

O ALCOLDEPENDENTE NO AMBULATÓRIO: UMA TIPOLOGIA CLÍNICA

JOSÉ M. NEVES CARDOSO, ANTÓNIO BARBOSA, FÁTIMA ISMAIL, SÍLVIA SILVA,
MARIA HELENA GLÓRIA

Clínica Psiquiátrica Universitária. Núcleo de Etilo-risco.
Faculdade de Medicina de Lisboa. Hospital de Santa Maria. Lisboa

R E S U M O

O presente estudo tem como objectivo delimitar uma tipologia que integre dados sociodemográficos, clínicos e de personalidade. Estudámos uma população sequencial de doentes alcooldependentes inscritos numa consulta de etilo-risco dum departamento de psiquiatria de um hospital geral, através de instrumentos de caracterização sociodemográfica, psiquiátrica, psicopatológica e de personalidade. A estrutura factorial obtida nesta população permitiu-nos perfilar três expressões fundamentais de alcoolismo: orgânico, psicológico e social. Enquanto que na primeira e na última as características aparecem misturadas, a expressão psicológica aparece claramente dividida em duas dimensões: alexitímica (com uma história pessoal e familiar de depressão) e psicopatológica (com ocorrência de depressão e/ou ansiedade actual). Esta tipologia poderá viabilizar num futuro correlações de cada um dos tipos com padrões neurofisiológicos e bioquímicos que se possam tornar úteis para a elaboração de um modelo etiológico do alcoolismo e assim contribuir para a formulação de prognósticos mais precisos e para a escolha das intervenções terapêuticas mais eficazes.

S U M M A R Y

THE ALCOHOL-DEPENDENT PATIENT: A CLINICAL TYPOLOGY

The aim of this study was to construct a typology integrating sociodemographic, clinical and personality data of alcohol-dependent patients. We studied a consecutive population attending an alcohol-dependent outpatient psychiatric department, assessed by instruments that measured psychiatric, psychopathological, personality and sociodemographic characteristics of alcohol-dependent patients. The factorial analysis allowed us to define three main expressions of alcoholism: physical, psychological and social. In the elicited typology, both physical and social appear mixed in their expression. The psychological expression is divided into two main categories: the alexitymic (with a depressive personal and family history) and the psychopathologic type (with actual depression and anxiety). This typology should allow us to correlate these types with neurophysiological and biochemical patterns and could be particularly useful in building an etiologic model of alcohol dependence which could contribute to a better prediction of prognosis and choice of the best therapeutic intervention.

Kraepelin em 1883, definiu o alcoolismo como: «uma alteração do carácter com deteriorização generalizada, e até no sentido moral pelo encorajamento aos estimulantes de acção».

Segundo Jellinek¹ o alcoolismo era principalmente constituído por manifestações psicológicas e biológicas que conduziam a uma perda de controlo. Admitiu que em certas alcoolizações podia existir um retraimento so-

cial negativo (formas alfa e beta), mas só as formas contendo uma verdadeira dependência (delta, gama) representavam as «verdadeiras» doenças alcoólicas.

Nos últimos anos vários estudos têm comprovado a concordância entre os sistemas de classificação, DSM-IV² e a classificação internacional das doenças ICD-10³.

Têm sido propostos vários esquemas diagnósticos para classificar o alcoolismo com maior precisão em

subgrupos. Cloninger⁴ propõe os Tipo 1/Tipo 2, mas os métodos para os identificar são problemáticos e de grande variabilidade.

A utilização de entrevistas estruturadas pode-nos permitir operacionalizar critérios que definam, por exemplo, alcoolismos primários sem personalidade anti-social e alcoolismos secundários a personalidade anti-social. Von Knorring⁵ e Sullivan⁶ verificaram índices elevados de sobreposição e concordância entre as tipologias: primário/secundário e tipo 1/tipo2 (*Quadro 1*).

