

COMORBIDADE

Marcelo Ribeiro, MSc

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

COMORBIDADE

1. INTRODUÇÃO

1. A associação é capaz de alterar a expressão, o curso e o prognóstico da dependência química e necessitará de uma abordagem terapêutica modificada para potencializar os resultados.
2. A presença de outro transtorno psiquiátrico em dependentes químicos influencia-os à procura de tratamento, aumentando ainda mais esse índice nos ambulatórios e enfermarias especializados.
3. A dificuldade em se estabelecer parâmetros diagnósticos confiáveis e operacionais e metas terapêuticas apropriadas, colocando o profissional da saúde em situações de dúvida e indecisão em sua prática clínica.

COMORBIDADE

2. DEFINIÇÃO

Ocorrência concomitante de dois ou mais transtornos psiquiátricos.

A comorbidade pode se manifestar das seguintes maneiras



1. O consumo de substâncias (ainda que uma única vez) pode levar a sintomas ou transtornos psiquiátricos.
2. A síndrome de abstinência pode levar a sintomas psiquiátricos.
3. O consumo de substâncias pode exacerbar um transtorno psiquiátrico pré-existente.
4. Sintomas psiquiátricos ou psicológicos podem desencadear o uso indevido de substâncias.
5. Transtornos psiquiátricos primários podem levar ao uso indevido de substâncias.
6. Transtornos psiquiátricos primários podem levar ao uso indevido de substâncias, que por sua vez leva ao aparecimento de outros transtornos.

COMORBIDADE

3. EPIDEMIOLOGIA

O conceito amplo e não-consensual dificulta a produção de dados precisos e fidedignos.

1. **Prevalência:** atinge cerca de um terço dos usuários de drogas na comunidade e a maioria dentro dos serviços de tratamento.
2. **o abuso de substâncias é o transtorno coexistente mais freqüente entre portadores de transtornos mentais.**
3. **Os transtornos do humor, seguidos pelos ansiosos, são os mais comumente observados.**
4. **O transtorno bipolar do humor é o mais associado ao uso indevido de substâncias: 40 – 60%.**
5. **Pacientes com comorbidade utilizam mais os serviços de tratamento e de modo mais dispendioso.**

Crawford V, Crome ib, Clancy C. Co-existing Problems of Mental Health and Substance Misuse (Dual Diagnosis): a literature review. Drugs: Education, Prevention and Policy 2003; 10 (supplement): S10-74.

Carey KB. Challenges in assessing substance use patterns in persons with comorbid mental and addictive disorders. In: NIDA. Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders. Rockville: NIH; 1997.

COMORBIDADE

4. ETIOLOGIA

Causas heterogêneas, bidirecionais e variáveis ao longo do tempo

1. **Sintomas do humor predisõem o uso de substâncias (hipótese da automedicação)**
2. **O uso de substâncias químicas levam à comorbidade (hipótese da toxicidade)**
3. **Ambos os transtornos tem uma causa comum (hipótese genética)**
4. **As repercussões sócio-econômicas do uso levam à comorbidade**
5. **Ambos são fatores independentes**

Crawford V, Crome ib, Clancy C. Co-existing Problems of Mental Health and Substance Misuse (Dual Diagnosis): a literature review. Drugs: Education, Prevention and Policy 2003; 10 (supplement): S10-74.

Grant BF. The influence of comorbid major depression and substance use disorders on alcohol and drug treatment: results of a national survey. In: NIDA. Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders. Rockville: NIH; 1997.

COMORBIDADE

5. DIAGNÓSTICO

Aspectos fundamentais

1. Detecção de dois ou mais transtornos a partir dos critérios diagnósticos CID-10 / DSM-IV
2. Transtorno primário e transtorno(s) secundário(s)
3. Métodos de detecção e exames laboratoriais aumentam a identificação do uso de substâncias psicoativas.
4. Problemas neurocognitivos (transitórios ou permanentes) decorrentes do uso indevido de substâncias podem dificultar a avaliação diagnóstica e comprometer a evolução do tratamento.
5. Treinamento profissional.

COMORBIDADE

5. DIAGNÓSTICO

Transtorno primário e secundário

sinais de transtorno mental não-induzido por substância

1. persistência dos sintomas a despeito da resolução do quadro de intoxicação ou abstinência por mais de 4 semanas.
2. sintomas surpreendentes em número e/ou intensidade em comparação aos observados nas síndromes de intoxicação ou abstinência.
3. episódios anteriores do transtorno mental livre do uso de substâncias.



sinais de transtorno mental induzido por substância

1. início durante a intoxicação ou abstinência, com melhora após a resolução dessas.
2. presença de características atípicas do transtorno mental (p.e. primeiro episódio de mania após os 45 anos).

