

Denegação do alcoolismo nos subtipos I e II de Cloninger

SAMUEL POMBO (*)

RUTE REIZINHO (*)

FÁTIMA ISMAIL (**)

J. M. NEVES CARDOSO (**)

1. INTRODUÇÃO

A denegação representa o acto ou efeito de denegar, recusa, ou contestação (*do est denegatione*). O ciclo vital da dependência do álcool encontra-se intimamente relacionado com a denegação. A dependência do álcool pode definir-se como uma patologia neurocomportamental que à medida que evolui, contribui para a progressão da denegação.

Para alguns indivíduos dependentes do álcool, a denegação pode tornar-se permeável perante a confrontação dos problemas relacionados com o álcool. Porém, noutros casos, esta permanece rígida e dificilmente destruída pela confrontação.

O modelo psicodinâmico interpreta a denegação do abuso do álcool como um mecanismo de defesa inconsciente, que interfere com a capacidade do alcoólico em associar o seu comportamento de beber, às consequências do seu próprio alcoolismo (Breuer & Goldsmith, 1995).

A denegação resulta da resposta a uma ameaça

ao ego, o qual necessita de desconstruir, reinterpretar, ou até suprimir os acontecimentos ligados ao abuso e dependência do álcool. A tomada de consciência do problema do álcool representa um fenómeno bastante ameaçador para o ego, levando à rejeição emocional da verdade.

Para Shaffer e Simoneau (2001), a denegação do alcoolismo emerge perante a dor psíquica resultante da ambivalência, a qual reforça a resistência e conduz o dependente do álcool a optar pelo lado menos doloroso do seu conflito.

Wing (1996), avança com a hipótese de que a denegação do alcoolismo poderá representar a tentativa de manter a congruência entre o self e o contexto cultural. O autor, desenvolveu um modelo de progressão da denegação da doença alcoólica constituído por cinco estágios, os quais, invariavelmente, terão que ser percorridos, para ultrapassar o fenómeno da denegação: (1) reacção ao acontecimento crítico; (2) desafiliação; (3) antecipação ambígua; (4) afiliação de pares e (5) aceitação.

Na literatura tem-se preconizado uma componente cognitiva associada à denegação do alcoolismo. Tarter *et al.* (1984), defendem um modelo biopsicológico da denegação do álcool, sustentado por três hipóteses: os alcoólicos são: (1) instáveis em termos fisiológicos, (2) possuem uma incapacidade cognitiva para discriminar estímulos interoceptivos e estados fisiológicos e (3) subestimam cognitivamente os

(*) Psicólogo Clínico, Núcleo de Estudos e Tratamento do Etilo-Risco (NETER) do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria. E-mail: samuelpombo@gmail.com

(**) Psiquiatra, Núcleo de Estudos e Tratamento do Etilo-Risco (NETER) do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria.

aspectos emocionais das suas vidas. Esta abordagem interpreta a denegação como uma alteração no desenvolvimento das capacidades de apreender os estímulos interoceptivos e os acontecimentos significativos do ambiente exterior.

Rinn *et al.* (2002), defendem a denegação da doença alcoólica associada a um defeito cognitivo, em detrimento de um mecanismo de defesa do ego preconizado pelo modelo psicodinâmico. Para o autor, o defeito cognitivo poderá consistir na diminuição da capacidade para o insight, ou então, na incapacidade para integrar rapidamente a informação disponível, de forma a elaborar uma conclusão óbvia. Rinn *et al.* (2002), num estudo preliminar, verificaram que a denegação da doença alcoólica estava relacionada com baixas performances nas provas de memória, planeamento, resolução de problemas, capacidade adaptativa e velocidade cognitiva.

Ward e Rothaus (1991), verificaram que as vivências da história de consumo do álcool que se correlacionavam com a denegação eram, o controlo do consumo do álcool, a recusa na aceitação da identidade de alcoólico, ou da necessidade de tratamento e a minimização das consequências do abuso do álcool.

Em 1988, Goldsmith e Green desenvolveram uma escala para quantificar a denegação do problema do álcool, permitindo a avaliação do estado mental do doente alcoólico, através de um instrumento mais aperfeiçoado. A escala de avaliação da denegação (Denial Rating Scale) foi elaborada por um grupo de supervisão da unidade clínica de tratamento continuado, tendo por base a descrição do *continuum* de recuperação do doente alcoólico. Os autores, ao observarem que os níveis de recuperação do alcoolismo eram igualmente caracterizações de estados mentais que o indivíduo possuía acerca da sua própria doença do álcool, decidiram criar um instrumento que traduzisse e quantificasse em termos sistemáticos o fenómeno da denegação da doença do álcool.

Os estudos de Goldsmith e Green (1988), Newsome e Ditzler (1993) e Breuer e Goldsmith (1995), sobre a escala de avaliação da denegação (Denial Rating Scale) da doença alcoólica, revelaram coeficientes de confiabilidade inter-avaliadores e de validade adequados.

Na literatura, os estudos relacionados com a denegação da doença alcoólica têm empregue outros instrumentos de avaliação, como as escalas analógicas visuais (Allan, 1991; Wiseman *et al.*, 1996), ou o instrumento de avaliação da denegação do alcoolismo de Wing *et al.* (1994).