Muitas outras tipologias têm procurado caracterizar o alcoolismo em função da idade de início e segundo várias vertentes⁷: familiar/não familiar, com ou sem personalidade anti-social.

Reconhece-se, por outro lado⁸, que dois terços dos alcoólicos durante a sua vida cumprem os critérios de outra doença psiquiátrica: síndromes depressivos e ansiosos, personalidade anti-social, outra toxicod dependência.

No que se refere à utilização do estudo da personalidade para classificação de subgrupos de alcooldependentes questiona-se a pertinência da sua aplicação em fase húmida pela eventual interferência ou efeitos enviesadores da sobreposição de alguns sintomas. Apesar de alguns autores⁹ apontarem perfis de personalidade de risco para o abuso ou a dependência do álcool, considera-se mais generalizadamente que o alcoolismo é uma doença de oportunidades equiparáveis para as personalidades anti-sociais, *border-line* e outros tipos de personalidade não anti-social, refutando a relação mecânica e estigmatizante da psicopatia e da sociopatia associadas ao alcoolismo.

Quando procuramos definir subtipos de alcooldependentes, não se poderá, também, negligenciar o efeito da duração do alcoolismo na deterioração da personalidade, assim como na variabilidade do alcoolismo entre o homem e a mulher, com padrões de interacção genético-ambientais diferentes. A idade da primeira bebida, e da última, ou da primeira entrevista numa consulta de especialidade, a raça, educação, *status* conjugal, história familiar do alcoolismo, quantidade e a frequência da ingestão do álcool durante a fase húmida *major* são algumas das variáveis a ter em conta em qualquer tipologia entre sexos.

Para outros autores¹⁰ considera-se essencial descrever o alcoolismo numa perspectiva bidimensional, distinguindo a dependência das suas consequências. Mas se a dependência é descrita como um continuum entre o normal e o patológico, o «limiar» a partir do qual ela corresponde a uma doença alcoólica é difícil de estabelecer. Assim a definição de subtipos de alcoólicos terá de ter em conta a bidimensionalidade da dependência. Na categorização de alcoólicos dependentes com ou sem repercussões sociais, psíquicas ou somáticas, Sadava¹¹ validou o modelo bidimensional da dependência, demonstrando no seio duma população de adultos, uma relativa independência entre os consumos acentuados de álcool e as consequências negativas da alcoolização.

Como vimos, têm-se tentado agrupar os alcooldependentes através de traços de personalidade, usando instrumentos de avaliação entre os quais o MMPI. Godstein¹² utilizando uma amostra de 513 alcoólicos aos quais apli-

caram o MMPI, verificaram a existência de dois grupos: neuróticos (depressivos/ansiosos) e com perturbações da personalidade (psicopatas).

Morey¹³, aplicando a análise de *cluster* a uma população heterogénea de 725 alcoólicos urbanos avaliados pela história clínica, problemas ligados à alcoolização e a outras dependências ligadas ao álcool, identificou três tipos de alcoólicos que denominou: bebedores de álcool com problemas negativos nas fases iniciais da alcoolização; dependentes do álcool propriamente ditos e dependentes do álcool esquizóides. O primeiro grupo tinha baixos índices de agressividade e de problemas psíquicos, elevados índices de estabilidade social e um estilo defensivo de reactividade pessoal. o segundo grupo (dependentes puros) tinha uma dependência de grau mediano, bebiam diariamente, no âmbito social. Os dependentes com traços esquizóides, viviam socialmente isolados, procuravam os estados de embriaguez, tinham altos índices de dependência do álcool, impulsividade e agressividade.

