

# ETAPAS DE TRATAMENTO DE DOENTES ALCOÓLICOS

DOMINGOS NETO, MANUEL GONÇALVES PEREIRA

Centro Regional de Alcoologia do Sul. Lisboa.

## RESUMO

O alcoolismo, entidade sindrômica nem sempre bem delimitada clinicamente, constitui um grave problema de Saúde Pública, consumindo uma parcela significativa dos recursos dos serviços de saúde em geral e dos serviços de saúde mental em particular.

Os autores revêem, de acordo com a sua experiência pessoal, alguns aspectos teóricos e clínicos das dependências alcoólicas. A propósito, apresentam dados relevando da prática do Centro Regional de Alcoologia do Sul (CRAS).

Com base nesta experiência e no modelo de intervenção em toxicodependentes desenvolvido pelo primeiro autor, formulam-se alguns princípios do chamado Tratamento Combinado e por Etapas aplicado a doentes alcoólicos e suas famílias, que inclui, sempre que possível, uma abordagem familiar integrada com a individual, ênfase na normatividade, na firmeza, e nos grupos de auto-ajuda. Revêem, à luz destes conceitos, a cadeia de cuidados de tratamento a este tipo de doentes, em ambulatório e internamento, e o papel do médico, que não se deve confundir com o sistema familiar.

*Palavras-chave: alcoolismo, tratamento*

## SUMMARY

### Treatment of Alcoholic Patients: a Stepped Care Approach

Alcoholism remains a controversial area, concerning both theoretical definitions and modalities of clinical intervention. In spite of this, and perhaps as a consequence, it stands as a huge public health problem, consuming a large amount of resources (and mental health services resources in particular).

Some clinical issues in this area are reviewed, according to the authors' personal experience. Data related to clinical work in an alcoholology centre (South Regional Alcoholology Centre - CRAS) are presented.

Based in a previous model of Sequential Combined Treatment of Heroin Addicted Patients with Naltrexone and Family Therapy, the authors outline some basic principles of a similar intervention designed for alcoholic patients and their families, which includes, when possible, a family integrated with an individual approach, an emphasis on normativity, on firmness and on self help groups. They revise, on the light of these concepts, the chain of medical care to these kind of patients, outpatient and inpatient, and the role of the medical doctor, which must not be confounded with the family system.

*Key words: alcoholism, treatment*

### DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE O ALCOOLISMO

A designação *alcoolismo* pode englobar um conjunto heterogéneo de situações, nomeadamente o consumo excessivo de álcool, o abuso de álcool (no sentido da

ICD 10) ou uso lesivo (no sentido da DSM IV), para além da dependência alcoólica propriamente dita. Neste trabalho, utilizaremos o termo *alcoolismo* predominantemente no sentido de síndrome de dependência do álcool. Esta síndrome é geralmente crónica, progressiva e grave,

se nenhuma intervenção terapêutica interromper a sua história natural. As recaídas são frequentes.

O alcoolismo constitui, consensualmente, um problema de saúde pública muito importante. A sua prevalência, elevada, pode ser calculada a partir de três tipos de dados<sup>1</sup>: taxas de admissão hospitalar, taxas de mortalidade por cirrose hepática alcoólica e estudos epidemiológicos na população geral.

Estudos recentes nos Estados Unidos revelaram uma taxa de prevalência (anual) de 7-10 % e um risco correspondente de 14-20 % para desenvolver alcoolismo ao longo da vida<sup>2,3</sup>. Em Portugal, cerca de 1.745.000 pessoas tiveram, ao longo da vida, pelo menos uma altura em que beberam excessivamente; destas, 735.000 poderão ser consideradas alcoólicas<sup>4</sup>.

A prevalência do alcoolismo é consistentemente superior no sexo masculino, embora as proporções entre os sexos estejam sujeitas a variações transculturais. Na maioria dos países ocidentais a razão masculino/feminino é de aproximadamente 3/1<sup>1</sup>.

