida» que não para de provocar sofrimento.

No que diz respeito à distinção dos aspectos de personalidade dos alcoólicos tipo 1 e tipo 2 destacam-se os seguintes aspectos:

O funcionamento dos alcoólicos tradicionais (tipo 1) é fortemente marcado pela tendência a desligarem-se dos outros, a negar a sua dependência em relação ao objecto. Esta tendência aparece eventualmente isolada, numa configuração hipomaníaca, ou combina-se com a busca depressiva dum objecto de substituição, no quadro que Szondi designa por «hipomelancólico». São sujeitos que estabelecem facilmente o contacto, procurando-o mesmo activamente, mas que dificilmente se ligam de forma consistente.

Os alcoólicos tipo 2, pelo contrário, tendem a fechar-se, a recusar novos contactos, mantendo-se ligados a uma figura protectora, representada muitas vezes, por um dos pais ou um objecto substituto. Esta posição de retraimento manifesta-se também de certa forma na tendência a esconder e inibir fortemente as manifestações afectivas, em contraste com a posição exhibicionista por vezes adoptada pelos alcoólicos tipo 1.

Quando comparamos os alcoólicos com os toxicodependentes constatamos que as diferenças mais significativas surgem ao nível do vector do contacto. A negação da dependência e o contacto hipomaníaco, que já descrevemos como características dos alcoólicos tipo 1, não se encontram nos toxicodependentes. Nestes domina, pelo contrário, a tendência m+, muito frequentemente acentuada – o que está de acordo com as indicações dos estudos anteriores. O resultado mais interessante desta comparação é que, confirmando a nossa hipótese, podemos verificar que o grupo de alcoólicos tipo 2 apresenta uma estrutura de personalidade nitidamente mais próxima dos toxicodependentes do que o grupo de alcoólicos tipo 1.

A média dos resultados globais obtidos no IDB é elevada (19.51). 79.5% dos alcoólicos

apresentavam-se deprimidos, e 25.7% dos sujeitos apresentavam uma «depressão grave», segundo a classificação de Beck. Este resultado reforça a ideia de que o alcoolismo se encontra intimamente ligado à patologia depressiva. Superficialmente apresentam-se felizes, mas a euforia e por vezes a exuberância escondem uma depressão.

Quando comparamos os resultados obtidos pelos dois subgrupos de alcoólicos no IDB, constatamos que não há diferenças significativas. A depressão afecta os elementos dos dois grupos.

Os resultados da Escala de Stork, dão-nos conta que 23% dos alcoólicos apresentam risco suicidário importante e a média dos resultados obtidos no conjunto da amostra é significativamente superior à obtida por Eufrásio et al. (1987) na adaptação desta escala Escala à população portuguesa, que era de 55.45 (t de Student,  $p=0.000$ ).

O alcoolismo pode ser uma tradução visível dum desejo de aniquilação, de morte. Os alcoólicos anulam-se através do consumo excessivo de álcool. O desinteresse manifestado face ao seu estado de deterioração físico, psíquico e social pode ser explicado por uma atitude de desistência face à vida.

As diferenças expressas na Escala de Stork, entre os dois subgrupos de alcoólicos, revelam que os alcoólicos tipo 2 têm maior tendência para virar a agressividade contra si próprios e apresentarem mais comportamentos de risco.

No grupo dos alcoólicos tipo 1, apenas 4% dos sujeitos apresentam «risco suicidário extremamente importante», enquanto 25% dos alcoólicos tipo 2 se situam na mesma categoria de risco suicidário.

Nos alcoólicos tipo 2, o consumo de bebidas alcoólicas intenso e a busca do «efeito de pedrada», a busca do nirvana, parecem assim corresponder à viragem da agressividade contra os próprios.

Ao estudarmos os acidentes de viação, nos dois grupos, constatamos que uma grande parte dos sujeitos que integram o grupo dos alcoólicos tipo 2 estiveram já envolvidos em vários acidentes com gravidade – o que acontece apenas com um sujeito do tipo 1. A diferença entre o número de acidentes de viação nos dois subgrupos não se

pode explicar pela depressão, uma vez que os resultados obtidos no IDB são idênticos.

