

Arquivos de Neuro-Psiquiatria



All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution License. Fonte:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1979000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2017.

REFERÊNCIA

BUCHER, Richard E.; ROMANKIEWICZ, Eduardo. A personalidade do alcoólatra: variáveis sócio-culturais, psicopatológicas e psicodinâmicas. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 255-266, set. 1979. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1979000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1979000300004>.

A PERSONALIDADE DO ALCOOLATRA

VARIAVEIS SOCIO-CULTURAIS, PSICOPATOLOGICAS E PSICODINAMICAS

RICHARD E. BUCHER, Ph. D.
EDUARDO ROMANKIEWICZ

Em vista do alcance antropológico do álcool e dos seus modos de utilização, devem ser considerados, no seu estudo, as características específicas do grupo étnico investigado, bem como o seu desenvolvimento histórico e as funções sociais das bebidas alcoólicas. Neste sentido, Jellinek (1977)⁴ sublinha o *caráter simbólico* da bebida alcoólica, atestado pelas múltiplas referências mitológicas e literárias.

Na América Latina existem alguns trabalhos em perspectiva histórica e sócio-cultural (cf. Heath, 1974)² ou epidemiológica (Mariátegui, 1974)⁶. Os primeiros estudos etnográficos se situaram num enfoque apenas exploratório e descritivo; os trabalhos psiquiátricos, do seu lado, se limitaram em geral a regiões restritas ou então se interessavam pelo problema das drogas em geral.

Apesar de esforços da OPAS, a área continua carente de investigação, apesar de o alcoolismo representar um problema sócio-econômico, a nível da saúde pública, de muito mais repercussão do que os outros tóxicos. Uma das razões desta carência reside, sem dúvida, no fato de o alcoolismo de massa representar uma realidade que incomoda, porque diretamente ligada aos problemas de estratificação social. Recorrer à bebida foi explicado repetidamente como maneira de querer esquecer os problemas sociais e ambientais, frequentemente ligados a uma alta "mobilidade social", em função de movimentos migratórios (Jones & al., 1975)⁵. Straus (1973)⁸ sublinha a complexidade dos fatores envolvidos no triângulo álcool-homem-sociedade, vendo no primeiro um aspecto tanto *funcional* (como agente medicinal, analgésico, antiséptico, anestésico e ansiolítico) quanto *disfuncional* (agente de desintegração social).

No entanto, a etiologia do alcoolismo não é puramente social. Como o enfatiza Masur (1978)⁷, as diversas abordagens do fenômeno deveriam convergir numa perspectiva bio-psico-social, ao invés de se basear em estudos isolados e unilaterais.

A *personalidade* do etilista já se fez objeto de numerosos estudos. Masur (1978)⁷ lembra, entretanto, que estes trabalhos, se conseguiram destacar certas características comuns aos alcoolistas, não chegaram a ressaltar uma personalidade tipicamente alcoólica. Contudo, é muito provável que uma tal "personalidade de base" nem exista. O alcoolismo, em muitos casos, deve ser consi-

derado como uma manifestação secundária, um epifenômeno de um distúrbio de personalidade preexistente (Fortes, 1975)¹.

Traços psicopatológicos se encontram na maioria dos alcoólatras, mas não os diferenciam de outros grupos nosográficos. Tarter (1975)¹¹ examinou alcoólatras de dois tipos: os que começam a beber cedo e os que começam mais tarde na vida. Somente o primeiro grupo manifesta transtornos na organização da personalidade, o segundo grupo sendo mais afetado por distúrbios atuais agudos (desemprego, conflitos maritais). Hoffman & al. (1974)³ encontraram diferenças significativas quanto ao sexo: na patogênese de alcoólatras masculinos aparecem maiores desordens de caráter, nas mulheres mais neuroticismo.

Num trabalho realizado na Suíça, Studer (1974)⁹ comparou toxicômanos com alcoólatras, utilizando o teste de Szondi. Os dois tipos de pacientes teriam em comum o retorno da agressividade contra si mesmo, elevada necessidade de aceitação "oral" e intolerância marcada à frustração. Uma diferença essencial residiria na estrutura do Eu, sendo que os primeiros são caracterizados pela sua expansão (inflação), com idéias de grandiloquência e de bissexualidade; os alcoólatras negam os seus conflitos e desejos, negação que pode alcançar um efeito auto-destruidor.

Tais resultados demonstram mais uma vez a pluridimensionalidade do alcoolismo que deve ser abordado, a nível psicosocial, mais numa linha de patogênese situacional do que de etiologia estritamente causal.