COMORBIDADE

5. DIAGNÓSTICO

Prejuízos cognitivos

1. O consumo de qualquer substância leva a alterações cognitivas, algumas vezes com repercussões crônicas.
2. Prejuízos cognitivos podem dificultar a avaliação diagnóstica e o tratamento.
3. No entanto, é considerado mais um 'luxo' do que um procedimento rotineiro.
4. Sua presença pode dificultar a motivação para a mudança, seu planejamento e concretização.
5. Frequentemente confundidos com 'resistência', 'negação' ou mau comportamento.

COMORBIDADE

5. DIAGNÓSTICO

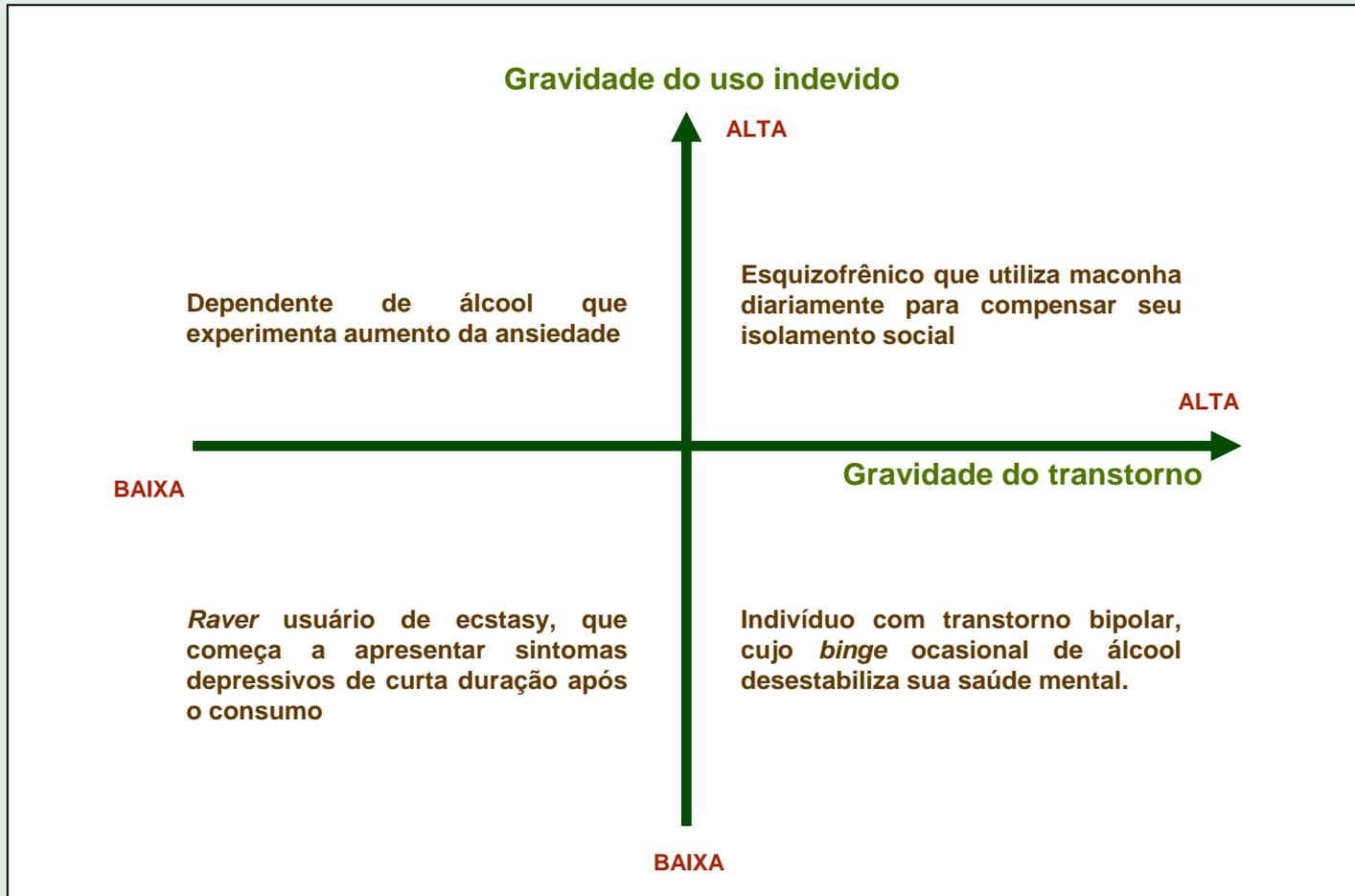
Processo de avaliação

facilitar a abordagem terapêutica e estratégias de prevenção de recaída

1. História familiar e questões específicas sobre possíveis distúrbios psiquiátricos. As informações devem ser colhidas junto ao paciente e também a familiares e amigos.
2. Exames laboratoriais: Incluindo alterações típicas de consumo crônico de álcool, alterações metabólicas e hormonais, doenças infecto-contagiosas, exames neurológicos e detecção de drogas na urina. A escolha e seleção dos exames deve levar em consideração a história do indivíduo e o perfil de consumo de drogas.
3. Observação clínica. Uma vez que o diagnóstico diferencial pode ser dificultado durante o período de consumo da substância, é de grande valia a observação durante o período de desintoxicação. A persistência ou não de sintomas psiquiátricos após este período pode facilitar o correto diagnóstico.
4. Conhecimento dos critérios, uso de questionários.

COMORBIDADE

5. DIAGNÓSTICO



COMORBIDADE

6. CONSUMO E TRANSTORNOS MENTAIS

NICOTINA

FUMANTE PRECOCE

1. A prevalência de transtornos depressivos é maior em fumantes precoces do que em não-fumantes.
2. Consumo antes do 13 anos aumenta a predisposição para dependência.

COMORBIDADE

6. CONSUMO E TRANSTORNOS MENTAIS

ÁLCOOL

1. 2/3 dos usuários que chegam para tratamento possuem algum grau de alteração do humor / ansiedade. O dependente de álcool apresenta maior prevalência de transtorno bipolar, esquizofrenia e transtorno de personalidade anti-social do que a população geral.
2. Maior prevalência de história progressa de transtornos mentais precedendo a dependência.
3. Díficil caracterização do transtorno primário e secundário (ou independentes).
4. Síndrome de abstinência e intoxicação aguda: mimetização ou potencialização de sintomas psiquiátricos.

COMORBIDADE

6. CONSUMO E TRANSTORNOS MENTAIS

MACONHA

- **Complicações do consumo:** dose, precocidade do consumo, personalidade e predisposição para transtornos mentais.
