

Depressão, ideação suicida e desesperança em doentes alcoólicos

POR

SANDRA VICENTE⁽¹⁾, AMADEU NUNES⁽²⁾, CATALINA VIÑAS⁽¹⁾, DINIZ FREITAS⁽³⁾,
CARLOS BRAZ SARAIVA⁽⁴⁾

Resumo

Os doentes alcoólicos, consumidores excessivos ou dependentes, apresentam frequentemente perturbações psiquiátricas associadas (perturbações ansiosas, depressivas, da personalidade ou do comportamento alimentar, e estados esquizofrénicos). Esta sintomatologia pode ser primária ou secundária ao alcoolismo. Assim todos os doentes, independentemente da sua queixa principal, devem ser inquiridos acerca do seu quadro de problemas e consequente relação do álcool. Uma vez estabelecido o diagnóstico provável ou definitivo de alcoolismo, é necessário distinguir entre alcoólicos primários (70%) e alcoólicos secundários (30%). O abuso de álcool pode ser a primeira experiência toxicófila, suscitando a procura rápida de outros efeitos dislépticos, e por outro lado, o álcool pode ser usado por consumidores de drogas ilícitas para potenciar os seus efeitos bem como para colmatar rupturas de aprovisionamento.

Uma série de estudos estabeleceu a provável importância de factores genéticos na génese do alcoolismo primário.

Os autores deste trabalho procederam a um estudo prospectivo durante seis meses (Abril - Setembro 2000) em 60 alcoólicos primários activos, internados em enfermarias de Gastrenterologia e Psiquiatria.

Foram definidos dois grupos de alcoólicos: Abusadores (n=20) e Dependentes (n=40), segundo os critérios da DSM-IV. Estes dois grupos foram comparados em termos de gravidade da depressão, da ideação suicida, da desesperança e da ansiedade. Usadas escalas de auto-avaliação (IACLIDE - depressão, Ansiedade de Zung e Desesperança de Beck). Foram correlacionados os dois grupos de alcoólicos com a doença hepática, a idade de início, a quantidade e tipo de álcool ingerido, a polidependência, a história prévia de suicídio, a história familiar de etilismo e as doenças associadas. Usados t student, χ^2 e odds ratio, como métodos estatísticos. Ambos os grupos de alcoólicos eram similares no que se refere à idade média, sexo e ambiente social. Conclusões: Os alcoólicos Dependentes têm maior gravidade de depressão, de ideação suicida, de desesperança e de ansiedade, ingerem maiores quantidades de álcool (>200g/dia) e têm mais história familiar de etilismo do que os alcoólicos Abusadores. Não houve diferenças significativas entre alcoólicos Dependentes e Abusadores no que se refere à gravidade da doença hepática, à idade de início da ingestão etílica, ao tipo de álcool, à polidependência, à história prévia de suicídio e às doenças associadas.

INTRODUÇÃO

O termo alcoolismo foi introduzido em 1849 pelo

sueco Magnus Huss, que o definiu como sendo "um conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas suas esferas psíquica, sensitiva e motora,

(1) Interna de Psiquiatria dos HUC, membro da CPS

(2) Interno de Gastrenterologia dos HUC

(3) Professor catedrático da FMC, Director de serviço de Gastrenterologia dos HUC

(4) Professor da FMC, Chefe de serviço dos HUC, fundador e coordenador da CPS

observado nos sujeitos que consumiram bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva durante um longo período". Já a definição de Morton Jellinek, na década de 60, privilegiava a noção de repercussão negativa pessoal e social - "É alcoólico todo o indivíduo cujo consumo de bebidas alcoólicas possa prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos".

A multiplicidade das definições globais de alcoolismo torna difícil dar a conhecer todos os significados do termo alcoolismo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, "os alcoólicos são consumidores excessivos cuja dependência é tal que apresentam, quer uma perturbação mental identificável, quer perturbações que afectam a sua saúde física ou mental, as suas relações com os outros e o seu bom comportamento social e económico, quer ainda pródromos de perturbação desse género. Devem ser submetidos a tratamento". No entanto, Goodwin (1994) define o alcoolismo como sendo: "uma compulsão a beber, com consequências negativas para o próprio ou para os outros". A Sociedade Americana de Toxicomania e Alcoologia definiu em 1990 o alcoolismo como sendo: "uma doença primária, crónica, caracterizada pela perda de controlo sobre a ingestão de álcool, pela preocupação constante com o álcool e por um consumo persistente de álcool a despeito de surgirem efeitos negativos, por uma distorção da percepção do álcool e por uma negação das alcoolizações". As susceptibilidades individuais face ao álcool são tantas que nenhuma definição clínica puramente quantitativa é aceitável; no entanto inúmeros autores tentaram determinar um "limiar de risco". Os limiares sugeridos são habitualmente expressos em copos de bebidas alcoólicas por dia, considerando-se patológico mais de 4 copos por dia (Um copo = 10g de álcool). Sanchez Craig (1986) considera normal um consumo inferior a quatro copos de álcool em três dias por semana.