Outrossim, a maioria destes trabalhos se baseiam em instrumentos objetivos e cognitivos, sem valorizar devidamente a dinâmica e os conflitos internos do alcoólatra. Tampouco é analisado o valor simbólico do ato de beber, que pode ser considerado como o discurso de um sujeito que não tem (mais) acesso a uma palavra verdadeira e que "se afunda" no seu discurso solilóquio. Não se trata, portanto, de levantar somente *traços* que os alcoólatras teriam sempre a mais ou a menos, comparados com indivíduos "normais" — resultado de muitas pesquisas baseadas neste enfoque de comparação meramente quantitativa, sobre o qual Keller (citado em Masur, 1978)⁷ ironiza irreverentemente.

Pretendemos aqui estudar os fatores sociais e psicopatológicos em geral, que marcam alcoólatras crônicos, cuja estrutura psicodinâmica será em seguida analisada mediante o teste de Szondi.

MATERIAL E METODOS

Utilizamos um questionário com 99 variáveis, preenchido durante várias entrevistas semi-estruturadas. Ademais, visando investigar a estrutura psico-pulsional profunda, aplicamos cinco vezes o Teste projetivo de Szondi, de fácil utilização porque não-verbal. Os "perfis pulsionais" obtidos foram analisados estatística e qualitativamente.

Os dados foram recolhidos em três clínicas psiquiátricas situadas em cidades satélites de Brasília.*. Trata-se, na maioria dos 86 *pacientes* examinados, de pessoas

* Agradecemos aos diretores destas clínicas pela colaboração manifestada durante a colheita de dados da nossa pesquisa.

de baixa renda, hospitalizados pelo INPS. Estes 86 alcoolistas, todos do sexo masculino, eram divididos em dois grupos: um de *alcoólatras crônicos "sociais"*, o outro de *alcoólatras crônicos psicóticos*. Operamos esta distinção na esperança de obter dados novos que poderiam contribuir para a compreensão da patogênese do alcoolismo.

Os indivíduos do primeiro grupo foram selecionados segundo os seguintes critérios: consumo excessivo e crônico de álcool com reincidência contínua; características de comprometimento comportamental afetivo, social e orgânico: isolamento e desajuste com o meio-ambiente; desemprego; família desunida ou abandonada; rehospitalização periódica.

Para os pacientes do segundo grupo, foi requerido, além destas características, a presença de elementos psicóticos (delírio ou alucinações), de modo a corresponder a uma das categorias de psicose alcoólica da classificação da OMS. Para diferenciar os dois grupos foram consideradas as fichas de internação no que diz respeito ao diagnóstico psiquiátrico e/ou à menção de elementos psicóticos mesmo intermitentes.

O trabalho pretende investigar os seguintes tópicos: 1) Será que alcoólatras crônicos sociais e psicóticos demonstram características sócio-econômicas e sócio-culturais diferentes?; 2) Será que os indivíduos dos dois grupos demonstram estruturas psico-pulsio-nais diferentes?; 3) Será que os dois tipos de alcoólatras são caracterizados pela mesma estrutura do Eu, utilizando os mesmos mecanismos de defesa?

RESULTADOS

Resultados do questionário — Apresentamos alguns resultados das 99 variáveis investigadas, divididas em sete categorias: dados de identificação, dados sócio-culturais, variáveis comportamentais e hábitos, corpo e sexo, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, sintomas atuais. Enfatizando mais as influências sócio-econômicas e sócio-culturais que podem ter contribuído na patogênese, limitar-nos-emos, na parte da sintomatologia, a aventar poucas variáveis, sendo, de resto, a sintomatologia do alcoolista bem conhecida.

No que diz respeito à idade, os dados da Tabela 1 indicam uma idade média mais baixa para os alcoólatras psicóticos. Esta diferença, embora não significativa ao nível estatístico*, chama a atenção e deveria ser comparada com outras variáveis (hereditariedade, idade na época da primeira hospitalização e suas frequências). Podemos já aqui supor que a "carreira psiquiátrica" de psicótico se inicia mais cedo do que do alcoólatra social. De qualquer maneira, os achados indicam que a "psicotização" não é mera função da idade, ou seja, não corresponde simplesmente a uma evolução cumulativa.

A maior parte da nossa população é oriunda dos estados do nordeste do Brasil, seguidos de Minas, Goiás e dos estados do Norte. As condições sócio-econômicas que provocam as migrações para os centros urbanos são bem conhecidas, pelo que não precisamos entrar em detalhes.

