

Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias (versão resumida)

Guidelines of the Brazilian Association of Studies on Alcohol and Other Drugs for diagnoses and treatment of psychiatric disorders versus alcohol and other drugs dependence (abbreviated version)

Marcos Zaleski^a, Ana Cecília Petta Roselli Marques^b, Ronaldo Laranjeira^c e colaboradores*

^aPrograma Integrado de Saúde Mental - PRISMA, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. ^bUnidade de Dependência de Drogas - UDED, Departamento de Psicobiologia da UNIFESP. São Paulo, SP, Brasil. ^cUnidade de Pesquisa em Álcool e Drogas - UNIAD, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. São Paulo, SP, Brasil. [†]Analice Gigliotti; Lílian Ratto; Félix Kessler; Hamer Alves; Márcia Soares; Marcos Romano; Patrícia Hochgraf; Sérgio Nicastrí; Sílvia Brasiliano; Tadeu Lemos e Valter Abelardino.

Resumo

Objetivo: O diagnóstico de comorbidade psiquiátrica e dependência de álcool e outras substâncias tem sido objeto de inúmeros estudos nos últimos anos. A Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas, ABEAD, desenvolveu o projeto Diretrizes. Este trabalho visa o desenvolvimento de critérios diagnósticos e terapêuticos atualizados, para as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes. O objetivo deste trabalho é o de apresentar um resumo do documento original, que será disponibilizado em breve, sob a forma de livro.

Métodos: A metodologia utilizada foi a proposta pela Associação Brasileira de Álcool e Outras Drogas. O trabalho foi realizado tendo como referência Diretrizes adotadas em outros países, e baseado em evidências científicas publicadas em artigos de revisão, estudos com animais, ensaios clínicos randomizados e outros estudos.

Resultados: São apresentados dados referentes à epidemiologia, diagnóstico e tratamento das principais comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. Em relação ao tratamento, neste artigo são detalhadas as diferentes condutas a serem tomadas, de acordo com cada comorbidade estudada, considerando tanto as abordagens não farmacológicas quanto o tratamento medicamentoso específico para cada condição clínica.

Conclusão: A Diretrizes para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias deverá servir como referência, baseada em evidência científica, na tomada de decisões sobre a melhor conduta na abordagem do dependente químico portador de outra patologia psiquiátrica.

Descritores Comorbidades. Diretrizes. Diagnóstico. Tratamento.

Abstract

Objective: Recently, several studies have focused on comorbidity involving psychiatric disorders with alcohol and other substance abuse and dependence. The Brazilian Association of Studies on Alcohol and Other Drugs, ABEAD, proposed guidelines for diagnoses and treatment of the most common alcohol and other drugs dependency and psychiatric disorders. The objective of this paper

is to present an abbreviated version of the original document, which will soon be available in textbook format.

Methods: The present methodology was proposed by ABEAD. The work was based on guidelines developed in other countries, as well as systematic reviews, animal studies, randomized clinical trials and other forms of research.

Results: The following aspects were presented: epidemiological data, diagnoses and treatment of the main psychiatric comorbidities with alcohol and other substances abuse and dependence.

Regarding the treatment topics, details on different procedures, using non-pharmacological and pharmacological approaches, on each comorbidity studied.

Conclusions: professionals can use ABEAD Guidelines as a reference for decision making regarding alcoholic and drug dependent patients suffering of comorbidity psychiatric disorders.

Keywords. Comorbidity. Diagnosis. Guidelines. Treatment.

INTRODUÇÃO

Comorbidade pode ser definida como a ocorrência de duas entidades diagnósticas em um mesmo indivíduo. No estudo da dependência de álcool e outras drogas, a manifestação de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias e de outros transtornos psiquiátricos vem sendo bastante estudada já desde os anos 80.^{1,2} De fato, o abuso de substâncias é o transtorno coexistente mais freqüente entre portadores de transtornos mentais,³ sendo fundamental o correto diagnóstico das patologias envolvidas. Os transtornos mais comuns incluem os transtornos de humor, como a depressão, tanto uni como bipolar, transtornos de ansiedade, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, e, numa extensão menor, a esquizofrenia. Transtornos alimentares e transtornos de personalidade também apresentam estreita correlação com o abuso de substâncias.

Kaplan e Feinstein⁴ (1974), caracterizaram três classes de comorbidades: a **patogênica**, quando um determinado transtorno leva ao desenvolvimento de outro, e ambos podem ser etiológicamente relacionados; a **diagnóstica**, (dois ou mais transtornos cujos critérios diagnósticos se baseiam em sintomas não específicos); e a **prognóstica**, quando a combinação de dois transtornos facilita o aparecimento de um terceiro, como por exemplo, a maior chance de que um paciente com diagnóstico de depressão e ansiedade venha a apresentar abuso ou dependência de álcool ou drogas.