Babor¹⁴ identificou, numa amostra de 321 homens e mulheres dependentes do álcool, dois tipos de alcoólicos: tipo A e tipo B. O primeiro grupo apresentava riscos reduzidos para o alcoolismo na idade infantil, início tardio de problemas devidos ao álcool, poucas repercussões biopsicossociais incluindo sociopatia e outras psicopatologias e um grau ligeiro de dependência do álcool. O tipo B, em contraste, apresentava factores de risco na idade infantil, início precoce do alcoolismo, pontuações elevadas na sociopatia e outras psicopatologias, repercussões biopsicossociais do alcoolismo e grau elevado de dependência. Numa avaliação prospectiva quanto aos resultados do tratamento aos 12 e 36 meses, verificaram que os períodos de abstinência antes da recaída, eram maiores no tipo A, assim como reduzidas repercussões no estado físico e psíquico e menor consumo de drogas ilícitas em relação ao tipo B. Litt¹⁵ deu credibilidade a esta tipologia ao adaptá-la a projectos terapêuticos e de reabilitação após internamento. o Tipo A aderiu melhor a modelos terapêuticos interaccionais (terapia de grupo), enquanto que os alcoólicos de tipo B obtiveram melhor resposta terapêutica com terapias comportamentais (treino de perícias).

Adês¹⁶ apontou que a noção de «factor de sensibilidade genética» assim como a de vulnerabilidade celular e/ou cerebral orientados para tipologias genético-familiares, não parecem afastar-se daquelas discriminadas entre a população alcoólica submetida a tratamento. Assim é particularmente evidente que os indivíduos que têm um início precoce de alcoolismo apresentam uma maior comorbilidade associada com tendências impulsivas e agressivas, criminalidade e outros comportamentos anti-sociais. Este tipo de alcoólicos teriam pior prognóstico e fraca resposta aos tratamentos tradicionais do alcoolismo¹⁷. As medicações serotoninérgicas teriam eficácia se associadas a terapias cognitivo-comportamentais que incluam a aprendizagem de perícias sociais e estratégias estruturadas para lidar com o *craving*, afectos negativos (raiva, ódio, tristeza) e o enfado da abstinência. O tipo gama de Jellinek, o tipo 2 de Cloninger e o tipo B de Babor pare-

cem reunir muitas das características do tipo de alcoolismo acima referido.

Noutro grupo heterogéneo de alcoólicos descrito tipo delta por Jellinek, tipo 1 de Cloninger e tipo A de Babor, as perturbações afectivas e ansiosas são habituais e os tratamentos destas perturbações psiquiátricas primárias reduzem a sintomatologia assim como os comportamentos patológicos perante o álcool. Este tipo de alcoólicos parece responder melhor a tratamentos psicológicos (psicoterapia individual e familiar).

Lesh¹⁸ tem vindo a desenvolver uma tipologia, com utilidade predominantemente para a identificação de marcadores biológicos caracterizadores do comportamento aditivo (intoxicação crónica ou episódica) e com influência nas indicações e resultados terapêuticos.

Quadro I – Tipologias de alcooldependência

Autor	Tipologia	
Jellinek (1960)	Tipo desta	Tipo gama
Cloninger (1986)	Tipo 1 (milieu)	Tipo 2 (male)
Babor (1992)	Tipo A	Tipo B
Schuckit (1985)	Primário	Secundário
Antlenelli (1994)	Familiar	Não Familiar

Em síntese, podemos dizer que os estudos sobre tipologias de alcoólicos devem incluir grandes amostras dos dois sexos, de várias idades, estratos sociais e ambientes terapêuticos. Nas amostras de alcoólicos seleccionados entre os que estão em tratamento deve-se ter em conta o grau de dependência (elevada, media, ligeira), a história de tratamentos prévios e a prevalência da comorbilidade psicopatológica ao alcoolismo. O estudo das tipologias alcoólicas pode-se, também, enriquecer com a inclusão de variáveis terapêuticas, acrescentando uma melhor compreensão fenomenológica e do desenvolvimento do alcoolismo.

