

6

Para um novo paradigma de intervenção clínica na dependência do álcool: a tipologia alcoólica de Lesch (TAL)

SAMUEL POMBO, OTTO LESCH

Artigo recebido em 28/06/11; versão final aceite em 10/10/11.

RESUMO

Há muito que não só a prática clínica como a investigação científica observam que os alcoólicos não são todos iguais. Aliás, bem pelo contrário, apresentam uma elevada heterogeneidade, por exemplo, no padrão de consumo do álcool, na estrutura de personalidade, no tipo de co-morbilidade e vulnerabilidade neurobiológica. Esta diversidade produz manifestações fenotípicas distintas no perfil clínico do doente alcoólico (subtipos), podendo repercutir-se na eficácia dos modelos de tratamento disponíveis se não se encontrar reflectida na planificação terapêutica. A Tipologia Alcoólica de Lesch (TAL) define 4 subtipos de dependentes do álcool, validados cientificamente, desenvolvidos a partir de preditores clínicos a longo prazo: tipo I traduz um subgrupo fisiológico ("Modelo de alcoolismo enquanto doença física"); tipo II define um subtipo Ansioso ("Modelo de alcoolismo para lidar com ansiedade e resolução de problemas"); tipo III caracteriza um subtipo Depressivo ("Modelo do álcool como anti-depressivo") e tipo IV representa um Subtipo Orgânico ("Modelo de alcoolismo secundário a problemas do desenvolvimento infantil e de alterações cerebrais pré-alcoólicas"). Este trabalho visa a introdução ao paradigma das tipologias do alcoolismo, com foco particular na investigação científica e clínica da TAL e suas propostas terapêuticas. Conclui-se a disponibilidade de um corpo teórico e evidência científica que justifica a intervenção na dependência do álcool racionalmente fundamentada pela TAL.

Palavras-chave: Dependência do Álcool; Tipologias; Heterogeneidade; Terapêutica.

RÉSUMÉ

Il y a beaucoup ce non seulement la pratique clinique telle que la recherche scientifique note que les alcooliques ne sont pas tout égaux. En fait, tout à fait le contraire, ils présentent une hétérogénéité élevée, par exemple, dans le modèle de la consommation d'alcool, la structure de personnalité, le type de co-morbidity et la vulnérabilité neurobiologic. Cette diversité lance des manifestations phénotypiques distinctes du profil clinique du patient alcoolique (sous-types), qui peut effectuer sur l'efficacité du traitement modèle disponible sinon reflété dans la planification thérapeutique. La typologie alcoolique de Lesch (TAL) définit quatre sous-types d'alcohol-dependent, scientifiquement validé, développé à partir des facteurs prédictifs cliniques à long terme: le type I représente un sous-groupe physiologique («modèle d'alcoolisme comme maladie physique»); type II définit un sous-type Soucieux («Modèle d'alcoolisme pour traiter anxiété et résolution de problèmes»); type III caractérise un sous-type Dépressif («Modèle de l'alcool mange antidépresseur») et type IV représente un Sous-type Organique («Modèle d'alcoolisme secondaire les problèmes du développement infantile et de modifications cérébrales pré-alcooliques»). Ce travail vise l'introduction au paradigme des typologies de l'alcoolisme, avec je focalise particulier dans la recherche scientifique et clinique de la TAL et leurs propositions thérapeutiques. Il se conclut la disponibilité d'un corps théorique et l'évidence scientifique laquelle justifie l'intervention dans la dépendance de l'alcool rationnellement basé par la TAL.

Mots-clé: Dépendance de l'Alcool; Typologies; Hétérogénéité; Thérapeutique.

ABSTRACT

There is much that not only the clinical practice such as scientific research notes that alcoholics are not all equal. In fact, quite the contrary, they present a high heterogeneity, for instance, in the pattern of alcohol consumption, personality structure, type of co-morbidity and neurobiological vulnerability. This diversity originates distinct phenotypic manifestations in the clinical profile of the alcoholic patient (subtypes), which may impact on the effectiveness of treatment models available if not reflected in therapeutic planning. The Lesch Alcoholic Typology (LAT) defines four subtypes of alcohol-dependent, scientifically validated, developed from long-term clinical predictors: type I represents a physiological subgroup ("model of alcoholism as a physical illness"), Type II defines an anxious subtype ("model of alcoholism to deal with anxiety and as a conflict-solver"), Type III features a depressive subtype ("Model of alcohol as an antidepressant") and type IV represents an Organic subtype ("Model of alcoholism secondary child development problems and pre-alcoholic brain changes"). This paper aims to introduce the alcoholism typologies paradigm, with particular focus on scientific and clinical research on LAT and its therapeutic proposals. We concluded the availability of theoretical and scientific evidence that justifies the intervention in alcohol dependence rationally justified by the LAT.

Key Words: Alcohol Dependence; Typologies, Heterogeneity, Therapeutic.

RESUMEN

Desde hace mucho tiempo que no solamente la práctica clínica como también la investigación científica observa que los alcohólicos no son todos iguales. Presentan, además, una elevada heterogeneidad, por ejemplo, en el patrón de consumo de alcohol, en la estructura de la personalidad, en el tipo de co-morbilidad y vulnerabilidad neurobiológica. Esta diversidad produce manifestaciones fenotípicas distintas en el perfil clínico del enfermo alcohólico (subtipos), pudiendo repercutirse en la eficacia de los modelos de tratamiento disponibles cuando no se encuentra reflectada en la planificación terapéutica. La Tipologia Alcoólica de Lesch (TAL) define 4 subtipos de dependentes del alcohol, validados científicamente, desarrollados a partir de predictores clínicos a largo plazo: tipo I traduce un subgrupo fisiológico ("Modelo de alcoholismo mientras enfermedad física"); tipo II define un subtipo Ansioso ("Modelo de alcoholismo para tratar ansiedad y solucionar problemas"); tipo III caracteriza un subtipo Depresivo ("Modelo del alcohol como anti-depresivo") y tipo IV que representa un subtipo Orgánico ("Modelo de alcoholismo secundario para problemas del desarrollo infantil y de alteraciones cerebrales pre-alcoólicas"). Este trabajo apunta a la introducción del paradigma de las tipologías del alcoholismo, con particular énfasis en la investigación científica y clínica de TAL y sus propuestas terapéuticas. Se concluye la disponibilidad de un cuerpo teórico y la evidencia científica que justifica la intervención en la dependencia del alcohol racionalmente fundamentada por TAL.

Palabras Clave: Dependencia del Alcohol; Tipologías; Heterogeneidad; Terapéutica.

1 – INTRODUÇÃO

Actualmente, na área da alcoologia, é reconhecida a dissonância entre aquilo que a investigação científica da dependência do álcool (DA) dita (p. ex. resultados do estudos) e as metodologias de intervenção clínica comumente utilizados no "mundo real" do tratamento da DA (NIAAA, 2006). Torna-se mais preocupante quando, nalguns contextos, os resultados terapêuticos revelam resultados pouco animadores. Por exemplo, Hester e Miller (2003), editores e autores de uma influente publicação, "*Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*", concluíram, a partir de um amplo trabalho empírico, o fracasso relativamente à concepção dos programas terapêuticos internacionalmente aceites para o tratamento da DA. Os autores avaliaram as metodologias de mais de 80 programas terapêuticos utilizados na DA e verificaram que a maioria não era eficaz na prevenção da recaída, e, inclusivamente, algumas abordagens aumentam as taxas de recaída em determinados subgrupos de alcoólicos (Hester e Miller, 2003).

Parte desta realidade, poderá dever-se à ausência de reconhecimento da complexa heterogeneidade dos processos etiopatogénicos da DA, descurando assim o efeito independente e interactivo da predisposição genética, traços de personalidade, co-morbilidade psicopatológica e dos padrões de consumo do álcool nas populações que abusam e/ou dependem da substância psicoactiva. Há bastante tempo que a literatura e a clínica elucidam que DA não representa uma entidade nosológica estanque, em toda a sua expressão fenotípica, mas sim uma doença biopsicossocial complexa e plural nas diversas causas, complicações, evoluções e desfechos. Esta multiplicidade de determinantes legitima firmemente a heterogeneidade dos comportamentos alcoólicos" (Babor e Caetano, 2006; Pombo e Lesch, 2009; Lesch *et al.*, 2010; Pombo *et al.*, 2010).

Neste sentido, e assegurando que esta heterogeneidade não é aleatória (Babor *et al.*, 1992), vários subtipos clínicos de doentes alcoólicos têm sido propostos tendo como base avaliações retrospectivas das características psicológicas, biológicas e sociais dos indivíduos.

A abordagem através de uma tipologia multivariada (ou seja, que integre elementos sociais, biológicos e psi-

cológicos por meio de uma análise estatística) representa uma tentativa de compreender a interacção dos factores genéticos, personalidade e ambiente (risco) na etiologia e desenvolvimento dos padrões de DA e suas implicações clínicas. Uma resolução tipológica define um sistema de classificação e estudo de sujeitos que partilham uma ou mais características em comum e que determinam uma entidade denominada de "subtipo" (Babor e Caetano, 2006; Pombo e Lesch, 2009).