O consumo de bebidas alcoólicas está profundamente enraizado nas tradições culturais, sendo que a mitologia do álcool conserva o seu valor incitativo.

Já Roland Barthes escrevia "...acreditar no vinho é um acto colectivo condicionante: um Francês que se demarcasse do mito expor-se-ia a problemas de integração, pequenos mas definidos, o primeiro dos quais seria precisamente ter de se justificar..."

O saber beber é pois um dos factores importantes da convivialidade e portanto da integração social. Esta constatação, a que se chegou há muito tempo quanto aos adultos, parece aplicar-se hoje também aos adolescentes, cuja cultura se apropriou dos modos de beber, diferentes sem dúvida do dos adultos, mas

incluindo o consumo de álcool nos seus factores de integração (Bailly, 1992). Barthes afirmava, "...assim beber álcool é por excelência, um comportamento social cujas funções hedónicas ligadas às propriedades psicotrópicas positivas do etanol em doses fracas são inegáveis e que permite a feliz partilha de uma convivialidade, o acesso a uma cultura comum que define as tradições da festa mas ornamenta também os cerimoniais mais simples da vida quotidiana..."; no entanto este uso social, largamente difundido, não deve ser confundido com os hábitos destruidores que representam os comportamentos alcoólicos. Assim uma das dificuldades dos médicos, consiste em distinguir o uso social moderado, das relações patológicas, tal como o abuso e a dependência alcoólica.

Muitas vezes, a distinção não é facilitada nem pelos próprios doentes, reticentes em estabelecer a diferença entre o uso próprio e o da comunidade, nem pelo seu meio familiar e social. No entanto esta distinção é necessária, e quanto mais precoce mais útil será.

O alcoolismo é um comportamento patológico de determinismo multifactorial.

Como se passa de um consumo normal de álcool a um patológico?

Van Dijk em 1979, descreveu cinco tipos de alcoolização, que configuram uma progressão para a dependência alcoólica.

- Primeiro contacto com o álcool - Acontece em idades variáveis, em circunstâncias sociais diversas e os seus efeitos diferem consoante os sujeitos. Só um grupo restrito pára após o primeiro contacto. Geralmente a ruptura com o álcool neste estágio está relacionado com factores biológicos, que condicionam a intolerância fisiológica (insuficiência congénita de aldeído desidrogenase em quase metade dos Japoneses), ou com factores religiosos e culturais. A maioria dos indivíduos passa à segunda fase.
- Estágio experimental - O indivíduo aprende a conhecer as diferentes bebidas alcoólicas, a sua capacidade para beber, a sua preferência para alguns modos de alcoolização, os usos explícitos e implícitos relativos ao consumo de álcool. A maioria atinge um terceiro estágio.
- Estágio de alcoolização integrada - Para a maioria este é o comportamento alcoólico definitivo.
- Alcoolização excessiva, ou seja, Abusador - neste caso existe já um comprometimento da saúde física e mental e das relações conjugais, familiares, sociais, profissionais e financeiras. Uma parte destes abusadores são levados a

reduzir o consumo, outros vão permanecer consumidores excessivos ditos estáveis. Um último grupo atinge o quinto estágio.

- Estádio da dependência, em que existe uma compulsão para beber e uma dupla habituação fisiológica e psicológica, aparecendo os sintomas de abstinência alcoólica.

Actualmente, distinguem-se duas modalidades de comportamentos alcoólicos:

O **Abuso de Álcool** – corresponde globalmente a formas menos severas ou menos antigas.

Segundo a DSM-IV:

Uso inadequado provocando consequências nefastas significativas, segundo pelo menos um dos critérios seguintes observado durante um período de 12 meses:

1. Consumo contínuo decorrente de um problema persistente ou repetido de ordem profissional, escolar ou familiar (sucessivas faltas ao trabalho, faltas à escola, negligência de um filho ou da casa);
2. Consumo repetido em situações em que esse uso é fisicamente perigoso (por exemplo, na condução automóvel ou de uma máquina);
3. Problemas legais repetidos (detenção por condução anormal sob o efeito do álcool);
4. Consumo contínuo de álcool a despeito de dificuldades persistentes ou repetidas de ordem social ou interpessoal causadas ou agravadas pelo álcool (por exemplo, conflitos com o cônjuge a propósito das consequências da intoxicação ou brigas).