* resultados do teste estatístico X^2 , calculados diretamente pelo computador, devem ser apreciados com discernimento, uma vez que em vários itens as frequências são baixas ou mesmo nulas.

Variável	especificação	alcoólatras sociais (n=38)		alcoólatras psicóticos (n=48)		Nível p. ² do teste X ²
		f	%	f	%	
Idade	24 - 29 anos	0		7	14,5	0,4851
	30 - 39 anos	12	31,5	19	39,5	
	40 - 49 anos	23	60,5	18	37,5	
	50 - 66 anos	3	7,8	4	8,3	
	idade média	39,4 anos		33,5 anos		
Local de nascimento	S/ Resp.(SR)	1	2,6	0		0,6688
	DF	0		3	6,2	
	MG e GO	7	18,4	11	22,9	
	Nordeste	18	47,3	20	41,6	
	Norte	7	18,4	6	12,5	
	Outros	5	13,0	8	16,5	
Estado civil	solteiro	15	39,4	28	58,3	0,1018
	casado	19	50,0	18	37,5	
	viúvo	3	7,8	0		
	desquitado	1	2,6	2	4,1	
Constelação familiar	SR	1	2,6	11	22,9	0,1043
	vive c/ fam.	14	36,8	14	29,1	
	vive sô	17	44,7	14	29,1	
	vive em união conjugal	5	13,1	3	6,2	
	vive c/ fam. ou amigos	1	2,6	6	12,5	
Nº de irmãs	SR	2	5,6	2	4,1	0,8117
	filho único	3	7,8	1	2,0	
	1	1	2,6	0		
	2	0		1	2,0	
	3 - 4	6	15,6	5	10,3	
	5 - 6	7	18,3	7	14,5	
	7 - 8	9	23,6	15	31,2	
	9 - 10	5	13,1	9	18,7	
	acima de 10	5	13,1	8	16,6	
Nº de filhos	SR	1	2,6	2	4,1	0,0621
	sem filhos	6	15,7	16	33,3	
	1	7	18,4	3	6,2	
	2	7	18,4	6	12,5	
	3 - 4	3	7,8	12	24,9	
	5 - 6	7	18,3	4	8,2	
	7 - 8	2	5,2	2	4,1	
	9 - 10	4	10,5	2	4,1	
	acima de 10	1	2,6	1	2,0	

Tabela 1 — Identificação dos 86 casos de alcoolismo

Nas distribuições segundo o estado civil, chama a atenção o maior número de solteiros no meio dos psicóticos. Já vimos que eles são na média mais novos que os pacientes do 1º grupo, mas não sabemos se tem entre eles mais solteiros porque eles são mais novos, ou porque eles eram já precocemente atingidos pela "doença alcoolismo".

Sobre a constelação família, 11 psicóticos ficaram sem responder. Talvez a questão não tenha (mais) sentido para eles. Aliás, o número de pacientes que vive só, é demasiadamente grande, o que caracteriza bem o alcoólatra: ele vive marginalizado, só com sua doença, refúgio no abandono.

Sobre o número de irmãos e de filhos, uma constatação se impõe: muitos irmãos e poucos filhos, sendo a ausência de descendência muito mais característica dos psicóticos.

Os dados sobre escolaridade e profissão (Tabela 2) não revelam nada de sobresalentes. Contudo, o nível escolar e profissional dos psicóticos parece, no conjunto, ligeiramente mais elevado, embora sem significação estatística.

Nos diferentes tipos de moradia, os apartamentos são subrepresentados, o que sublinha bem a marginalização do alcoolatra. As indicações salariais finalmente não exigem nenhum comentário: os rendimentos se situam em volta do salário mínimo.

Variável	especificação	alc. soc.		alc. psico t.		Nível p. ² do teste X ²
		f	%	f	%	
Escolaridade	SR	2	5,2	8	16,6	0,4904
	não tem	6	15,7	3	6,2	
	1º grau	24	63,1	25	52,0	
	2º grau	6	15,7	9	18,7	
	no bral	0		3	6,2	
Profissão	SR	1	2,6	1	2,0	0,859
	não tem	1	2,6	3	6,2	
	manual não qualificado	14	36,8	15	31,2	
	manual qual.	15	39,4	21	43,7	
	escritório	2	5,2	2	4,1	
	serviço publ.	5	13,1	6	12,5	
Habitação	SR	1	2,6	6	12,5	0,4153
	s/habitação	3	7,8	2	4,1	
	casa	12	31,5	12	25,0	
	apartamento	4	10,5	2	4,1	
	barraco	12	31,5	21	43,7	
	quarto	6	15,7	5	10,4	
Salário individual	SR	2	5,31	7	14,5	0,2093
	não tem sal.	1	2,6	4	8,3	
	até um sal. mínimo	24	63,1	29	60,3	
	2-3 sal.mín.	10	26,3	6	12,5	
	4-5 sal.mín.	3	7,8	2	4,1	