Nas últimas décadas, tem-se assistido a várias tentativas de subtipificação de doentes alcoólicos em grupos mais homogéneos, no sentido de melhorar o conhecimento científico ao nível dos mecanismos neurobiológicos subjacentes ao desenvolvimento e manutenção da patologia, aumentar a capacidade preditora do futuro curso da doença e aperfeiçoar a eficácia da resposta às terapêuticas psicológicas e psicofarmacológicas (Lesch e Walter, 1996; Babor e Caetano, 2006; Hesselbrock e Hesselbrock, 2006; Pombo e Lesch, 2009; Lesch *et al.*, 2010; Pombo *et al.*, 2010).

Considerando que o mero diagnóstico de "dependência do álcool" não fornece nenhum indício no que respeita às divergências biológicas de cada subtipo de doente ou à farmacoterapia específica que deve ser posta em curso, definir subgrupos de DA é essencial, por exemplo, para a execução de uma farmacoterapia racionalmente bem fundamentada (Johnson *et al.*, 2003; Lesch *et al.*, 2010). Uma tipologia de doentes DA possibilitará o desenho de intervenções terapêuticas mais acomodadas às necessidades de cada subgrupo e assim maximizar a eficácia dos tratamentos – "*treatment matching*".

1.1 – As Tipologias do Alcoolismo

A investigação no campo das tipologias do alcoolismo evoluiu manifestamente desde o trabalho pioneiro de Jellinek (1960). Desde então, algumas tipologias alcançaram relevância científica no campo da investigação e da clínica. São exemplos, os modelos de Cloninger, Babor e Lesch, embora não se reconheça uma tipologia de DA universalmente aceite, com precisão e validade prognóstica (Pombo e Lesch, 2009).

Em 1981, Cloninger *et al.* sugeriram uma tipologia tendo por base os resultados de um amplo estudo genético

de adopção. O modelo tipológico divide-se em dois subtipos, tipo I e tipo II, em que o primeiro está associado a um início mais tardio do problema, menor gravidade dos problemas ligados ao álcool e tem no geral um bom prognóstico. O tipo II, quase exclusivo do sexo masculino, inicia-se prematuramente (fase jovem adulto), sendo marcado por impulsividade e comportamento anti-social.

A tipologia A/B de Babor (Babor *et al.*, 1992), nalguma medida semelhante à de Cloninger, preconiza o início tardio do problema, com um perfil de menor gravidade de problema do álcool no tipo A e um tipo B classificado pela presença de vários factores de risco e um perfil clínico e social de maior gravidade, muitas vezes associados a co-morbilidade psiquiátrica.

Recentemente foi publicado pelo grupo de investigação do Núcleo de Estudos e Tratamento do Etilo-Risco (NETER) do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria de Lisboa, um estudo visando a replicabilidade e estabilização de uma tipologia clínica de bebedores dependentes do álcool - NAT (*NETER Alcoholic Typology*). A solução factorial permitiu extrair 5 subtipos: Ansiopático – Tipifica um funcionamento “neurótico”, marcado pela ansiedade; instabilidade emocional; comportamento agressivo na fase de abstinência do álcool e obsessões e compulsões acerca do consumo do álcool; Heredopático – com indicadores elevados de história familiar de alcoolismo e dependência do álcool e por uma classe social baixa; Timopático – traduz uma alteração ao nível da regulação dos afectos – este subtipo caracteriza um perfil alexitimico e depressivo, registando antecedentes de problemas laborais; Sociopático – Tipifica o contacto precoce com o álcool, comportamento agressivo aquando do consumo do álcool e por antecedentes legais; Adictopático – Isola os indivíduos mais jovens, com consumos de outro tipo de substâncias psicoactivas que não o álcool e por um comportamento disruptivo na infância e/ou adolescência (Cardoso *et al.*, 2006; Pombo *et al.*, 2010).

Esta tipologia já foi alvo de alguns estudos de validação, contudo, ainda encontra algumas limitações, por exemplo, em termos da sua validade preditiva (Pombo *et al.*, 2007; Pombo e Lesch, 2009).

1.2 – A Tipologia Alcoólica de Lesch (TAL)

O estudo longitudinal (18 anos) de 444 dependentes do álcool originou 4 evoluções da doença do álcool, que, após correlacionado com indicadores sociais, biológicos, familiares e clínicos, organizou-se num modelo de classificação multivariada conhecido internacionalmente por “Tipologia Alcoólica de Lesch” (Lesch *et al.*, 1988; Lesch *et al.*, 2010).

Genericamente, os 4 subtipos de Lesch *et al.*, (1988), desenvolvidos a partir de preditores clínicos a longo prazo, caracterizam-se da seguinte forma: o tipo I compreende o aparecimento precoce de sintomas de privação do álcool, *craving*, podendo estar associado a uma vulnerabilidade endorfinica; o tipo II evidencia tendências suicida, ansiedade e conflitos pré-mórbidos, com alterações ao nível do sistema serotoninérgico; o tipo III tipifica um comportamento agressivo e impulsivo, com a existência de co-morbilidade psiquiátrica – neste tipo afigura-se uma alteração cronobiológica; o tipo IV apresenta lesões cerebrais orgânicas pré-mórbidas, associado a uma deterioração psíquica, orgânica e social do indivíduo.

A validade do modelo foi assegurada por vários estudos posteriores, que demonstraram diferenças no perfil psicológico e neurobiológico dos 4 subtipos, designadamente, nas variáveis sexo (Sperling *et al.*, 1999; Pombo *et al.*, 2007), *craving* (Hillemacher *et al.*, 2006a; Hillemacher *et al.*, 2006b), função cognitiva (Zago-Gomes e Nakamura-Palacios, 2009), metabolismo do etanol e do metanol (Sprung *et al.*, 1988), péptidos reguladores do apetite (Hillemacher *et al.*, 2007), níveis plasmáticos de homocisteína (Bleich *et al.*, 2004), ácido glutâmico (Walter *et al.*, 2006), variantes genéticas da metilenoetetrahydrofolato redutase (MTHFR) (Bonsch *et al.*, 2006).

1.3 – Processo de classificação

As 4 evoluções da doença do álcool foram posteriormente dispostas segundo um processo de decisão, denominado de “árvore de decisão” (Lesch *et al.*, 1990). Esta árvore de decisão foi transformada num algoritmo informático e está hoje disponível num programa de computador divulgado na maioria das línguas europeias (www.LAT-online.at), permitindo assim a sua aplicação

em vários estudos terapêuticos internacionais. A versão portuguesa do *software* informático foi traduzida pelos autores.

O procedimento de diagnóstico da classificação de Lesch realiza-se num percurso de exclusão de subtipos, iniciando-se no subtipo IV, seguido pelos subtipos III, I e II. O processo de classificação, bem como os descritores clínicos para cada subtipo são os seguintes (Lesch *et al.*, 1988; Lesch *et al.*, 1990; Pombo e Lesch, 2009; Lesch *et al.*, 2010):

FIGURA 1 – Versão adaptada para português do *software* informático que classifica os doentes dependentes do álcool de acordo com a TAL.



TABELA 1 – Critérios de diagnóstico para o Subtipo IV.

1. Dano perinatal grave antes dos 14 anos: complicações durante a gravidez ou durante o parto com potenciais repercussões no desenvolvimento infantil intelectual e psicomotor.
2. Doença cerebral, orgânica ou psíquica antes dos 14 anos: encefalite, meningite ou outras doenças (por exemplo, co-morbidade psiquiátrica grave – esquizofrenia) que tenham implicado tratamento.
3. Convulsões (grande mal) independentes do consumo do álcool: não devem ocorrer no contexto do consumo agudo ou privação do álcool. Por exemplo, epilepsia.
4. Enurese nocturna (após os 3 anos de idade): ocorreu durante pelo 6 meses e necessitou de tratamento.
5. Neuropatia periférica alcoólica grave: classificar como grave se existem sintomas motores (problemas de locomoção, ataxia) e sensoriais (perda de sensibilidade, "formigueiros") perceptíveis com extrema fraqueza e atrofia muscular.
6. Contusão cerebral: traumatismo craniano. Avaliar se ocorreu com perda de consciência e se subsistiram sinais neurológicos.
7. Roer as unhas e gaguez: os sintomas duraram pelo menos 6 meses.
8. Aparecem sintomas de embriaguez intensos mesmo após o consumo de uma baixa quantidade de álcool. A síndrome de privação do álcool é moderada.

Processo de diagnóstico: Se estiverem presentes alguns dos itens de 1 a 7, o subtipo IV deve ser diagnosticado. O item 8 é opcional.

TABELA 2 – Critérios de diagnóstico para o Subtipo III.

