

Os Transtornos de Ansiedade e o uso de AOS

*Ana Cecilia P. Roselli Marques
Julho/2002*

Os Transtornos de Ansiedade e o uso de AOS

👉 EPIDEMIOLOGIA

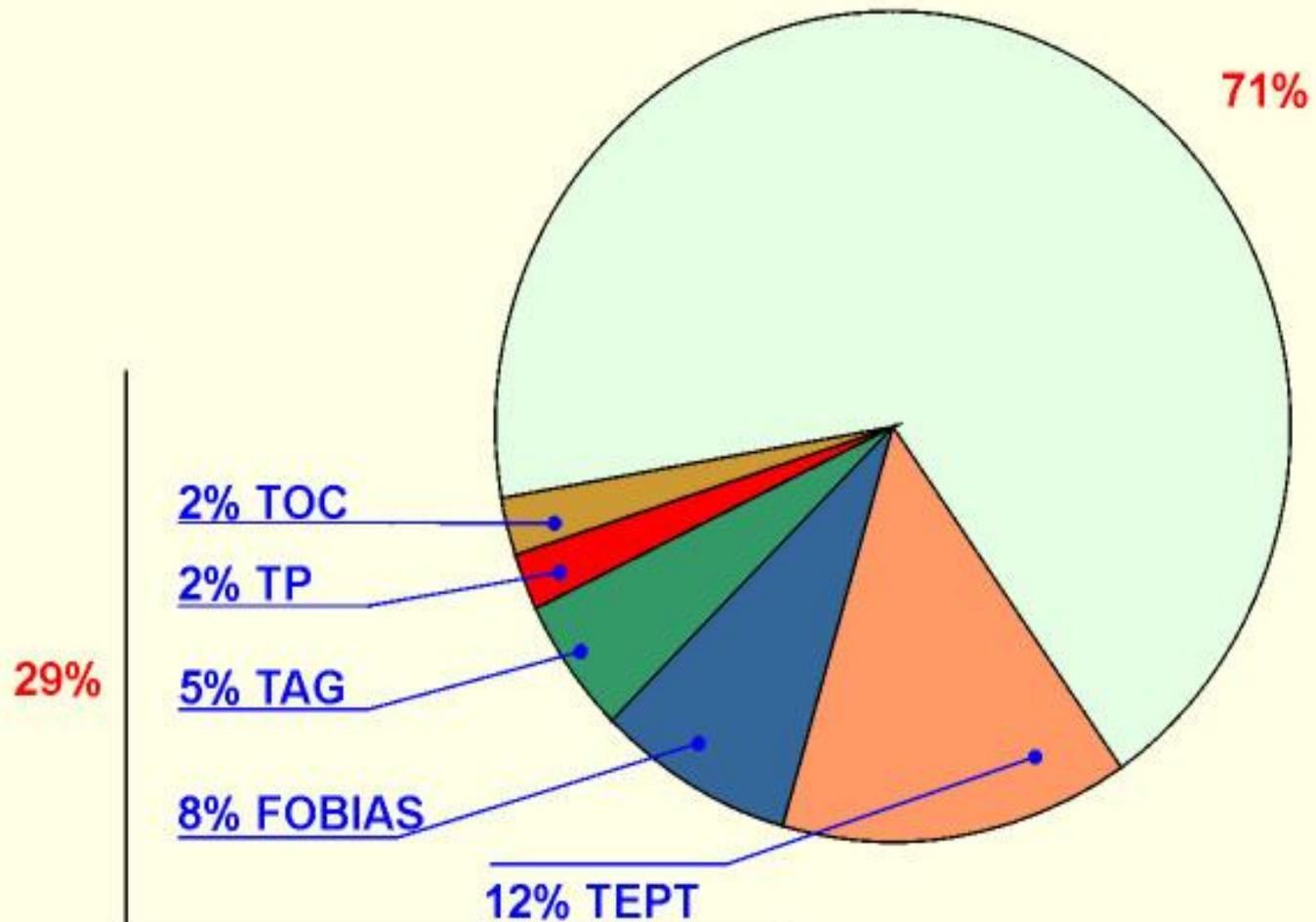
- 👉 A associação entre doenças mentais e uso de álcool e outras substâncias psicotrópicas (AOS) é alto (Wesner, 1990; George et al., 1990; Robins & Regier, 1991; Bolo, 1991; Kessler et al., 1994;1996; Schuckit & Hesselbrock, 1994; 1997; Crowley & Higgs, 1995).
 - 👉 As desordens da ansiedade estão relacionadas entre os transtornos mais prevalentes na população geral, em torno de 25% (Kessler et al., 1994).
 - 👉 Seguindo da dependência de substâncias psicotrópicas, em torno de 10% (Regier et al., 1990).
 - 👉 Transtornos ansiosos pré-mórbidos são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de abuso e dependência de substância, principalmente de álcool (Schuckit & Monteiro, 1988; Cox et al., 1990; Cowley, 1992; Kushner, 1996).
-