Estima-se que 40% de homens e mulheres nas sociedades ocidentais tiveram pelo menos um episódio, nas suas vidas, de: (1) ausências à escola ou ao trabalho causadas por beber em excesso ou de (2) condução automóvel em estado de intoxicação alcoólica, no mínimo moderada<sup>5</sup>. Em Portugal, um estudo de uma amostra de 1665 reclusos da zona Sul do país revelou uma proporção de 40% de casos em que os crimes cometidos estavam ligados, directa ou indirectamente, ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas<sup>6</sup>.

### ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DE DOENTES ALCOÓLICOS E A QUESTÃO DA ALEXITIMIA

Muitos doentes alcoólicos apresentam traços de personalidade ou atitudes também frequentemente encontrados noutras toxicodependências: grandiosidade narcísica ou excessivo apagamento perante os outros, alexitimia, denegação da doença. Muitas destas características, e muitos sintomas psicopatológicos, só se tornam evidentes depois de atingidos dias ou semanas de abstinência do álcool.

Do mesmo modo, a pessoa com alcoolismo pode apresentar graves problemas de carácter e de personalidade, tendo, frequentemente, atitudes autodestrutivas perante a vida. Estas, muitas vezes, só podem ser reconhecidas depois de a pessoa deixar de beber. Consequentemente, é também em estado de abstinência que a questão de uma eventual indicação psicoterapêutica deverá ser equacionada.

Muitos destes doentes, uma vez abstinentes do álcool, registam episódios graves de ansiedade ou de depressão.

Frequentemente, não conseguem vivenciar a ansiedade como tal, evidenciando, em vez disso, agitação. Podem também registar actuações irreflectidas e radicais, como divorciar-se inopinadamente, emigrar ou abandonar subitamente o tratamento.

A alexitimia é uma característica psicológica descrita inicialmente em doentes psicossomáticos, mas que cedo se pretendeu reconhecer noutras perturbações psiquiátricas. Consiste na incapacidade de dar um nome aos sentimentos, de discorrer sobre eles, de os discriminar, de reagir a um estado psicopatológico por meios psicológicos ou relacionais<sup>7</sup>.

É o caso do doente toxicodependente que apenas consegue dizer que está *com a cabeça cheia* ou *vazia*, ou da pessoa alcoólica cronicamente inibida e ensimesmada, só conseguindo entrar em sintonia com os outros através do álcool. Uma doente nossa, dependente química, que sabíamos portadora do resultado de um exame complementar com o diagnóstico de neoplasia uterina, estava deprimida e *não sabia porquê* (sic). Estes doentes não conseguem, estando mal, reconhecer, nomear, evitar, e/ou anular os afectos disfóricos de que sofrem. Não lhes é possível desenvolver atitudes e processos para se sentirem melhor.

Taylor et al<sup>8</sup> estudaram, em 1990, uma amostra de 44 doentes do sexo masculino, dos quais 17 abusavam cronicamente de álcool, 22 abusavam de drogas e álcool, e 5 eram exclusivamente toxicodependentes. Destes 44 homens, 50% podiam ser considerados alexitímicos. As prevalências encontradas para este traço noutras populações masculinas normais são geralmente inferiores<sup>9</sup>.

Haviland et al<sup>10</sup> estudaram um grupo de doentes alcoólicos, avaliados antes e depois de um período de três semanas de tratamento para abstinência. Não encontraram nenhuma diferença significativa no nível médio de alexitimia, apesar de uma descida significativa nas pontuações dos testes de depressão. Estes achados levaram à sugestão de que a alexitimia é um factor relativamente estável na personalidade destes doentes, podendo actuar como predisponente para os seus hábitos aditivos. Muitos doentes usam álcool ou outras substâncias para modular e regular impulsos e emoções<sup>10,11</sup>.

Assim, apesar das dificuldades apontadas por muitos na validação e operacionalização do conceito de alexitimia<sup>1,12</sup>, este poderá constituir vertente importante na investigação da génese da dependência de substâncias, nomeadamente do álcool, pelo menos para um subgrupo não menosprezável destes doentes.

### ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO ÁLCOOL E DO ALCOOLISMO

Partindo do princípio de que *droga* é tudo aquilo que

produz alterações profundas dos estados de humor e de consciência, provocando fenómenos de dependência física e/ou psíquica, pensamos que o álcool só pode actuar como *droga* se o padrão de consumo for excessivo, repetido e crónico, produzindo este tipo de efeitos.

Em 1998, o primeiro autor realizou um inquérito simples, exploratório, a 39 doentes alcoólicos internados no Centro Regional de Alcoologia do Sul (CRAS). Era-lhes pedido que respondessem à seguinte pergunta aberta: *O que sente quando bebe álcool em excesso?* tendo sido registadas respostas diversas (*Quadro I*).

*Quadro I - Efeitos subjectivos do álcool numa amostra incidental de doentes alcoólicos*

Efeito descrito	Número de respostas positivas
Alegria	14
Zanga	13
Culpa	12
Comunicação	9
Desinibição	6
Coragem	4
Calma	3
Segurança	3
Angústia	2
<i>Faz esquecer</i>	2
Tolerância	1
<i>Ajuda a tomar decisões</i>	1
<i>Põe os sentimentos à flor da pele</i>	1
<i>Faz Fugir dos outros</i>	1
Sono	1

Apesar de os resultados deste pequeno inquérito serem meramente indicativos, consubstanciam a ideia de que os efeitos agudos do álcool variam de pessoa para pessoa, dependendo de factores como a dose ingerida, o humor preexistente e a personalidade. A verdade é que a uns produz euforia, a outros tristeza. A uns excita ou compele a acções agressivas, a outros pacífica. A uns emudece e a outros produz loquacidade. O álcool em excesso faz os seus utilizadores rir, chorar, ou zangar-se. Pode revelar os sentimentos ocultos do alcoólico e simular a realização dos seus desejos mais secretos. Neste sentido, o álcool parece registar alguma afinidade com os canabinóides, ao não provocar um efeito típico (como a euforia da cocaína, a beatitude nirvânica da heroína, etc.). O alcoolismo parece, portanto, ser, neste sentido, contrariamente a outras toxicodependências em que a droga de escolha tem geralmente um mesmo efeito predominante, uma toxicod dependência polimorfa.

Sendo a alexitimia uma característica de muitos

doentes alcoólicos<sup>8</sup> o álcool funciona, para muitos, em nosso entender, como uma autêntica *droga anti-alexitimica*. Utilizamos esta expressão no sentido em que o álcool potencia a revelação de afectos que a pessoa trazia escondidos e pretendia, porventura, demonstrar, levando-a a manifestar sentimentos que dantes não conseguia experimentar nem transmitir: agressividade, alegria e tristeza, amor e comunicabilidade. Daí que se pretenda, precisamente, por exemplo através de intervenções terapêuticas de psicoterapia emocional, ou outra, treinar estes doentes a revelar, estimulados pelas relações humanas e sem a presença do álcool, perante eles próprios e perante os outros, os afectos que tanta dificuldade tinham em expressar, e as vias associativas correspondentes.

Todas as pessoas procuram um estado de bem estar físico, mental e relacional a que chamam felicidade; uns através das relações humanas e outros, mais pobres em recursos de *inteligência* emocional, através do álcool ou das drogas. Trata-se, em termos psicológicos, de um autêntico *regime farmacotímico*<sup>13</sup>, que funciona ao invés do regime relacional em que, normalmente, se vive. No entanto, o prazer conseguido através dos consumos alcoólicos, ou de outros consumos químicos ilícitos paga-se caro, em termos de culpabilidade, de realizações pessoais, de estilos de vida e de consequências desastrosas para a pessoa. Para já não falar nas consequências para as diversas matrizes (familiar, profissional e social) em que esta se integra.