1. Depressão *major*: existem critérios para o diagnóstico de uma perturbação depressiva grave (duração de pelo menos 6 meses).
2. Tendências ou tentativas de suicídio: existe ideação suicida grave. Pelo menos (ou frequente) uma tentativa de suicídio sem consumo do álcool significa tendência suicida ou tentativa de suicídio independente da privação ou intoxicação do álcool.
3. Perturbações graves do sono: avaliar se são independentes do consumo ou privação do álcool
4. Periodicidade do consumo do álcool claramente detectável: periodicidade significa consumos do álcool episódicos, com modificações rítmicas, ou em quantidade e/ou na duração. Verifica-se, por exemplo, períodos de abstinência total. Estas modificações reflectem a doença psiquiátrica subjacente.
5. Álcool é usado como forma de "auto-medicação" da perturbação psiquiátrica subjacente: perturbação do humor, do sono, etc.
6. História familiar positiva para perturbações psiquiátricas: encontra-se na família casos de depressão *major*, suicídio ou dependência do álcool.
7. Manifestações de agressividade mesmo sem consumo do álcool.

Processo de diagnóstico: Se o tipo IV não foi diagnosticado e estiverem presentes alguns dos itens de 1 a 4, então o subtipo III deve ser diagnosticado. Os itens 5 a 7, embora frequentes, são opcionais.

TABELA 3 – Critérios de diagnóstico para o Subtipo I.

1. Sintomas de privação graves: tremor tridimensional, sudação profusa e sintomas vegetativos graves. Pode ocorrer *Delirium Tremens* que na história clínica representa uma síndrome grave de privação do álcool.
2. Convulsões induzidas pela privação do álcool: convulsões durante a abstinência são sintomas graves do quadro de privação. Convulsões que ocorrem 5 dias após o início da abstinência, não estão relacionadas com o quadro de privação e são causadas frequentemente por medicação ou por outros factores.
3. *Craving* pelo álcool e perda de controlo: uma bebida leva a um episódio de consumo excessivo.
4. Historia familiar positiva de alcoolismo
5. O consumo do álcool aparece como forma de anular a síndrome de privação.
6. Problemas sociais ligeiros.
7. Bebedores que aparentam "tolerar" muito o álcool

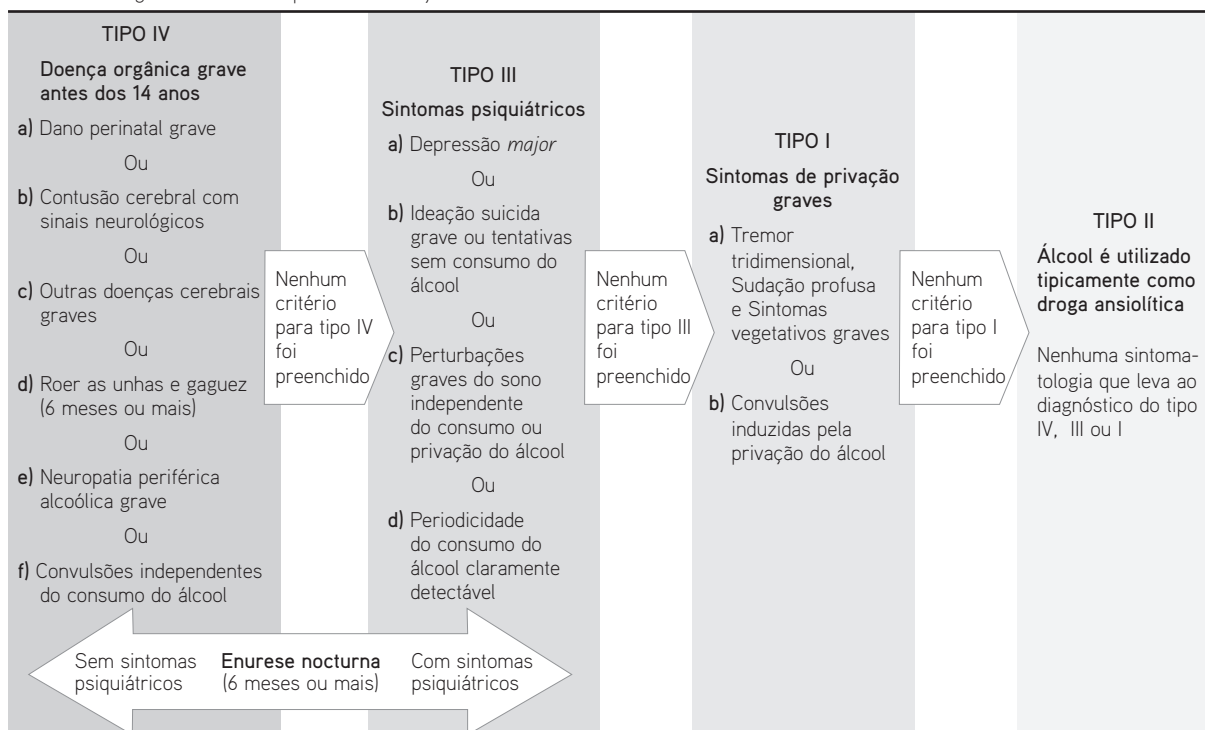
Processo de diagnóstico: Se o tipo IV e III não foram diagnosticados e estiverem presentes alguns dos itens 1 ou 2, então o subtipo I deve ser diagnosticado. Os itens 3 a 7, embora frequentes, são opcionais.

TABELA 4 – Critérios de diagnóstico para o Subtipo II.

1. Álcool é tipicamente utilizado como "droga" ansiolítica.
2. Mudança de comportamento quando sob o efeito do álcool: manifestações de agressividade.
3. Consumo do álcool pode ocorrer em associação com medicação ansiolítica (BZD's).
4. Relações familiares problemáticas.
5. Não se observa uma síndrome de privação grave.
6. Não se observam doenças orgânicas graves associadas.

Processo de diagnóstico: Se o tipo IV, III ou I não foram diagnosticados e estiverem presentes o item 1, então o subtipo II deve ser diagnosticado. Os itens 2 a 6, embora frequentes, são opcionais.

FIGURA 2 – Algoritmo de decisão para a classificação de Lesch



A classificação da Tipologia de Lesch é passível de ser adequadamente aplicada por um profissional de saúde treinado (p. ex. médico). Para isso, deve ser efectuada uma anamnese cuidadosa, a qual normalmente está integrada na rotina das unidades de atendimento a dependentes do álcool e de outras substâncias.

1.4 – Recomendações terapêuticas para a intervenção clínica na dependência do álcool de acordo com a TAL

A partir da caracterização clínica e evolução prognóstica de cada subtipo de dependência do álcool da TAL, validada por mais de uma década de investigação científica e prática clínica (Lesch *et al.*, 1988; Lesch *et al.*, 1990; Lesch e Walter, 1996; Lesch *et al.*, 2010), foi possível definir estratégias terapêuticas consistentes para cada subtipo de doentes (Lesch e Walter, 1996; Lesch *et al.*, 2010).

2 – SUBTIPO I – SUBTIPO FISIOLÓGICO "MODELO DE ALCOOLISMO ENQUANTO DOENÇA FÍSICA" (MODELO DE "ALERGIA")

2.1 – Caracterização geral da síndrome

A privação do álcool define o elemento chave desta síndrome, a qual é grave e pode ocorrer com crises convulsivas.

Estes doentes exibem normalmente boa adaptação social, com envolvimento em actividades de lazer, estabelecem boas relações na estrutura familiar e não apresentam na sua história de vida problemas significativos na infância nem um historial de problemas legais. É frequente estes doentes reportarem história familiar de alcoolismo.

Durante o período de abstinência, estes doentes não apresentam sintomatologia psiquiátrica e reportam pouco ou nenhum *craving* para o consumo do álcool. No entanto, após o reinício do consumo, mesmo de poucas quantidades de álcool, o *craving* pode rapidamente eclodir.

De acordo com o modelo de dependência deste subtipo, a dependência do álcool representa uma "condição de alergia" (doutrina dos Alcoólicos Anónimos) que resulta de um processo de sensibilização gradual ao álcool durante um período mais ou menos extenso de tempo. O desenvolvimento e o curso destes casos

é, nalguma medida, comparável à história clínica das doenças alérgicas, em que um indivíduo pode durante anos gozar de uma liberdade absoluta em relação a uma determinada condição (abstinência), tornando-se aparentemente normal, porém, mantém a condição de susceptibilidade latente (alergia) e uma simples bebida alcoólica pode degenerar rapidamente num conjunto de sintomas de dependência.

Os doentes tipo I desenvolvem sintomas de privação do álcool graves, frequentemente, após um curto período de tempo de consumo. Apresentam tremor, sudorese intensa, combinada com instabilidade circulatória e flutuações da pressão sanguínea e da frequência cardíaca. Nesta fase, o risco de *delirium tremens* é elevado. Sem tratamento podem surgir crises epilépticas de grande-mal no período de abstinência ou no primeiro ou segundo dia de redução do consumo.