Em consultas especializadas no tratamento do alcoolismo, a denegação aparece, habitualmente, associada à minimização da quantidade de consumo de bebidas alcoólicas, da perda de controlo sobre o álcool e do impacto que esse padrão de comportamento patológico tem sobre a sua vida psíquica, profissional e familiar (Pombo *et al.*, 2004; Barbosa *et al.*, 2004; Cardoso *et al.*, 2006), o que evidencia que, provavelmente, diferentes perfis de alcoolismo (Cardoso *et al.*, 2006; Dvorak *et al.*, 2006; Pombo *et al.*, 2007a, 2007b) poderão apresentar níveis distintos de denegação do problema do álcool.

O presente estudo tem como objectivo, traduzir e validar para a língua portuguesa a escala de avaliação da denegação (Denial Rating Scale) e avaliar o nível de denegação da doença alcoólica tendo em conta os sub-tipos I e II de Cloninger *et al.* (1981).

2. MÉTODO

Os indivíduos dependentes do álcool, de acordo com o DSM-IV-TR, que compõem a amostra (N=68), integraram o programa terapêutico da consulta de Etilo-Risco do Núcleo de Estudos e Tratamento do Etilo-Risco (NETER), grupo de alcoologia do serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria que cumpre as três áreas de um departamento de medicina: assistência, ensino pré e pós-graduado e investigação. A consulta de Etilo-Risco garante os cuidados clínicos aos doentes com problemas ligados ao álcool, seguindo um programa terapêutico composto pelas seguintes fases: acolhimento, triagem, avaliação da motivação, entrevista familiar, consulta de psiquiatria, consulta de psicologia, desintoxicação ambulatória ou em internamento com supervisão diária, monitorização farmacológica, psicoterapia de apoio e grupo psicoterapêutico semanal. O período de desintoxicação compreende quinze dias úteis, o qual implica a privação total do álcool. Nesta etapa, o tratamento farmacológico, sempre associado ao apoio psicológico e institucional, assenta na hidratação; manutenção do equilíbrio hidro-electrolítico e ácido-básico; terapêutica anti-convulsivante, anti-craving e hipnótica; vitaminoterapia (complexo B e ácido fólico) e em caso de comorbilidade, terapêutica anti-depressiva ou anti-psicótica.

Considerou-se os seguintes critérios de exclusão: História pregressa ou actual de abuso ou dependência de drogas ilícitas; história pregressa ou

actual de abuso ou dependência de BZD'S; evidência de defeito cognitivo marcado e perturbação psiquiátrica grave (esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, demências, *delirium*).

Com o objectivo de validar o instrumento de avaliação da denegação da dependência alcoólica (DRS), decidiu-se averiguar a adesão ao tratamento, a história de tratamentos do alcoolismo, a motivação para a mudança e a pressão familiar para procurar ajuda para o problema do álcool. Tendo em conta as variáveis utilizadas na elaboração do instrumento (Goldsmith & Green, 1988), põe-se como hipótese que estas condições modifiquem a denegação da dependência alcoólica.

A adesão ao tratamento representa um fenómeno crucial na evolução favorável do tratamento do alcoolismo. Para controlar o grau de retenção de indivíduos na consulta, dividiu-se a amostra nos pacientes que participaram no protocolo terapêutico da consulta durante um período máximo de doze meses e aqueles que abandonaram precocemente o sistema terapêutico (“dropouts”).

A história prévia de tratamentos do alcoolismo, indica-nos o número de admissões que o paciente teve em centros de alcoologia, ou noutros sistemas terapêuticos.

O constructo de motivação interpõe-se na receptividade do paciente em modificar o seu comportamento perante o álcool. De acordo com o modelo transteórico de motivação para a mudança de Prochaska e Diclemente (1992), existem quatro estádios evolutivos no processo de mudança do comportamento de beber. São eles, a pré-contemplação (não existe intenção do indivíduo em mudar o seu comportamento), contemplação (existe reconhecimento do problema do álcool e pensa-se em modificar), acção (indivíduo desencadeia alterações no seu comportamento de beber) e manutenção (subsistência do novo comportamento). Quanto maior for o grau de conhecimento do doente sobre o seu problema do álcool, maior será a motivação para ele o controlar (Goldsmith & Green, 1988). Assim, esperar-se-á que os doentes dependentes do álcool enquadrados num nível inferior de denegação do problema do álcool, se encontrem num estádio superior de motivação para a mudança.

A pressão social, familiar ou laboral para tratar o problema do álcool, condiciona em muitos casos a procura de ajuda em consultas de alcoologia. A condição pressão familiar foi avaliada através da

interacção dos membros da família (pais, cônjuge, filhos), durante a entrevista familiar do NETER.

3. INSTRUMENTOS

3.1. *Entrevista Semi-Estruturada para Doentes Alcoólicos do Núcleo de Estudos e Tratamento do Etilo-Risco*

Esta explora as seguintes temáticas relacionadas com a doença alcoólica: motivo da consulta; encaminhamento; informação socio-demográfica; tratamentos farmacológico prévio e actual; genograma; padrões de consumo do álcool, períodos de abstinência, tratamentos prévios, idades de início do consumo de álcool (primeira ingestão, consumo excessivo e dependente) e um perfil de gravidade global da história pessoal pregressa do doente, com ênfase nos problemas da gestação e parto; infância; adolescência; legais, laborais, familiares e conjugais, ligados ao problema do álcool; consequências orgânicas; síndromes do alcoolismo e problemas com outras substâncias psicotrópicas. Inclui igualmente aspectos relacionados com história familiar de alcoolismo e antecedentes familiares médicos e psiquiátricos. Esta entrevista tem sido utilizada em vários estudos levados a cabo pelo grupo de investigação do NETER (Pombo *et al.*, 2004; Barbosa *et al.*, 2004; Cardoso *et al.*, 2006; Pombo *et al.*, 2007a, 2007b).