Na prática clínica encontram-se padrões sintomáticos curiosos que, porventura, mereceriam um estudo mais aprofundado: o doente alcoólico que não quer ver, nem ouvir, nem falar; o doente alcoólico que interioriza muito, é extraordinariamente tímido, e se recusa a olhar os outros, fitando, em vez disso, o chão, habitualmente, num desinvestimento objectal de que sofrerá, mais tarde, as consequências; a falsa imponência de muitos doentes alcoólicos, escondendo sentimentos de vazio; o doente alcoólico que não tem um *self* grandioso mas que é incapaz de dizer que não; o doente alcoólico que vive com a mãe e que não manifesta nenhum desejo de privacidade ou emancipação (estando mal, não consegue sentir-se especificamente mal nem encontrar vias comportamentais adequadas para passar a sentir-se melhor - outra característica da alexitimia).

#### DOENÇA PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA ?

Parece-nos revestir importância heurística considerar o alcoolismo, fundamentalmente, como uma doença primária (e não secundária, por exemplo, à depressão ou

a acontecimentos da vida). Outras pessoas, com passados igualmente desfavoráveis, tiveram respostas sintomáticas diferentes, que não o beber imoderadamente. Isto sem prejuízo da possibilidade de ocorrência de comorbidade psiquiátrica (nomeadamente com as perturbações do humor).

Mas até nos exemplos do chamado alcoolismo secundário, beber demais como manifestação de uma depressão ou da descompensação de uma doença bipolar, é um sintoma idiossincrático. Com efeito, muitos destes doentes podem apresentar outro tipo de respostas predominantes, como registar sintomas claros de depressão ou cometer tentativas de suicídio. Pelo nosso lado, é-nos muito mais fácil diagnosticar a comorbidade associada ao alcoolismo depois de o doente se encontrar abstinente.

Muitas vezes, parece-nos que a depressão do doente alcoólico é secundária aos seus hábitos exagerados de beber, e não o contrário. Os sentimentos de culpa são preliminares ou acompanhantes da depressão, e parece não haver nenhum doente alcoólico que não se sinta culpado, ou que não actue, de uma maneira ou de outra, sentimentos inconscientes de culpa. A abstinência continuada de álcool<sup>8,10</sup> por seu lado, como a abstinência de outras drogas<sup>11</sup>, é, por si só, um potente factor antidepressivo e ansiolítico. Haviland et al<sup>10</sup> encontraram uma baixa significativa nas pontuações depressivas médias de doentes alcoólicos após três semanas de abstinência. Nogueira et al<sup>14</sup> encontraram uma diminuição de 50% na média de ansiedade, medida pela escala de Hamilton, em 22 doentes alcoólicos, após 30 dias de abstinência em meio hospitalar e sem terapêutica ansiolítica concomitante.

Um importante corolário é o de não se iniciarem psicoterapias estruturadas com o doente a beber, uma vez que só quando tiver sido atingida e cultivada uma abstinência sustentada, estes tratamentos podem ter verdadeira efectividade.

Entretanto, parece-nos ser indicado aconselhar a abstinência completa. Só os bebedores excessivos não alcoólicos, e não os verdadeiros doentes alcoólicos, conseguem voltar a beber moderadamente. Deve aconselhar-se, também, em nosso entender, a frequência de movimentos de auto-ajuda, nomeadamente os grupos de *Alcoólicos Anónimos*, cujos princípios promovem a deflação do ego do alcoólico, a aceitação da doença, a autocrítica, a boa-vontade e a espiritualidade, conforme cada um a conceba.

## PARADIGMAS DIFERENTES DE TRATAMENTO

A doença alcoólica, como as restantes doenças aditi-

vas, deve motivar uma atitude terapêutica diametralmente oposta às abordagens médicas tradicionais e atitudes habituais de solidariedade. Os médicos, de modo geral, não têm sido treinados para esta abordagem modificada, que, no entanto, pode produzir resultados mais favoráveis ao doente e à própria sociedade. Em nosso entender, há princípios básicos na abordagem geral destas situações.