2.2 – Correlatos biológicos

A farmacocinética do álcool neste subgrupo é particularmente diferente dos outros três subtipos. Nestes doentes, o etanol é eliminado de forma significativamente mais célere do que nos outros 3 subtipos, o que presumivelmente conduzirá a níveis mais acentuados de aldeído e, por seu turno, a um fenótipo eminentemente caracterizado pela síndrome de privação do álcool. Coloca-se como hipótese que a principal via de nocividade neste subtipo é a presença assinalada do acetaldeído, com níveis particularmente elevados (Sprung *et al.*, 1988).

2.3 – Funcionamento psicológico e comportamental

Estes doentes movimentam-se entre o pólo da estabilidade e o pólo da instabilidade, pois intercalam períodos de abstinência do álcool, em que se revelam aparentemente "equilibrados" do ponto de vista psicológico, com períodos vigorosos de abuso do álcool caracterizados por formas relativamente impetuosas de *craving* pelo álcool.

Embora possa figurar sintomatologia ansiosa ou depressiva com a cessação do álcool, não se observa geralmente algum tipo de perturbação significativa do funcionamento da personalidade.

2.4 – Síndrome de Privação

2.4.1 – Sintomatologia de privação

Num primeiro contacto com o sistema de saúde, estes doentes podem chegar normalmente num estado elevado de intoxicação pelo álcool.

Frequentemente desenvolvem sintomas de privação graves, como tremor. Estes ocorrem mesmo durante o estado de intoxicação, podendo ser provocados meramente pela simples diminuição da Concentração Álcool no Sangue (CAS). Os doentes referem suores ao longo do dia, bem como suores nocturnos intensos. Também se observa a alteração de funções vitais básicas, como a pressão sanguínea e a frequência cardíaca. A perturbação do padrão de sono induz habitualmente estados emocionais de medo e agitação. Geralmente, o medo face ao quadro de privação é intenso, o que pode levar estes doentes a consumir novamente álcool, de forma a aliviar a sintomatologia desconfortável de privação do álcool.

Aproximadamente, 20% destes doentes reportam alucinações visuais, tais como objectos minúsculos que se movimentam. Mesmo sem abstinência completa, a mera redução do consumo do álcool pode causar convulsões tónico-clónicas. As crises epiléticas relacionadas com a privação podem preceder um quadro de *delirium*.

2.4.2 – Duração da síndrome de privação

A maioria dos sintomas de privação de maior gravidade ocorre normalmente durante os primeiros 3-5 dias, com uma posterior rápida diminuição de gravidade.

2.4.3 – Tratamento proposto para os sintomas de privação

Geralmente, são recomendadas benzodiazepinas (BZD's) com propriedades anti-epiléticas. Ao decidir a dosagem, atender ao grau de lesão hepática, assim como à anterior ou eventual ocorrência de crises epiléticas ou *delirium tremens*. Aconselha-se o início imediato do tratamento, pois esperar, implica o aparecimento de sintomas de privação mais graves que podem levar o doente a abandonar o processo terapêutico. Os doentes, que inicialmente requerem doses elevadas de BZD's,

devem gradualmente reduzir o seu uso. Se a medicação for interrompida abruptamente, o risco de uma crise epilética do tipo grande-mal aumenta consideravelmente. Se ocorrerem crises epiléticas durante as síndromes de privação anteriores, recomenda-se vigorosamente a medicação anti-epilética. É também indispensável hidratar os doentes e assegurar níveis electrolíticos razoáveis. A vitamina B1 deve ser administrada (via parentérica) com o objectivo de melhorar o funcionamento cognitivo.

Os neurolépticos devem ser evitados, na medida em que os circuitos da dopamina já se encontram em depleção, e assim, quando em combinação com o efeito anti-dopaminérgico dos neurolépticos, podem potenciar o risco de recaída.

2.5 – Aspectos motivacionais específicos

A motivação destes doentes para parar de beber apenas poderá ser sensibilizada quando em coexistência com uma proposta de tratamento médico apropriado para os sintomas de privação. Na ausência de um tratamento formal, a abstinência prolongada é virtualmente impossível.

Se o doente não consegue lidar com a privação em casa, a admissão breve num hospital (10-14 dias) pode ser necessária.

É fundamental que durante a fase inicial da abstinência o doente se sinta apoiado e protegido, recorrendo-se o mais possível a uma comunicação clara e acessível.

Nesta fase do tratamento, é desaconselhável discutir alvos terapêuticos a longo prazo, devendo-nos cingir a objectivos realizáveis num futuro imediato. Do ponto de vista da intervenção psicológica, o foco deve concentrar-se na psicoeducação, com uma informação detalhada sobre a condição e distinção fisiológica destes doentes, em detrimento de uma recomendação para psicoterapia.

2.6 – Objectivo terapêutico

A abstinência completa é essencial, a qual se vislumbra acessível e alcançável com o processo terapêutico recomendado.

2.7 – Prevenção da recaída:

2.7.1 – Intervenção Psicossocial:

Neste modelo de dependência do álcool, o problema é encarado como uma doença física.

O principal objectivo passa por estabelecer uma aliança com o doente, de forma a alcançar um "Nós", em vez de um modo de comunicação "Eu e Tu" ou seja, "Nós fá-lo-emos juntos!". Este alinhamento de objectivos entre o terapeuta e o paciente apresenta-se como o sustentáculo das necessidades emocionais do paciente. Para alguns doentes pode ser aconselhável uma intervenção breve de orientação comportamental.

Os grupos de auto-ajuda, tais como os AA, são vantajosos nestes doentes e podem ser sugeridos pelo terapeuta.

2.7.2 – Terapêutica farmacológica recomendada para prevenção da recaída

O uso regular do acamprosato na dosagem adequada aumenta significativamente as taxas de abstinência nestes doentes (Lesch *et al.*, 2001).

Os neurolépticos não devem ser recomendados neste subgrupo pois aumentam significativamente a probabilidade de recaída (Lesch *et al.*, 2010).

Medicação aversiva só deve ser disponibilizada a doentes altamente motivados e que estão expostos a situações de elevada pressão para consumir álcool, por exemplo, no trabalho (p. ex. empregos relacionados com o álcool como empregado de balcão ou mesa).

O uso do antagonista opióide (naltrexona) pode diminuir a extensão e duração de recaída. Porém, esta deve somente ser tomada até que a abstinência seja novamente restituída. Esta medicação também pode ser prescrita a doentes difíceis de motivar a mudança do comportamento de beber. Deve ser administrada diariamente e o doente deve ser incitado a manter consultas regulares com técnicas de intervenção comportamental. Este método é conhecido por "método de extinção", desenvolvido por David Sinclair (Sinclair, 2001). Apenas os técnicos com experiência em técnicas terapêuticas relacionadas devem utilizar este método, o qual se pode revelar bastante útil em doentes que se encontram em lista de espera.

3 – SUBTIPO II – SUBTIPO ANSIOSO

"MODELO DE ALCOOLISMO PARA LIDAR COM ANSIEDADE E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS"

3.1 – Caracterização geral da síndrome

Numa primeira abordagem, estes doentes podem-se confundir com um padrão de beber controlado, pois o seu funcionamento social é ajustado e a forma de beber aparenta ser mais adaptada. O grau de dependência é moderado com poucas complicações orgânicas.

Os dependentes do álcool deste subgrupo bebem com a finalidade de "resolver" os seus conflitos associados à ansiedade. Por vezes, este efeito é também conseguido pela colaboração de substâncias sedativas lícitas (BZD's).

O comportamento destes doentes pode flutuar entre passividade, submissão e conformismo e as manifestações agressivas quando sob o efeito do álcool.

3.2 – Correlatos biológicos

Considerando a sintomatologia ansiosa e os comportamentos de agressividade nestes doentes, coloca-se como hipótese uma disfunção serotoninérgica subjacente (Lesch *et al.*, 2010).

3.3 – Funcionamento psicológico e comportamental

O consumo de álcool nestes doentes está claramente associado ao seu efeito de alívio da ansiedade e de redução do estado subjectivo de tensão. Deste modo, estes doentes usam o álcool como forma de "auto-medicação" (Khantzian, 1985) em situações de conflito, e tentam "resolver" os seus problemas através do consumo do álcool.

A forma de beber destes doentes revela alguma sensibilidade a mudanças do ambiente. Por exemplo, quando colocados numa atmosfera mais relaxante (p. ex. férias), podem espontaneamente diminuir as doses de consumo do álcool habituais.

Manifestam geralmente um bom relacionamento com os pais, por vezes até com algum domínio por parte de um deles (normalmente, a mãe). Contudo, na relação conjugal, estes doentes têm normalmente um companheiro/a que, na relação, desempenha um pouco o papel de "dominador". Em muitos casos, essa função

de domínio reflecte-se no processo terapêutico, em que estes companheiros "forçam" o encaminhamento destes doentes à terapia. Esta interacção tipifica frequentemente um modelo de relação conjugal, na qual o álcool exerce um papel principal na interacção, quase como uma "terceira pessoa".

Em termos do funcionamento da personalidade, estes doentes apresentam traços afectivos dependentes ou podem mesmo preencher os critérios para perturbação de personalidade dependente (APA, 2000).