Tabela 2 — Variáveis sócio-culturais

Mais ainda que em outras variáveis, as indicações sobre os antecedentes familiares (Tabela 3) deixam dúvidas sobre a sua fidedignidade: a ignorância ou a falta de memória sobre a morbidez encontrada na família deve baixar estes dados, sem dúvida incompletos. Os "distúrbios mentais" são nitidamente mais acentuados nos psicóticos. A presença de alcoolatras na família revela diferenças significativas, sendo que os psicóticos arrolados contam mais antecedentes nas suas famílias que os não-psicóticos. Os antecedentes de sífilis não demonstram diferenças.

Podemos interpretar estes resultados como indícios de uma morbidez (sobretudo alcoólica) mais acentuada nas famílias dos psicóticos — sem que isso nos autorize, é óbvio, a falar de uma "tara hereditária": antecedentes podem influenciar o comportamento de um indivíduo de múltiplas maneiras, sendo a transmissão genética só uma delas.

Nos antecedentes pessoais, os dois grupos demonstraram poucas diferenças significativas. Nos itens astenia, nervosismo, perturbações do sono, as frequências arroladas eram altas, mas sem significância estatística. Diferenças foram evidenciadas nas afecções psicossomáticas e cerebrais. Os alcoolatras sociais apresentam relativamente poucos problemas psicossomáticos. Nas afecções cerebrais, a distribuição é invertida. O primeiro grupo indica mais antecedentes, notadamente traumatismos.

Apresentamos em seguida alguns dos sintomas psicopatológicos arrolados, selecionando as variáveis mais características. Sintomas tais como ansiedade, tremores, depressão ou idéias de suicídio, encontraram frequências elevadas mas sem discriminação.

Variável	especificação	alc. soc.		alc. psico t.		Nível p. do teste X ²
		f	%	f	%	
Distúrbio mental	SR	2	5,2	11	22,9	0,265
	inexistentes	20	52,6	12	25,0	
	mãe	1	2,6	0		
	tios	4	10,5	6	12,4	
	irmãos	6	15,7	7	14,6	
	outros ou vários	5	13,1	12	24,9	
Alcoolismo	SR	2	5,2	9	18,7	0,0104
	inexistentes	17	44,7	6	12,5	
	avós	0		3	6,2	
	pai	0		3	6,2	
	mãe	0		4	8,3	
	tios	2	5,2	4	8,3	
	irmãos	6	15,7	4	8,3	
	outros	0		3	6,2	
	vários parentes	11	28,9	12	25,0	
	Sífilis	SR	2	5,2	24	
inexistentes		25	65,7	16	33,3	
pai		3	7,8	1	2,0	
mãe		1	2,6	0		
tios		1	2,6	1	2,0	
irmãos		1	2,6	3	6,2	
outros ou vários		5	13,1	3	6,2	

Tabela 3 — Antecedentes familiares

Na tabela 4 podemos constatar que as frequências de vários sintomas possuem diferenças significativas. Na última variável, a dos sintomas psicóticos, esta diferença é bastante significativa, o que corresponde ao critério diferencial da amostragem. Chama a atenção, porém, o fato que a metade dos pacientes do primeiro grupo, rotulados como não-psicóticos, indicam a presença de elementos psicóticos. Devemos aceitar, destarte, que a diferenciação em dois grupos de alcoolatras, embora pertinente ao nível teórico, foi efetuada de maneira não totalmente satisfatória.

No que diz respeito aos sintomas de obsessões/compulsões (altamente significativos), é possível que fobias e compulsões de tipo psicótico (frequentes na psicose de Korsakoff ou nas alucinações alcoólicas) influenciaram a frequência elevada das respostas, sendo estas compulsões, assim entendidas, um outro índice da psicotização destes pacientes. Tentativas de suicídio caracterizam mais o segundo grupo, onde, aliás, as cefaléias e enxaquecas são muito mais frequentes. Dos meios utilizados para atentar contra a vida, se destacam no segundo grupo, veneno, armas e atropelamento, meios com um grau de letalidade elevado, mas as frequências são pequenas demais para permitirem conclusões mais amplas.