*a* – Introduzir normatividade em vez de, meramente, *cuidar*

O doente alcoólico, não só sofre como faz sofrer os outros (cônjuge e filhos, vizinhos e colegas de trabalho, chefias). Tende a distribuir para os outros um sofrimento que é seu. Muitas vezes, só aceita tratamento depois de seriamente confrontado, por exemplo, pelo cônjuge, que ameaça ou dá mesmo sérios passos no sentido de se divorciar. Essa atitude de imposição de limites por parte dos que sofrem com a doença alcoólica é, por vezes, o primeiro passo para a aceitação do tratamento.

Daí que o médico deva cultivar também uma atitude normativa e firme face à pessoa com doença alcoólica, ajudando aqueles que a rodeiam a confrontarem-na, a porem-lhe limites e, por vezes, a afastarem-se dela, se forem excessivamente prejudicados pela sua doença e se ela recusar tratamento. O médico deve, no entanto, permanecer de fora deste sistema de confronto, não se confundindo com a família do doente. Deve aconselhar sem se envolver afectivamente.

Em suma, a *unidade terapêutica*, nas doenças alcoólicas e noutras doenças aditivas, é constituída não só pelo doente, mas também pelos seus envolventes. Estes últimos, se necessário aconselhados pelo médico, devem fazer com que o doente seja responsabilizado pelas consequências dos actos que pratica. Sendo sempre o tratamento assumido voluntariamente pelo doente alcoólico, é legítimo que o sistema familiar e social lhe faça ver que esse tratamento constitui, por vezes, o único instrumento para que continue a ter aceitação e crédito no meio em que vive. Muitos doentes só aceitam iniciar uma terapêutica depois de seriamente confrontados pelo sistema familiar e social. Quando o doente está seriamente despojado sob o ponto de vista familiar e social devem ser-lhe fornecidos apoios tanto quanto possível equivalentes, como um amigo, um colega, um animador cultural ou mesmo o patrão, num sistema a que Azrin<sup>15</sup> chamou de família sintética.

*b* – A empatia e a responsabilidade médicas são para com todo o sistema envolvido e não apenas para com o doente. As consultas devem ser, sempre que possível, familiares, envolvendo *tutores* ou *fiadores* externos do

tratamento.

Esta atitude contrapõe-se à atitude clássica de apoio, empatia, compreensão e aceitação quase incondicional dos actos dos doentes e do seu sofrimento. O médico, quando trata um doente alcoólico, assume também responsabilidades perante a família que sofre, o meio laboral e social que o envolve e, portanto, a atitude empática, aqui, deverá estender-se a toda a teia relacional (doente, família e outros). A sua responsabilidade, sem se desviar da ênfase principal na pessoa doente, deve ser alargada aos sistemas envolvidos.

Daqui decorre um corolário óbvio. As consultas devem, tanto quanto possível, envolver todos os sistemas afectados pelo alcoolismo do doente. A esposa, quando existe, ou os pais, quando o doente vive com eles ou depende deles, devem estar sempre presentes, podendo a consulta fazer-se por vezes sem o doente mas dificilmente sem estes. A presença de um elemento do local de trabalho, aceite pelo doente e por quem este nutra estima, pode ser decisiva para o evoluir do processo terapêutico.

Defendemos assim uma abordagem sistémica, ou abordagem familiar modificada do doente alcoólico, com consultas familiares feitas em quatro tempos (Tratamento Combinado e por Etapas de Doentes Alcoólicos) já explicitado e desenvolvido noutros contextos<sup>11,18</sup>.

Com isto, cremos não estar a minorizar o doente mas apenas a reforçar o papel das pessoas e instituições necessariamente envolvidas no problema. A presença destas nas consultas e a sua ajuda no tratamento deve ser sempre consentida pelo doente.

*c* – Retirar substâncias psicoactivas, em vez de acrescentá-las

Muitos destes doentes já se *automedicam* (com benzodiazepinas ou outros psicofármacos) e a intervenção médica deve sempre ajudá-los, tanto quanto possível, a viver sem fármacos que alterem patologicamente o humor ou causem dependência física ou psíquica.