- **Sintomas mais relacionados à intoxicação / síndrome de abstinência:** ansiedade e sintomas psicóticos.
- **Psicose orgânica ou tóxica:** distorção temporal, onirismos, alterações do pensamento, alucinações.
Psicose esquizofreniforme: sintomas semelhantes e prolongados.
- 4. **Síndrome amotivacional:** falta de motivação e energia. Pouca ou nenhuma evidência, sendo provavelmente resultante do uso crônico, de caráter reversível.

COMORBIDADE

6. CONSUMO E TRANSTORNOS MENTAIS

BENZODIAZEPÍNICOS

1. Dois tipos de dependentes: doses terapêuticas e altas doses
2. Transtornos ansiosos costumam anteceder o consumo de BDZ.
3. Alta prevalência de TP ansioso (evitativo) e anti-social. Diagnóstico diferencial complicado.
4. Transtornos depressivos são mais comuns após a dependência de altas doses.

COMORBIDADE

6. CONSUMO E TRANSTORNOS MENTAIS

HEROÍNA

1. Alta prevalência de depressão maior e transtornos ansiosos anteriores à dependência.
2. Quadros depressivos podem anteceder, decorrer ou aparecer independentemente do consumo.

COMORBIDADE

6. CONSUMO E TRANSTORNOS MENTAIS

COCAÍNA

1. Comorbidades mais comuns: dependência de álcool, transtornos do humor e de personalidade anti-social.
2. Comorbidades relacionadas ao consumo de cocaína implicam [1] maior procura por tratamento, [2] tempo de tratamento prolongado, [3] pior resposta, [4] repercussões bio-pisco-sociais pronunciadas.
3. Transtornos de personalidade são sugestivos de prognóstico reservado e baixa adesão ao tratamento.

COMORBIDADE

7. TRANSTORNOS MENTAIS E CONSUMO

TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR

1. Transtorno que apresenta o mais alto risco para uso indevido de substâncias psicoativas.
2. O álcool e a cocaína são as substâncias mais consumidas.
3. A associação está relacionada a piora do funcionamento social (mesmo na eutímia), baixa adesão à farmacoterapia e antecedentes de tentativa de suicídio..

COMORBIDADE

7. TRANSTORNOS MENTAIS E CONSUMO

ESQUIZOFRENIA

1. O uso indevido de substâncias é maior entre os esquizofrênicos do que população geral. Há um risco 3 vezes maior para o uso de álcool e 6 vezes para substâncias ilícitas.
2. O uso de drogas ilícitas na vida atinge 60% desta população, especialmente as estimulantes e alucinógenas. Motivos: melhora dos sintomas negativos.
3. Substância mais consumida: tabaco (92%), geralmente em grandes quantidades (20 – 50 cigarros/dia)
4. Fator de mau prognóstico, baixa adesão ao tratamento, aumento do risco de suicídio.
5. Demora para procurar tratamento específico para esquizofrenia.