Os Transtornos de Ansiedade e o uso de AOS

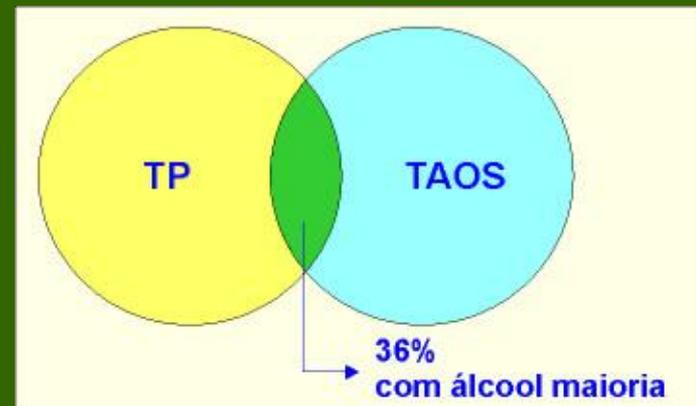
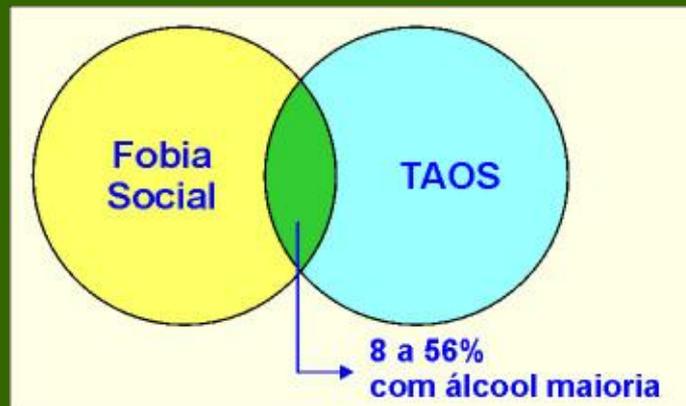
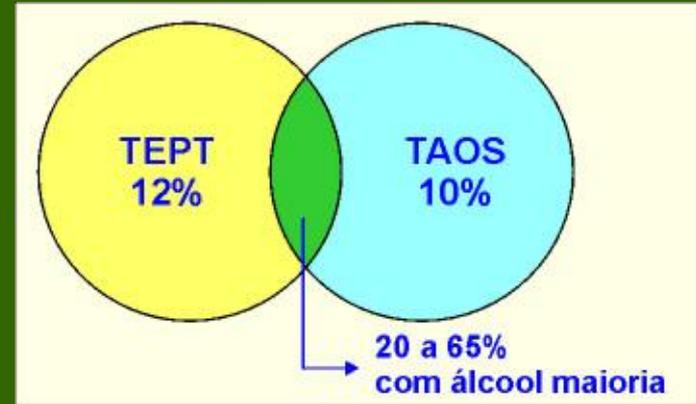
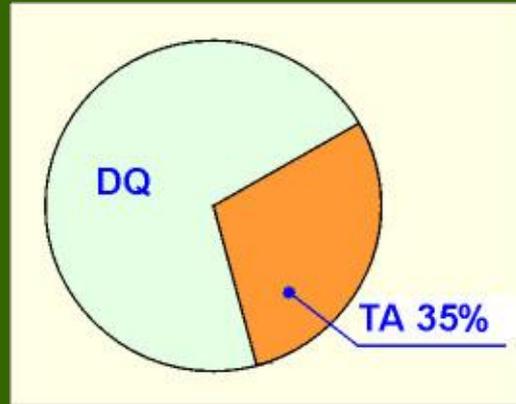
EPIDEMIOLOGIA