Os doentes Tipo II tendem a revelar instabilidade emocional. Embora sendo caracterizados como ansiosos, estes doentes, às vezes, revelam um comportamento agressivo, particularmente, quando intoxicados pelo álcool. O comportamento destes doentes pode ser polarizado, oscilando entre a passividade e as manifestações agressivas quando sob o efeito do álcool. Quando em abstinência, estes doentes funcionam num registo de personalidade com excessiva adaptação, conformismo e alguma passividade (traços depressivos da personalidade). Contudo, ocasionalmente e sob o efeito do álcool, verificam-se ensaios de retirada deste papel social mais submisso, por meio de manifestas "explosões" agressivas, especialmente no contexto da família.

3.4 – Síndrome de Privação

3.4.1 – Sintomas de privação:

A maioria destes doentes não usa o álcool de uma forma maciça. Tendem a variar entre os consumos reduzidos do álcool e a abstinência total. Sofrem de níveis moderados de ansiedade e agitação e, geralmente, de múltiplos sintomas que são percebidos de uma forma intensa. Em termos orgânicos, este subgrupo é caracterizado por uma hipotensão arterial ligeira e por uma frequência cardíaca também ligeiramente elevada. Além disso, estão também propensos a apresentar sudorese palmar profusa e transpiração ligeira do corpo. O tremor nestes casos é ligeiro.

A história pregressa neste subgrupo não acolhe patologia de privação grave, especialmente crises convulsivas tónico-clónicas. Não se observa, de igual forma, polineuropatia grave. Todavia, as dificuldades do sono (ao adormecer) podem ser frequentes.

3.4.2 – Duração da síndrome de privação

Os sintomas de privação têm uma duração aproximada de 10 dias. Os sintomas remanescentes parecem estar associados à perturbação psiquiátrica subjacente, ou podem ter outra etiologia que não o álcool. Por exemplo, consumo adicional de sedativos ou drogas ilícitas.

3.4.3 – Tratamento proposto para os sintomas de privação

Os doentes tipo II tendem a responder melhor ao tratamento para redução da ansiedade com medicação não-BZD. A dosagem apropriada depende do nível de ansiedade e da gravidade da perturbação do sono. A medicação anti-epiléptica é dispensável. As BZD's devem ser evitadas, tendo em conta o poder de permutação de uma dependência do álcool para uma dependência da medicação psicofarmacológica.

3.5 – Aspectos motivacionais específicos

Deve-se fomentar a tomada de consciência do doente para a relação desadaptativa entre o funcionamento de personalidades e os seus mecanismos de *coping* – consumo de álcool ou medicamentos.

Tendo em conta que estes doentes geralmente apresentam indicadores de falta de confiança, qualquer medida terapêutica que promova o sentimento de segurança e protecção no doente é benéfica e potencialmente contentora. O objectivo da intervenção psicológica passa por motivar e sublinhar o carácter imprescindível do "trabalho" psicoterapêutico, no sentido de reforçar a sua auto-estima que se encontra deficitária.

3.6 – Objectivo terapêutico

O treino de assertividade com técnicas de "recusa" de consumo do álcool ("dizer não") deve ser valorizado, podendo depois ser generalizado a situações não aplicáveis ao consumo do álcool. Porém, a terapia deve focar preferencialmente o reforço do ego, em detrimento do padrão de consumo do álcool. O doente deve aprender a gerir os limites da relação interpessoal, doseando de forma apropriada o esforço e investimento nos seus relacionamentos de proximidade. Neste processo, aguardam-se algumas recaídas, as quais são frequen-

temente de menor gravidade e sem a perda total de controlo.

3.7 – Prevenção da recaída

3.7.1 – Intervenção Psicossocial:

O objectivo terapêutico fundamental é a estimulação da capacidade de *insigh* do doente para o seu estilo de funcionamento interactivo. Com frequência, estes doentes necessitam que os outros lhes prestem cuidados e atenção numa forma interaccional dependente. Neste sentido, poderá adequar-se nalguns casos uma abordagem psicoterapêutica para a perturbação da personalidade dependente. Aprender estratégias adequadas para reduzir a ansiedade, as quais demandam um indispensável reforço do Ego. Estruturar e conhecer como não iniciar relações "patologicamente" dependentes, a partir da identificação de sinais de aviso precoces. Os mecanismos de *coping* devem ser completamente reformulados, substituindo o álcool como forma preferencial para lidar com as crises, por outros mecanismos mais adaptativos.

Pode observar-se com frequência no companheiro do doente uma perturbação psiquiátrica ou psicossomática. Nesses casos, recomenda-se terapia sistémica. Nalgumas ocasiões, pode ser necessário envolver os filhos no processo terapêutico sistémico. Os grupos de auto-ajuda com uma temática relacionada com a ansiedade ou o reforço do Ego beneficiam mais estes doentes do que os tradicionais grupos de AA.

3.7.2 – Terapêutica farmacológica recomendada para prevenção da recaída

O acamprosato reduz significativamente as taxas de recaída neste subgrupo (Hertling *et al.*, 2001; Lesch *et al.*, 2010). A psicoterapia é fundamental, na medida em que a medicação farmacológica por si só, tende a ser insuficiente. Nestes pacientes, os ansiolíticos produzem, frequentemente, apenas uma permutação da dependência e por isso devem ser evitados. Os neurolépticos não aumentam a probabilidade da recaída (Walter *et al.*, 2001). No caso dos doentes com queixas de perturbações do sono ou sono agitado, a introdução de anti-depressivos pode ser proposta.

4 – SUBTIPO III – SUBTIPO DEPRESSIVO "MODELO DO ÁLCOOL COMO ANTI-DEPRESSIVO"

4.1 – Caracterização geral da síndrome

Este subgrupo caracteriza-se pela associação entre as perturbações afectivas de base familiar e as perturbações do sono. São frequentes as co-morbilidades psiquiátricas, tanto no indivíduo como na família. Por exemplo, suicídio e perturbações do humor, do sono e da motivação. Pode também aparecer história familiar de alcoolismo.

A personalidade destes doentes é tipificada por uma forte orientação para a realização e produtividade e por uma estrutura emocional rígida.

O consumo do álcool tem como objectivo a procura de um efeito "anti-depressivo". O consumo do álcool tem um padrão nitidamente menos gregário, por vezes mesmo solitário.

Como a história familiar indica perturbações psiquiátricas, é deveras provável a perpetuação do mesmo padrão de consumo do álcool. Na família, o álcool é igualmente consumido pelo seu efeito "contra-depressivo", o que conduz com regularidade a problemas sociais e familiares graves.

Estes doentes apresentam no seu ciclo vital de consumo do álcool vários períodos de abstinência ou então de consumo mínimo do álcool. O consumo é geralmente mais acentuado durante as fases mais "activas" da perturbação psiquiátrica.

Como seria de esperar, o próprio álcool amplia a síndrome depressiva e deteriora, por exemplo, o ritmo e arquitectura do sono. Sempre que os dependentes do álcool deste subgrupo iniciam um *processo de abstinência, as perturbações cronobiológicas geralmente melhoram* (Berner *et al.*, 1986). Apresentam tendências auto-destrutivas.

Os problemas sociais são frequentes, normalmente envolvendo a própria família (agressões) ou situações de fragilidade social com desemprego prolongado. Podem igualmente surgir situações de violência extrema (Reulbach *et al.*, 2007).

4.2 – Funcionamento psicológico e comportamental

O álcool coadjuva um estilo de vida orientado para o

rendimento, produtividade e *performance*, ao permitir aliviar a *stress* e as tensões da vida quotidiana.

Estes doentes apresentam-se com padrões rígidos e inflexíveis de funcionamento, em concomitância com expectativas de realização elevadas. Obviamente sentem-se com frequência insatisfeitos e frustrados, pois raramente alcançam os seus padrões extremamente exigentes de funcionamento.

A capacidade hedónica está perturbada. Estes doentes têm uma dificuldade acentuada em experimentar uma ampla variedade de "prazeres" psicológicos e, em consequência, raramente experienciam o sentimento de felicidade. A optimização absoluta do seu funcionamento traduz-se na profissão. A família e o seu suporte cultural são tão prioritários, já que estes doentes deixam pouco tempo para qualquer actividade de bem-estar emocional ou física (relaxar ou actividades de lazer), sem que isso signifique algum tipo de competitividade. Tendem a assumir papéis de controlo e liderança. São frequentemente activos no contexto social, por exemplo, membros de uma associação ou actividade similar. O Outro pode caracterizar estes doentes como pretensiosos e/ou arrogantes, o que torna estes doentes vulneráveis a grave desaprovação das outras pessoas. Procuram constantemente responsabilidade no outro, quando alguma coisa corre mal.

Não permitem que as suas emoções, reiteradamente reprimidas, interfiram com os seus processos de pensamento lógico de elevada valia. Orientam unicamente as suas vidas por estratégias cognitivas. Contudo, sob a influência do álcool, o seu "escudo" de protecção contra os afectos pode enfraquecer e permitirem-se experimentar emoções.