3.2. *Denial Rating Scale (DRS)*

A escala de avaliação da denegação (DRS), foi desenvolvida por Goldsmith e Green (1988), com o objectivo de quantificar um processo defensivo particular, associado à percepção dos problemas ligados ao álcool, a denegação. O instrumento é constituído por oito níveis de denegação da doença do álcool, que vão da denegação completa do problema (Nível 1) à completa aceitação e exploração da doença (Nível 8). Cada nível de denegação está caracterizado na escala: Nível 1: “Sem problema” – neste nível o indivíduo nega quaisquer problemas, não existindo um compromisso para mudar. Nível 2: “Um problema” – a pessoa continua a negar activamente o problema do álcool, podendo espontaneamente referir que tem um problema de “nervos”, depressão, familiar, saúde, ou económico. Sente-se desconfortável se o foco é o alcoolismo. Nível 3:

“O álcool é um problema” – A pessoa a este nível concorda que o álcool contribui para as dificuldades da sua vida. No entanto, existe a convicção de que estas dificuldades são controláveis. Esta pessoa ainda acredita que um alcoólico é alguém que bebe mais do que ela bebe. Nível 4: “A sobriedade pode ajudar mais eu consigo controlar” – A pessoa a este nível aceita a ideia de ter um problema maior com o álcool. Contudo, nega estar fora do seu controlo, continuando deste modo a tentar “controlar” a bebida. Nível 5: “A sobriedade ajudará” – Esta pessoa reconhece que a bebida está fora do controlo e que a sua vida também o está devido à bebida. O alcoolismo é visto como uma doença, mas as numerosas implicações ainda não são compreendidas. Nível 6: “A sobriedade é fácil” – existe um comprometimento de sobriedade. Algumas pessoas neste nível sentem-se ótimas, tendo este fenómeno sido descrito como a fase de “lua-de-mel” da recuperação. Nível 7: “A sobriedade é difícil” – A pessoa a este nível experimenta ansiedade, mas desta vez, a ansiedade é sobre a reconstrução de toda a sua vida. O foco é, frequentemente, o exercício do controlo, resolução de problemas, competências sociais. Nível 8: “A vida é difícil” – O indivíduo ganhou a confiança de que a vida pode ser controlada sem o álcool e agora aprecia alguns dos dilemas de existência subtis e procura uma maturidade adequada à sua idade.

Após a entrevista clínica com o doente, enquadra-se o seu grau de denegação do problema do álcool, num dos oito níveis descritivos da escala.

A escala de avaliação da denegação (DRS) é apresentada em anexo.

4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Considerando a distribuição não-normal dos dados (Kolmogorov-Smirnov test), utilizou-se uma metodologia não-paramétrica. Utilizou-se o teste U de Mann Whitney para grupos não emparelhados, o de Wilcoxon para grupos emparelhados e a análise correlacional de Spearman. A confiabilidade inter-avaliador foi medida pelo coeficiente Kappa de Cohen. O tratamento e análise dos dados foram efectuados através do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences), tendo-se adoptado o intervalo de confiança de 95% (<0.05), como estatisticamente significativo.

5. RESULTADOS

5.1. Características socio-demográficas

A amostra compreendeu 68 dependentes do álcool, 52 do sexo masculino (76,5%) e 16 do sexo feminino (23,5%). A idade varia dos 28 aos 65 anos, com uma média de 48,2 anos (dp=10,24). É de raça caucasiana (100%) e maioritariamente, de classe social média (39,7%), média-baixa (39,7%), ou baixa (16,2%). No que concerne ao estado civil, 69,2% são casados, 20,6% são solteiros e 10,3% estão separados. Os anos de escolaridade variam dos 4 aos 17, com uma média de 7,29 anos (dp=3,95). No que concerne à profissão, 33,9% têm uma actividade profissional especializada, 26,4% não-especializada, 26,5% encontram-se reformados e 13,2% estão desempregados. A Tabela 1 apresenta as características socio-demográficas.

5.2. Tradução

O procedimento de adaptação da DRS incluiu a tradução e retro-versão, com revisão dos autores originais da escala, da equipa de investigação e de independentes. Resultaram duas traduções efectuadas por elementos do grupo de investigação, com experiência na tradução de instrumentos similares, conhecimento da população em estudo e familiaridade com os procedimentos de recolha de dados. Essas duas versões convergiram na versão final. O processo de retro-versão foi efectuado por um tradutor profissional, com experiência na área das ciências humanas e do alcoolismo, não tendo conhecimento da versão original do instrumento.

Após a permissão do autor original da DRS para adaptar e validar o instrumento para a língua portuguesa, foi-lhe enviada a retro-versão para uma apreciação crítica. No sentido de averiguar e comparar algumas discrepâncias de significado ou equivalência das versões traduzidas do instrumento, pediu-se a opinião de um avaliador independente. A versão final foi assegurada pelo consenso de todos os investigadores.