Ausência de critérios de dependência relativos ao álcool.

A Dependência alcoólica.

Segundo a DSM-IV:

Uso inadequado de substâncias provocando complicações clinicamente significativas e que é revelado por três ou mais dos elementos seguintes, presentes em todos os momentos durante um período de 12 meses.

1. Tolerância definida por um ou outro dos critérios abaixo indicados:
 - necessidade de aumentar significativamente as quantidades de álcool para obter uma intoxicação ou o efeito pretendido;
 - efeito significativamente reduzido quando o álcool é ingerido de forma contínua e em quantidade estável.
2. Abstinência manifestada por um ou outro dos

critérios abaixo indicados:

- Síndrome de abstinência característica;
 - O álcool é ingerido para atenuar ou evitar os sintomas de privação.
3. Álcool tomado frequentemente em maior quantidade ou durante um período de tempo mais prolongado que o sujeito previra.
 4. Desejo persistente de álcool ou vários esforços em vão para reduzir ou controlar o seu consumo.
 5. Tempo considerável gasto na obtenção de álcool, no seu consumo, ou para recompor-se dos seus efeitos.
 6. Importantes actividades sociais, ocupacionais ou de lazer são abandonadas ou reduzidas por causa do álcool.
 7. O consumo de álcool é mantido a despeito de se conhecerem os problemas somáticos ou psicológicos, contínuos ou recorrentes, provocados ou agravados pelo álcool (continuar a beber apesar de se saber que uma úlcera gástrica é agravada pelo álcool)

Existência ou não de dependência fisiológica (presença de sinais de tolerância e/ou de privação)

Os comportamentos alcoólicos podem ser divididos em dois grupos. Esta distinção clínica assenta na coexistência frequente, num mesmo sujeito, de perturbações psiquiátricas (ansiedade, fobias, depressão, alterações da personalidade) e de comportamentos em alcoólicos. Estes são:

1. Alcoolismo Primário – Todas as formas de comportamentos alcoólicos que representam a primeira perturbação instalada no sujeito.
2. Alcoolismo Secundário – Existem perturbações psiquiátricas anteriores ao início do abuso ou dependência alcoólica.

Existe uma elevada morbidade induzida pelos comportamentos alcoólicos. Dubois (1989) demonstrou que um doente gastroenterológico em cada dois e um doente canceroso em cada três eram hospitalizados devido ao álcool. Além disto, ainda refere que, após analisar o conjunto das estatísticas publicadas é possível concluir que num hospital geral, em média, um doente hospitalizado em cada três é alcoólico, e que estes sofrem de doenças mais graves e a média da sua hospitalização é mais prolongada.

As principais complicações somáticas do alcoolismo são:

- Lesões hepáticas (hepatite alcoólica, cirrose hepática e suas complicações)
- Pancreatite aguda e/ou crónica

- Lesões cerebrais
- Lesões neurológicas periféricas
- HTA e miocardiopatia (Krogh, 1993)
- Cancro das vias ORL, digestivo e cancro da mama
- Síndrome alcoólica fetal

Todas estas complicações aumentam a mortalidade associada ao alcoolismo. Sabemos que os pacientes alcoólicos abusadores ou dependentes apresentam frequentemente perturbações psiquiátricas associadas, nomeadamente, perturbações ansiosas, depressivas, da personalidade (distúrbio de personalidade antisocial), do comportamento alimentar, e estados esquizofrénicos. Segundo Jean Adès e Michel Lejoyeux (1997) a prevalência da depressão nos alcoólicos está compreendida entre 30-50%. Cerca de um quarto a dois terços dos alcoólicos, num dado momento da sua vida, apresentam sintomas depressivos graves que comprometem a sua adaptação social e familiar. Em cerca de 90% dos sujeitos alcoólicos, quando a depressão e o alcoolismo ocorriam em simultâneo, o diagnóstico principal foi alcoolismo. Na altura da abstinência, verificaram-se muitas vezes reacções depressivas de gravidade variável. Podem ocorrer reacções depressivas precoces, durante as três primeiras semanas, sendo marcadas por fadiga, abulia, humor triste e lábil, irritabilidade e ansiedade. Geralmente são de curta duração e parecem estar mais relacionados com efeitos da própria intoxicação do que com a abstinência, e na maioria dos casos corrige-se com o continuar desta. Depressões tardias, surgem durante os meses ou anos que se seguem à abstinência e são um factor de risco de recaída. O diagnóstico clínico de depressão no alcoólico pode ser dificultado pela grande semelhança entre os sintomas de intoxicação ou de abstinência e os sintomas depressivos. São comuns as perturbações do sono, o desinteresse, o retraimento, a irritabilidade, a fadiga, a ansiedade, os sentimentos de culpa, a anorexia e os problemas sexuais. Tal como a depressão, a ansiedade está muitas vezes associada ao alcoolismo. O facto de se ter sido alcoólico quadruplica o risco de ataques de pânico recorrentes, tendo também sido demonstrada, a associação com agorafobia e fobia social, sendo que a sua prevalência é nove vezes mais elevada nos alcoólicos do que na população em geral. A frequência do alcoolismo nos ansiosos varia globalmente entre 16 e 25%. A ansiedade nos alcoólicos é consequência da própria intoxicação e tem a ver com os sintomas de privação e com os efeitos ansiogénicos das complicações somáticas, sociais e familiares do alcoolismo. A coexistência dos dois tipos de ansiedade pode ser tão

