

PREVALÊNCIA DO “DEDO EM BAIONETA”

UMA MANIFESTAÇÃO DO DISTÚRBO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICIT DE ATENÇÃO ENTRE ALCOOLISTAS E PSICÓTICOS DO SEXO MASCULINO

PAULO BORINI*

RESUMO - A prevalência do dedo em baioneta, sinal semiológico do distúrbio de déficit de atenção (DHDA), foi determinada em pacientes alcoolistas e indivíduos com distúrbios psicóticos, do sexo masculino, internados em hospital psiquiátrico. Para comparações foram examinados indivíduos, do sexo masculino, recrutados dentre os funcionários do próprio hospital. A alteração morfológica foi observada em 70/200 (35%) dos alcoolistas, 45/100 (45%) dos psicóticos e 8/50 (16%) dos indivíduos controles. A diferença na prevalência do dedo em baioneta entre alcoolistas e psicóticos não foi significativa, mas o foi entre os alcoolistas ou psicóticos e o grupo controle. Estas observações sugerem, relativamente a população masculina, que: (1) o DHDA e síndromes correlatas estariam, por correlação com a prevalência dos dedos em baioneta, presentes em aproximadamente 1/3 dos alcoolistas e 1/2 dos pacientes com distúrbios psicóticos. (2) o DHDA e síndromes correlatas representariam um fator de vulnerabilidade para o alcoolismo. (3) adolescentes com dedos em baioneta deveriam merecer especial atenção no sentido de prevenção do alcoolismo.

PALAVRAS-CHAVE: dedo em baioneta, distúrbio de déficit de atenção, alcoolismo, distúrbios psicóticos, distúrbios de personalidade e comportamento.

Prevalence of “Bajonettfinger”: a manifestation of attention-deficit hyperactivity disorder among male alcoholics and psychotics

ABSTRACT - The prevalence of Bajonettfinger, a semiologic sign of attention-deficit disorder hyperactivity (ADHD), was determined in male alcoholics and psychotics from a psychiatric hospital. A control group was taken from the hospital staff. The morphologic alteration was observed in 35% of the 200 alcoholics, 45% of the 100 psychotics and 16% of the 50 controls. The difference in prevalence of the sign between the alcoholics and psychotics groups was not significant but the differences between any of these groups and the controls was significant. The observations suggested that: (1) ADHD would be present, as judged through its high correlation with the prevalence of bajonettfinger, in approximately 1/3 of the alcoholics and 1/2 of the psychotics; (2) ADHD would be a vulnerability factor for alcoholism; (3) adolescents with bajonettfinger should deserve special preventive attention with respect to alcoholism.

KEY WORDS: bajonettfinger, attention deficit hyperactivity disorder, alcoholism, psychotic disorders, personality and behavior disorders.

O dedo em baioneta (Bajonettfinger), caracterizado pela curvatura em forma de baioneta de um ou vários dedos de uma ou de ambas as mãos como conseqüência de subluxação da articulação interfalangeana proximal e flexão da articulação interfalangeana distal (Fig. 1), foi descrito por Carl Schneider¹ como manifestação clínica da epilepsia sintomática ou residual, por ele correlacionada com paralisia cerebral infantil ou síndrome pós-encefálica decorrente de variados processos suscetíveis de

Hospital Espírita de Marília, SP: *Professor Assistente de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Marília, Médico Clínico do Hospital Espírita de Marília SP. Aceite: 18-dezembro-1998.

Dr. Paulo Borini - Rua Gabriel Monteiro da Silva 40 - 17501-150 Marília SP - Brasil.