Podemos concluir do conjunto destes resultados que o nosso segundo grupo é psicopatologicamente mais marcado e portanto mais atingido pela doença, o que se manifesta também através das elevadas frequências das "sem respostas". Estes pacientes muitas vezes não parecem estar capacitados ou interessados em responder, o que pode significar que a sua capacidade comunicativa é seriamente alterada. A distinção

Variável	especificação	alc. f	soc. %	alc. psicót. f	alc. psicót. %	Nível p. ² do teste x ²
Instabilidade (emocional e social)	SR	2	5,2	10	20,8	0,0260
	nunca	12	31,5	5	10,4	
	ocasional/frequente/	15	39,4	14	29,1	
	cronica/	2	5,2	13	27,0	
	sim em geral	5	13,1	4	8,3	
		2	5,2	2	4,1	
Enjoo, náuseas, vômitos.	SR	1	2,6	15	31,2	0,0932
	nunca	17	44,7	8	16,6	
	ocasional/frequente/	15	39,4	11	22,9	
	cronica/	3	7,8	10	20,8	
	sim em geral	0		1	2,0	
		2	5,2	3	6,2	
Problemas psicossomáticos.	SR	2	5,2	13	27,0	0,0143
	nenhuma	16	42,1	6	12,5	
	alérgias, dermatologia	3	7,8	3	6,2	
	digestão	1	2,6	1	2,0	
	coração circulação	2	5,2	3	6,2	
	cefaléias e/ou enxaquecas	5	13,1	13	27,0	
	vários	9	23,6	9	18,7	
Tentativas de suicídio	SR	5	13,1	24	50,0	0,0190
	nunca	25	65,7	9	18,7	
	uma vez	5	13,2	4	8,3	
	duas vezes					
	ou mais	3	7,8	11	22,9	
Meios utilizados para suicídio	SR	5	13,1	24	50,0	0,0444
	inaplicável	25	65,7	9	18,7	
	remédios	1	2,6	1	2,0	
	veneno	0		2	4,1	
	armas	2	5,2	4	8,3	
	enforcamento	2	5,2	2	4,1	
	afofamento	3	7,8	0		
	atropelamento	0		3	6,2	
	outros	0		3	6,2	
	Obsessões, compulsões	SR	4	10,3	12	
nunca		26	68,4	12	25,0	
ocasional/frequente/		3	7,8	12	25,0	
cronica/		2	5,2	9	18,7	
		3	7,8	3	6,2	
Sintomas psicóticos	SR	2	5,2	11	22,9	0,05
	nunca	15	39,4	6	12,5	
	alucinações delírio, perseguição	6	15,7	4	8,3	
	ambos	6	15,7	6	12,5	
		9	23,7	21	43,7	

Tabela 4 — Sintomas atuais

de dois grupos parece, pois, justificada, com a restrição de que o segundo grupo não se destaca unicamente por traços psicóticos, mas por um conjunto mais amplo de características psicopatológicas.

Examinaremos em seguida a pertinência da nossa diferenciação nos resultados do teste projetivo aplicado, mais apto talvez que nosso questionário para revelar diferenças, desta vez ao nível da estrutura da personalidade.

Resultados do teste projetivo de Szondi — O teste de Szondi é pouco conhecido e utilizado no Brasil, mas é um instrumento clínico de alto valor quando se trata de investigar a estrutura profunda da personalidade. Não dispomos de normas brasileiras para adultos, mas segundo nossa experiência, é possível, sem inconvenientes, comparar com dados europeus.

Aplicamos o teste cinco vezes; como vários pacientes receberam alta, conseguimos terminar as aplicações somente com 77 pacientes, 30 alcoólatras "sociais" e 41 psicóticos.

Conforme as tabelas 5 e 6, diferenças altamente significativas existem nos fatores *h* e *k*, seguidos pelos fatores *e* e *p*. Os quatro fatores restantes não se diferenciam no que diz respeito à distribuição das reações fatoriais.