Na última década, a co-ocorrência de transtornos mentais e transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas tem sido largamente reconhecida na clínica psiquiátrica. Diversos estudos, principalmente na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), têm relatado os efeitos negativos do uso/dependência de substâncias psicoativas entre pacientes com transtornos mentais, tentando estabelecer as potenciais diferenças entre pacientes que abusam de álcool ou substâncias psicoativas, principalmente nas implicações quanto a diagnóstico, tratamento e prognóstico. Há evidências de que mesmo o uso infreqüente e de pequenas doses de drogas, legais ou ilegais, podem levar o indivíduo com transtornos mentais graves a conseqüências mais sérias do que as vistas na população geral e estão associados a mais efeitos negativos ligados aos transtornos mentais.^{5,6,7}

EPIDEMIOLOGIA

A prevalência de comorbidade em dependência química varia de 0,5% a 75% das amostras investigadas.^{8,9,5,10,11,12} Essa ampla variação tem sido atribuída a diferenças no tipo de estudo realizado, no tipo de serviços que deram origem às amostras, nos métodos de avaliação utilizados, nas definições de transtornos devidos ao uso de substâncias, em variações nas características sociodemográficas das amostras, variações na disponibilidade de drogas ilícitas na comunidade e conforme a região geográfica estudada.¹³ Pacientes com comorbidade, no entanto, representam, por si, uma população heterogênea e têm sido propostos muitos diferentes sub-tipos, baseados nas diferentes combinações entre os transtornos psiquiátricos existentes e as substâncias utilizadas, ou ainda conforme a idade de início do transtorno, gravidade do quadro e a duração de uso da substância e do transtorno mental.¹⁴ Muitos pacientes apresentam múltiplos transtornos psiquiátricos, uso de mais de uma substância e doenças clínicas associadas.

A incidência de comorbidade de abuso ou dependência de substâncias e transtornos mentais graves parece estar aumentando.¹⁵ Tal fenômeno tem sido atribuído a aumento e disponibilidade de álcool e drogas na população geral. Alguns autores sugerem que é importante diferenciar pacientes com transtornos mentais graves que abusam de drogas psicoativas daqueles que apresentam quadros de dependência a essas drogas, uma vez que parece ser bastante diferente a evolução desses indivíduos. Parece haver uma tendência maior ao abandono do uso de álcool e drogas entre os pacientes que somente abusam delas, do que naqueles que apresentam quadros de dependência. Isto, mesmo apesar das evidências de que a prevalência de transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas não seja muito variável entre uma população geral de pacientes durante a vida.¹⁶

DIAGNÓSTICO

Uma das maiores dificuldades na abordagem do paciente com comorbidade está no diagnóstico primário inicial. Não é fácil, no início, estabelecer diferenças entre a presença de comorbidade (abuso de substâncias psicoativas e transtornos mentais graves) e quadros

psicóticos, depressivos ou ansiosos devidos ao efeito de tais substâncias. Muitas drogas podem produzir sintomas psicóticos, ansiosos ou depressivos durante a intoxicação e mesmo durante os quadros de abstinência, como é o caso dos alucinógenos e dos depressores do sistema nervoso central. Por outro lado, também ainda não é claro o efeito dessas substâncias na apresentação dos sintomas em pacientes com transtornos mentais graves, não sendo possível estabelecer a real influência das drogas psicoativas sobre a psicopatologia: alucinações experimentadas por dependentes de álcool podem não diferir significativamente das alucinações experimentadas por pacientes esquizofrênicos.¹⁷

Muitos questionários têm sido aplicados a população de pacientes com transtornos mentais graves associados ao uso de drogas. A escolha da entrevista a ser utilizada deve basear-se nos objetivos do estudo, pois existem diferentes instrumentos desenvolvidos para cada tipo de avaliação específica. Instrumentos de triagem servem para identificar indivíduos que provavelmente apresentem problemas relacionados ao abuso de substâncias; demandam maior sensibilidade que especificidade, como o CAGE e o Alcohol Use Disorders Identifications Test - AUDIT¹⁸.

Na Europa e nos Estados Unidos da América do Norte são aplicados testes diagnósticos direcionados a vários aspectos envolvendo comorbidades psiquiátricas, tanto gerais como específicos. Entre eles estão o Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - SADS; o Diagnostic Interview Schedule - DIS e o Alcohol use Disorders and Associated Disabilities - AUDADIS, este último acessando diversos aspectos envolvendo alcoolismo e depressão maior, consumo de tabaco e outras drogas, além de complicações clínicas não psiquiátricas.¹² Essas entrevistas podem ser úteis inclusive para acompanhamento durante o tratamento, por avaliar também o comprometimento trazido pelo uso de substâncias para a vida do indivíduo, e para estudos epidemiológicos.