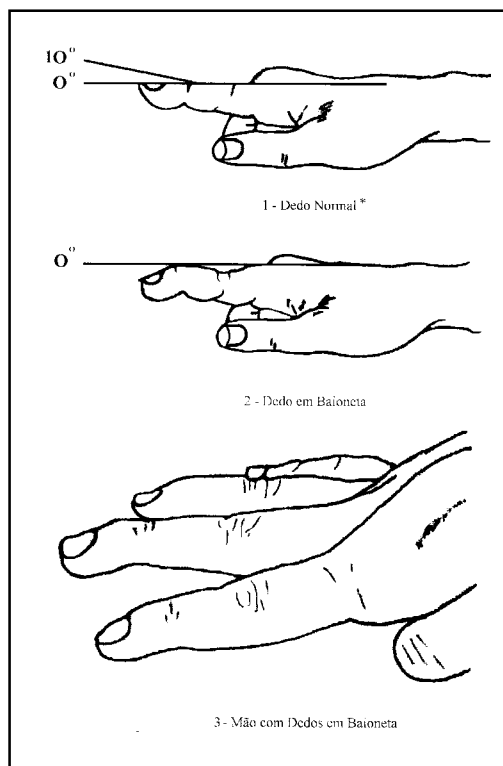


Fig 1. Dedos em baioneta. *Segundo Moreira e Carvalho⁴⁰.

cerebral mínima, para um distúrbio caracterizado por deficiência de atenção⁴. Nesta linha de conceituações, a DHDA seria manifestação de casos leves da síndrome pós-encefálica de Carl Schneider e o dedo em baioneta um dos seus elementos exógenos¹.

A etiopatogenia da DHDA estaria relacionada com hereditariedade e irregularidades bioquímicas decorrentes da ação de agentes nóxicos (anóxia e hipóxia, infecções e traumatismo obstétrico) sobre o indivíduo intra-útero, no parto ou nos primeiros anos de vida, além da ação de fatores sócio-econômicos e psicogênicos. Na maioria dos casos de DHDA ocorre, ao longo dos anos, desaparecimento da sintomatologia, especialmente a hiperatividade. Crianças portadoras de DHDA sob a influência de fatores de índole psíquica ou sócio-cultural podem, na vida adulta, apresentar distúrbios de comportamento e de personalidade¹.

Em vários estudos, empregando diferentes metodologias, têm sido observadas associações e correlações entre DHDA, alcoolismo e distúrbios psiquiátricos. A associação familiar entre DHDA e alcoolismo tem sido repetidamente demonstrada⁵. Vários distúrbios psiquiátricos, muitos deles com participação genética, podem ser observadas tanto em pacientes alcoolistas⁶⁻⁸ como em portadores de DHDA¹. O reconhecimento da natureza e extensão da associação de distúrbios psiquiátricos e alcoolismo tem importância não só no estabelecimento de diferentes esquemas preventivos e terapêuticos como também na análise da evolução do tratamento do alcoolista⁹.

Este estudo teve por objetivos: 1) determinar as taxas de prevalências do dedo em baioneta em alcoolistas, psicóticos e indivíduos não alcoolistas da população em geral; 2) discutir a correlação entre DHDA e alcoolismo.

causar lesão cerebral. Após décadas de diferentes definições operacionais, passou-se a admitir que as manifestações da paralisia cerebral infantil e as da síndrome de lesão cerebral mínima constituíam formas de apresentações de lesões cerebrais². A opinião de consenso, a partir dos dados do "National Project of Minimal Brain Dysfunction (Learning Disabilities) in Children" dos EUA, foi a de congregar as síndromes decorrentes de lesão cerebral sob o rótulo de disfunção cerebral mínima (DCM)³. Esta denominação foi posteriormente substituída por síndrome - dado o polimorfismo sintomático com imbricações entre as variadas manifestações e expressões clínicas - ou distúrbio de hiperatividade e déficit de atenção (DHDA), subdividida com base nos sintomas dominantes - desatenção, hiperatividade e impulsividade - em subsíndromes. O caráter heterogêneo das subsíndromes é demonstrado pela dificuldade em caracterizar seu conceito que abrange manifestações que ocorrem isoladamente ou em associações, por períodos de tempo variáveis. Mesmo existindo desacordo quanto ao diagnóstico, causa e prevalência desta síndrome, o conceito tem evoluído de uma desordem do controle do comportamento com base biológica, a partir de uma condição com disfunção

Tabela 1. Características demográficas e padrão de alcoolismo dos grupos de pacientes.