estreita no mesmo paciente que, tal como acontece na depressão, se torna muitas vezes difícil fazer a distinção clínica entre a ansiedade primária que conduz à alcoolização e a ansiedade secundária ao alcoolismo. No alcoólico abstinente, o desaparecimento dessa sintomatologia define o carácter secundário da mesma. McLellan e *al* (1986) confirmaram a relação existente entre perturbações psiquiátricas e a síndrome de dependência em 131 alcoólicos, avaliando a gravidade de dependência através de uma escala global, a ASI (*Addiction Severity Index*), a qual revelou que os doentes com índices de dependência mais baixos manifestavam menos sintomas psiquiátricos associados e melhor evolução aos seis meses. Sendo já o álcool um factor de risco major de doença psiquiátrica aumenta também o risco e a gravidade das tentativas de suicídio; é sabido também que o álcool é por vezes utilizado nas tentativas de suicídio para estimular o indivíduo a passar ao acto. Nielsen e *al* (1993) verificaram a existência de registos de numerosos casos de tentativa de suicídio com elevada letalidade ou forte auto-agressividade (enforcamento, defenestração).

Um estudo epidemiológico americano da área de captação confirmou uma elevada prevalência, da ordem dos 18%, do suicídio e das tentativas de suicídio nos alcoólicos. Também verificaram que quanto mais dependente o paciente estiver de um grande número de tóxicos, maior será o risco de passar ao acto suicida. Um estudo efectuado nos primeiros seis anos da consulta de Prevenção de suicídio dos HUC por Zulmira Santos (1992-1998), revelou que na maioria dos casos (82%) o comportamento suicidário não ocorreu sob efeito do álcool e não se verificou associação do álcool com o método escolhido. No entanto, comparando os dois sexos, verifica-se que os homens revelaram mais o seu comportamento em estado de etilismo (36%) e manifestaram maior tendência (quase três vezes mais) a associar o álcool.

Admite-se que a gravidade da patologia psiquiátrica (depressão, ideação suicida, desesperança e ansiedade) apresentada por Abusadores e Dependentes alcoólicos seja diferente. É este, precisamente, o objectivo principal do presente trabalho.

OBJECTIVOS

Os objectivos fundamentais do presente trabalho foram:

- Comparar os dois grupos de alcoólicos (ABUSADORES e DEPENDENTES) em termos de gravidade da depressão, da ideação

DEPRESSÃO, IDEAÇÃO SUICIDA E DESESPERANÇA EM DOENTES ALCOÓLICOS

(SANDRA VICENTE e AMADEU NUNES, 2000)

Nome _____
 PU _____ Idade _____ Sexo _____ Raça _____
 Profissão _____ Origem _____ (rural ou urbana)
 Estado civil _____ Escolaridade _____

1) ABUSO ALCÓOL (ingestão regular ↑↑, sem sintomas de supressão)

- *Quantidade diária: >60gr/d ou >100gr/d ou >200gr/d
- *Idade início consumo: (causa:.....)
- *Tipo bebidas: cerveja, vinho, bebidas espirituosas, bebidas "brancas"

2) DEPENDÊNCIA (compulsão para beber, síndrome privação)

- *Quantidade diária: >60gr/d ou >100gr/d ou >200gr/d
- *Idade início consumo: (causa:.....)
- *Tipo bebidas: cerveja, vinho, bebidas espirituosas, bebidas "brancas"
- *Sintomas de abstinência: convulsões (abstin. ou intox.)
- delirium
- insônia alucinações
- náuseas/vômitos
- diaforese taquicardia
- tremores
- agitação psicomotora ansiedade

INVESTIGAÇÕES:

*CHILD: [BT= _____ ; Albumina= _____ ; Protrombinémia= _____ ;
 Ascite(Ø,moderada,volumosa) _____ ; Encefalopatia(Ø, presente) _____

Child A (5-6 pontos)
 # Child B (7-9 pontos)
 # Child C (10-15 pontos)

* Anemia(Hb<10) Macrocitose(VGM>100)
 * Vitamina B12 Ác. Fólico
 * Creatinina..... Na+..... & K+..... GGT.....