-  23 a 70% dos pacientes dependentes de álcool também sofrem de transtornos ansiosos (Weissman et al., 1980; Halikas et al., 1982; Merikangas & Angst, 1995; Kranzler, 1996). O transtorno ansioso tem sido mais diagnosticado em dependentes de álcool do que em abusadores (Regier et al., 1990; Kessler et al., 1996).
 -  Em pacientes com ansiedade, 20 a 45% destes relatam histórias de dependência de álcool na vida (Cox, 1990; Kushner et al., 1990).
 -  No Transtorno do Pânico, a ocorrência de dependência de álcool é 4 vezes maior, mas esta prevalência não acontece ao contrário (Weissman, 1988; Helzer & Pryzbeck, 1988; Maier et al., 1993 b). Outra co-ocorrência concomitante e frequente: o Transtorno de Estresse Pós-traumático e o abuso de álcool (Stockwell et al., 1984; Weiss & Rosenberg, 1985).
-

Transtorno de Ansiedade na vida na população geral



TA X AOS



Os Transtornos de Ansiedade e o uso de AOS

➤ ETIOPATOGENIA

- O Transtorno de Ansiedade como uma “disfunção do sistema de alarme”, envolvendo pelo menos 4 sistemas de neurotransmissão (glutamato, noradrenalina, ácido gamaminobutírico e serotonina), todos estes sistemas estão envolvidos diretamente com o uso, abuso e dependência de substâncias (Gold et al., 1979; Morgenson et al., 1980; Tollesfson, 1989; Naranjo & Sellers, 1989; Van del Pol et al., 1990; Koob et al., 1991, Koob, 1992; Tsai et al., 1995; Branchey et al., 1997).
 - Schultz (1991) propõe uma teoria onde o indivíduo busca no uso de AOS a homeostase para uma disfunção do sistema excitatório de despertar muito ativado. Com o uso crônico ocorre uma *down regulation* compensatória.
 - Existe a hipótese de que os indivíduos ansiosos acabam por usar o álcool como auto-medicação, o que acaba por agravar o transtorno ansioso primário (Lader, 1972; Kahantzian, 1990; Stockwell et al., 1984; Weiss & Rosenberg, 1985; Cox, 1990; Pohoreckey, 1991; Anthenelli & Schuckit, 1993; Merikangas et al., 1994; Kranzler et al., 1998).
-

Os Transtornos de Ansiedade e o uso de AOS

➡ ETIOPATOGENIA

- ➡ Kranzler e Liebowitz (1988) propuseram uma conceitualização clínica: existe uma interação bidirecional, determinada por múltiplos fatores, entre a ansiedade e o abuso de substâncias.
 - ➡ Antecedentes familiares de transtorno de ansiedade e o aparecimento precoce de sintomas ansiosos antes do uso de AOS, assim como sintomas ansiosos que se prolongam após a desintoxicação são considerados preditores de transtornos ansiosos primários (Noyes et al., 1986; Munjack & Moss, 198; Merikangas et al., 1996).
-

Os Transtornos de Ansiedade e o uso de AOS

➤ *DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO*

- O abuso de maconha e de estimulantes produz ansiedade, assim como a abstinência de álcool, opiáceos e benzodiazepínicos, portanto o diagnóstico diferencial só pode ser feito se houver uma persistência de sintomas ansiosos ou não após a abstinência (Ries, 1994 ; Anthenelli & Schuckit, 1993).
 - Em dependentes de álcool que estão em tratamento, em torno de 2/3 apresentam um conjunto de sintomas que fazem parte dos critérios diagnósticos de transtorno de ansiedade (Ross, 1988). A ansiedade é um dos sintomas mais importantes da Síndrome de Abstinência e da intoxicação por substâncias (George et a., 1988; Schuckit & Monteiro, 1988; Schuckit, 1996).
 - A avaliação de uma possível associação dos TA e TAOS, é muito importante para o planejamento do tratamento e a prevenção de vários problemas decorrentes (Schuckit & Monteiro, 1988). Ansiedade como um transtorno primário, modifica o resultado do tratamento da dependência e vice-versa (Merinkagas & Gelernter, 1990; Regier et al., 1990; Robins & Regier, 1991).
-