Variáveis	Alcoolistas	Psicóticos	Controles
Idade*	39,5 ± 3,4	36,9 ± 3,1	35,2 ± 4,3
Cor da pele			
Branca	126 (63%)	60 (60%)	36 (72%)
Parda	42 (21%)	19 (19%)	8 (16%)
Preta	32 (16%)	21 (21%)	6 (12%)
Padrão de alcoolismo			
Idade média de início (anos)	18,6 ± 6,4	-	-
Tempo médio de consumo (anos)	21,6 ± 12,9	-	-
Quantidade média de ingestão (g/dia)	308 ± 98	-	-

* Alcoolistas > Psicóticos > Controle

MÉTODO

Duzentos alcoolistas crônicos e 100 pacientes psicóticos, do sexo masculino, de baixo nível sócio-econômico, que preenchiam os critérios do CID 10 - 1993 para dependência de álcool (grupo alcoolista) e de desordens psicóticas (grupo psicótico), foram, à medida que se internavam no Hospital Espírita de Marília, examinados clinicamente, tendo sido colocada especial ênfase na verificação da presença de dedos em baioneta. Foram excluídos os alcoolistas que apresentavam manifestações psicóticas, os psicóticos usuários de bebidas alcólicas e, de ambos os grupos, os usuários de drogas ilícitas.

Para comparações, após consentimento e breve entrevista que visou excluir os que apresentavam história pregressa ou atual de abuso de álcool, uso de drogas lícitas e ilícitas ou de doença psiquiátrica, foram aleatoriamente selecionados e examinados 50 indivíduos do sexo masculino recrutados dentre os funcionários - médicos, enfermeiros, pessoal da administração e da manutenção - do Hospital Espírita de Marília (grupo controle).

Os dados são apresentados como média ± desvio padrão no texto e nas tabelas. Comparações estatísticas foram feitas pelo teste qui-quadrado. Adotou-se para análise estatística, o nível de significância de 5%¹⁰. Foram realizadas medidas de associação e testes diagnósticos (Odds ratio, OR; valor preditivo positivo, VPP).

RESULTADOS

As características demográficas e padrão de alcoolismo são apresentados na Tabela 1. As características raciais dos indivíduos dos três grupos foram semelhantes e não ocorreu diferença significativa na prevalência do dedo em baioneta segundo a cor. A idade média dos pacientes alcoolistas foi significativamente mais alta que a dos psicóticos que foi, por sua vez, mais elevada que a dos controles.

O dedo em baioneta foi observado em 70/200 (35%) dos alcoolistas, 45/100 (45%) dos psicóticos e 8/50 (16%) dos indivíduos sadios (Tabela 2). A alteração morfológica estava presente unilateralmente em 20%, 22,2% e 25% e bilateralmente em 80%, 77,8% e 75% dos alcoolistas, psicóticos e controles, respectivamente (Tabela 2).

Não houve diferença significativa na prevalência do dedo em baioneta entre o grupo alcoolista e o grupo psicótico ($\chi^2_{(1\text{ gl})} = 2,4$; p: 0,120). Diferença altamente significativa ocorreu entre os grupos alcoolista e controle ($\chi^2_{(1\text{ gl})} = 5,9$; p: 0,0015; IC 95% = 0,069 a 0,311), bem como entre os grupos psicótico e controle ($\chi^2_{(1\text{ gl})} = 11,0$; p: 0,0001; IC95% = 0,15 a 0,43). O portador de dedo em baioneta tem um risco estimado (Odds ratio) de 2,8 e 4,3 com relação ao alcoolismo e psicoses, respectivamente. As probabilidades dos portadores de dedo em baioneta apresentarem problemas relativos ao abuso de álcool ou distúrbios psicóticos são de 90% e 85%, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência do dedo em baioneta em alcoolistas, psicóticos e no grupo controle.