Como, neste subtipo, a instabilidade emocional cursa contígua ao problema do álcool, estes doentes podem, por exemplo, revelar-se muito investidos emocionalmente e expressar até afectos inadequados – podem ocorrer gritos e berros, sobretudo quando sob o efeito do álcool.

Apresentam igualmente tendências auto-destrutivas (pensamentos suicidas com ou sem álcool). A ideação e/ou as tentativas de suicídio ocorrerem geralmente com maior frequência nos doentes do tipo III, em com-

paração com os outros tipos (Lesch *et al.*, 1988; Pombo *et al.*, 2007).

Foi observado, numa população dependente do álcool com antecedentes criminais violentos, a centralização de actos homicidas de maior gravidade neste subgrupo, tendo em conta que a maioria dos homicidas eram rein-cidentes (Reulbach *et al.*, 2007).

4.3 – Síndrome de Privação

4.3.1 – Sintomas de privação

Existe uma notável variabilidade no que se refere ao consumo do álcool e à estabilidade psicológica. Estes doentes chegam geralmente ao tratamento com vários graus de intoxicação. Alguns chegam inclusivamente sóbrios. Tendem a revelar-se muito agitados e podem manifestar tendências suicidas (Pombo *et al.*, 2007). Muitos dos doentes do tipo III sentem-se consideravelmente culpabilizados e, embora com algum sucesso quotidiano, sentem incessantemente que poderiam e deveriam fazer melhor.

Em termos orgânicos, estes doentes são caracterizados por uma hipotensão ligeira e elevação moderada da pressão cardíaca. Exibem também suores intensos nas palmas das mãos e transpiração ligeira do tronco.

A história pregressa destes doentes não revela indicadores de patologia grave de privação, nem se observa polineuropatia grave. Contudo, são habituais os problemas de sono.

4.3.2 – Duração da síndrome de privação

Tipicamente, os sintomas de privação têm a duração de pelo menos 14 dias. Os sintomas remanescentes estão normalmente relacionados com a perturbação afectiva subjacente, ou estão associados a outra etiologia, tal como abuso adicional de BZD's.

4.3.3 – Tratamento proposto para os sintomas de privação

Não requer forçosamente medicação anti-epiléptica. As substâncias ansiolíticas, outras para além das BZD's, mostram-se eficazes.

4.4 – Aspectos motivacionais específicos

Valoriza-se a componente de informação e psicoeducação sobre a doença, como acontece com qualquer outra. Deve ser tomado em consideração que, particularmente os doentes tipo III, tendem a adquirir algum tipo de conhecimento acerca do problema do álcool e podem ter ensaiado antecipadamente outros métodos de privação do álcool.

A primeira etapa do trabalho educacional visa a compreensão da "afinidade" álcool-produtividade. O doente deve compreender que o álcool funciona como um "amparo" de uma vida orientada para a *performance*, consentindo o alívio do *stress* e das tensões do dia-a-dia.

Quando estes doentes mantêm uma abstinência por 14 dias ou mais, podem, depois, prolongar essa abstinência mais facilmente por diversos meses. Enquanto dura o período de sobriedade, regressam copiosamente ao seu estilo de vida anterior, o qual inclui a imperativa estratégia do "trabalho" – manterem-se demasiado ocupados para reflectir e "olhar" para o seu mundo afectivo interno. Numa primeira abordagem, muitos destes doentes recusam efectuar qualquer alteração profunda no seu estilo de vida. Neste sentido, é de todo o interesse "agarrar a vantagem" do período de abstinência e incentivar a tomada de consciência do doente para o seu estilo de vida, particularmente as suas ambivalências. Deve dar-se atenção a inícios precoces de abstinência sem que o doente deseje iniciar um processo psicoterapêutico, já que são evidentemente pouco eficazes. Os doentes tipo III procuram de alguma forma "evitar" processos psicoterapêuticos, pois aumentar a consciência de si próprio representa um objectivo arriscado e indesejável.

4.5 – Objectivo terapêutico

O primeiro objectivo concentra-se na diminuição da gravidade dos episódios de consumo excessivo do álcool, os quais podem suceder-se após largos meses de abstinência ou de consumo reduzido do álcool.

O alvo da psicoterapia passa por reduzir a amplitude e o número de episódios depressivos, os quais envolvem, por vezes, tendências suicidas.

4.6 – Prevenção da recaída

4.6.1 – Intervenção Psicossocial

Numa fase inicial, é necessário fornecer informação e psicoeducação sobre as características particulares do funcionamento de personalidade. De início, é aconselhável estruturar uma intervenção numa perspectiva mais cognitiva, incorporando só mais tardiamente os factores emocionais.

É importante focalizar a intervenção psicológica na interrupção da "luta de poder" nos relacionamentos interpessoais. Deve-se ajudar os doentes a desenvolver sensibilidade para questionar a necessidade de constantemente assumirem posições de liderança e a razão pela qual os outros sentem rapidamente a sua aura de autoridade. Devem igualmente ser sensibilizados para a redução do seu controlo "intelectual" avultado. O terapeuta pode também incentivar o doente a recuperar alguma consciência do corpo, no sentido de "desapertar" emoções e mudar o seu comportamento de controlo.

Quando aplicada a terapia sistémica, esta, por vezes, mostra que os companheiros dos doentes têm um funcionamento de "demissão" e passivo-agressivo com o doente. Por exemplo, adoptando o papel de "sofredor", de "vítima", ou através de um silêncio hostil. Com regularidade, também estes companheiros sofrem de algum tipo de perturbação mental, tais como, perturbações afectivas, doenças psicossomáticas e/ou história de abusos. Os sinais precoces do início de um episódio depressivo têm que ser identificados, e aprendidas estratégias de *coping* em conformidade. Por exemplo, se um doente experiencia alterações ao nível do padrão de sono com perda de peso, deve imediatamente procurar ajuda psiquiátrica.

4.6.2 – Terapêutica farmacológica recomendada para prevenção da recaída

Se os doentes se encontram num episódio depressivo *major* devem receber medicação apropriada. Antagonistas da dopamina, como os neurolépticos, não são aconselháveis. A medicação para tratar o episódio depressivo varia de acordo com a perturbação do ritmo cronobiológico e os sintomas orgânicos co-mórbidos. Somente uma terapêutica bem sucedida ao nível da

perturbação de base poderá reduzir o *craving* pelo álcool. Considerando a perturbação de base deste subgrupo, deve-se tomar em conta todo o espectro de medicação anti-depressiva.

Kiefer *et al.* (2003) demonstraram, num estudo controlado com a duração de 3 meses, que as taxas de abstinência dos pacientes tipo III melhoraram significativamente no subgrupo em que foi administrada naltrexona. Os neurolépticos não devem ser administrados neste subgrupo de pacientes, na medida em que pode ocorrer um aumento da probabilidade da recaída (Walter *et al.*, 2001).

5 – SUBTIPO IV – SUBTIPO ORGÂNICO "MODELO DE ALCOOLISMO SECUNDÁRIO A PROBLEMAS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL E DE ALTERAÇÕES CEREBRAIS PRÉ-ALCOÓLICAS"

5.1 – Caracterização geral da síndrome

Encontram-se, na história pessoal, previamente ao início do ciclo vital do consumo do álcool, alguns factores significativos. Por exemplo, danos cerebrais antes dos 14 anos de idade (p. ex. lesão cerebral por isquemia pré-natal, lesões cerebrais isquémicas, atraso do crescimento intra-uterino, hipoxia intra-uterina crónica) que, quando associados a condições familiares extremamente problemáticas, causam padrões disruptivos de comportamento infantil (por exemplo, gaguez de longo termo, comportamento compulsivo de roer as unhas, enurese nocturna para além do 3º ano de idade) (Lesch *et al.*, 1988; Sperling *et al.*, 2000).

O comportamento compulsivo associado à falta de recursos para lidar com a pressão para recomeçar a beber (por exemplo, por parte dos pares) contribuem precocemente para o desenvolvimento de défices ao nível da função cognitiva e/ou de problemas orgânicos (Hillemacher *et al.*, 2006a).

Envolvem-se em poucas actividades de lazer e são geralmente desempregados.

Apresentam geralmente crises epilépticas (Pombo *et al.*, 2007).

Apresentam sinais significativos e algo exuberantes de intoxicação alcoólica, mesmo com baixas doses de álcool.

A dependência do álcool pode ser contextualizada como uma condição problemática adicional dos défices cognitivos e psicossociais graves encontrados neste subgrupo de doentes.

As recaídas, mesmo após um período estável de abstinência, são típicas, e em muitos casos inevitáveis.

5.2 – Funcionamento psicológico e comportamental

A deterioração da *performance* cognitiva define a principal característica do funcionamento psicológico destes doentes. Apresentam alterações da memória e da função executiva (Zago-Gomes e Nakamura-Palacios, 2009). Reportam ocasionalmente alucinações e demonstram-se também altamente sugestionáveis.