Como interpretar estes achados? Os pacientes dos dois grupos são marcados por uma estrutura de tipo pregenital que, no entanto, é muito mais acentuada nos alcoólatras psicóticos. Desejos infantis de ternura, amor e afeição não podem ser nem satisfeitos

Vetor		S		P		Sch		C	
Fator		h	s	e	hy	k	p	d	m
Alcoólatras sociais (n = 36)	+	40,8	25,3	24,4	33,1	28,3	30,0	35,0	35,0
	-	27,8	34,4	34,2	31,7	33,1	34,7	21,7	34,2
	0	13,8	27,2	26,9	16,4	20,6	25,3	32,8	13,9
	±	17,5	13,1	14,4	18,9	18,1	10,0	10,6	16,9
Alcoólatras psicóticos (n = 41)	+	71,7	20,0	17,1	31,7	17,1	23,4	40,0	35,1
	-	7,3	32,2	45,9	32,2	43,9	45,4	19,5	36,6
	0	13,2	34,6	23,4	14,1	24,9	23,4	29,8	15,6
	±	7,8	13,2	13,7	22,0	14,1	7,8	10,7	12,7

Tabela 5 — Resultados fatoriais (em %) do teste de Szondi de 77 alcoólatras crônicos

Fator	valor χ^2	p.
h	94,101	0,001
s	5,312	0,20
e	12,596	0,01
hy	1,634	0,70
k	20,080	0,001
p	9,832	0,05
d	2,271	0,70
m	3,073	0,50

Tabela 6 — Diferenças fatoriais dos dois grupos de alcoólatras (χ^2 , 3 gl)

*Terminamos uma pesquisa sobre as normas brasileiras para crianças, a ser publicada dentro em breve sob o título: *A estrutura psico-pulsional de crianças brasileiras*. Num outro trabalho, *Considerações sobre a atualidade do teste do Szondi* (em: Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, vol. 29/3, 1977), apresentamos algumas idéias sobre a riqueza e a utilidade antropológico-clínica deste instrumento. A comparação com um grupo-controle, prevista para um outro trabalho, poderá fornecer indicações interessantes.

nem expressos diretamente, estando os caminhos de realização obstruídos. Estes desejos são, por conseguinte, vividos sob forma de exigências veementes e intempestivas em que se expressam tanto o desamparo e a solidão destes indivíduos quanto a sua imaturidade e regressividade.

Tais estruturas de personalidade são caracterizadas por uma fragilidade extrema, por uma sensibilidade elevada à frustração e por uma "impotência" a elaborar e conter as falhas existenciais. Bem se pode dizer que esta incapacidade deve estender-se às perdas e à problemática da separação, cuja aceitação é indispensável para a maturação e a individualização. As exigências maciças de ser atendido e ser satisfeito pelo outro, combinada com a prostração passiva inerente a este tipo de expectativa, testemunham que esta individualização não foi atingida. A solução é esperada do outro e nada de concreto é empreendido, por falta de consistência interna, para se criar uma solução pelos próprios meios.

Esta constelação, pois, marca as duas populações, mas torna-se verdadeiramente patognóstica nos psicóticos, tanto pela preponderância da reação $h+$ (71,7%, sobretudo na combinação vetorial $S + O$: 25,8%*), quanto pelas cargas quantitativas. Comparando as reações do contato (C), constatamos que a problemática da separação se reflete aí de maneira diferente. Se a distribuição fatorial é quase uniforme (e portanto sem significação estatística), a distribuição vetorial mostra diferenças interessantes: a reação $C O+$, reação de apego oral, de afeição ao nível de uma necessidade primária de aceitação englobante, alcança 30% no primeiro grupo, mas somente 20% no segundo. Isto em oposição à reação $C \pm$, reação da separação assumida, e à reação $C O-$, separação que deixa o indivíduo solto e isolado. No primeiro grupo, estas duas reações atingem 19,2%, no segundo grupo 30,2%, o que demonstra que o isolamento e a falta de contato caracterizam mais os psicóticos.

Vejamos agora os fatores do Eu (vetor Sch), que apresentam em suas distribuições diferenças muito significativas. De fato a reação vetorial Sch — é a mais frequente somente no segundo grupo (21%, contra 10,8% no primeiro grupo), onde ela é seguida reação Sch $O-$ (15,6%, contra 8,9% no 1º grupo). Nos alcoólatras sociais, pois, predomina a reação Sch \pm (com 13,6% contra 4,9% nos psicóticos). Estas diferenças exigem uma interpretação. Como as psicoses alcoólicas correspondem a psicoses exógenas, é normal que as reações negativas prevaleçam no vetor do Eu, representando as funções de negação, de auto-desvalorização e auto-destruição. Através delas o alcoólatra psicótico — bem como o demente crônico, o catatônico, o maníaco ou o epilético psicótico — tentam reestruturar-se, sendo contudo o fracasso desta tentativa já implícita no recurso a estas funções.