OBJECTIVOS

Alguns estudos têm vindo a demonstrar a validade diagnóstica, prognóstica e terapêutica das tipologias do alcooldependente. Não tem sido contudo, estudada uma tipologia que integre variáveis etiológicas e clínicas que sirva para posterior estudo da modelação genética e de correlatos neurofisiológicos e bioquímicos. Parece por isso justificado estudar a pertinência duma tipologia clínica do doente alcooldependente que se constitui no objectivo final deste estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

1. Amostra

A população estudada é constituída por um grupo de doentes (N=102), sequencialmente inscritos na consulta do NETER da Clínica Psiquiátrica Universitária do Hospital de Santa Maria (Lisboa) e diagnosticados como alcooldependentes segundo critérios da DSM-IV².

Foram excluídos seis doentes por não possuírem as capacidades cognitivas necessárias ao auto-preenchimento de alguns instrumentos (quatro doentes com défices cognitivos marcados, um doente com demência alcoólica, um doente com perturbação paranóide de personalidade).

Todos os doentes estavam integrados num programa terapêutico ambulatório conduzido por uma equipa multiprofissional e participavam num grupo terapêutico aberto semanal.

As características socio-demográficas da amostra poderão ser observadas no *Quadro II*:

Quadro II – Características socio-demográficas da amostra

Idade (X)	41,78 (+9,83) (21-71)
Sexo masculino	83,3%
Estrato social (Graffar): - I, II, III	52,0%
- IV, V	48,0%
Escolaridade Primária	53,9%
Estado civil	
- Casado	65,7%
- Solteiro	15,7%
- Separado/divorciado	17,6%
- Viúvo	1,0%

Os doentes foram avaliados em duas vertentes:

- Observação médica por gastroenterologista da consulta de hepatologia do HSM (extensão na Consulta de Etilo-Risco), em que foram submetidos a uma avaliação clínica, laboratorial e à realização de ecografia hepática. Procedeu-se ao estudo dos seguintes marcadores biológicos: volume globular médio, transaminases glutâmico-oxalacética e glutâmico-pirúvica, fosfatase alcalina, gama-glutamyl-transpeptidase, bilirrubina, albumina sérica e tempo de protrombina. (Os resultados desta avaliação são objecto de outra publicação).

- Observação por investigadores da área da psiquiatria e psicologia através de um conjunto de instrumentos:

2.1. MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) Selzer, 1971; Serra, 1973

Questionário breve, de fácil aplicação e cotação, elaborado para autopreenchimento e que permite uma detecção precoce no que concerne ao «problema-álcool», bem como, uma avaliação global da gravidade do mesmo em termos de dependência, lesão de órgão e disfunção nas vertentes familiar, profissional e social.

2.2. SADQ (Alcohol Dependence Scale) - Skinner, 1984 (Trad.Port. :A.Batista, 1986).

Questionário de autopreenchimento que inclui 29 itens para avaliação da gravidade da dependência alcoólica em três graus: ligeiro, moderado e grave. Segundo Skinner (1984), estes graus permitem estabelecer diferentes programas de tratamento, de acordo com a cotação obtida: indicação para tratamento ambulatório para os

doentes com um grau de dependência ligeira ou moderada e de desintoxicação ou internamento para os doentes que atinjam o grau de dependência grave.

2.3. Y-BoCS (Yale- Brown obsessive Compulsive Scale) Modell, 1992

Questionário para medir as características obsessivas (cinco perguntas) e compulsivas (cinco perguntas) relacionadas com o consumo de álcool, tendo sido considerado um instrumento útil para detectar excessivo consumo ou dependência de álcool. Foi elaborada por modificação da escala de obsessão-compulsão de Goodman: mera substituição das palavras «pensamentos obsessivos» pela frase «ideias, pensamentos, impulsos ou imagens relacionadas com o beber» e de «comportamentos compulsivos» por «beber bebidas alcoólicas».

2.4. HAS, HDS (Hospital Anxiety and Depression Scale) Zigmond, 1983

Escalas, de sete itens cada, de autopreenchimento. A gravidade da ansiedade ou depressão é avaliada numa escala cotada de 0 a 3 para cada item. Nas notas globais, que se obtêm pela soma dos sete itens respectivos, aponta-se para os valores inferiores a oito como limiar para a não existência de ansiedade ou depressão.