*d* – As psicoterapias iniciam-se apenas quando o doente está em abstinência

Muitas das monoterapias clássicas têm falhado ou são insuficientes. Temos visto doentes a fazer psicoterapias prolongadas, mantendo consumos de álcool, muitas vezes com agravamento dos sintomas. As mesmas psicoterapias podem ser muito úteis, no entanto, se, complementarmente, houver um apoio médico específico que mantenha o doente em situação de abstinência. O paradigma deve ser, quanto a nós, o tratamento combinado.

*e* – O papel do confronto e da correcção de atitudes

deve ser assumido pela família e pelo sistema profissional e social

O médico não integra, directamente, o sistema confrontativo, embora o reforce e estruture, aconselhando medidas específicas aos diferentes sistemas. Não deve confundir-se com o sistema familiar e social que envolvem o doente, mas deve obter apoios e alianças de todos estes sistemas para o sucesso do tratamento. Como terapeuta, só pode indignar-se se experimentar uma actuação agressiva do doente que lhe seja dirigida especificamente. Muito do chamado *burn-out* dos técnicos provém da inexistência de uma noção clara de fronteiras por parte destes.

É imprescindível, neste campo, uma supervisão específica. Note-se que existem psicoterapias próprias, de confronto e correcção de atitudes, em todas as instituições actualizadas de internamento psicoterapêutico de doentes alcoólicos.

*f* – O sistema normativo da sociedade pode ser entendido como complementar do sistema terapêutico

Como já vimos, o estabelecimento de limites por parte de entidades patronais ou judiciais pode constituir um factor exterior de pressão, decisivo na motivação inicial para tratamento. Deste modo, diversas medidas sociais gerais podem potenciar determinações mais específicas, e reciprocamente. Uma multa por conduzir com excesso de álcool pode contribuir mais como motivação para o tratamento de um doente alcoólico do que anos anteriores de sofrimento e doença.

*g* – A questão da motivação do alcoólico para tratamento não deve ser empolada

A problemática dos pacientes motivados parece ser, portanto, um falso problema, não devendo ser exigido que um doente alcoólico esteja claramente motivado no princípio do tratamento. Sugere-se-lhe, apenas, que venha às consultas e que cumpra as prescrições feitas. O fundamental será modificar a ambivalência inicial no sentido de uma motivação crescente. Se faltar às consultas deve solicitar-se à família que venha sem ele, para combinar com o médico as consequências das respectivas faltas e a continuação do tratamento. Se a família deixar de vir às consultas apenas porque o paciente recusa comparecer e tratar-se, está a colocar-se *a reboque* daquele que é, em princípio, o mais doente dos seus membros.

*h* – O papel da autocrítica (A.A.)

Temos visto, quando assistimos a sessões abertas de Alcoólicos Anónimos, grandes autocríticas por parte de doentes alcoólicos em recuperação. Nada do que referimos nas alíneas anteriores nos parece muito diferente

daquilo que temos ouvido nessas reuniões, o que reforça o papel dos grupos de auto-ajuda num tratamento combinado do alcoolismo.

## TRATAMENTOS PARA O DOENTE ALCOÓLICO

Sendo o alcoolismo uma doença tão frequente, devemos apostar, para além da prevenção primária, em formas de tratamento precoce relativamente simples, fiáveis e facilmente reproduzíveis. As modalidades mais complexas e mais dispendiosas constituiriam, eventualmente, uma segunda linha da estratégia terapêutica.

Armor et al<sup>16</sup> apresentaram um estudo clássico, prospectivo, de tratamentos de 45 centros de tratamento nos Estados Unidos, dos quais oito foram seguidos durante 18 meses. Apenas um quarto dos doentes ficou abstinente durante seis meses, e menos de 10 por cento durante 18 meses. No entanto, ao fim de 18 meses, 70 por cento dos pacientes tinham reduzido o seu consumo de álcool.