- Abuso doutras substâncias: ; Quais.....
- Antec. Psiquiátricos ; Quais.....
- História de tentativa suicídio: ; Nº?..... ; Última tentativa
- Consumo alcoólico excessivo em familiares:
- **Doenças Associadas:

Figura 1

suicida, da desesperança e da ansiedade.

- Correlacionar os dois grupos de alcoólicos com: a doença hepática, a idade de início, a quantidade e tipo de álcool ingerido, a polidependência, a história prévia de suicídio, a história familiar de etilismo e as doenças associadas.

MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo, de carácter prospectivo, procedeu-se à avaliação de 60 doentes alcoólicos primários activos que ingeriam > 60 gramas de álcool por dia.

Foram definidos dois grupos: um grupo de ABUSADORES e um outro de DEPENDENTES, constituídos por 20 e 40 doentes respectivamente.

Este estudo prospectivo decorreu por um período de 6 meses, compreendido entre Abril e Setembro de 2000. Os doentes incluídos estavam internados numa enfermaria de Gastrenterologia ou Psiquiatria. Foram usados como critérios de diagnóstico para ABUSADORES e DEPENDENTES alcoólicos, aqueles que são constantes na DSM-IV.

Todos os doentes foram sujeitos ao mesmo tipo de avaliação inicial, a qual incluiu a colheita, segundo um questionário pré-definido (Fig1), dos seguintes dados: idade, sexo, profissão, origem, estado civil, escolaridade, idade de início de consumo e suas causas, quantidade diária e tipo de bebidas ingeridas, função hepática através da classificação de CHILD, volume globular médio, GGT, abuso de outras substâncias, história psiquiátrica após início do consumo, história de tentativa de suicídio, história familiar de alcoolismo e suas complicações somáticas.

A todos os doentes incluídos no estudo foram passadas as seguintes escalas de auto-avaliação: a escala de IACLIDE para a depressão, a escala de ZUNG para a ansiedade e a escala de desesperança de BECK

A análise estatística dos dados foi levada a cabo mediante a aplicação dos testes *t student*, χ^2 e *odds Ratio* (OR) para um intervalo de confiança (ic) de 95%.

RESULTADOS

1) Caracterização da população estudada

Dos 60 doentes alcoólicos primários incluídos neste estudo prospectivo, 20 eram Abusadores e 40 eram Dependentes. A idade média foi de 48 ± 15 anos e 45 ± 11 anos respectivamente. Verificámos ainda que 70% dos Abusadores eram do sexo masculino contra

63% dos Dependentes (Fig2).

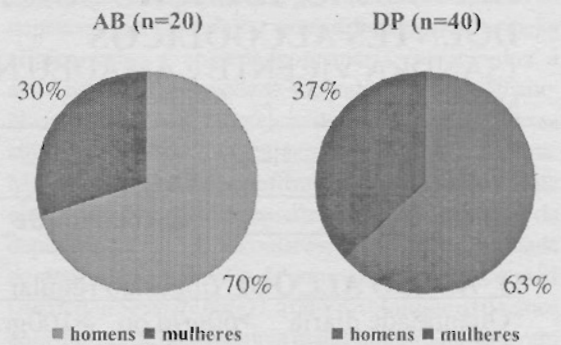


Figura 2

A origem dos doentes em ambos os grupos foi semelhante, sendo urbana para 80% dos Abusadores e 75% dos Dependentes e rural para os restantes (Fig3).