Há uma diferença significativa entre os alcoólicos que têm vários acidentes de viação e os alcoólicos que não referem ter tido acidentes, ao nível da Escala de Stork. Os alcoólicos com vários acidentes de viação, alguns com gravidade, têm resultados mais elevados na Escala de Stork, evidenciando um maior risco suicidário. Isto vai de encontro à ideia que estes acidentes são também uma expressão da agressividade virada contra o próprio.

Verificámos que existe uma correlação significativa entre os resultados do IDB e da Escala de Stork para o conjunto da amostra. Esta correlação era esperada, dado que é conhecida a relação entre depressão e risco suicidário. No entanto a depressão não permite explicar o facto dos alcoólicos tipo 2 apresentarem um risco suicidário mais elevado dado que, como vimos, não há diferenças nos resultados do IDB entre os dois grupos.

Supomos que é preciso ter em conta as diferenças na forma de gerir a agressividade nos dois subgrupos.

É possível que a sociabilidade hipomaníaca dos alcoólicos tradicionais (tipo 1) contribua para que possam descarregar as suas tendências agressivas de forma menos violenta.

Em suma, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas é um meio de facilitação dos contactos sociais, de fuga à depressão através da exacerbação dos traços de personalidade hipomaníacos, e de acesso à onnipotência narcísica. O ser humano não se torna alcoólico por acaso. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas é uma defesa contra o sofrimento provocado pela vivência de carências psicológicas.

Para além da influência dos factores hereditários e sociais, no surgimento da dependência alcoólica, os factores psicológicos encontram-se igualmente na etiologia e na manutenção desta doença.

A prevenção da recaída e um plano psicoterapêutico de seguimento após a alta deve contemplar a abordagem terapêutica da depressão e o confronto com a realidade, com o objectivo do paciente poder construir um projecto pessoal assente nas suas reais possibilidades e não em falsas ilusões.

As diferenças entre os dois tipos de alcoólicos

alertam-nos para a necessidade de implementação de diferentes abordagens psicoterapêuticas, individuais e de grupo. A standardização de programas psicoterapêuticos torna-se um absurdo, uma vez que não contemplam essas diferenças individuais. O tratamento misto de alcoólicos e toxicodependentes não tem sentido. Apesar de serem sujeitos dependentes de substâncias tóxicas, estamos a lidar com realidades e necessidades psicológicas distintas.

O Teste de Szondi revelou-se um instrumento eficaz no estudo dos aspectos de personalidade subjacentes ao alcoolismo. Para além do diagnóstico psiquiátrico, há um dinamismo psicológico individual que nos ajuda a explicar e a compreender a origem e a evolução das patologias mentais. Esse estudo compete aos psicólogos integrados nas equipas multidisciplinares.

Com este trabalho pretendemos dar uma pequena contribuição para o estudo das características psicológicas subjacentes à dependência alcoólica.

Os resultados obtidos devem ser encarados com algum cuidado. A consistência destes resultados deverá ser analisada em estudos futuros, que deverão utilizar amostras maiores.

Ainda assim, os resultados parecem claramente satisfatórios, contribuindo para a compreensão das características psicológicas presentes nos dois grupos de alcoólicos e que podem levar à concretização duma prática psicoterapêutica mais eficaz.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1924). *Développement de la libido oeuvres complètes*. Paris: Petite bibliothèque payot. (Tradução do Alemão, 1966).
- Adès, J., & Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. Lisboa: Climepsi editores. (Tradução do original em Francês *Les conduites alcooliques et leur traitement*. Paris: Doiw Editeurs, 1997).
- American Psychiatric Association (APA). *DSM IV. Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais*. 4.<sup>a</sup> ed, Lisboa: Climepsi editores, 1996.
- Bacelar-Nicolau, H. (1980). *Contribuições ao estudo dos Coeficientes de Comparação em Análise Classificatória*. Tese de Doutoramento.