Em oposição ao grupo psicótico, os alcoólatras "sociais" demonstram menos propensão a regredir a esta função de represamento total. Através da função de $k' +$, eles guardam mais referências e vínculos para com o mundo perceptivo, o que lhes permite uma certa integração, bem relativa é verdade, no mundo comum. Todavia, eles também recorrem à função projetiva mas com menos intensidade e, sobretudo, em conexão $k+$. A reação vetorial daí resultante chama-se "reação autístico-indisciplinada".

* Para não sobrecarregar o artigo, renunciamos em apresentar os resultados das distribuições vetoriais (= reações fatoriais combinadas 2×2 , o que nos dá 16 possibilidades). Contentamo-nos com referências ocasionais a estes resultados.

Parece-nos que esta denominação caracteriza bem a personalidade do alcoólatra social: instabilidade, vadiagem, ausência de vínculo empregatício e marginalização pela sociedade a qual ele ainda pertence, mais do que o psicótico.

No vetor dos afetos (P) finalmente, chama a atenção a frequência elevada da reação $hy+$, relativamente rara numa população "normal" (onde predomina a reação $hy-$, do conformismo social e da tendência a esconder-se). Esta reação de $hy+$ representa, sem dúvida, a tendência *oposicionista* do alcoólatra, que se torna assim diretamente *exibicionista*. A ausência ou fraqueza da censura moral leva a pessoa a exhibir seu sintoma, tendo este último surgido já como consequência de uma integração deficiente da consciência moral. Podemos ver neste processo talvez um efeito da estrutura familiar e de seus antecedentes, no sentido de o futuro alcoólatra não ter disposto de modelos de identificação válidos para a formação da consciência moral.

Correlativamente, o fator e é marcado por uma proporção elevada de reações negativas no segundo grupo, mais que no primeiro. A presença maciça de afetos hostis e raivosos deixa pouco espaço para afetos social e eticamente mais integrantes. Porém, podemos supor que aí se trata mais de uma consequência da marginalização do alcoolista, ao qual a convivência em geral é negada. Neste sentido, a hostilidade expressa neste fator seria mais uma reação (inconsciente) a esta marginalização. Aliás, esta hostilidade não se transforma em agressividade aberta: a reação $s+$ é pouco elevada, sendo a agressividade mais voltada contra si mesmo ($s-$) e vivida de maneira auto-destruidora, associada aos mecanismos de represamentos do Eu já discutidos. No entanto, os afetos hostis e brutais não se manifestam diretamente, mas são resolvidos (ou melhor: afogados) através da bebida, solução milagrosa, sempre pronta a oferecer seus serviços e prometendo o esquecimento de uma realidade intolerável que, fatalmente, volta a impor-se na degradação física e mental.

CONCLUSÕES

Nossos achados demonstram a pertinência da diferenciação dos alcoolistas em dois grupos. Contudo, esta divisão não corresponde totalmente ao diagnóstico psiquiátrico, que parece baseado mais numa apreensão intuitiva de uma diferença qualitativa do que na presença de sintomas psicóticos propriamente ditos. Neste sentido, podemos invocar a diferença encontrada por Tarter (1975)¹¹ entre alcoolistas que começam beber mais cedo ou mais tarde na vida: somente os primeiros demonstram transtornos da personalidade. Utilizando nossos termos, podemos dizer que o grupo "psicótico" se caracteriza por uma morbidez mais elevada, tanto no que tange aos antecedentes familiares e pessoais como à precocidade da afecção e aos sintomas atuais. Porém, o conjunto destes aspectos constitui uma *morbidez qualitativamente diferente*, evoluida em estruturas psíquicas diferentes. O teste de Szondi confirmou os dados obtidos mediante o questionário, sendo estas diferenças estruturais baseadas em funções defensivas específicas do Eu. Podemos dizer que o alcoolista de tipo psicótico é mais regressivo e mais fixado pregenitalmente, utilizando mecanismos defensivos primitivos e arcaicos com um alcance nitidamente auto-destruidor (não no sentido de masoquismo, mas de afrouxamento do Eu).

Estes resultados indicam ainda que a patogênese do alcoolismo não é meramente social (pelo menos no segundo grupo). Ela é devida a um conjunto de fatores no qual a evolução da personalidade, das suas estruturas profundas e dos seus tipos de funcionamento defensivo, assumem um papel importante. No grupo de alcoolistas "sociais", a influência de fatores ambientais parece maior.

