

**DIRETRIZES SOBRE COMORBIDADES
PSIQUIÁTRICAS EM DEPENDÊNCIA AO
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS E TRANSTORNOS PSICÓTICOS**

Felix Kessler

Transtornos Psicóticos

- Esquizofrenia: pelo menos 6 meses de sintomas
- T. Esquizofreniforme: menos de 6 meses, incluindo a fase prodrômica (provisório).
- T. Esquizoafetivo: sintomas de humor concomitantes aos sintomas de Esquizofrenia por pelo menos 2 semanas.
- T. Delirante: delírios não-bizarros por pelo menos 1 mês.
- T. Psicótico Breve: sintomas psicóticos por menos de 1 mês.
- Outros: Folie à deux, devido à condição médica geral, induzido por substância, sem outra especificação.

Esquizofrenia

- Prevalência em torno de 1 a 2% da população
- Crítérios Diagnósticos A:
 - 1) Delírios
 - 2) Alucinações
 - 3) discurso desorganizado
 - 4) comportamento desorg.
 - 5) sintomas negativos
- Crítério B: Disfunção social/ocupacional
- Subtipos: Paranóide, Desorganizado, Catatônico, Indiferenciado e Residual.

Epidemiologia

- O abuso de SPA e psicose são comumente encontrados em conjunto.
- No Epidemiological Catchment Área Study (ECA) a prevalência desse diagnóstico foi de aproximadamente **47%** nos indivíduos com esquizofrenia, incluindo **34%** com abuso de álcool e **28%** com abuso de drogas.

Epidemiologia

- O ECA estimou uma taxa de esquizofrenia **3.4** vezes maior em indivíduos com diagnóstico de transtorno pelo uso de álcool e **5.9** vezes pelo uso de drogas do que na população em geral.
- A prevalência de comorbidade é alta na maioria dos estudos e varia nos estudos com o tipo de droga, com o país, com o tipo de amostra.
- Limitações metodológicas (ex.: diagnóstico)

Relevância Clínica

Os dois transtornos acarretam outros prejuízos:

- Causam déficits na cognição e nas funções interpessoais, afetivas e biológicas, dificultando o tratamento de cada um deles.
- Resultam em outros problemas psiquiátricos como: habituais usos de serviços de emergência, aumento da vulnerabilidade a explorações sociais e abusos (físicos e sexuais), menor aderência à medicação, aumento dos custos do tratamento, agressividade e possivelmente o risco de suicídio.

Ziedonis et al, 1998

Etiopatogenia

Hipóteses:

- **Relação causal com esquizofrenia**
- **Auto-medicação** (Serper et al, 1999).
- **Antecipação dos sintomas** (Phillips et al, 2001).

Etiopatogenia

- **Predisposição genética comum** (Phillips et al, 2001; Salyers et al, 2001; Strakowski et al 1995).
- **Modelo estresse-diátese** (Nunn et al, 2001; Volkow et al, 2001)
- **Transtorno Psicótico Breve** (Phillips et al, 2001).
- Limitações metodológicas (ex. natureza insidiosa da esquizofrenia) requerem estudos prospectivos (Bartels et al, 1995; Merikangas et al, 1998; Silver et al, 1994)

Etiopatogenia

- Estudos observaram a relação temporal entre a instalação dos sintomas psicóticos e o uso das substâncias psicoativas:
- Alguns estudos demonstram que o uso de substâncias, com frequência, precede ou inicia durante a fase prodrômica da esquizofrenia (Strakowski et al, 1993; Boutros et al, 1998)

Etiopatogenia

- Outros estudos constataram que o início do uso de drogas em esquizofrênicos é mais tardio do que na população em geral.
- O uso de drogas não seria a principal causa da psicose, porém indicam uma possível antecipação dos sintomas psicóticos

Etiopatogenia

- Hipótese de uso de drogas como automedicação.
- Vários estudos apontam evidências que indivíduos com doenças mentais graves utilizam álcool ou drogas para aliviar os sintomas negativos, problemas de humor, ansiedade e insônia (Serper et al, 1999).

Etiopatogenia

- Estudos que avaliaram a relação entre uso de SPA e episódios de psicose breve, demonstraram claramente uma associação positiva (Phillips et al, 2001).
- Alguns estudos sugerem que certos pacientes também utilizem drogas para lidar com os efeitos colaterais das medicações, como acatisia (Salyers et al, 2001).