5.3. Confiabilidade inter-avaliadores

O grau de concordância inter-avaliadores foi avaliado em dois momentos. Um primeiro, aquando da admissão do paciente na consulta. A DRS foi

TABELA 1

*Caracterização socio-demográfica da amostra**N=68; Idade (Média)=48,2 (dp=10,24); Anos de escolaridade (Média)=7,27 (dp=3.95)*

	(%)
SEXO	
Masculino	76,5
Feminino	23,5
RAÇA	
Caucasiana	100
ESTADO CIVIL	
Solteiro	20,6
Casado	69,2
Separado	10,3
CLASSE SOCIAL	
I (Alta)	2
II (Média-alta)	2,4
III (Média)	39,7
IV (Média-baixa)	39,7
V (Baixa)	16,2
PROFISSÃO	
Qualificada	33,9
Não-qualificada	26,4
Reformado	26,5
Desempregado	13,2

pontuada por dois avaliadores (cotador 1 e cotador 2), ambos membros integrantes da consulta de Etilo-Risco, após a entrevista familiar. E um segundo momento aquando do termo de participação do doente na consulta (limite máximo de doze meses). O termo de participação foi definido pela ausência contínua do paciente em pelo menos duas ou mais actividades terapêuticas da consulta, durante o período de doze meses. Assim, considerando a participação dos pacientes nas sessões individuais e na terapia de grupo semanal, a DRS foi cotada pelos dois avaliadores (cotador 1 e cotador 2), classificando o nível de denegação da doença alcoólica referente à última visita na consulta.

Foi utilizada a estatística Kappa (Cohen, 1960), para examinar a confiabilidade da concordância entre os dois avaliadores, com um intervalo de respostas na DRS de oito níveis. O coeficiente de concordância Kappa indica um elevado nível de confiabilidade inter-avaliadores aquando da admissão dos pacientes na consulta ($\kappa=0.76$; $p<0.01$) e

referente à última visita na consulta (termo) no período de doze meses ($\kappa=0.87$; $p<0.01$).

5.4. Validade da DRS

Para efeitos de validação do instrumento, os pacientes foram divididos em dois sub-grupos, de acordo com as seguintes variáveis: 1) Adesão ao tratamento: os pacientes encaminhados para a consulta de Etilo-Risco que participaram em pelo menos dez actividades do protocolo terapêutico (avaliação psicológica e/ou psiquiátrica, entrevista individual e/ou familiar, desintoxicação ambulatória do álcool e psicoterapia de grupo), durante um período de doze meses, foram classificados como “aderentes ao tratamento”, sendo comparados com os pacientes que apenas efectuaram três ou menos visitas ao sistema terapêutico de tratamento do alcoolismo (“dropouts”). 2) Tratamentos prévios do álcool: compararam-se os pacientes que procuraram pela primeira vez ajuda para o problema do álcool (“sem ante-

TABELA 2
Distribuição das frequências de cotação da DRS (%)

DRS	Admissão		Termo	
	Cotador 1	Cotador 2	Cotador 1	Cotador 2
1	5.9	5.9	5.9	5.9
2	20.6	17.6	10.3	10.8
3	8.8	14.7	2.9	2.9
4	17.6	13.2	5.9	5.9
5	47.1	48.5	19.1	17.1
6	–	–	25.0	27.1
7	–	–	19.1	19.0
8	–	–	11.8	11.3

cedentes de tratamento do álcool”), com os que já tinha recebido um ou mais tratamentos num centro especializado, ou num hospital geral (“com história de tratamentos do alcoolismo”). 3) Motivação para a mudança: os doentes, aquando da admissão na consulta, foram discriminados pelos estágios de (1) pre-contemplação ou contemplação e (2) acção ou manutenção. 4) Pressão familiar: compararam-se os doentes que receberam algum tipo de pressão familiar (cônjuge, filho, pais) na procura de ajuda para o seu problema do álcool (avaliado na entrevista pelo nível de tensão intrafamiliar), com aqueles em que não se verificou esse tipo de interacção familiar.

Considerando as condições supra-mencionadas, no sentido de permitir a validação da DRS numa amostra portuguesa de doentes alcoólicos, pôs-se como hipóteses que: (H1) os pacientes dependentes do álcool “sem antecedentes de tratamento do alcoolismo”, (H2) “dropouts”, (H3) enquadrados no estágio de motivação para a mudança de pré-contemplação/contemplação e (H4) com algum tipo de pressão familiar na procura de ajuda para o problema, devem transmitir maiores níveis de denegação da dependência alcoólica aquando da admissão na consulta, o que traduz resultados mais baixos na DRS.

No que concerne à existência de tratamentos prévios do álcool, verifica-se que os pacientes que nunca procuraram ajuda para o problema do álcool (“sem antecedentes de tratamento do álcool”; N=22) revelaram resultados menos elevados na DRS,

isto é, níveis superiores de denegação da doença alcoólica (Mann-Whitney test; $Z=-3,06$, $p<0.01$), quando comparados com o sub-grupo de pacientes “com história de tratamentos do alcoolismo” (N=46).