Transtornos de Ansiedade Generalizada (TAG)

-
- ➡ Os sintomas e sinais do TAG se sobrepõem aos da intoxicação aguda e da síndrome de abstinência, principalmente do álcool (Chambless et al., 1987; Massion et al., 1993).
-

Transtornos de Ansiedade Generalizada (TAG)

➡ *TRATAMENTO*

- ➡ O tratamento do TAG com BZD é efetivo, mas o potencial de abuso nos que usam AOS pode ocorrer, portanto a buspirona tem sido estudada e recomendada (Goa & Ward, 1986; Ratey et al., 1991; Tollefson et al., 1992; Kranzler et al., 1994).
 - ➡ O trazodone, os ISRS e os ADT, como a imipramina, podem ser utilizados (Liebowitz & El-Mallakh, 1989; Modigh, 1987; Rickels et al., 1993; Anseau & De Roeck, 1993). Técnicas de relaxamento, a terapia Comportamental-cognitiva (TCC) e o desenvolvimento de estratégias podem tornar os tratamentos farmacológicos mais efetivos (Blowers et al., 1987; Butler, 1991).
-

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

- ➡ O ECA evidenciou-se que homens com TEPT tem 5 vezes mais chance de usar AOS e mulheres tem 1,4 vezes mais chance, comparados com aqueles que não tem o transtorno (Cottler et al., 1992).
 - ➡ AOS e TEPT são as psicopatologias que mais co-ocorrem nos estudos epidemiológicos (Escobar et al., 1983; Davidson et al., 1985; Behar, 1984; Faustman & White, 1989; Rundell et al., 1989).
 - ➡ A teoria de auto-medicação foi evidenciada por alguns autores (La Coursiere et al., 1979; McCormack, 1988).
 - ➡ O uso de AOS e o número de indivíduos que foram abusados na infância, uma das causas do TEPT, é grande, em torno de 20 a 65% (Triffleman et al., 1993; Simpson et al., 1994; Grice et al., 1995).
 - ➡ A neurotransmissão noradrenérgica que se concentra no Locus Ceruleus é a via comum preponderante aos dois transtornos (Kosten & Kristal, 1988).
-

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

➡ *TRATAMENTO*

- ➡ Alguns recomendam que o tratamento comece pela dependência, para a seguir realizar o diagnóstico diferencial; outros direcionam para o tratamento das duas psicopatologias concomitantemente (Bartucci & Stewart, 1986; Wedding, 1987).
-

Transtornos do Pânico (TP)

- ➡ O Instituto Nacional de Epidemiologia Americano mostrou em seu último levantamento (ECA) a prevalência de 1,5% de TP na população adulta. Entre estes, 36% tem como comorbidade, o abuso de AOS (Regier et al., 1990).
 - ➡ TP em abusadores de AOS é 2,5 vezes maior do que na população geral (Makowitz et al., 1989).
 - ➡ Comorbidade substancial (64%) entre uso de cocaína e ataque de pânico foi encontrada por Washton e Gold (1984), confirmados pelos dados do ECA.
 - ➡ TP e uso de AOS tem mostrado uma maior incidência da dependência do álcool, de 5 a 42% (Breier et al., 1986; Reich & Chadry, 1987; George et al., 1988; Johanssen et a., 1989). Kushner e colaboradores (1990) encontraram 40% dos pacientes dependentes de álcool com um ou mais episódios de pânico durante o curso da dependência.
-

Transtornos do Pânico (TP)