Etiopatogenia

- Modelo estresse-diátese: indivíduo teria uma predisposição a desenvolver a doença, e a influência do meio serviria como um gatilho para ambas as doenças (Nunn et al, 2001; Volkow et al, 2001).
- As evidências científicas não apóiam a idéia de uma base genética comum para ambos os transtornos (Phillips et al, 2001; Salyers et al, 2001; Strakowski et al 1995).

Esquizofrenia e uso de SPA

- Lidar com efeitos colaterais (ex. acatisia)
- Interação com as medicações
- Abuso de Anticolinérgicos
- Diminui a aderência às medicações

Álcool e Psicose

- O álcool, ingerido aguda ou cronicamente, pode produzir uma variedade de estados psicóticos:
 - agitação e psicose aguda
 - psicoses paranóides
 - *Delirium tremens* (DT)
 - Alucinose alcoólica

Esquizofrenia e uso de SPA

- Estimulantes:
- Desencadeiam episódios psicóticos
- Usados para tratar sintomas negativos
- “Kindling” para novos episódios psicóticos induzidos por estímulos estressantes
- Tabaco: prevalência de 70 a 80% em esquizofrênicos

Yui et al, 1999; Sekine et al, 2001

Esquizofrenia e uso de SPA

- Perturbadores da Sensopercepção:
- Alucinógenos
- Maconha:
 - a) psicose tóxica
 - b) cannabis insanity?
 - c) síndrome amotivacional?
 - d) gatilho

Grinspoon: Marijuana Reconsidered

Diagnóstico

- Médicos e psiquiatras tendem a não detectar o abuso de substâncias em pacientes esquizofrênicos.
- O tempo necessário de abstinência de álcool ou drogas para se firmar o diagnóstico de esquizofrenia ou qualquer outro transtorno psicótico primário ainda não é consenso na literatura médica e varia de semanas a meses.

Diagnóstico

- História dos sintomas psiquiátricos.
- Tratamentos passados (hospitalizações, terapias, medicações).
- Ideações suicidas ou atos de violência.
- História do uso de álcool e drogas (tabaco).

Diagnóstico

- Anamnese c/ família.
- Questionários (Instrumentos de Pesquisa).
- Revisão de prontuário.
- Exame físico.
- Bafômetro, exames laboratoriais e de urina.

Tratamento

- Indivíduos com esquizofrenia e abuso de substâncias têm um prognóstico pior do que pacientes com um dos transtornos e são de difícil tratamento.
- Não respondem bem a abordagens terapêuticas direcionadas apenas a um dos transtornos.
- Inúmeros trabalhos têm indicado que o tratamento integrado é efetivo.

Woody et al, 1995; Ziedonis et al, 1998

Tratamento

- Uma aliança terapêutica consistente constitui um dos fatores preditores do sucesso do tratamento.
- Equipe multidisciplinar:
 - Psiquiatras com conhecimento sobre drogas
 - Profissionais da área da dependência química
 - Especialistas clinico-laboratoriais.

Bradizza et al, 1997; Ries et al, 2000; Moggi et al, 1999

Psicose Aguda

Objetivos iniciais

- Diagnosticar a natureza da psicose.
- Proteger o paciente dos danos próprios e alheios.
- Desintoxicar e internação (se necessário).
- Medicação a fim de resolver os sintomas agudos.

Internação

Indicações:

- Condições médicas ou psiquiátricas que requeiram observação constante (estados psicóticos graves, ideação suicida ou homicida, debilitação ou abstinência grave);
- Inabilidade para cessar o uso de drogas
- Ausência de adequado apoio psicossocial a necessidade de interromper uma situação externa

Psicose Crônica:

Tratamento Farmacológico

- Semelhante ao dos T. Psicóticos
- Preferência para Antipsicóticos Atípicos
- Evitar sedação e o uso de benzodiazepínicos
- Associar: Dissulfiram, Naltrexone, Acamprosato, Bupropion

Zimmet et al, 2000; Volavka, 1999; Tsuang et al, 1999; Buckley et al, 1994; Ziedonis et al, 1998

Tratamento Psicoterápico

Integrar técnicas;

- Motivacionais (em busca da abstinência)
- Técnicas cognitivo-comportamentais
- Prevenção de Recaída
- Grupos de auto-ajuda
- Aconselhamento
- Treinamento de Habilidades
- Terapia de Família