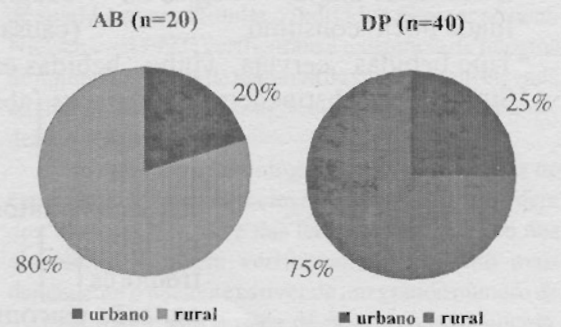
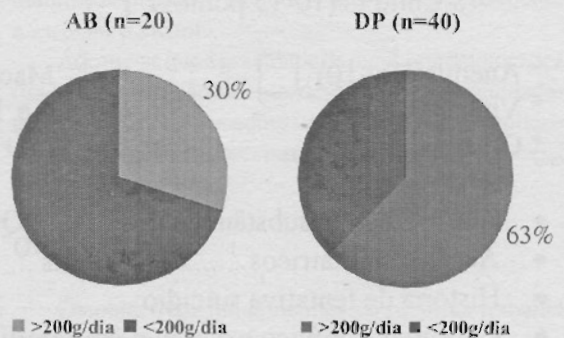


Figura 3

A idade de início de consumo foi de 23 ± 15 anos para os Abusadores e de 19 ± 8 anos para os Dependentes.

Ao analisar a quantidade de álcool ingerida diariamente pelos doentes (Fig4) verificámos que, 63% dos Dependentes ingeriam mais do que 200gr de álcool/dia contra 30% dos Abusadores. Estas diferenças foram estatisticamente significativas ($p=0,004$) com $OR=3,9$



$p=0,004$; $or = 3,9$ (1,2-12,3)

Figura 4

(1,2-12,3).

Tinham por hábito ingerir todos os tipos de bebidas alcoólicas, 38% dos Dependentes e 30% dos abusadores (Fig5).

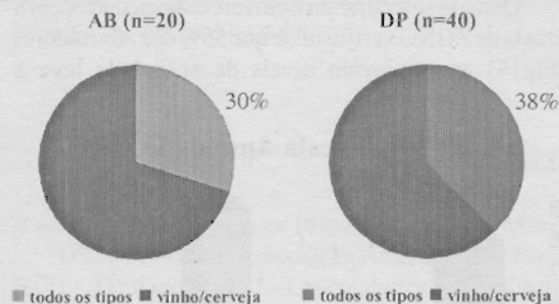


Figura 5

Havia uma má função hepática (Child B ou C) em 45% dos Abusadores e 47% dos Dependentes (Fig6).

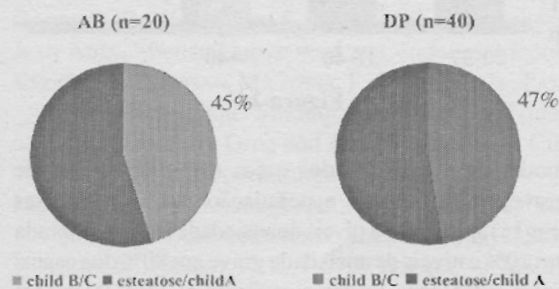


Figura 6

Tinham história de polidependência 35% dos Abusadores, tal como 32% dos Dependentes (Fig7).

Quanto à história do suicídio verificámos que 25%

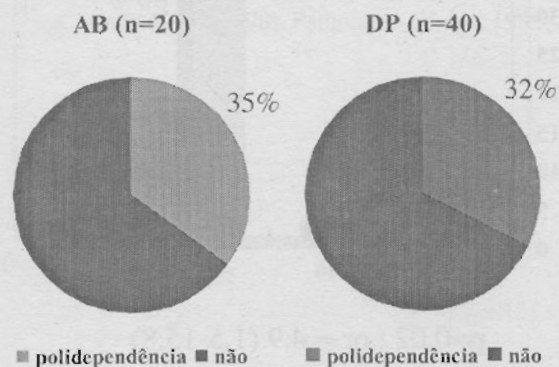


Figura 7

dos Abusadores já tinham cometido tentativa de suicídio, enquanto que 30% dos Dependentes também o haviam tentado (Fig8).

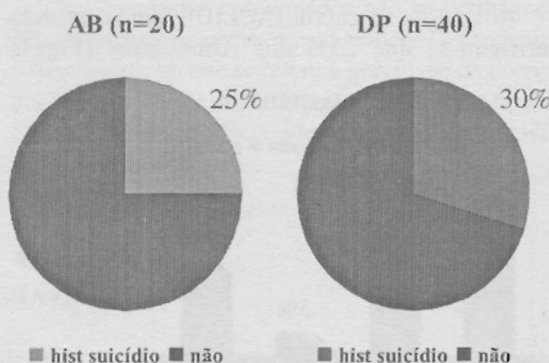
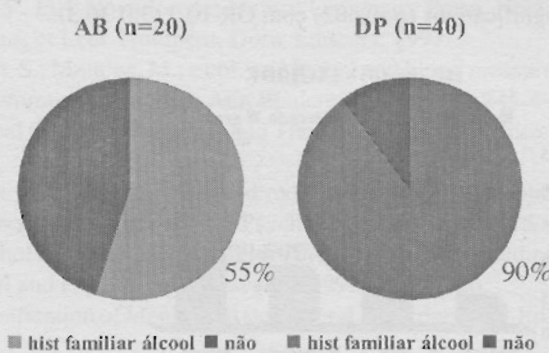


Figura 8

A história familiar de consumo de álcool (Fig9) estava presente em 90% dos Dependentes, contra unicamente 55% dos Abusadores. Estas diferenças foram estatisticamente significativas ($p=0,002$), com $OR=7,4$ (1,9-28,6).