A redução considerável do funcionamento global está relacionada com o rendimento cognitivo abaixo da média, ou com algum tipo de lesão cerebral prévia à idade de 14 anos. Estes doentes apresentam dificuldades em gerir as suas actividades diárias, onde o álcool é apenas um factor de complicação.

As histórias clínicas dos doentes tipo IV referem sintomas comportamentais infantis peculiares, como gaguez prolongada, "roer as unhas" e enurese nocturna. Estes comportamentos podem estar presentes mesmo em idade adulta.

Estes doentes revelam-se em geral socialmente desprovidos ou até mesmo isolados, por vezes desempregados e sem-abrigo. Nalguns casos, a sua única fonte de interacção social apenas sobrevém de locais de consumo do álcool, o que os enraíza mais no ambiente de consumo do álcool. Neste sentido, não é de admirar que a estrutura de rotina da sua vida diária esteja dependente dos períodos e locais habituais de consumo do álcool.

Em termos familiares, observa-se a figura da mãe como dominadora e o relacionamento com pai conflituoso.

5.3 – Síndrome de privação

5.3.1 – Sintomas de privação

Estes doentes procuram ajuda médica em vários estados de intoxicação pelo álcool. Revelam tremor subtil durante a privação. Alguns apenas apresentam sudação palmar (não no corpo), enquanto outros não demons-

tram qualquer tipo de sudorese, a denominada "privação seca". A pressão arterial está frequentemente no intervalo normal e o sistema cardiovascular estável.

A deterioração da *performance* cognitiva define o principal problema destes doentes.

Durante a privação, observa-se normalmente nestes doentes períodos de confusão e em casos extremos, pode-se observar desorientação completa. Em situações que impliquem activação fisiológica – "arousal" (p.ex. luz do dia, interacção com os outros) podem estar perfeitamente lúcidos; porém, à meia-luz ou durante a noite, podem ficar completamente confusos e desorientados. Deste modo, torna-se indispensável uma equipe de enfermagem ao redor.

Apresentam frequentemente períodos confusionais semelhantes a um estado demencial, com indicadores emocionais de desespero, os quais podem acompanhar uma perturbação do humor e tendências paranóides. As capacidades cognitivas estão reduzidas nestes doentes, o que, evidentemente, compromete a capacidade de planejar um processo terapêutico a longo prazo.

Numa fase inicial, estes doentes beneficiam, da parte do terapeuta, de um discurso com mensagens simples e claras e com objectivos realizáveis num futuro imediato. A desorientação e as potenciais interpretações erróneas da informação sensorial podem induzir estados ansiosos e de agitação. As histórias médicas destes doentes revelam normalmente convulsões tónico-clónicas não associadas ao consumo do álcool ou à privação (Pombo *et al.*, 2007).

É frequente os doentes tipo IV apresentarem perturbações motoras causadas, de origem cerebelar ou polineuropatia (Wober *et al.*, 1998). Nos casos em que a sedação intensa destes doentes é inevitável, incorre-se no risco de ocorrer complicações orgânicas que podem pôr a vida em risco, por exemplo, pneumonias.

5.3.2 – Duração da síndrome de privação

A patologia é causada primariamente pela lesão cerebral precoce. Deste modo, a possível recuperação representa um processo longo, que pode subsistir de semanas a meses. Alguns doentes demonstram lentos sinais de recuperação ou, pura e simplesmente, não mostram.

5.3.3 – Tratamento proposto para os sintomas de privação

O aspecto primordial no tratamento destes doentes é a orientação social. O objectivo passa por "activar" o doente. Por exemplo, através de salas com bastante iluminação e com diversas fontes de estimulação sensorial. Como as funções básicas vitais estão geralmente estabilizadas, o doente deve ser encorajado a envolver-se em actividades físicas o mais brevemente possível. Por vezes, é necessário e proveitoso abranger a família do doente neste processo. Devem ser prescritos fármacos com o objectivo de melhorar o funcionamento cognitivo.

As BZD's devem ser evitadas, pois podem aumentar a desorientação e perturbar mais o funcionamento cognitivo.

5.4 – Aspectos motivacionais específicos

O trabalho motivacional deve ter em conta a reduzida capacidade cognitiva. Os doentes tendem a reportar défices de memória, o que evidentemente antecipa dificuldades de adesão a informação mais complexa. Os doentes devem ter uma rotina diária altamente estruturada e devem ser incentivados gradualmente a aderir a objectivos de mais fácil realização.

5.5 – Objectivo terapêutico

Os doentes tipo IV são facilmente influenciados pelo seu ambiente, pois as suas capacidades de reflexão estão diminuídas e os recursos e estratégias de controlo são poucos. Neste sentido, as recaídas são previsíveis e devem ser consideradas como fazendo parte da evolução da doença. Por este facto, o objecto terapêutico deve ter uma abordagem realista, passando por manter atenuada a gravidade e a frequência das recaídas – perspectiva de redução de danos. São propósitos complementares o aumento dos períodos de abstinência, o alívio dos sintomas físicos de privação mais graves e o estruturar de uma rotina diária.

5.6 – Prevenção da recaída:

5.6.1 – Intervenção Psicossocial

A intervenção orienta-se por uma abordagem educa-

cional, que, para ser eficaz, deve adoptar uma estratégia de repetição, ou seja, com mensagens claras, ajustadas e recordadas.

De início, a assiduidade à terapia deve ter uma frequência semanal, podendo depois passar para mensal. Idealmente, as sessões devem ocorrer com o mesmo terapeuta e com um intervalo de tempo e lugar fixos. Importa a estabilidade. Alguns doentes devem receber suporte social, como um local em instituições sociais, gerência financeira, embora nalguns casos a incapacidade seja profunda e inevitável. São recomendáveis grupos de auto-ajuda que aceitam as recaídas e proporcionam apoio durante esses períodos.

Devem ser desenvolvidas e aprendidas estratégias elementares para lidar com situações de "ânsia" para beber (*craving*) (Hillemecher *et al.*, 2006a).

O terapeuta deve procurar incentivar o doente a envolver-se em actividades alocadas a espaços estáveis e protegidos, afastados o mais possível de "ambientes habituais de consumo do álcool". Por exemplo, centros de dia ou instituições que contenham programas psicossociais.

Recomenda-se abordagens terapêuticas de orientação comportamental, centralizadas o mais possível na realização de objectivos (com maior facilidade em alcançá-los) e em estratégias para controlar os impulsos. O treino de recuperação cognitiva auxilia o processo terapêutico.

Pode também ser proporcionada uma intervenção fisio-terapêutica, de forma a atenuar o sofrimento associado à neuropatia. Muitos doentes tipo IV apenas conseguem manter a abstinência no hospital ou em contextos semelhantes. Idealmente, estes doentes deveriam continuar o tratamento num *setting* ambulatório no mesmo hospital em que foram internados, por um período de pelo menos um ano.

5.6.2 – Terapêutica farmacológica recomendada para prevenção da recaída

Podem ser introduzidos fármacos por um longo período, de forma a melhorar a *performance* cognitiva (Johnson *et al.*, 2003).

Para tratar a polineuropatia são necessárias dosagens

elevadas de vitamina B1 administradas por via parentérica. A naltrexona pode ser utilizada como medicação anti-*craving* (Kiefer *et al.*, 2003).

Tendo em conta as elevadas taxas de recaída neste subgrupo de doentes, o tratamento aversivo deve ser evitado.

6 – CONCLUSÕES

A investigação clínica e epidemiológica fornece actualmente evidências plenamente suficientes de que a heterogeneidade marca a DA. A descrição cada vez mais rigorosa de subgrupos de dependentes do álcool permite aperfeiçoar a investigação ao nível dos factores genéticos e neurobiológicos da DA, conhecer com maior propriedade a evolução clínica e adequar o doente a um protocolo terapêutico particular. Delimitando subgrupos validados de doentes DA, o conhecimento científico poderá beneficiar de maior clarificação dos mecanismos etiopatogénicos da DA e, assim, desenvolverem-se não só novos tratamentos (p. ex. fármacos), como também potenciar a eficácia dos tratamentos já existentes, por exemplo, adequando correctamente a aplicação das terapêuticas a determinados doentes (*matching*).

A TAL configura uma tipologia estabilizada e validada internacionalmente, que proporciona uma classificação de doentes dependentes do álcool para além do mero processo de diagnóstico "tem ou não tem dependência do álcool" e que, através de um corpo científico e clínico robusto, apresenta propostas terapêuticas adequadas a um fenotipo clínico característico.

Assiste-se actualmente a uma acesa discussão em torno da próxima edição da DSM, a DSM-V, com um já amplo corpo de investigação a pôr em causa, por exemplo, a validade da distinção unidimensional entre abuso e dependência do álcool. O grupo de trabalho para as perturbações do uso de substâncias da DSM-V propõe, na próxima edição, a modificação da terminologia de "Perturbações Relacionadas com Substâncias" por "Adições e Perturbações Relacionadas" (APA, 2011).