Distribuição do dedo em baioneta	Alcoolistas (A)	Psicóticos (P)	Controle (C)
Quanto à cor			
Branca	44 (628%)	23 (511%)	4 (500%)
Preta	9 (128%)	10 (222%)	3 (375%)
Parda	17 (244%)	12 (267%)	1 (125%)
Quanto às mãos			
Em uma			
Um dedo	10 (143%)	8 (178%)	1 (125%)
Dois ou mais dedos	4 (57%)	2 (44%)	1 (125%)
Em ambas			
Um dedo	21 (300%)	12 (267%)	1 (125%)
Dois ou mais dedos	35 (500%)	23 (511%)	5 (625%)

Alcoolista x Controle: OR=2,8; VPP=90%; $\chi^2_{(1gl)}=5,9$; p: 0,0015; IC 95%=0,069 a 0,311

Psicóticos x Controle: OR=4,3; VPP=85%; $\chi^2_{(1gl)}=11,0$; p: 0,0001; IC 95%=0,15 a 0,43

Alcoolista x Psicótico: $\chi^2_{(1gl)}=2,4$; p = 0,12

DISCUSSÃO

A tentativa de correlacionar a morfologia e o funcionamento ou modo de ser do homem tem sido, ao longo dos tempos, uma tendência da medicina. Os médicos têm procurado demonstrar que o aspecto morfológico, do todo ou de partes do corpo, se associa com certo tipo de personalidade e em casos de doença psiquiátrica, com um distúrbio peculiar¹¹. A constituição corporal “é o conjunto de caracteres morfológicos e físico-químicos do indivíduo, gravados sobre a sua hereditariedade” e o temperamento “é o conjunto de qualidades afetivas, que caracterizam os indivíduos, tanto na maneira de como ele experimenta os afetos, como no seu modo de reação”¹². Para a aparência do corpo (fenótipo) contribuem caracteres constitucionais transmitidos por herança (genótipo), susceptíveis de serem mais ou menos modificados pela ação do ambiente, desde os componentes não genéticos da célula ovo até os externos. Mais recentemente, tem havido crescente interesse na possível associação entre anomalias físicas e doenças psiquiátricas. Vários autores procuraram estabelecer de maneira precisa e categórica a correlação entre a forma do corpo e o temperamento. Correlações entre somatótipos e tipos de psicose foram observadas por autores anglo-saxões¹³. Revisão do estado atual das pesquisas sobre a relação destas associações tem evidenciado que as anomalias não são específicas de determinado distúrbio psiquiátrico¹⁴. Na DHDA e em vários tipos de psicoses pode ocorrer excessivo número de pequenos defeitos físicos. Embora o dedo em baioneta tenha sido descrito em indivíduos com DHDA, é difícil estabelecer a especificidade desta anomalia física para esta doença.

De um modo geral, os padrões estruturais desenvolvem-se nos primeiros meses de vida fetal e é neste período do desenvolvimento que atuam as causas que os determinam ou que os alteram. A origem genética comum para pequenas anomalias físicas (PAFs) - de crânio, olhos, dentes, mãos, pés etc. - e distúrbios psiquiátricos é uma hipótese atrativa quando se considera que as estruturas anatômicas envolvidas nos defeitos físicos e o sistema nervoso central têm origem no tecido ectodérmico. Assim, alguns distúrbios psiquiátricos (DHDA, esquizofrenia, autismo, distúrbio afetivo bipolar) e as PAFs poderiam ter o mesmo substrato patogênico, tal como um distúrbio no desenvolvimento do tecido ectodérmico. Aceitando-se esta hipótese teríamos que admitir uma de duas possibilidades. A primeira, seria a de que os PAFs vistos na DHDA teriam diferente etiologia daqueles observados em outras psicopatologias e que talvez fossem quantitativamente e qualitativamente diferentes quando estudados detalhadamente. A segunda, seria a de que as várias desordens psiquiátricas nas quais ocorrem PAFs teriam uma base etiológica comum. Os vários estudos

que demonstram as interrelações entre DHDA, esquizofrenia, alcoolismo e outras psicopatias constituem alguma evidência para a segunda possibilidade. Entretanto, o reconhecimento de que fatores atuantes após o primeiro ou segundo trimestre da vida fetal ou após o nascimento são também capazes de produzir PAFs, torna problemática a suposição de que estas tenham origem exclusiva em fatores genéticos. Os fatores ambientais atuando sobre o genótipo desde o período embrionário até a adolescência determinariam diferenças na expressão de traços, também influenciados pela hereditariedade, da personalidade de adultos e jovens¹⁵, bem como teriam importantes implicações nas alterações de conduta, agressividade e abuso de substâncias¹⁶. A mais atrativa explicação é a de que as PAFs resultem ou da ação combinada de fatores genéticos e ambientais ou então teriam algumas vezes origem genética e algumas vezes origem ambiental¹⁴.