$p=0,002$; $or = 7,4$ (1,9-28,6)

Figura 9

Apresentavam doenças médicas associadas, 70% dos Abusadores assim como dos Dependentes (Fig10).

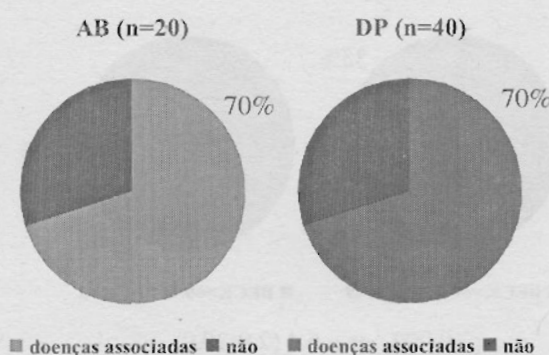


Figura 10

Ao analisar a escala de IACLIDE para a depressão verificou-se que 25% dos Abusadores (Fig11)

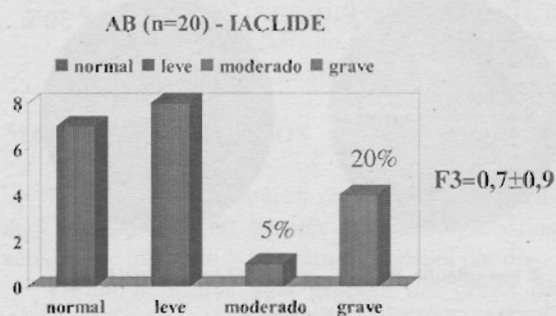


Figura 11

apresentavam um grau de depressão moderada ou grave contra 78% dos Dependentes (Fig12). A constelação suicida (F3) foi de 0,7±0,9 e 1,5±1,3 respectivamente. Estes resultados foram estatisticamente significativos (p=0,002) com OR 10,3 (3,0-36,3).

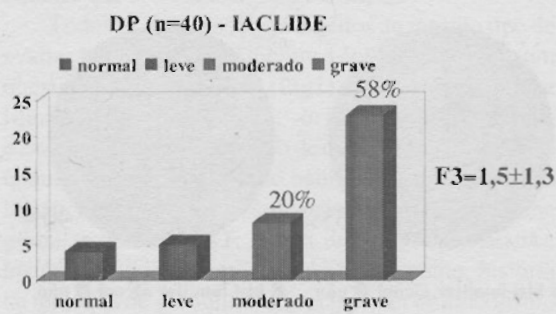
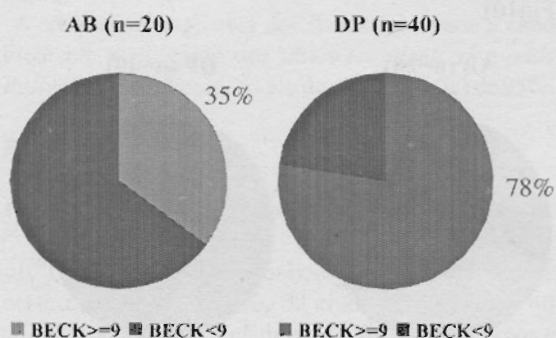


Figura 12

Avaliando os níveis de desesperança existente com a escala de BECK (Fig13) verificámos que 35%



p=0,002 ; or = 6,4 (2,0-20,9)

Figura 13

dos Abusadores tinham valores superiores ou igual a 9 contra 78% dos Dependentes, o que se revelou-se ser significativo (p=0,002), com OR=6,4 (2,0-20,9).