- Barnes, G. E. (1979). The alcoholic personality: A reanalysis of the literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 571-634.
- Behar, D., Winokur, G., & Berg, C. (1984). Depression in the abstinent alcoholic. *Am. J. Psychiatry*, 141, 105-107.
- Bleichmar, H. (1996). Some subtypes of Depression and their implications for psychoanalytic treatment. *Int. J. Psycho-Anal*, 77, 935-952.
- Bleuler, E. (1943). *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (Tradução do original em Alemão *Lehrbuch der Psychiatrie*. Spriger-Verlag Berlin Heidelberg, 1985).
- Centro Regional de Alcoologia de Lisboa (CRAL) (1998). *Estatística referente à distribuição dos doentes das consultas de seguimento, externa e de primeira vez, referentes ao sexo e grupos etários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Cloninger, C. R., Svravick, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Cooper, E. (1987). The role of group psychotherapy in the treatment of substance abusers. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 55-67.
- Deri, S. (1991). *Introduction au test de Szondi*. Bruxelles: Bibliothèque de pathoanalyse. (Tradução do original em Inglês *Introduction to the Szondi test: Theory and practice*. United States: Grune Stratton, 1949).
- Descombey, J. P. (1998). *L'homme alcoolique*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Direção Geral de Viação (DGV) (2001, 22 de Fevereiro). *Álcool e acidentes de viação*. Diário de Notícias, p. 24.
- Durkheim, E. (1897). *O suicídio*. Trad. do francês. Lisboa: Editorial Presença, 1977.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1978). *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson.
- Eufrásio, M., Fernandes, O. Monteiro, Lopes, I. C., Reis, A. R., & Dias, C. A (1987). *Adaptação da Escala de Risco Suicidário de J. Stork para a população portuguesa*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Fenichel, O. (1945). *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris: PUF, 1979 (Trad. Francesa de: *The psychoanalytic theory of neurosis*, 3.<sup>a</sup> ed).
- Ferenczi, S. (1991). *Obras completas, Psicanálise I*. São Paulo: Martins Fontes. (Tradução do original em Alemão *Bausteine zur psychoanalyse*. 1912/99).
- Ferguson, R., & Goldberg, D. (1997). Genetic markers of alcohol abuse. *Clinica Chimica Acta*, 257, 199-250.
- Fernández, F. A. (1992). *Alcoholdependencia* (3.<sup>a</sup> edición). Barcelona: Masson – Salvat Medicina.
- Fouquet, P., Malka, R., & Vachonfrance, G. (1986). *Alcoologie*. Paris: Masson.
- Freeman, H. (1999). *A century of psychiatry* (2 vols.). England: Mosby-Wolfe Medical Communications.
- Freud, S. (1915-1917). *Luto e melancolia*. Edição Standard Brasileira das obras completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, Lda., 1974, Vol. XIV.
- Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga – Projecto Europeu para o estudo do álcool e outras substâncias em meio escolar (ESPAD) (1989-1995).
- Garrett, H. E. (1986). *A estatística na psicologia e na educação*. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura.
- Graves, R. (1990). *Os mitos gregos I*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original em Espanhol *Culpa y depresión: estudio psicoanalítico*. Madrid: Alianza Editorial, 1983).
- Hayman, M. (1996). The relationship of depression to alcoholism. In S. Lesse (Eds.), *Masked depression* (pp. 318-338). London: Jason Aronson.
- Henniaux, M. (1986). Le suicide-étude des évènements en relation avec des modes de fonctionnement psychique de certains sujets à haute risque suicidaire a partir d'un service d'urgence d'un hôpital général. *Acta Psychiat. Belg.*, 86, 533-535.
- Hesselbrock, M., Fleury, R., & Meyer, R. (1983, September). *Assessing psychopathology in alcoholics and controls using DSM III*. Paper presented at the 10th World Congress of Social Psychiatry, Osaka.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillouse.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1984). *Compêndio de psiquiatria dinâmica* (3.<sup>a</sup> edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb (1997). *Compêndio de psiquiatria dinâmica* (7.<sup>a</sup> edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Khantizian, E. J., & Mack, J. E. (1983). Self-Preservation and the care of the Self-Ego instincts reconsidered. *Psychoanalytical Study of The Child*, 38, 209-229.
- Kinable, J., & Poellaer, J. M. (1990). Au contact de...: sens en émoi et aube du moi. In R. Devisch, J. Florence, M. Galasse, F. Geberovich, M. Gennart, J. Kinable, M. Ledoux, P. Lekeuche, H. Maldiney, J. Mélon, J. Oury, & J. M. Poellaer (Eds.), *Le contact* (pp. 25-47). Bruxelles: Editions Universitaires.
- Klein, M. (1952). En observant le comportement des nourrissons. Reproduzido em Klein, M., Heimann, P., Isaacs S., Riviere, J. (1966). *Développements de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France pp. 223-253.
- Legrand, M. (1979). *Léopold Szondi son test sa doctrine*. Bruxelles: Pierre Mardaga, Editeur.
- Lekeuche, P., & Mélon, J. (1990). *Dialectique des pulsions* (3.<sup>a</sup> ed.). Bruxelles: Bibliothèque de Pathoanalyse.