COMORBIDADE

8. TRATAMENTO

Princípios básicos

INTEGRADO

PROLONGADO

PLANEJAMENTO LONGITUDINAL REALISTA

COMORBIDADE

8. TRATAMENTO

Estágio I: ENGAJAMENTO

OBJETIVO

Aliança terapêutica

ABORDAGEM

Não-confrontativa e empática

Respeito pelas experiências subjetivas do paciente quanto ao seu consumo de substâncias.

Privilegiar as necessidades prementes do paciente, ao invés de propor abstinência imediata.

COMORBIDADE

8. TRATAMENTO

Estágio II: **MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA**

OBJETIVO

Fortalecer o desejo de mudança,
Evitar o confronto e a resistência

ABORDAGENS POSSÍVEIS

Educação sobre o consumo de substâncias e sua repercussão para a saúde mental

Apresentação de dados objetivos (exame do fígado, teste neuropsicológico)

Balanço dos prós e contras da abstinência e da permanência do uso

Avaliação das barreiras e ameaças ao tratamento

Levantamento de problemas passados relacionados ao consumo de drogas

Farmacoterapia

COMORBIDADE

8. TRATAMENTO

Estágio III: **TRATAMENTO ATIVO**

OBJETIVO

Estabelecer os objetivos do tratamento
Implementar o mesmo de maneira integrada.

ESTRATÉGIAS

Tratamento integrado
Intervenções por etapa
Abordagens assertivas e motivacionais
Aconselhamento individual
Preocupação com o suporte social
Longo prazo

COMORBIDADE

8. TRATAMENTO

Estágio IV: **PREVENÇÃO DA RECAÍDA**

OBJETIVO

Identificar fatores de risco

Estabelecer estratégias (habilidades) proativas para prevenir a recaída

ESTRATÉGIAS

Prevenção da Recaída (A. Marlatt)

Adaptação e flexibilidade

COMORBIDADE

8. TRATAMENTO

TRATAMENTO INTEGRADO

CONCEITO

Um só programa que oferece tratamento para o uso indevido de substâncias e o transtorno mental.

Ambas patologias são tratadas pelo mesmo clínico.

Requer profissionais especializados e abordagens diferenciadas.

COMORBIDADE

8. TRATAMENTO

TRATAMENTO INTEGRADO

ABORDAGENS DIFERENCIADAS

Muitas vezes é mais voltada para o manejo dos sintomas psiquiátricos.

Ênfase na aliança terapêutica, na confiança e no aprendizado.

Considera com mais frequência a redução de danos.

Perspectiva de uma evolução do processo de tratamento mais lenta.

Aconselhamento motivacional

Equipe multiprofissional mais disponível para o paciente / familiares

Psicoterapia

Farmacoterapia

COMORBIDADE

8. TRATAMENTO

TRATAMENTO INTEGRADO

COMPONENTES

Grupos de intervenção para o uso indevido de substâncias

Equipe multidisciplinar especializada em dependência química

Manejo de caso

Aconselhamento individual / Psicoterapia

Suporte de moradia

Farmacoterapia

Orientação e educação familiar

Reabilitação psico-social

COMORBIDADE

8. TRATAMENTO

Evidências

1. **Tratamentos efetivos são integrados (uso indevido + transtorno mental) e baseados na comunidade**
2. **Tratamentos comunitários melhoram a adesão à farmacoterapia.**
3. **Abordagens integradas melhoram a adesão, reduzem o consumo de drogas e a gravidade do transtorno.**
4. **Pacientes com comorbidade requerem, em média, dois atendimentos por semana.**
5. **O suporte social é fundamental para o sucesso do tratamento.**
6. **A Entrevista Motivacional é a abordagem com melhor índice de sucesso.**
7. **Indivíduos sem comorbidade fazem em média cinco tentativas até a abstinência do tabaco. A vigência de comorbidade dificulta ainda mais o tratamento do tabagismo.**
8. **A adesão é o principal problema dos usuários de cocaína.**
9. **A psicose relacionada ao consumo de substâncias apresenta melhor resposta terapêutica e prognóstica.**
10. **A clozapina parece reduzir os índices de tabagismo e uso indevido de álcool em esquizofrênicos.**
11. **A gravidade do transtorno mental não é per se um preditor de sucesso / fracasso do tratamento.**