No que concerne à adesão ao tratamento, verifica-se que os pacientes que participaram em pelo menos dez actividades do protocolo terapêutico da consulta de Etilo-Risco, durante um período de doze meses (“aderentes ao tratamento”; N=36), apresentaram resultados significativamente mais elevados na DRS, isto é, níveis mais baixos de denegação da doença alcoólica (Mann-Whitney test; $Z=-2,0$, $p<0.05$), quando comparados com os pacientes que abandonaram o tratamento (“dropouts”; N=32). Este resultado significativo indica-nos a validade preditiva do instrumento.

Quando avaliada a motivação para a mudança do comportamento beber, verifica-se que os pacientes em fase de pre-contemplação ou contemplação (N=28) aquando da admissão na consulta, exibem resultados significativamente menos elevados na DRS, ou seja, níveis mais elevados de denegação da dependência alcoólica (Mann-Whitney test; $Z=-2,2$, $p<0.05$), quando comparados com os pacientes em fase de acção ou manutenção (N=40).

Relativamente à pressão familiar para procurar ajuda para o problema do álcool, os doentes foram caracterizados por ter recebido algum tipo de pressão familiar na procura de ajuda para o seu problema do álcool (N=32), mostraram resultados significativamente menos elevados na DRS, isto é, níveis mais elevados de denegação da doença alcoólica

TABELA 3
Condições de validação da DRS

	Sim M (dp)	Não M (dp)	Z	p
Tratamentos prévios do álcool	4,5 (1,05)	3,47 (1,4)	-3,1	.01
Adesão ao tratamento	4,1 (1,0)	3,4 (1,6)	-2,0	.05
Pressão familiar	3,1 (1,5)	4,4 (.90)	-3,6	.01
Motivação para a mudança	Precont./Cont. 3,5 (1,6)	Acção/Manut. 4,1 (1,1)	-2,2	.01

TABELA 4
DRS vs Tipo I / Tipo II de Cloninger

	Tipo I	Tipo II	Z	p
N (%)	73.5	26.5		
DRS (M; dp)	3.5 (1.4)	4.5 (.98)	- 2.8	.01

(Mann-Whitney test; $Z=-3,6$, $p<0.01$), quando comparados com os pacientes em que não se verificou qualquer tipo de pressão familiar aquando da entrevista (N=36). A Tabela 3 apresenta as condições de validação da DRS.

5.5. *Relação entre a DRS aquando da admissão dos pacientes na consulta e as características clínicas e socio-demográficas*

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para estudar a relação entre a denegação da doença alcoólica e as características clínicas e socio-demográficas da amostra. O coeficiente de correlação de Spearman revelou uma relação significativamente negativa entre o resultado da DRS e a idade dos doentes ($r=-0.66$, $P<0.01$), implicando que os doentes de idade mais avançada apresentam níveis mais elevados de denegação de alcoolismo (baixo resultado na DRS). Não se verificou uma relação significativa entre a DRS e variáveis como, sexo, classe social, idade de início do contacto com bebidas alcoólicas, ou história familiar de alcoolismo.

5.6. *Relação entre a DRS aquando da admissão dos pacientes na consulta e a classificação de Cloninger de abuso do álcool (Tipo I/Tipo II)*

A classificação dos doentes de acordo com a

tipologia dicotómica (Tipo I/Tipo II) de Cloninger *et al.* (1981), foi baseada nos critérios de operacionalização de von Knorring *et al.* (1985): problemas com o álcool antes ou após os 25 anos, um primeiro contacto com um sistema de tratamento especializado antes, ou após os 30 anos e a prevalência de complicações sociais (laboral, legal). Assim, considerando os critérios clínicos de von Knorring *et al.* (1985), 73.5% dos doentes foram classificados com o tipo I (milieu-limited) e 26.5% com o tipo II (male limited).

Quando avaliado comparativamente a denegação do problema do álcool, verifica-se que os pacientes classificados com o Tipo II de Cloninger apresentam pontuações significativamente superiores na DRS, isto é, menores níveis de denegação do alcoolismo (Mann-Whitney test; $Z=-2.8$, $p<0.01$), quando comparados com os pacientes Tipo I.

6. DISCUSSÃO

O estudo teve como objectivo, traduzir e validar a escala de avaliação da denegação (Denial Rating Scale) para a língua portuguesa e avaliar o nível de denegação da dependência alcoólica, tendo em conta os sub-tipos I e II de Cloninger *et al.* (1981).

A escala de avaliação da denegação (DRS), desenvolvida por Goldsmith e Green (1988), tem como

objectivo quantificar um dos principais processos defensivos utilizados pelos dependentes do álcool. O procedimento de tradução e adaptação da DRS para a língua portuguesa foi assegurado pela revisão dos autores originais da escala, pela equipa de investigação, por um tradutor profissional e por avaliadores independentes.

O instrumento é constituído por 8 níveis de caracterização da denegação da doença do álcool, que vão da denegação completa do problema (Nível 1), à completa aceitação e exploração da doença (Nível 8).

A concordância inter-avaliadores foi avaliada em dois momentos: (1) durante a admissão do paciente na consulta e (2) aquando do termo de participação do doente na mesma (limite máximo de doze meses). A estatística Kappa utilizada para determinar o grau de concordância entre as cotações dos dois avaliadores, indicou um coeficiente de confiabilidade inter-avaliadores elevado, aquando da admissão dos pacientes na consulta ($kappa=0.76$; $p<0.01$) e relativo à última visita na consulta (termo) no período de doze meses ($kappa=0.87$; $p<0.01$).