As alterações bioquímicas neuroendócrinas decorrentes de fatores genéticos interagindo com fatores ambientais e sociais tem sido descritas no alcoolismo¹⁷, DHDA¹⁸ e distúrbios psicóticos¹⁹. Observações realizadas em gêmeos, sugerem a existência de forte componente hereditário na DHDA²⁰. Os sistemas noradrenérgico e dopaminérgico parecem ser de importância na fisiopatologia do DHDA¹⁸. Desregulação dos sistemas serotoninérgico e noradrenérgico tem sido descrita em alcoolistas e filhos de pais alcoolistas têm concentrações médias particularmente baixas de ácido 5-hidroxindolacético (metabolito da serotonina), ácido homovanílico (metabolito da dopamina) e triptofano (precursor da serotonina) no líquido cerebrospinal²¹. Indivíduos, de ambos os sexos, oriundos de família com história de alcoolismo têm sensibilidade aumentada do sistema pituitário β -endorfina relativamente aos indivíduos sem história familiar de alcoolismo²². No alcoolista, o comprometimento fundamental ocorreria na chamada região limbo-cortical que é a área controladora das emoções e dos comportamentos mais primitivos²³. Em vários distúrbios psiquiátricos - depressão primária, esquizofrenia, síndrome maníaco depressiva, etc. - ocorrem alterações de neurotransmissores e neuroreceptores em determinadas áreas do sistema nervoso central, especialmente no sistema límbico²⁴.

Diversos estudos, empregando metodologias diferentes na avaliação de comportamentos e características de personalidade dos indivíduos com DHDA, alcoolistas e subgrupos de pacientes psicóticos, apontam para grande número de características comuns: incapacidade de discriminar e verbalizar os sentimentos, baixa tolerância às frustrações e necessidade de satisfação imediata de seus desejos, conduta impulsiva, rebeldia e especialmente a presença da personalidade anti-social. Uma variedade de estudos sugere que a sociopatia, ou personalidade anti-social, constitui o maior fator de risco para o desenvolvimento do alcoolismo^{25,26}. Desordens de personalidade foram observadas em 78% dos alcoolistas e a média do número de desordens de personalidade foi 1,8 por paciente⁷. Também, estudos longitudinais que têm seguido os indivíduos - sobretudo os do sexo masculino - desde a infância até a idade adulta - salientam a importância dos traços que se expressam na forma de comportamento anti-social, agressividade, altos níveis de atividade e atenção reduzida naqueles que desenvolvem problemas com álcool²⁷. Por outro lado, DHDA foi diagnosticada em 33% de jovens alcoolistas do sexo masculino²⁸. Também algumas pessoas esquizofrênicas ou com comportamento esquizóide apresentam diferentes graus de incapacidade psicológica e social muito antes do início dos sintomas psicóticos. Estudos retrospectivos, envolvendo esquizofrênicos, têm indicado que um subgrupo destes indivíduos era socialmente incapacitado na infância²⁹. Dificuldades de atenção e processamento de informações, mais pronunciadas na puberdade e na adolescência, têm sido relatadas em crianças consideradas de "alto risco" genético para desenvolverem esquizofrenia³⁰. Pacientes com DHDA, portadores de dedo em baioneta, apresentavam funcionamentos ou comportamentos com características neuróticas em 43,3%, psicóticas em 35% e psicopática -personalidade anti-social para os norte-americanos - em 21,7%¹. Quanto ao funcionamento, alcoolistas do sexo masculino foram classificados em dois grupos: "alcoólatras crônicos sociais" e "alcoólatras crônicos psicóticos". Os "sociais" apresentavam comprometimento comportamental afetivo, orgânico e social e isolamento do meio ambiente. Os "psicóticos" além de apresentarem características semelhantes aos "sociais" apresentavam elementos psicóticos, delírios ou alucinações³¹. Estudo de perfis de personalidade de alcoolistas do sexo masculino, baseado em quatro tipos - clássico, neurótico, psicótico e psicopático - mostrou que a tipologia permitia diferenciar

os alcoolistas não só quanto às características de personalidade mas também quanto às variáveis biodemográficas e à evolução no tratamento. O tipo psicopático mostrou, com o tratamento, mais acentuada redução da ansiedade e melhora nas relações sociais³².