- ☞ 33% dos pacientes com TP utilizam substâncias não prescritas para controlar o problema (Cox et al., 1989).
 - ☞ Maconha e a cocaína induzem TP sem história anterior de TP (Moran, 1986; Aronson e Craig, 1986; Louie et al., 1989; Anthony et al., 1989). Outros estimulantes como as anfetaminas, a fenilciclidina também (Price & Giannini, 1987).
 - ☞ Para o diagnóstico diferencial, espera-se pelo menos 2 semanas, até 4, reduzindo-se ou retirando-se a medicação (Blankfield, 1986). O beber acontece para manejar os sintomas que anunciam o ataque de pânico ou mesmo de uma exposição fóbica (Stockwell et al., 1984).
-

Transtornos do Pânico (TP)

➡ *TRATAMENTO*

- ➡ TP podem responder a tratamento não farmacológico. Técnicas comportamentais-cognitivas com exposição a uma dessensibilização sistemática e técnicas de relaxamento podem ser efetivas principalmente para os pacientes que apresentam TP e uso de AOS (Barlow & Lehman, 1996; Hiss et al., 1994).
 - ➡ Os antidepressivos tricíclicos (ADT), são os mais indicados. Inibidores da monoamino oxidase (IMAO) e o alprazolam (BZD) são contra-indicados ou indicados com restrição, por alguns pesquisadores, em paciente com uso de AOS (Ballenger, 1986; Ballenger et al., 1988; Ormrod & Budd, 1991). Outros estudos não tem demonstrado dependência cruzada (Adinoffi, 1992).
-

Transtornos do Pânico (TP)

➡ TRATAMENTO

- ➡ Inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS) e ADT são efetivos no TP sem uso de AOS (Den Boer et al., 1987; Ballenger et al., 1988).
 - ➡ ISRS são utilizados em TP e dependência de álcool (Naranjo & Sellers, 1989; Naranjo et al., 1987; 1992; Gorelick, 1989; Brando et al., 1990; Sharpey et al., 1992; Cornelius et al., 1993). Desipramina no TP com dependência de cocaína (Gawin et al., 1989). Os ADT e os ISRS inicialmente em baixas doses para evitar a exacerbação dos sintomas, são as substâncias de escolha para TP e dependência química (DQ).
 - ➡ TP e uso de estimulantes, estes últimos indutores de “kindling” respondem bem ao uso de clonazepam ou carbamazepina (Goddard et al., 1969; Post et al., 1986). Ataques de pânico podem reincidir por muitos meses após a abstinência (Aronson & Craig, 1986).
-

Fobia Social (FS)

- ➡ O ECA encontrou 2,8% de prevalência na vida da população deste transtorno (Regier et al., 1990).
 - ➡ Kessler e colaboradores (1994) mostraram 13,3% de prevalência na vida da FS e 7,9% nos 12 meses anteriores ao levantamento. O abuso e a dependência de álcool e a FS co-ocorre de 8 à 56% (Quitkin et al., 1972; Kushner et al., 1990).
 - ➡ Na teoria da auto-medicação, o álcool pode ser consumido para aliviar a ansiedade, e isto pode ser observado em pacientes com FS que relatam a existência de sintomas ansiosos antes do uso de álcool na vida (Stockwell et al., 1984; George et al., 1988; Marshall, 1994; Kranzler et al., 1998).
-

Fobia Social (FS)

☞ *TRATAMENTO*

- ☞ O tratamento inclui TCC com treinamento para o desenvolvimento de estratégias; dessensibilização com exposição gradual à situação fóbica, entre outras variantes da técnica (Heimberg, 1990; 1993; Schneider, 1991; Turner et al., 1992). IMAO, ISRS, BZD, ADT (Rosenbaum & Pollok, 1994; Lydiard & Falseti, 1995).
 - ☞ O ISRS tem sido o mais indicado, pois alguns estudos demonstraram a redução do desejo de beber (Naranjo et al., 1992; Gorelick & Paredes, 1992). Em casos de Fobia grave, os IMAOs tem sido recomendados (Gitlin, 1990).
-