Esta escala foi construída não integrando nos seus itens sintomas físicos com o objectivo de avaliar a ansiedade e depressão em doentes médicos e cirúrgicos. A previsível elevada frequência de sintomas físicos nestes doentes médicos (no nosso estudo, alcooldependentes) enviesaria as notas globais das escalas de ansiedade e depressão mais utilizadas – Beck, Zung, MADRS, Hamilton – (Paes de Sousa, 1976).

2.5. EPI (Eysenck Personality Inventory) Eysenck, 1964

Inventário de 57 afirmações, de autopreenchimento (sim/não), que caracterizam duas dimensões da personalidade: introversão/extroversão e neuroticismo (instabilidade, vulnerabilidade ao stress), para além de uma escala de mentira. O EPI foi aplicado a uma amostra da população portuguesa por Vaz Serra (1980).

2.6. SDAS (Social Disfunction and Agression Scale) Wisted, 1990 (versão portuguesa)

Esta escala foi desenvolvida como objectivo de avaliar as cognições e comportamentos agressivos e é administrado pelo entrevistador. É constituída por 11 itens dos quais nove avaliam a agressividade exteriorizada (física e verbal) e dois itens que avaliam a agressividade internalizada.

2.7. História standartizada para doentes alcooldependentes (adaptada para português) de Marc Schuckit – Director do Centro de Pesquisa do Alcool da Escola de Medicina de S. Diego, Califórnia. Esta história descreve consumos, períodos de abstinência, atitudes e comportamentos, consequências do consumo do álcool em várias áreas, bem como, antecedentes pessoais e familiares.

2.8. TAS - 20 (Toronto Alexytime Scale) - Taylor, 1984 (versão portuguesa, N. Prazeres, 1996)

Esta escala, a segunda versão da TAS-26, avalia a alexitimia, constructo clínico caracterizado por uma perturbação cognitiva-afectiva que afecta a forma como os indivíduos experienciam e exprimem as suas emoções. É constituída por 20 itens sob a tipologia Likert e administrada sob a forma de autopreenchimento.

No *Quadro III* observam-se as características clínicas da amostra relacionadas com a alcooldependência:

Quadro III – Aspectos clínicos relacionados com o consumo de álcool

MAST positivo (> 5)	95,1 %
CAGE positivo (> 1)	93,1 %
Idade início consumo álcool (\bar{X} anos)	18,2 ($\pm 7,1$)
Consumo diário de álcool (\bar{X} gramas)	133,5 ($\pm 101,7$)
Consumo máximo diário de álcool (\bar{X} g)	244,9 ($\pm 165,6$)
Período máximo de abstinência (\bar{X} dias) desde o início de consumo excessivo	178,9 ($\pm 276,39$)
Período máximo de abstinência (\bar{X} dias) nos últimos 3 meses	21,53 ($\pm 30,4$)
SADQ	
– Dependência moderada	79,4 %
– Dependência mediana e elevada	20,6 %

Quanto às características clínicas gerais da amostra podem ser observadas de forma resumida no *Quadro IV*:

Quadro IV – Elementos da história individual dos doentes da amostra

Antecedentes pessoais psiquiátricos	51,0 %
Antecedentes de consumo de outras drogas	23,5 %
Antecedentes pessoais depressivos	49,0 %
Antecedentes depressivos dos pais	43,6 %
Antecedentes de alcooldependência do pai	53,0 %

No *Quadro V* descrevem-se as características psicopatológicas e de personalidade da amostra:

Quadro V – Características psicopatológicas e de personalidade dos doentes alcooldependentes