Em nosso estudo, observamos prevalência do dedo em baioneta em 35% dos alcoolistas e em 45% dos psicóticos. A DHDA seria uma condição subjacente ou um fator de vulnerabilidade para o alcoolismo e distúrbios psicóticos em aproximadamente 1/3 e 1/2 dos casos, respectivamente. Assim, a alteração morfológica, representada pelo dedo em baioneta, seria uma característica fenotípica de vários distúrbios neuropsiquiátricos. A heterogeneidade dos distúrbios mentais guardaria relação com os sistemas ou circuitos neuropsíquicos afetados, isolados ou em combinações. Os vários estudos, abordando as características comportamentais de alcoolistas, de subgrupo de psicóticos e de portadores de DHDA, sob diferentes ângulos, demonstram que o comportamento anti-social é denominador comum presente em todos eles.

Alcoolistas com distúrbio de personalidade anti-social primária (alcoolismo secundário) são mais jovens quanto ao início dos problemas relacionados ao álcool, experimentam mais consequências sociais adversas por beberem, e têm geralmente uma pior evolução que os alcoolistas que não preenchem os critérios de distúrbio de personalidade anti-social antes do início do seu alcoolismo (alcoolismo primário)³³. Em estudo de adotados descreveram dois tipos de alcoolismo³⁴. O tipo 1, seria influenciado por efeitos ambientais pós-natais em famílias adotivas e estava associado com início do alcoolismo na idade adulta. Em contraste, o tipo 2, limitado ao sexo masculino, seria transmitido de mãe para filho, mostrava pouca reatividade ambiental e era usualmente associado com alcoolismo severo e recorrente que frequentemente começa durante a adolescência. Traços distintos de personalidade estariam associados aos dois subtipos³⁴. Estudos de famílias, de gêmeos e de adoção parecem indicar padrões de hereditariedade independente para distúrbio de personalidade anti-social e alcoolismo. O tipo 2 de alcoolismo representaria indivíduos com distúrbio de personalidade anti-social que têm problemas coexistente de abuso de álcool⁶. Neste sentido, o uso abusivo de álcool por adolescentes e adultos jovens com distúrbio de personalidade pode ser olhado como devido, em parte, a deficiências na regulação dos afetos e do controle de impulsos³⁵.

Alguns relatos de experiências clínicas observaram que alcoolistas primários - indivíduos que não relatavam causa precipitante para o seu beber excessivo - apresentavam manifestações de DHDA com muito mais frequência que os alcoolistas secundários³⁶. Estas observações sugerem que indivíduos classificados como alcoolistas primários pelos critérios padronizados de diagnóstico em psiquiatria, podem ser na verdade, portadores de alcoolismo secundário. Desordens psiquiátricas sutis podem deixar de ser diagnosticadas pela rigidez e restrições dos critérios diagnósticos ou, ainda, ser colocadas sob rótulos que não permitem identificá-las. Para determinados estados desagradáveis que o indivíduo experimenta - vida tediosa, sensação de vazio, insegurança, timidez, complexo de inferioridade etc. - não podem ser dado rótulos convencionais³⁷. Nossos resultados, com base no critério da anterioridade cronológica do aparecimento dos sintomas³⁸, também apontam para a possibilidade da existência de um subgrupo com alcoolismo secundário à DHDA ou distúrbios psiquiátricos com ela relacionados. É plausível supor que certas experiências desagradáveis experimentadas por crianças com DHDA - rejeições por professores, pais e companheiros e ainda fracassos sociais em decorrência de sua personalidade anti-social - produzam dificuldades psicológicas que teriam no álcool algum lenitivo. Também, é plausível admitir que os desconfortos determinados por alterações biológicas neuro-hormonais possam ser temporariamente removidos pelo álcool.