- Lekeuche, P. (1990). La dimension du contact dans la toxicomanie. In R. Devisch, J. Florence, M. Galasse, F. Geberovich, M. Gennart, J. Kinable, M. Ledoux, P. Lekeuche, H. Maldiney, J. Mélon, J. Oury, & J. M. Poellaer (Eds.), *Le contact* (pp. 159-166). Bruxelles: Editions Universitaires.
- Lesse, S. (1996). *Masked depression*. London: Jason Aronson.
- Loper, R. G., Kammeier, M. L., & Hoffman, H. (1973). MMPI characteristics of college freshmen males who later become alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology, 82*, 159-162.
- Malka, R., Fouquet, P., & Vachonfrance, G. (1986). *Alcoologie* (2.<sup>a</sup> édition). Paris: Masson.
- Matos, A. C. de (1986). Depressão: estrutura e funcionamento. *Revista da Sociedade Portuguesa de Psicanálise, 4*, 75-85.
- Matusita, K. (1955). Decision Rules Based on Distance for Problems of Fit, Two Samples and Estimation. *Annals of Mathematics and Statistics, 26*, 631-640.
- Mélon, J. (1975). *Psychopathies et perversions*. Liège: Presses Universitaires de Liège.
- Mijolla, A., & Shentoub, S. (1973). *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*. Paris: Editions Payot.
- Montgomery, S. A. (1993). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi editores. (Tradução do original em Inglês: Anxiety and Depression, 1990).
- Morgenstern, J. L., Langenbucher, J., Labouire, E., & Miller, K. J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology, 106* (1), 74-84.
- Murphy, G. E., Wetzel, R. D., Robins, E., & Mcevoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch. Gen Psychiatry, 49* (6), 459-463.
- Neto, D. (1999, 7 de Fevereiro). Consumo do álcool triplica. *Diário de Notícias*, p. 22.
- O.M.S. – WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide – UER/HFA, target 12, 1993.
- Pereira, D. P., Gomes, A. A., Carvalho, A., Alcântara, J., Dinis, C. V., & Cortesão, E. L. (1986). O alcoolismo na práxis clínica. In A. A. Gomes, E. L. Cortesão, & E. S. Silva (Eds.), *Psiquiatria, neurologia e saúde mental na práxis do clínico geral* (pp. 307-329). Lisboa: Laboratórios U.C.B.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, A., Almeida, A., Nascimento, L., & Fraga, M. (1992). Perfil do doente alcoólico. Estudo comparativo 1981-1986-1991. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoolologia, 1* (2), 211-220.
- Pottenger, M., Mckernon, J., Lewis, M. S., Patrie, E., Weissman, M., Ruber, H., & Newberry, P. (1978). The frequency and persistence of depressive symptoms in the alcohol abuser. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 166* (8), 562-569.
- Rado, S. (1933). The psychoanalysis of pharmacothymia. *Psychoan Quarterly, 2*.
- Roy, A., Lamparski, D., Dejong, J., Moore, V., & Linnoila, M. (1990). Characteristics of alcoholics who attempt suicide. *Am. J. Psychiatry, 147* (6), 761-765.
- Statistica - Electronic Textbook Statsoft (2001).
- Stork, J. (1977) Échelle d'évaluation de risque suicidaire. *Psychiatrie de l'Enfant, 20* (2), 493-517.
- Szondi, L. (1947). *Diagnostic expérimental des pulsions*. Paris: Presses Universitaires de France, 1973.
- Szondi, L. (1960). *Tratado del diagnostico experimental de los instintos*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1970.
- Talbott, J., Hales, R., & Yudofsky, S. (1992). *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vaz Serra, A., & Abreu, J. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos: Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do Inventário Depressivo de Beck. *Coimbra Médica, 20*, 623-644.
- Vaz Serra, A., & Abreu, J. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos: Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do Inventário Depressivo de Beck. *Coimbra Médica, 20*, 713-736.
- Whitters, A. C., Cadoret, R. J., & Widmer, R. B. (1985). Factors associated with suicide attempts in alcohol abusers. *Journal of Affective Disorders, 9*, 19-23.
- Wallace, J. (1989). El alcoholismo visto desde dentro: un análisis fenomenológico. In N. J. Estes, & Heimemann (Eds.), *Alcoholismo – Desarrollo, Consecuencias y Tratamientos* (pp. 3-14). Madrid: Española McGraw-Hill.
- World Drink Trends, 1997. NTC Publications Lda.
- Verbo Enciclopédia Luso-Brasileira da Cultura*, Vol. 14. Lisboa: Editorial Verbo.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Editorial Herder.