Em 1982, foram realizados os primeiros estudos sobre a confiabilidade inter-avaliadores da DRS. O primeiro estudo, utilizando uma amostra de 27 pacientes dependentes do álcool admitidos num programa terapêutico, obteve coeficientes de Kappa entre 0.67 e 0.77. O segundo, efectuado em 67 pacientes alcoólicos, obteve coeficientes de Kappa entre 0.59 e 0.72. Ambos os estudos reflectiram níveis de confiabilidade inter-avaliadores da DRS adequados (Goldsmith & Green, 1988).

Breuer e Goldsmith (1995), verificaram que os níveis de confiabilidade inter-avaliadores da DRS aumentavam, com a utilização concomitante de uma entrevista semi-estruturada e uma árvore de decisão, com coeficientes de .96 a variar entre os autores, .82 entre os terapeutas e .84 entre todos os avaliadores.

As hipóteses consideradas na validação preliminar do instrumento foram confirmadas, verificando-se que, (H1) os pacientes dependentes do álcool “sem antecedentes de tratamento do alcoolismo” ($Z=-3.06$, $p<0.01$); (H2) “dropouts” ($Z=-2.0$, $p<0.05$); (H3) enquadrados no estágio de motivação para a mudança de pré-contemplação/contemplação ($Z=-2.2$, $p<0.05$) e (H4) com algum tipo de pressão familiar na procura de ajuda para o problema ($Z=-3.6$, $p<0.01$), revelaram resultados menos elevados na DRS, o que implica, níveis superiores de denegação da doença alcoólica. Estes resultados estão em conformidade com o

estudo pioneiro da DRS de Goldsmith e Green (1988), que suportaram a validade da escala ao verificarem que os pacientes alcoólicos admitidos na clínica enviados pelo tribunal judicial, “sem tratamentos prévios do álcool” e “dropouts”, apresentavam maiores níveis de denegação do alcoolismo, do que aqueles que procuravam ajuda voluntariamente, possuíam uma história de tratamentos do alcoolismo e terminavam o programa terapêutico.

Sustentado pelo coeficiente de correlação significativamente negativo entre a DRS e a idade ($r=-0.66$, $p<0.01$) e em conformidade com o estudo de Rinn *et al.* (2002), verifica-se que os doentes de idade mais avançada apresentam níveis mais elevados de denegação do alcoolismo (baixo resultado na DRS). Este resultado poderá ser explicado por algum declínio cognitivo que acompanha a doença alcoólica, pelo próprio processo natural involutivo do sistema nervoso central e pelo refinamento do mecanismo de defesa da denegação.

A avaliação comparativa da denegação do problema do álcool referente à tipologia dicotómica de Cloninger, verificou que os pacientes classificados com o Tipo II (26,5%), apresentavam menores níveis de denegação do alcoolismo ($Z=-2.8$, $p<0.01$), quando comparados com os pacientes Tipo I (73,5%). De facto, o tipo II de Cloninger (male limited) é caracterizado em termos temporais, pelo início precoce do mau uso do álcool e pela maior prevalência de complicações sociais (laboral, legal), o que envolve um nível superior e diversificado de confrontação com os problemas ligados ao alcoolismo, implicando, assim, um grau inferior de denegação do alcoolismo.

7. CONCLUSÕES

A denegação do alcoolismo pode ser interpretada como uma alteração neurocognitiva, ou então, por um mecanismo de defesa utilizado pelo alcoólico na tentativa de se adaptar a uma mudança percebida como ameaçadora.

No processo de confiabilidade inter-avaliadores e de validação da DRS obteve-se coeficientes estatísticos adequados, permitindo a utilização do instrumento num *setting* especializado para o tratamento da dependência alcoólica.

A denegação do alcoolismo foi significativamente superior nos doentes de idade mais avançada, sem antecedentes de tratamento do alcoolismo, “dropouts”,

em fase de motivação para a mudança de pré-contemplação/contemplação, com algum tipo de tensão intrafamiliar (pressão familiar) na procura de ajuda para o problema e classificados com o tipo I de acordo com a tipologia de Cloninger.

Na entrevista clínica dos dependentes do álcool, torna-se cada vez mais importante adaptar estratégias de abertura, visando a exploração da ambivalência e uma sensibilização aos riscos da contratutividade dos “falsos terapeutas dos alcoólicos”, que reforçam a denegação devido ao estilo relacional. A exploração da história dos consumos com o alcoólico deve decorrer num estilo relacional empático, permitindo-lhe a expressão livre e a resolução das ambivalências, responsabilizando-o e respeitando a sua liberdade de escolha, no sentido do reforço de um sentimento de eficácia pessoal.

A denegação não deve ser confundida com algum tipo de resistência que se instala nas fases iniciais da entrevista clínica, em consequência da “decalage” entre as propostas do terapeuta e o tempo de maturação da motivação para o tratamento do doente.