Possíveis limitações a generalizações dos resultados deste estudo incluem o uso de um grupo heterogêneo de pacientes genericamente classificados como "psicóticos" e a estratificação sexual e sócio-econômica da amostragem.

Embora a natureza das relações observadas e a extensão de suas implicações necessitem de investigações mais aprofundadas e estudos mais minuciosos, os dados deste estudo permitem algumas observações:

- (1) o distúrbio de déficit de atenção representaria um fator de vulnerabilidade tanto para o alcoolismo como para determinados distúrbios psicóticos;
- (2) os achados sugerem que os indivíduos do sexo masculino com DHDA podem ter uma maior tendência a desenvolverem alcoolismo que a população em geral;
- (3) a presença do dedo em baioneta em alcoolista poderia, associada a outros critérios, ser utilizada na identificação de alcoolismo secundário.
- (4) a coexistência de duas desordens psiquiátricas, independentes ou não, poderia indicar procedimentos diferenciados de tratamento. Resultados animadores foram observados com o uso de metilfenidato no tratamento de adictos em cocaína com DHDA³⁹;
- (5) Desde que esforços preventivos dirigidos a amplas categorias de indivíduos têm alterado muito pouco o comportamento atual relacionado ao uso de substâncias psicoativas, intervenções tendo como alvo subgrupos vulneráveis podem ser mais eficazes.

Indivíduos com dedos em baioneta, especialmente no início da adolescência, deveriam merecer atenção especial por parte dos programas preventivos relacionados com o alcoolismo. Submetê-los a testes psicológicos que avaliem o perfil cognitivo-comportamental e, quando da identificação de distúrbios da personalidade e de comportamentos desviantes, à psicoterapia cognitiva. Poder-se-ia fornecer-lhes orientação quanto a estratégias cognitivas e comportamentais que lhes permitam criar habilidades para enfrentar e conduzir adequadamente os problemas, os impulsos e os desejos.

REFERÊNCIAS

1. Fontana MCPS. O valor clínico do dedo em baioneta. São Paulo: Educ, 1996.
2. Knoblock H, Pasamanick B. Syndrome of minimal cerebral damage in infancy. *JAMA* 1959;170: 1384.
3. Mackeith RB, Bax M. Minimal cerebral dysfunction. London: National Spastic Society, 1963.
4. Douglas VI. Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Can J Behav Sci* 1972;4:259-282.
5. Goodwin DW, Guze SB. *Psychiatric Diagnosis*, 4Ed. New York: Oxford Univ Press, 1989.
6. Anthenelli RM, Smith TL, Irwin MR, Schuckit MA. A comparative study of criteria for subgrouping alcoholics: the primary/secondary diagnostic scheme versus variations of the type 1/type 2 criteria. *Am J Psychiatry* 1994;151:1468-1474.
7. Dejong CAJ, van den Brink W, Harteveld FM, van der Wielen EG. Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Compr Psychiatry* 1993;34:87-94.
8. Yates WR, Meller WH. Comparative validity of five alcoholism typologies. *Am J Addictions* 1993;2:99-108.
9. Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:502-513.
10. Sounis E. *Bioestatística*, 3Ed. Rio de Janeiro. Ateneu, 1985.
11. Forns JS, Batllo JS, Batllo AS. Parte geral - Inspeção. In Forns JS, Batllo JS, Batllo AS. *Semiologia Médica & Técnica Exploratória*. 6Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981:23-52.
12. Melo ALN. Conceito, estrutura e dinâmica da personalidade. Vol 1. In Melo ALN. *Psiquiatria*, 3Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980:279-319.
13. Sheldon WH. Varietés de jeunesse délinquante. New York: Harper, 1949. In Lang JL, Ravaud G. *Constitutions et biotypes*. *Encycl Médico-Chirurgi Paris* 37700 c²⁰: 1-14, 1955:5-6.
14. Murphy KC, Owen MJ. Minor physical anomalies and their relationship to the aetiology of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996;168:139-142.
15. Lyons MJ, True WR, Eisen SA et al. Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:906-915.
16. Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E, Woodworth G, Stewart MA. Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:916-924.
17. Schuckit MA. Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143:140-147.
18. Baptiste GP. Neuropsiquiatria del transtorno por déficit de atención e hiperactividad. *Psiquiater Biol* 1997;5:85-97.
19. van Kammen DP, Kelley M. Dopamine and norepinephrine acitivity in schizophrenia: an integrative perspective. *Schizophr Res* 1991;4:173-191.
20. Levy F, Hay D, Mcstephen M, Wood C, Waldman I. Attention Deficit Hyperactivity disorders: a category or a continuum? Genetic analysis of a largescale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:737-744.
21. Fils-Aime ML, Eckardt MJ, George DT, Brown GL, Mefford I, Linnoila M. Early-onset alcoholics have lower cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid levels than late-onset alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:211-216.
22. Gianoulakis C, Krishnan B, Thavundayil J. Enhanced sensitivity of pituitary β endorphin to ethanol in subjects at high risk of alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:250-257.
23. Landry DW. Immunotherapy for cocaine addiction. *Scient Am* 1997; 276(2): 28-31.