Transtorno Obsessivo-Compulsivo

- ➡ O ECA encontrou 1% a 2% de prevalência na vida na população geral dos EUA (Robins et al., 1989).
 - ➡ TOC com o uso de AOS tem sido pouco estudado (Black & Noyes, 1990; Kasvikis et al., 1986).
 - ➡ Rasmussen e Tsuang (1986) encontraram 12% de dependentes de álcool em população clínica de TOC.
 - ➡ O ECA e Crum e Anthony (1993) pesquisaram a associação entre uso de cocaína e TOC sem sucesso.
-

Transtorno Obsessivo-Compulsivo

➡ *TRATAMENTO*

- ➡ O A clomipramina é efetiva no tratamento do TOC (Lydiard et al., 1996). Técnicas psicológicas e farmacoterapia melhoram os resultados do tratamento (Coltraux et al., 1990; Fals-Stewart et al., 1993; Van Oppen and Arntz, 1994).
-

Os Transtornos de Ansiedade e o uso de AOS

Superposições conceituais entre a ansiedade e a dependência de AOS (Linnoila, 1989):

- 1 O transtorno ansioso e a dependência de álcool são as mais altas prevalências, a co-ocorrência é substancial. (Schuckit, 1996); EPIDEMIO
 - 2 O uso de AOS causa ansiedade por meio de mecanismos fisiológicos patológicos decorrentes da intoxicação e da síndrome de abstinência (depleção catecolinérgica, *up regulation* dos receptores GABA), resultado psicossocial secundário da perda de emprego, afastamento do grupo social entre outros problemas (Brady & Lydiard, 1993); ETIOPATO
 - 3 Na dependência de álcool, episódios de fobias e pânico, podem desaparecer após a internação e em até um ano de seguimento (Perkins et al., 1988); ETIOPATO
 - 4 A ansiedade pode levar à dependência por meio de auto-medicação (Schuckit & Hesselbrock, 1994; Allan, 1995; Kranzler, 1996); ETIOPATO
-

Os Transtornos de Ansiedade e o uso de AOS

- 5 Existem fatores genéticos comuns entre o transtorno de ansiedade e dependência de álcool (Munjack & Moss, 1981; Noyes et al., 1986; Merikangas & Gelenter, 1990; Merikangas et al., 1994). Alta ocorrência de transtorno de ansiedade em crianças, advindas de famílias onde existe dependência ou transtorno ansioso (Cohen et al., 1951; Noyes et al., 1978; Munjak & Moss, 1981; Cloninger, 1987; Kushner et al., 1990; Khantzian, 1990; Maier, 1993; Gillin et al., 1994; Schuckit, 1994; Schuckit & Hesselbrock, 1994; Hill et al., 1995; Gold, 1994; Kendler et al., 1995; Kushner, 1996; Schuckit & Smith, 1996; Maier & Merikangas, 1996; Merikangas, 1996 b); ETIOPATO
 - 5 Ambientes familiares disfuncionais, onde ocorre violência verbal, física e, ou sexual, predispõem a criança ao desenvolvimento de transtorno ansioso e, ou uso, abuso e dependência de ATOS ao longo do vida (Ciraulo et al., 1996); PSICOBIO
-

Os Transtornos de Ansiedade e o uso de AOS

- 7 Na adolescência a prevalência e a complexidade do duplo diagnóstico é maior, pois existem múltiplos fatores influenciando este o desenvolvimento e a determinação de doenças (Tarter & Vanyukov, 1994; Clarke et al., 1998; Martin & Bates, 1998). Mas o Transtorno de Estresse Pós-traumático e o uso de álcool foram apontados como os mais prevalentes (Clark & Neighbors, 1996; Clark & Miller, 1998; Clarke et al., 1997; Bukstein et al., 1992; Deykin et al., 1992; Deykin & Buka, 1997; Clark et al., 1998 a ; Stewart, 1996); **GRUPOS ESPECIAIS**
 - 8 Os benzodiazepínicos (BZD), substâncias efetivas e seguras, para o tratamento da ansiedade, podem produzir tolerância e dependência e portanto, devem ser utilizadas com restrições, quando o diagnóstico é duplo; **TRATAMENTO**
-