Quando se avaliaram os níveis de ansiedade com a escala de ZUNG verificou-se que 55% dos Abusadores (Fig14) apresentavam níveis de ansiedade leve e

AB (n=20) - Escala Ansiedade ZUNG

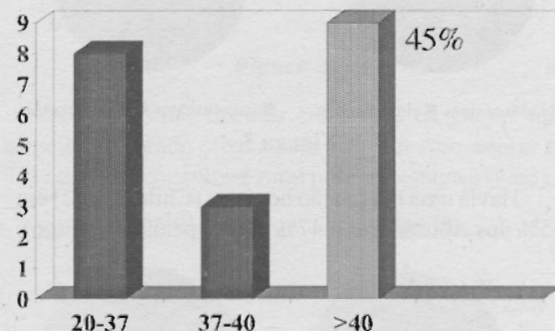
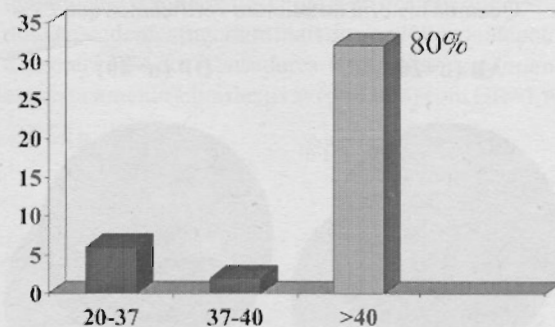


Figura 14

moderada e em 45% dos casos níveis de ansiedade grave, enquanto que a população dos Dependentes (Fig15) apresentava níveis de ansiedade leve e moderada em 20% e níveis de ansiedade grave em 80% dos casos. Estas diferenças foram significativas (p=0,02), com OR=4,9 (1,5-15,8).

DP (n=40) - Escala Ansiedade ZUNG



p=0,02 ; or = 4,9 (1,5-15,8)

Figura 15

CONCLUSÕES

Após análise dos resultados, podemos concluir

que os alcoólicos Dependentes têm maior gravidade de depressão, de ideação suicida, de desesperança e de ansiedade do que os doentes Abusadores. Além disto, os alcoólicos Dependentes ingerem maiores quantidades de álcool (>200g/dia) e têm mais história familiar de etilismo do que os Abusadores.

Nos resultados apresentados não se verificaram diferenças significativas entre alcoólicos Dependentes e Abusadores no que se refere à gravidade da doença hepática, à idade de início da ingestão etílica, ao tipo de álcool, à polidependência, à história prévia de suicídio e às doenças associadas.

BIBLIOGRAFIA

- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (1994) - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-IV - 4ª ed, Associação Americana de Psiquiatria, Washington DC (1994)
- BAILLY, D.; PARQUET, P. J. - Les conduites d'alcoolisation chez l'adolescent, Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française. LXXXV Session. Editions Paris: Masson, 1992.
- DIJK VAN W. K. - Alcoholism, a many sided problem. *Adv Biol Psychiatry*, Vol. 3. Basileia: Krager edit, 1979; 2-11.
- EDWARDS, G. - «Problems and Dependence: the history of two dimensions». In: (Lader M. M., Edwards G., Drummond D. C. eds) *The nature of alcohol related problems*. Oxford Medical Publications, 1992:1-13.
- GOODWIN, D. W., e GUZE, S. B. - *Psychiatry Diagnosis* (5ª. Ed). Nova Iorque; Oxford University Press, 1994.
- JEAN ADÈS, MICHEL LEJOYEUX - *Les Conduites Alcoólicas et Leur Traitement*, Doiw Editeurs, 1997.
- KROGH, V.; TREVISAN, M.; JOSSA, F.; FARINARO, E.; PANICO, S.; MANCINI, M.; e col. - «Alcohol and blood pressure. The effects of age. Finding from the Italian Nine Communities Study»; *Ann Epidemiol.*, 1993; 3 : 245-49.
- MARC A. SCHUCKIT - *Drug and Alcohol Abuse - A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment - Fourth Edition*. Plenum Press, Nova Iorque, 1995.
- MCLELLAN, A. T.; LUBORSKY, L.; WOODY, G. E.; O'BRIEN, C. P. DRULEY, K. A. - «Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. The role of psychiatric severity». *Arch of Gen Psychiatry* 1986; 40: 620-25.
- NIELSEN, O., HUSEBY, N. E., HOYER, G. e col. - «New alcohol markers - How useful are they in population studies: The svalbard study 1988-89.». *Alcoholism: Clinical and experimental Research*, 1993; 16 : 82-86.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *The international Classification of Mental and Behavioral Disorders* (10ª. Ed). Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1992.
- SANCHEZ CRAIG, M. - «How much is too much? Estimates of hazardous drinking based on clients's self reports». *Br J. Addiction*, 1986; 81: 251-56.
- ZULMIRA, *et al* - Os primeiros seis anos da consulta de Prevenção da Suicídio dos Hospitais da Universidade de Coimbra (1992-1998), *Psiquiatria clínica*, 1998; 19 : 275-282.