24. Williams J, Spurlock G, McGuffin P, et al. Association between schizophrenia and T102C polymorphism of the 5-hydroxytryptamine type 2a-receptor gene. European Multicentre Association Study of Schizophrenia (EMASS) Group. *Lancet* 1996;347:1294-1296.
25. Hesselbrock MN, Hesselbrock VM, Babor TF, Stabenau JR, Meyer RE, Weidenman M. Antisocial behavior psychopathology and problem drinking in the natural history of alcoholism. In Goodwin DW, Van-Dusen KT, Mednick SA. *Longitudinal research in alcoholism*. Boston: Kluwer-Nijhoff, 1984.
26. Lewis CE, Rice J, Helzer JE. Diagnostic interactions: alcoholism and antisocial personality. *J Nerv Ment Dis* 1983;171:105-103.
27. Gorman DM, Brown GW. Recent developments in life-event research and their relevance for the study of addictions. *Br J Addict* 1992;87:837-849.
28. Wood D, Wender PH, Reimher RW - Prevalence of attention deficit disorder residual type or minimal brain dysfunction in a population of male alcoholic patients. *Am J Psychiatry* 1983;140:95-98.
29. Watt NS, Lubensky AW. Childhood roots of schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 1976;44:367-375.
30. Erlenmeyer-Kimling L, Cornblatt B. The New York High Risk Project: a follow-up report. *Schizophr Bull* 1987;13:451-461.
31. Bucher RE, Romankiewicz E. A personalidade do alcoólatra. Variáveis sócio-culturais psicopatológicas e psicodinâmicas. *Arq Neuropsiquiatr* 1979;37:255-266.
32. Conley JJ. An MMPI typology of male alcoholics: Admission discharge and outcome comparisons. *J Pers Assess* 1981;45:33-39.
33. Schuckit MA. The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1043-1049.
34. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardson S. Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:861-868.
35. Grilo CM, Martino S, Walker ML, Becker DF, Edell WS, Mcglashan TH. Controlled study of psychiatric comorbidity in psychiatrically hospitalized young adults with substance use disorders. *Am J Psychiatry* 1997;154:1305-1307.
36. Tarter R, McBride H, Buonpane N, Schneider DU. Differentiation of alcoholics: childhood history of minimal brain dysfunction family history and drinking pattern. *Arch Gen Psychiatry* 1977;34:761-768.
37. Edwards G. Causas do beber excessivo. In: Edwards G. *O tratamento do alcoolismo*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
38. Goodwin DW, Schulsinger F, Hermansen R. Alcoholism and the hyperactive child syndrome. *J Nerv Ment Dis* 1975;160:349-353.
39. Meyer RE. Prospects for a rational pharmacotherapy of alcoholism. *J Clin Psychiatry* 1989;50:403-412.
40. Moreira C, Carvalho MAP. Exame físico do sistema osteoarticular - punhos e mãos. In: López M, Medeiros JL. *Semiologia Médica*, 2Ed. Belo Horizonte: Atheneu/Interminas, 1988:1343-1350.