Até ultrapassarem a denegação, os alcoólicos necessitam de várias entrevistas, em momentos distintos do protocolo da consulta, fomentando desta forma, a participação activa no programa terapêutico do NETER, particularmente, no grupo terapêutico semanal, que lhes confere autenticidade à sua identidade de dependente do álcool, assumida perante os pares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allan C. A. (1991). Acknowledging alcohol problems. The use of a visual analogue scale to measure denial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 620-625.
- Barbosa, A., Pombo, S., Ismail, F., & Cardoso, J. M. (2004). *Alexithymia and alcohol dependence*. Poster presented at ESBRA (European Society for Biomedical Research on Alcoholism) Nordmann Award Symposium organized in Lisbon, Portugal, May 28-29.
- Cardoso, J. M., Barbosa, A., Ismail, F., & Pombo, S. (2006). Neter alcoholic typology (NAT). *Alcohol & Alcoholism*, 41, 133-139.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cloninger, C. R., Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance alcohol abuse: Cross fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Dvorak, A., Pombo, S., Ismail, F., Barbosa, A., Cardoso, J. M., Figueira, M. L., Walter, H., & Lesch, O. M. (2006). Tipologias da dependência do álcool e o seu significado para a terapêutica médica. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 52, 1693-1705.
- Goldsmith, R. J., & Green, B. L. (1988). A rating scale for measuring denial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 614-620.
- Newsome, R. D., & Ditzler, T. (1993). Assessing alcoholic denial. Further examination of the Denial Rating Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 689-694.
- Pombo, S., Ismail, F., Cardoso, J. M., & Barbosa, A. (2004). *Alcoholic psychopathology profile: A comparative study on ambulatory setting*. Poster presented at ESBRA (European Society for Biomedical Research on Alcoholism) Nordmann award symposium organized in Lisbon, Portugal, May 28-29.
- Pombo, S., Reizinho, R., Ismail, F., Barbosa, A., Figueira, M. L., Neves Cardoso, J. M., & Lesch, O. M. (2007a). NETER alcoholic 5 subtypes: Validity with Lesch 4 evolutionary subtypes. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1-10. To link to this article: DOI: 10.1080/13651500701493953; URL: <http://dx.doi.org/10.1080/13651500701493953>.
- Pombo, S. (2007b). Alcoholic patients' overlap among different typological classification schemes. *Alcohol and Alcoholism abstracts from 11th Congress of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA)*, Vol. 42 (sup. 1), p. i12.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1113.
- Rinn, W., Desai, N., Rosenblatt, H., & Gastfriend, D. R. (2002). Addiction denial and cognitive dysfunction: A preliminary investigation. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 14, 52-57.
- Shaffer, H., & Simoneau, G. (2001). Reducing resistance and denial by exercising ambivalence during the treatment of addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 99-105.
- Tarter, R. G., Alterman J. I., & Edwards, K. L. (1984). Alcoholic denial: A biopsychological interpretation. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 214-218.
- von Knorring, A. L., Bohman, M., von Knorring, L., & Oreland, L. (1985). Platelet MAO activity as a biological marker in subgroups of alcoholism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, 51-58.
- Ward, L. C., & Rothaus, P. (1991). The measurement of denial and rationalization in male alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 465-468.
- Wing, D. M. (1994). The alcoholism denial assessment tool (ADAT): A study of interrater reliability. *Clinical Nursing Research*, 3, 228-242.
- Wing, D. M. (1995). Transcending alcoholic denial. *Journal of Nursing Scholarship*, 27, 121-126.
- Wing, D. M. (1996). A concept analysis of alcoholic denial and cultural accounts. *Advances in Nursing Science*, 19, 54-63.

Wiseman, E. J., Souder, E., & O'Sullivan, P. (1996). Relation of denial of alcohol problems to neurocognitive impairment and depression. *Psychiatry Services*, 47, 306-308.

RESUMO

A denegação da alcoolização define a recusa dos bebedores dependentes em assumir o uso patológico do álcool, além de minimizar a relação entre os consumos do álcool e os seus problemas psicológicos, orgânicos e sociais associados.

A escala de avaliação da denegação (Denial Rating Scale) confere ao terapeuta um instrumento de observação e quantificação da denegação do problema clínico do álcool.

O presente estudo tem como objectivo, traduzir e validar para a língua portuguesa a escala de avaliação da denegação (Denial Rating Scale) e avaliar o nível de denegação da doença alcoólica tendo em conta os subtipos I e II de Cloninger.

No processo de confiabilidade inter-avaliadores e de validação da DRS obteve-se coeficientes estatísticos adequados, permitindo a utilização do instrumento num

setting especializado para o tratamento da dependência alcoólica.

Os pacientes Tipo II de Cloninger apresentaram menores níveis de denegação do alcoolismo, quando comparados com os pacientes Tipo I.

Palavras-chave: Alcoolismo, denegação, sub-tipos.

ABSTRACT

Alcoholization Denial defines the notion of the drinker refusal to acknowledge his pathological alcohol use or minimizing the relation between alcohol consumption and his psychological, organic and social problems.

The Denial Rating Scale provides the therapist a tool to observe and quantify the clinical problem of denial.

The aim of this study is to translate and validate the Denial Rating Scale to the portuguese language and to assess its relationship with Cloninger's Type I and II.

Interrater reliability and validity process showed adequated statistical coefficients, allowing the use of the instrument in a specialized alcoholism setting.

Cloninger's type II patients showed lower levels of alcoholism denial, when compared with type I.

Key words: Alcoholism, denial, subtypes.