CONTACTOS:**SAMUEL POMBO**

Psicólogo Clínico, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria, Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, Piso 3 – Av. Prof. Egas Moniz, 1649-028 Lisboa
samuelpombo@gmail.com

OTTO LESCH

Psiquiatra
University Clinic of Psychiatry
Währinger Guertel 18-20, 1090 Vienna – Austria
otto.lesh@meduniwien.ac.at

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Text Revision: American Psychiatric Association, 2000 Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2011). Proposed Draft Revisions to DSM Disorders and Criteria. Arlington, Va, American Psychiatric Association. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- Babor and Caetano (2006). "Subtypes of substance dependence and abuse: implications for diagnostic classification and empirical research". *Addiction*, 101, 104-110.
- Babor, F.; Hofmann, M.; Del Boca, F. K.; Hesselbrock, V.; Meyer, R. E.; Dolinsky, Z. S.; Rounsaville, B. (1992). "Types of alcoholics. I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity". *Arch Gen Psychiatry*, 349: 599-608.
- Berner, P.; Lesch, O. M.; Walter, H. (1986). Alcohol and depression. *Psychopathology* 19/2: 177-83.
- Bleich, S.; Bayerlein, K.; Reulbach, U.; Hillemacher, T.; Bonsch, D.; Mugele, B. (2004). "Homocysteine levels in patients classified according to Lesch's typology". *Alcohol Alcohol*, Nov-Dec, 39 (6): 493-8.
- Bonsch, D.; Bayerlein, K.; Reulbach, U.; Fiszer, R.; Hillemacher, T.; Sperling, W. (2006). "Different allele-distribution of mthfr 677 C -> T and mthfr -393 C -> a in patients classified according to subtypes of Lesch's typology". *Alcohol Alcohol*, 41 (4): 364-7.
- Cardoso, J. M.; Neves, R.; Barbosa, A.; Ismail, F. & Pombo, S. (2006). "Neter alcoholic typology". *Alcohol and Alcoholism*, 41, 133-139.
- Cloninger, C. R.; Bohman, M. & Sigvardsson, S. (1981). "Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men". *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Hertling, I.; Ramskogler, K.; Riegler, A.; Walter, H.; Mader, R.; Lesch O. M. (2001). "Craving for alcohol and prevention of relapse". *Wiener Klinische Wochenschrift* 113/19: 717-726.
- Hesselbrock, V. M.; Hesselbrock, M. N. (2006). Are there empirically supported and clinically useful subtypes of alcohol dependence? *Addiction*, 101 (Suppl 1): 97-103.
- Hester, R. K.; Miller, W. R. (2003). "Handbook of Alcoholism Treatment Approaches". Effective Alternatives – Third Edition, Allyn & Bacon.
- Hillemacher, T.; Bayerlein, K.; Wilhelm, J.; Bonsch, D.; Poleo, D.; Sperling, W.; Kornhuber, J.; Bleich, S. (2006a). "Recurrent detoxifications are associated with craving in patients classified as type 1 according to Lesch's typology". *Alcohol Alcohol*, 41 (1): 66-9.
- Hillemacher, T.; Bayerlein, K.; Wilhelm, J. et al. (2006b). "Volume intake and craving in alcohol withdrawal. *Alcohol and Alcoholism* 41, 61-65.
- Hillemacher, T.; Kraus, T.; Rauh, J. (2007). "Role of appetite regulating peptides in alcohol craving: An analysis in respect to subtypes and different consumption patterns in alcoholism". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 950-954.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick: Hillhouse Press.
- Johnson, B. A.; Ait-Daoud, N. (1999). "Neuropharmacological treatments for alcoholism: scientific basis and clinical findings". *Psychopharmacology* 149: 327-344.
- Johnson, B. A.; Ruiz, P.; Galanter, M. (2003). "Handbook of Clinical Alcoholism Treatment". A. Lippincot, Williams & Wilkins (Eds.).
- Khantzian, E. J. (1985). "The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence". *Am J Psychiatry*, 142: 1259-1264.
- Kiefer, F.; Jahn H.; Tarnaska, T.; Helwig, H.; Briken, P.; Holzbach, R.; Kan, P.; Stracke, R.; Baehr, M.; Naber, D.; Wiedemann, K. (2003). "Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study". *Archives of General Psychiatry*, 60: 92-99.
- Lesch, O. M.; Dietzel, M.; Musalek, M.; Walter, H.; Zeiler, K. (1988). "The course of alcoholism. Long term prognosis in different types". *Forensic Science International*, 36: 121-138.
- Lesch, O. M.; Kefer, J.; Lentner, S.; Mader, S.; Marx, B.; Musalek, M.; Nimmerrichter, A.; Preinsberger, H.; Puchinger, H.; Rustembegovic, A.; Walter, H.; Zach, E. (1990). "Diagnosis of Chronic Alcoholism – Classificatory Problems". *Psychopathology*, 23: 88-96.
- Lesch, O. M.; Walter, H. (1996). "Subtypes of Alcoholism and their Role in Therapy". *Alcohol and Alcoholism* 31 / Suppl. 1: 63-67.

- Lesch, O. M.; Riegler, A.; Gutierrez, K.; Hertling, I.; Ramskogler, K.; Semler, B.; Zoghiani, A.; Benda, N.; Walter, H. (2001). "The European Acamprosate Trials: conclusions for research and therapy". *Journal of Biomedical Science*, 8: 89-95.
- Lesch, O. M.; Walter, H.; Wetschka, Ch.; Hesselbrock, M.; Hesselbrock, V. (2010). "Alcohol and Tobacco, Medical and Sociological Aspects of Use, Abuse and Addiction". Springer International Wien, New York press.
- NIAAA (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism) (2006). "Health Services Research". *Alcohol Research & Health*, Vol. 29, N1.
- Pombo, S.; Reizinho, R.; Ismail, F.; Barbosa, A.; Luísa Figueira, M.; Neves Cardoso, J. M.; Lesch, O. M. (2007). "NETER Alcoholic 5 Subtypes: Validity with Lesch 4 Evolutionary Subtypes". *Int J Psychiatry Clin Pract*, 12: 55-64.
- Pombo, S.; Lesch, O. M. (2009). "The alcoholic phenotypes among different multidimensional typologies: similarities and their classification procedures". *Alcohol Alcohol*, 44: 46-54.
- Pombo, S.; Barbosa, F.; Torrado, M.; Félix da Costa, N. (2010). "Substance abuse phenotypes: an update of the substance abuse multivariate typologies In Cognitive-Behavioural Indicators of Substance Abuse". © Nova Science Publishers, Inc.
- Reulbach, U.; Biermann, T.; Bleich, S.; Hillemacher, T.; Kornhuber, J.; Sperling, W. (2007). "Alcoholism and homicide with respect to the classification systems of Lesch and Cloninger". *Alcohol Alcohol*, Mar-Apr, 42 (2): 103-7.
- Sinclair, J. D. (2001). "Evidence about the use of naltrexone and for different ways of using it in the treatment of alcoholism". *Alcohol and Alcoholism*, 36: 2-10.
- Sperling, W.; Frank, H.; Lesch, O. M.; Mader, R.; Ramskogler, K.; Barocka, A. (1999). "Untergruppen Alkoholabhängiger und ihre primäre Vulnerabilität – eine Untersuchung zweier Typologien" (Cloninger, Lesch). *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 22/4: 21-26.
- Sperling, W.; Frank, H.; Martus, P.; Mader, R.; Barocka, A.; Walter, H. (2000). "The concept of abnormal hemispheric organization in addiction research". *Alcohol Alcohol*, Jul-Aug, 35 (4): 394-9.
- Sprung, R.; Bonte, W.; Lesch, O. M. (1988). "Methanol – Ein bisher unbekannter Bestandteil aller alkoholischen Getränke. Eine neue biochemische Annäherung an das Problem des chronischen Alkoholismus". *Wiener klinische Wochenschrift*, 9: 282-288.
- Walter, H.; Ramskogler, K.; Semler, B.; Lesch, O. M.; Platz, W. (2001). "Dopamine and alcohol relapse: D1 and D2 antagonists increase relapse rates in animal studies and in clinical trials". *Journal of Biomedical Science*, 8: 83-88.
- Walter, H.; Ramskogler-Skala, K.; Dvorak A.; Gutierrez-Lobos, K.; Hartl, D.; Hertling, I.; Munda, P.; Thau, K.; Lesch, O.; Witte, P. (2006). "Glutamic acid in withdrawal and weaning in patients classified according to Cloninger's and Lesch's typologies". *Alcohol Alcohol*, 41: 505-511.
- Wober, C.; Wober-Bingol, C.; Karwautz, A.; Nimmerrichter, A.; Walter, H.; Deecke, L. (1998). "Ataxia of stance in different types of alcohol dependence – a posturographic study". *Alcohol Alcohol*, 33 (4): 393-402.
- Zago-Gomes, M.; Nakamura-Palacios, E.; (2009). "Cognitive Components of Frontal Lobe Function in Alcoholics Classified According to Lesch's Typology". *Alcohol Alcohol*, 44: 449-457.