Ansiedade (HAS) (\bar{X})	7,75 ($\pm 4,51$)
Depressão (HDS) (\bar{X})	5,22 ($\pm 4,32$)
Y – Bocs (\bar{X})	
– Obsessivo	6,72 ($\pm 5,08$)
– Compulsivo	11,83 ($\pm 3,20$)
– Global	18,36 ($\pm 7,31$)
EPI (\bar{X})	
– Neuroticismo	12,37 ($\pm 5,06$)
– Introversão	4,35 ($\pm 1,76$)
– Extroversão	11,70 ($\pm 4,01$)
SDAS (\bar{X})	10,42 ($\pm 7,8$)
TAS-20 (\bar{X})	59,42 ($\pm 13,01$)

3. Análise estatística

Para além do estudo de distribuição de frequências de cada atributo considerado, e com o objectivo de encontrar uma estrutura factorial que caracterizasse diferentes tipos de alcoolismo realizou-se uma análise factorial de componentes principais para a maioria das variáveis atrás descritas. Utilizando o critério de Kaiser foram extraídos 5 factores responsáveis pela explicação de 90,0% da variancia. Após a rotação ortogonal (varimax) encontrou-se a estrutura apresentada nos *Quadro VI e VII*.

Quadro VI – Estrutura factorial
(Saturações superiores a .45)
Total da amostra

Variáveis	Factor 1 (26,9%)	Factor 2 (21,3%)	Factor 3 (18,0%)
Antecipação negativa	.92		
Consumo máximo de álcool	.86		
Idade actual (mais avançada)	.76		
Depressão	.80		
Maior consumo álcool/dia	.58		
Menor tempo de abstinência (3 m)		.94	
Introversão		.94	
Depressão (nos Pais)		.80	
Alexitimia		.73	
Antecedentes pessoais depressão		.51	
Depressão			.92
Ansiedade			.82
Dependência física (MAST)			.79
Sexo (feminino)			.74

• O factor 1 (etopático)

responsável por 26,9% da variancia total tipifica uma modelação ambiental/cultural do consumo alcoólico (em sociedades incondicionalmente permissivas) que aparece associada com um maior consumo máximo de álcool e um consumo máximo de álcool por dia, dificuldade na antecipação de aspectos positivos (fatalismo), correspondendo a um grupo actualmente de idade mais avançada.

• O factor 2 (alexopático)

responsável por 21,3% da variancia total isola um perfil alexitímico com indicadores de menor tempo de abstinência nos últimos três meses, com traços de introversão e antecedentes pessoais e familiares de depressão.

• O factor 3 (timopático)

responsável por 18,0% da variancia total traduz um perfil psicopatológico de ansiedade e depressão com indicadores de dependência física elevados, de predomínio no sexo feminino.

Quadro VII – Estrutura factorial (cont.)
(Saturações superiores a .45)
Total da amostra

Variáveis	Factor 4 (12,4%)	Factor 5 (11,4%)
SADQ (dependência elevada)	.75	
Repercussão social do consumo de álcool	1.64	
MAST Global	.57	
Agressividade verbal		.90
Obsessão-compulsão		.85
Tendência suicida na fase húmida		.85
Idade precoce de início consumo álcool		.69
Agressividade na fase húmida		.60
Alcoolismo no pai		.60
Menor tempo de abstinência		.59

• O factor 4 (sociopático)

responsável por 12,4% da variancia total tipifica uma forma com grau de dependência elevada e com acentuada repercussão social do consumo alcoólico.

• O factor 5 (heredopático)

responsável por 11,4% da variancia total traduz um padrão de início precoce de consumo de álcool e antecedentes de alcoolismo no Pai, polariza a agressividade verbal, as tendências suicidas na fase húmida, a obsessão pelo consumo e o menor tempo de abstinência.

CONCLUSÕES

Para o reconhecimento da heterogeneidade dos subtipos de alcooldependentes é necessária a utilização de amostras alargadas de populações uniformizadas (ambulatório ou internamento) e o estudo de diferentes tipos de variáveis: sociodemográficas, antecedentes pessoais e familiares, clínicas (psicopatológicas e de personalidade).