Recomendações

- 1 Entrevistas clínicas estruturadas (Noyes et al., 1986). (Hansen et al., 1996). Kranzler e colaboradores (1996) (Spielberger, 1985; Kopp & Ruzicka, 1993). (Reitman et al., 1998). O objetivo desta avaliação é estabelecer um vínculo, uma colaboração ativa do paciente com o médico, por meio de um contrato claro, de seguimento longitudinal para possibilitar o diagnóstico (Gastfried, 1993). Pacientes com duplo diagnóstico abandonam três vezes mais o tratamento (APA, 1994).
 - 2 Desintoxicação com abstinência por no mínimo duas semanas é imprescindível (Woolf-Reeve, 1990; Schuckit et al., 1990). A estabilização do paciente favorecendo o diagnóstico (Lowe & Kranzler, 1999). A co-ocorrência de TA e dependência favorece o aparecimento de uma síndrome de abstinência mais grave e maior taxa de recaída (Johnston et al., 1991; LaBounty et al., 1992).
-

Recomendações

- ③ O tratamento Psicossocial deve ser aplicado imediatamente, pois pode determinar a necessidade ou não da farmacoterapia. TCC e suas variantes tem sido consideradas as mais efetivas para os dois transtornos (McLellan, et al., 1983; Woody et al., 1985; McLellan, 1988; Schuckit, 1995). Tratamentos não farmacológicos, principalmente a TCC, melhoram a efetividade dos tratamentos farmacológicos e portanto, recomenda-se sua aplicação concomitantemente (Ries, 1994; Chorpita & Barlow, 1998). A Intervenção familiar pode auxiliar no tratamento (Lefley, 1992; Budd & Hughes, 1997).
-

Recomendações

- ④ A farmacoterapia aplicada isoladamente tem sido considerada inefetiva e pode até desencadear uma recaída (Litten & Allen, 1991; Gillin et al., 1994). Mais reservada ainda é sua indicação para os adolescentes (Klein et al. 1997). O uso de Benzodiazepínico é um ponto de controvérsia (Greenblatt & Shader, 1978; Busto et al., 1986; Nutt, 1996). O problema é o desenvolvimento de Tolerância e dependência (Ellis & Carney, 1988; Annito, 1988). Mesmo em dependentes de álcool, pois estas substâncias tratam de forma bastante efetiva os sintomas ansiosos (Garvey & Tollefson, 1986; Ciraullo, et al., 1988; Malka, 1988). Buspirona é a substância ansiolítica mais recomendada, considerada tão efetiva como o BZD (Bruno, 1989; Cohn et al., 1992; Tollefson et al., 1992; Gianini et al., 1993; Kranzler et al., 1994; Gelenberg, 1994; Kranzler, 1996).
-

TA e AOS ou AOS e TA?

ANAMNESE GERAL

- USO AOS
- COMORBIDADES
- ENTREVISTA FAMILIAR

1° CONHECIMENTO:
VÍNCULO
SUPERPOSIÇÃO DE SINTOMAS

TRIAGEM ESPECÍFICA

- CAGE
- FUMA OU NÃO
- OUTRAS SUBSTÂNCIAS

2° CONHECIMENTO:
AVALIAÇÃO INICIAL DETALHADA

+ AOS

- AOS

DIAGNÓSTICO

- DSM IV
- CID 10

3° CONHECIMENTO:
PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO
FORMAL TA
DESINTOXICAÇÃO

DEPENDÊNCIA
• ABSTINÊNCIA

USO/ABUSO
• REDUÇÃO

**TRANSTORNO
DE ANSIEDADE**

ABSTINÊNCIA

4° CONHECIMENTO:
ESTABILIZAÇÃO

**5° CONHECIMENTO:
INTEGRAÇÃO DOS MODELOS**

**EM 2 A 4 SEMANAS:
MEDIDAS GERAIS
FARMACOTERAPIA
TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO
IB com EM**

TAG

TP

FS

TEPT

TOC

TCC
Relapse Prevention
Coping Skills
Relaxamento

**1° ISRS
2° ADT
3° BUSPIRONA**

**1° ADT
2° ISRS
3° IMAO e BZD
com restrição**

**1° ISRS e ADT
2° IMAO
3° BUSPIRONA**

CLOMIPRAMINA

**6° CONHECIMENTO:
FUP**