Há várias formas possíveis de tratamento. Em nosso entender, a primeira linha deve ser constituída por uma abordagem em ambulatório, com incidência familiar e individual concomitantes, segundo a metodologia do Tratamento Combinado e por Etapas de Dependentes Químicos, desenvolvida e estudada para heroíno-dependentes<sup>11,17</sup>. Propomos, iniciar um tratamento, após promoção da abstinência, com medicamentos de suporte (estratégias medicamentosas sintomáticas, diminuidoras da apetência como o naltrexone ou o acamprosato, ou dirigidas à comorbilidade) podendo passar a uma terapêutica aversiva depois de ponderadas cuidadosamente as suas indicações e contra-indicações. Chick et al<sup>18</sup> verificaram que a administração diária de 200 mg de dissulfiram aumentou em um terço o número total de dias de abstinência da amostra estudada.

Em caso de falhanço, deverá seguir-se o internamento psicoterapêutico, numa clínica com características de comunidade terapêutica, para desabituação alcoólica e aprendizagem de novos modos de vida, adequados a cada caso, que incluam sempre a abstinência do álcool. Parecem-nos aconselháveis internamentos psicoterapêuticos de curta duração (uma vez que o doente alcoólico é, muitas vezes, uma pessoa profissionalmente activa) que tão bons resultados têm tido no tratamento de outras toxicodependências. Como programas destas comunidades, e à semelhança do que se passa na clínica de internamento do CRAS (Centro Regional de Alcoologia do Sul) preferimos uma estratégia mista, que incluía: desintoxicação física e suporte medicamentoso adequado, informações sobre as bebidas alcoólicas, higiene e

modos de vida saudáveis, e uma psicoterapia de aconselhamento baseada nos princípios dos movimentos de auto-ajuda de tipo *doze passos*, associada com psicoterapia emocional.

### *Quadro II - Etapas de Tratamento do Doente Alcoólico*

- 1 - Avaliação
- 2 - Desintoxicação (preferencialmente em ambulatório)
- 3 - Tratamento em ambulatório com vitaminas, diminuidores da apetência, e outros medicamentos (a)
- 4 - Tratamento em ambulatório com terapêutica aversiva (a, b)
- 5 - Internamento em comunidade ou clínica psicoterapêutica (preferencialmente de curta duração).

(a) sempre em conjugação com estratégias de intervenção psicoterapêutica e de reabilitação psicossocial

(b) a ponderar cuidadosamente, em termos de indicações e contra-indicações

Para nós, a mera desintoxicação em unidade de saúde (um internamento de poucos dias, pretendendo efectuar uma desintoxicação física no quadro de um tratamento ambulatório) ainda deve ser considerada uma estratégia de tratamento ambulatório. Quando falamos de internamento em comunidade estamos a referir-nos, por exemplo, a um programa psicoterapêutico de cinco semanas, incluindo inicialmente a terapêutica do síndrome de abstinência, como acontece no CRAS. Internamentos psicoterapêuticos são menos onerosos e integram-se de forma mais adequada num modelo de tratamento a longo prazo, com melhor adaptação às recaídas e integração de esforços subsequentes para a manutenção da abstinência.

Num estudo não publicado de 66 doentes alcoólicos, internados sequencialmente no CRAS entre 02/09/96 e 28/02/97<sup>19</sup>, verificou-se que 59% não tinham apresentado qualquer recaída ao fim dos três primeiros meses após a alta.

O modelo adequado para um tratamento alcoólico parece-nos dever procurar, portanto, uma abstinência sustentada de bebidas alcoólicas para o resto da vida do doente, numa perspectiva sistémica onde se enquadre uma intervenção que tenha, no mínimo, dois a três anos de duração. A abordagem familiar situa-se em pano de fundo e permanência. Deve ser efectuada pelo próprio médico assistente ao lado da abordagem individual concomitante e da intervenção medicamentosa, eventualmente complementadas por uma intervenção na matriz profissional, se tal se revelar adequado.