A estrutura factorial obtida nesta população permite-nos perfilar três expressões fundamentais de alcoolismo: orgânico, psicológico e social. Enquanto que na primeira e na última elas estão de certa forma imbricadas através dos tipos etopático, sociopático e heredopático, as variáveis psicológicas surgem tipificadas num tipo psicopatológico, com ansiedade e depressão, e de predomínio feminino e num tipo alexitímico com antecedentes depressivos, pessoais e familiares.

Este aprofundamento tipológico poderá revelar-se particularmente fecundo e promissor pela possibilidade de delimitar grupos clínicos mais homogêneos e de posteriormente se poder verificar os respectivos correlatos neurofisiológicos e bioquímicos.

Constitui-se, pensamos, num contributo relevante para a elaboração de um modelo de compreensão etiológica e psicopatológica do alcooldependente, para uma predição prognóstica criteriosa e para o desenvolvimento de paradigmas de intervenção terapêutica pertinentes.

BIBLIOGRAFIA

1. JELLINEK EM: The disease concept of alcoholism. Hillhouse, New Brunswick: College and University Press 1960.
2. APA: DSM-IV Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4.ª edição). Lisboa: Climepsi Editores 1996.
3. WHO: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: WHO 1992.
4. CLONNINGER CR: Inheritance of risk to develop alcoholism. NIAAA Monograph 1986;66: 86-97.
5. von KNORRING L, von KNORRING AL, SMIGAN L, et al: Personality traits in subtypes of alcoholics. *J Stud Alcohol* 1987;48:423-7.
6. SULLIVAN JL, BAENZIGER JC, WAGNER DL: (1990) Platelet MAO in subtypes of alcoholism. *Biol Psychiatry* 1990;27:911-22.
7. ANTHENELLI RM, SMITH TL, IRWING MR, SCHUCKIT MA: *Am J Psychiatry* 1994;151:1468-74.
8. SCHUCKIT MA, KLEIN J, TWITCHELL G, SMITH T: Personality scores as predictors of alcoholism almost a decade later. *Am J Psychiatry* 1994a;151:1038-42.
9. SCHUCKIT MA, HESSLBROCK V: Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relation Ship? *Am J Psychiatry* 1994; 151:1723-34.
10. EDWARDS G: Problems and dependence: the history of two dimensions in: Lader, M. M., Edwards G., Drummond, D.C. (eds) *The nature of alcohol and drug related problems*. Oxford: Oxford Medical Publications 1992:1-3.
11. SADAVA SW: Problem behavior theory and consumption and consequences of alcohol use. *J Stud Alcohol* 1985;46:392-7.
12. GOLDSTEIN SG, LINDEN A: Multivariate classification of alcoholics by means of the MMPI. *J Abnorm Psychol* 1969;74:661-9.
13. MORREY LC, SKINNER H., BLASHFIELD RK: A typology of alcohol abusers: correlates and implications. *J Abnorm Psychol* 1984; 93:408-17.
14. BABOR TF, HOFFMANN M, DELBOCA FK, et al: Types of alcoholics; evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49: 599-608.
15. LITT MD, BABOR TF, DELBOCA FK, et al: Types of alcoholics: applications of an empirically derived typology to treatment matching. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:609-14.
16. ADÉS J, Le JOYEUX M: Conduites alcooliques (Histoire du concept, aspects épidémiologiques, etiopathogéniques). *Encycl Med Chir Paris: Elsevier* 1996;37:399 A-30.
17. GALLANTER M, HERBERT D: *Textbook of substance abuse treatment*. New York: The American Psychiatric Press 1994:11-20.
18. LESCH OM, BENDA N, GUTIERREZ K, WALTER H: Craving in alcohol dependence: pharmaceutical interventions: in Judd, L.L., Salletu, B., Filip, V. (eds): *Basic and Clinical Science of mental and addictive disorders*. *Bibl Psychiatr. Basel, Karger* 1997;167:136-47.