Os dados sócio-culturais, sócio-econômicos e psicopatológicos arrolados representam pouca novidade, a não ser a de existir doravante. É mérito do teste projetivo utilizado ter conferido uma significação mais precisa aos dados recolhidos, o que nos permite responder afirmativamente aos tópicos mencionados. Os resultados convergem finalmente com os achados encontrados por Studer (1974) na Suíça, sendo a tendência masoquista menos acentuada em nossos dois grupos.

Podemos concluir que o funcionamento psicodinâmico dos nossos alcoólatras se baseia na recuada defensiva e auto-mutilante operada ao nível das funções do Eu. Trata-se de uma tentativa de re-estruturação que visa garantir um funcionamento existencial mínimo, mas é o próprio sujeito quem paga como vítima para esta sua tentativa. Ele se torna bebedor, solto na sua solidão, reduzido ao monólogo do ato de beber, expressando, assim, sua incapacidade de comunicar-se ao nível de um discurso pleno — discurso este que pressupõe o reconhecimento do outro e a auto-posição como sujeito. É desta sua subjetividade que o alcoolista abdicou, desistindo de prosseguir no caminho da individualização, sob a influência conjunta de fatores ambientais pouco propícios e da inconsistência interna, tal como a revela o teste projetivo.

RESUMO

Oitenta e seis alcoólatras crônicos, hospitalizados em três clínicas psiquiátricas, foram examinados mediante um questionário e o teste projetivo de Szondi. A divisão em dois grupos, alcoolistas "sociais e psicóticos, permitiu evidenciar diferenças significativas. Os pacientes psicóticos têm uma idade média inferior aos "sociais", o que indica que neles o processo mórbido se inicia mais cedo. Ademais, o teste projetivo revela que este processo é também qualitativamente diferente, na medida em que o psicótico utiliza mecanismos defensivos de negação e de auto-bloqueio com um alcance auto-destruidor. Isto impede a individualização e fixa o paciente, sem consistência interna, a um nível de regressão pregenital, o que se manifesta exteriormente pela sua marginalização.

SUMMARY

The personality of alcoholics: socio-cultural, psychopathological and psychodynamical variables.

86 chronic alcoholics, hospitalized in three psychiatric clinics, were studied through a questionnaire and the Szondi Projective Test. Dividing the sample into two groups, "social" and psychotic alcoholics brought several significant

differences to light. The mean age of the psychotic patients was lower than of the "social" alcoholics, suggesting that the pathology of the former had begun sooner. Furthermore, the projective test revealed that the pathology of the psychotic patients was qualitatively different in that they use negation and selfblocking defense mechanisms at a self-destructive level. This hinders individualization and fixates the patient, without internal consistency, at a level of pre-genital regression which is manifested in their social marginality.

REFERENCIAS

1. FORTES, J. R. A. — Alcoolismo. Editora Sarvier, Rio de Janeiro. 1975.
2. HEATH, D. B. — Perspectivas socioculturales de alcohol en América Latina. *Acta Psiquiatr. Psicol. Amer. Lat.* 20:99; 1974.
3. HOFFMANN, H.; NELSON, P. C.; JACKSON, D. N. — Differential personality inventory for male and female alcoholics. *Psychological Reports* 34:21; 1974.
4. JELLINEK, E. M. — The symbolism of drinking: a culture-historical approach. *Quart. J. Stud. on Alcohol* 38:849, 1977.
5. JONES, M. B. — Social mobility and alcoholism: a comparison of alcoholics with their father and brothers. *Quart. J. Stud. on Alcohol*, 36:62, 1975.
6. MARIATEGUI, J. — Investigación epidemiológica del alcoholismo en América Latina. *Acta Psiquiatr. Psicol. América Lat.* 20:86, 1977.
7. MASUR, J. — Abordagem biológica, psicológica e social do alcoolismo. *Ciência e Cultura*, São Paulo, 30:686, 1978.
8. STRAUS, R. — Alcohol and society. *Psychiatric Annals* 3:107, 1973.
9. STUDER, F. — Les drogués dans le test de Szondi. *Annales Médico-Psychologiques (Paris)*, 132:435, 1974.
10. SZONDI, L. — Tratado del Diagnostico de los Instintos. Biblioteca Nueva, Madrid. 1970
11. TARTER, R. E. — Personality characteristics of male alcoholics. *Psychol. Rep* 37:91, 1975.

Departamento de Psicologia — Universidade de Brasília — Campus Universitário, Asa Norte — 70960 Brasília, D. F. — Brasil.