## RESUMO

O autor compara um grupo de 39 alcoólicos com uma mostra da população geral com o objectivo de encontrar diferenças que nos permitam destacar alguns aspectos psicológicos subjacentes à dependência alcoólica.

As mudanças nos últimos anos nos grupos de alcoólicos – grupos mais jovens, com um beber abrupto, idêntico ao dos toxicodependentes, por comparação com os alcoólicos «clássicos», em que o alcoolismo evolui lentamente, geralmente integrado num contexto sócio-cultural, levaram-nos a pensar que estas duas formas de alcoolismo correspondem a perturbações psicológicas distintas.

Para avaliarmos estas diferenças ao nível da estrutura de personalidade aplicámos o Teste de Szondi.

O alcoolismo é uma «caminhada patética» para a

morte, pelo que colocamos a hipótese que este tipo de comportamento tem subjacente um estado depressivo em que os alcoólicos viram a agressividade contra si próprios. Uma das formas de expressão da auto-agressão reflecte-se no número de acidentes de viação.

A depressão nos dois grupos de alcoólicos foi avaliada através do Inventário Depressivo de Beck. A expressão da auto-agressividade nos dois grupos de alcoólicos, foi avaliada através da Escala de Risco Suicidário de Stork.

Verificámos que não existem diferenças significativas entre os dois grupos de alcoólicos ao nível da depressão, no entanto, tal como esperávamos os alcoólicos mais jovens (tipo 2) apresentam um maior risco suicidário.

*Palavras-chave:* Tipos de alcoolismo, depressão, parasuicídio.

#### ABSTRACT

The author compare a group of 39 alcoholics with the general population, with the objective to find differences that can detail some psychological aspects in relation to the alcoholic dependence.

The transformation felt in last years in groups of alcoholics – younger groups, with a heavy drink, as the drug dependents, by comparison to the «classic» alcoholics, where alcoholism have a slow evolution, often integrated in a socio-cultural context, ride us thinking that this two forms of alcoholism are distinct mental disorders.

To estimate this differences at level of personality structure we used the Szondi Test.

The alcoholism is a «pathetic walk» to the death, reason why we put the hypothesis that this behavior has subjacent a depressive state, in witch the subject turn agressivity against himself. One of the forms of this expression is showed in the number of road accidents.

To compare the depression in this two groups we use The Beck Depression Inventory. The expression of self-violence in this two groups of alcoholics, was avalaited by the Stork Risk Suicide Scale.

We see that there is no signified differences between the two groups in depression, although, like we hope, younger alcoholics showed a grater suicide risk, and a greater number of road accidents.

*Key words:* Alchoolic types, depression, parasuicide.