É evidente que a abordagem familiar não exclui uma incidência psicoterapêutica individual, concomitante, no próprio doente alcoólico (mais eficaz, no entanto, durante as fases de internamento psicoterapêutico, muitas vezes as únicas que propiciam modificações

estruturais no paciente). Muitas vezes, recorre-se ao internamento para desintoxicação e/ou com maior incidência psicoterapêutica, embora, em muitos casos, o problema seja resolvido exclusivamente em consulta.

Aprender com os doentes e com a evolução de cada caso clínico deve ser uma característica de qualquer médico. Assim a ênfase deve ser colocada na personalização de cada plano terapêutico e na validação de cada estratégia de intervenção, não apenas pela experiência clínica repetida, mas pela investigação. Pelo nosso lado, consideramos um contributo útil a investigação de doentes com histórias de sucesso e com longos anos de abstinência.

#### BIBLIOGRAFIA

1. GELDER M, GATH D, MAYOU R, COWEN P: Oxford Textbook of Psychiatry (Third Edition). Oxford, Oxford University Press, 1996; 438-481
2. REGIER DA et al: The ICD 10 clinical field trial for mental and behavioural disorders: Results in Canada and the United States. *Am J Psychiatry* 1994; 151(9): 1340-1350
3. KESSLER RC, McGONAGLE KA, ZHAO S et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psych* 1994; 51: 8-20
4. BOLETIM DO CENTRO REGIONAL DE ALCOOLOGIA DE COIMBRA: 0: 0. Bebedores Excessivos e Doentes Alcoólicos em Portugal. Janeiro de 1997
5. SCHUCKIT MA: Alcohol-related Disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry / VI*. Baltimore, London, Williams & Wilkins, 1995: 775 - 91
6. FRAZÃO H, BREDA J, PINTO A: Álcool e criminalidade. População doente do CRAL. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra* 1997: Janeiro, 0:0
7. SIFNEOS PE: Alexithymia: Past and Present. *Am J Psychiatry* 1996, July, Festschrift Supplement: 153 - 157
8. TAYLOR GJ, PARKER JDA, BAGBY RM: A Preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry* 1990; 147 (9): 1228-1230
9. PARKER JD, TAYLOR GJ, BAGBY RM: The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 434-441
10. HAVILAND MG, SHAW DG, CUMMINGS MA et al: Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychoter Psychosom* 1988; 50: 164-170
11. NETO D: Tratamento Combinado e por Etapas de Heroíno-dependentes. Características e Evolução de uma Amostra. Lisboa, Universitária Editora, 1996
12. SALMINEN JK, SAARIJARVI S, AARELA E: Two decades of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*. (ap. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen, P: Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford, Oxford University Press, 1996)
13. AMARAL DIAS C: A Influência Relativa dos Factores Psicológicos e Sociais no Evolutivo Toxicómano. Tese de Doutoramento. Coimbra: Delagrangue 1980
14. NOGUEIRA TS, RIBEIRO C, SIMÃO G: Ansiedade e alcoolismo. Abst. IX Curso de Formação Pós-Graduação em Alcoologia, VI Encontro da Associação Portuguesa de Prevenção do Alcoolismo e 1º Congresso do GEPTRA, 1997. Estremoz
15. AZRIN NH: Improvements in the community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*. 1976; 14: 339-348.
16. ARMOR DJ, POLICH JM, STAMBUL HB: Alcoholism and treatment. Rand Corporation and Interscience, Santa Monica, CA, EUA, 1976
17. NETO D, XAVIER M, AGUIAR P, DAVID M, SARDINHA L, ALMEIDA C: Sequential Combined Treatment of Heroin Addicted Patients in Portugal with Naltrexone and Family Therapy. *European Addiction Research* 1997; 3:129-137
18. CHICK J, COUGH K, FALKOWSKY W et al: Dissulfiram treatment of alcoholism. *Br J Psych* 1992; 161: 84-89
19. SILVA AV: Monitorização das Actividades da Clínica de Internamento do CRAL. Abst. 2º Curso de Formação em Alcoologia. Centro Regional de Alcoologia de Lisboa. Lisboa, 24 a 28 de Novembro de 1997