— ANEXO —

Escala de Avaliação da Denegação (Denial Rating Scale)

NÍVEL 1: “SEM PROBLEMA”

A pessoa que se encontra neste nível nega quaisquer problemas emocionais ou familiares. Ela está aqui apenas como requisito para a sua liberdade. Não existe compromisso para mudar, porque no seu ponto de vista nada está errado. Esta pessoa fica defensiva e confusa quando é focado o tema do álcool e não o menciona espontaneamente. Quando questionada, diz que o álcool é facilmente controlado, pode ser divertido e não está definitivamente a afectar a família. Pode reportar a escolha de se abster da bebida (ou desistir) por variadas razões. Em qualquer caso, a pessoa não tem nada sobre o que falar, pelo que o terapeuta, geralmente, sente que não existe nada para tratar.

NÍVEL 2: “UM PROBLEMA”

Neste nível, a pessoa continua a negar activamente o problema do álcool, podendo espontaneamente referir que tem um problema de nervos, depressão, familiar, saúde, económico, etc. Pode sentir-se incompreendido se o seu “problema” não é atendido e desconfortável se o foco é o alcoolismo. Por outro lado, pode expressar alguma preocupação sobre a possibilidade de o álcool se tornar num problema, o que é indicador de uma vontade de cooperar no processo terapêutico.

NÍVEL 3: “O ÁLCOOL É UM PROBLEMA”

A pessoa a este nível concorda que o álcool contribui para as dificuldades da vida. No entanto, existe a convicção de que estas dificuldades são controláveis. O beber é visto como uma reacção e uma forma de *coping* face ao stress de vida. O controlo sobre estas dificuldades controlará o beber. Não existe nenhuma crença ou compreensão genuína de que o alcoolismo é um problema primário, autónomo, progressivo, ou uma doença. A perda de controlo sobre a bebida, quando presente, é também negada. Esta pessoa ainda acredita que um alcoólico é alguém que bebe mais do que ela bebe. A pessoa torna-se defensiva quando o entrevistador foca o tema alcoolismo.

NÍVEL 4: “A SOBRIEDADE PODE AJUDAR MAS EU CONSIGO CONTROLAR”

A pessoa a este nível aceita a ideia de ter um problema maior com o álcool e pode intitular-se um alcoólico. Contudo, nega estar fora de controlo, continuando deste modo a tentar “controlar” a bebida. Isto pode ser expresso por tentativas (bem sucedidas ou não) de limitar a bebida ou por comportamentos que negam o desejo de beber, por exemplo, “bebericar”, ou pedir autorização para aprovação do controlo. Pode também reportar ter sido um alcoólico no passado, mas não no presente momento. Existe algum reconhecimento de que as coisas estavam fora do controlo. A natureza irregular da doença é perplexa e confusa, mas não existe urgência em parar, tal como no nível 5.

NÍVEL 5: “A SOBRIEDADE AJUDARÁ”

Esta pessoa reconhece que a bebida está fora do controlo e que a sua vida também o está devido à bebida. Existe uma ansiedade, culpa e vergonha conscientes pela perda de controlo, e o foco dos afectos pode ser tanto a perda de controlo pela bebida, como a perda de controlo sobre a vida. Esta pessoa pode ainda estar a beber ou estar recentemente sóbria e pode estar preocupada em perder a sua família ou emprego, ou em ser detido, ou em ficar “louco”. A pessoa focaliza-se na crença da perda de controlo, mais do que o que fazer sobre ela, visto que acredita que não consegue controlar sozinha. Esta está comprometida a mudar. O alcoolismo é visto como uma doença, mas as numerosas implicações ainda não são compreendidas.

NÍVEL 6: “A SOBRIEDADE É FÁCIL”

Existe um comprometimento de sobriedade, mas a ansiedade do nível anterior está ausente. Algumas pessoas neste nível sentem-se óptimas e este fenómeno tem sido descrito como a fase de “lua-de-mel” da recuperação. Contudo, outras pessoas sentem-se miseráveis. O aspecto mais importante é a crença de que ele(a) consegue fazer tudo sozinho(a). A recuperação é vista como apenas não beber, minimizando o grau em que a vida se tornou indissociável do álcool. Consequentemente, esta pessoa minimiza o número de alterações que necessita fazer para se manter sóbria e começar a reconstruir a sua vida (família, emprego, amigos, etc.).

NÍVEL 7: “A SOBRIEDADE É DIFÍCIL”

A pessoa a este nível experimenta novamente ansiedade, mas desta vez a ansiedade é sobre a reconstrução de toda a sua vida, p.e. salvar o casamento. Esta pessoa compreende o seu papel no cumprimento deste plano e procura tranquilização e suporte para esta “luta”, em vez de pedir ao terapeuta que o faça por ele. O indivíduo ainda não está interessado em explorar o seu passado ou presente para um significado psicológico mais profundo. O foco é, frequentemente, o exercício do controlo, resolução de problemas, competências sociais, etc.

NÍVEL 8: “A VIDA É DIFÍCIL”

Este indivíduo ganhou a confiança de que a vida pode ser controlada sem o álcool e agora aprecia alguns dos dilemas de existência subtis e procura uma maturidade adequada à sua idade. Esta pessoa experiencia, frequentemente, padrões neuróticos e necessita explorá-los. A auto-exploração começa aqui de um modo espontâneo, porque o alcoólico consegue controlar os seus afectos o suficiente para falar sobre o seu comportamento e pensamentos, olhar para o medo, vergonha, culpa, raiva, conectada à sua auto-imagem como alcoólico, e sabe quão fácil seria voltar a beber, mas não se sente ameaçado por este conhecimento.