No Brasil, os critérios diagnósticos mais utilizados são a CID-10¹⁹ e o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. ed (DSM – IV, 1995). Cada eixo do DSM-IV fornece informações sobre as características do paciente, especialmente os eixos I e II. No eixo I estão incluídos os critérios diagnósticos para Transtornos Psicóticos; Transtornos de Humor e

Transtornos de Ansiedade. No eixo II estão os Transtornos de Personalidade. Os eixos II e IV nos dão uma visão ainda mais compreensiva, incluindo Problemas Médicos que podem mimetizar ou precipitar Transtornos Psiquiátricos no eixo III; e os Problemas Psicossociais e Ambientais, no eixo IV.

O correto diagnóstico através das entrevistas iniciais ou da observação da evolução clínica pode facilitar a abordagem terapêutica e as estratégias de prevenção de recaída. Os estágios de mudança sugeridos por Prochaska e Diclemente²⁰ e amplamente empregados no tratamento da dependência química podem ser influenciados, por exemplo, por estados depressivos ou psicóticos. Esses estágios - a) pré-contemplação; b) contemplação; c) preparação para mudança; d) ação; e) manutenção - podem ser acelerados por correta medicação, melhora do convívio e adaptação familiar e social prejudicadas pela comorbidade psiquiátrica e melhoria nas relações familiares.^{20,21} Aspectos envolvendo gênero, etnia e status socioeconômico também não devem ser esquecidos. Muitos autores concordam que tais fatores podem levar a pistas de situações ambientais traumáticas ou dificuldades variadas que influenciem o desenvolvimento e/ou o agravamento, tanto das questões relacionadas ao abuso de substâncias quanto à comorbidade psiquiátrica.²²

Para estabelecer um diagnóstico adequado devem ser considerados os seguintes fatores:

1. História familiar e questões específicas sobre possíveis distúrbios psiquiátricos. As informações devem ser colhidas com o paciente e também com 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 a seleção dos exames devem levar em consideração a história do indivíduo e o perfil de consumo de drogas X outro distúrbio psiquiátrico.
3. Questionários ou testes direcionados, gerais ou específicos.
4. Testes psicológicos. O mais utilizado é o Inventário de Beck para depressão. Outros testes específicos podem ser utilizados, de acordo com a necessidade de diagnóstico diferencial.

5. 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 esse período pode facilitar o correto diagnóstico.
6. Conhecimento adequado e aplicação dos critérios diagnósticos da CID-10 e do DSM-IV, para detecção das principais comorbidades associadas a dependência química.

TRATAMENTO

A organização de serviços para tratamento desses pacientes também sofre influência da dificuldade em se estabelecer um diagnóstico em pacientes com comorbidade psiquiátrica em dependência química. Os técnicos que trabalham em serviços de psiquiatria geral têm, muitas vezes, pouca ou nenhuma experiência no manejo de pacientes que abusam de drogas psicoativas. Quando esses pacientes procuram atendimento intoxicados, os técnicos envolvidos com o atendimento tendem a ficar irritados e podem aplicar medidas punitivas ao paciente. Alguns serviços simplesmente não admitem esses pacientes, e problemas com a moradia parecem ser particularmente importantes. Em contrapartida, serviços voltados ao atendimento de pacientes dependentes têm pouca segurança e experiência em trabalhar com pacientes psicóticos, pacientes bipolares ou com graves transtornos de personalidade e acreditam que seu tratamento está além de suas possibilidades. Alguns serviços voltados ao dependente são inclusive bastante impróprios ao acompanhamento de pacientes com transtornos mentais graves, principalmente aqueles que usam a confrontação, em que os limites de tolerância à recaída são muito estreitos e nos quais o tom emocional das sessões de terapia tendem a ser muito altos.²³ Por esta razão, têm sido propostos programas específicos, que permitam às equipes de saúde mental desenvolver formas efetivas de lidar com tais pacientes, visando conscientizá-los da necessidade de se tornarem abstinentes, melhorar sua aderência ao tratamento e reorganizar suas redes sociais.²⁴ No Brasil, até o momento são poucos os estudos que investigaram essa questão. No entanto, há indicações de que a comorbidade entre transtornos mentais graves e abuso ou dependência de álcool ou drogas seja um problema relevante.^{25,26,27}

Veremos com maior especificidade a seguir o tratamento para as principais comorbidades psiquiátricas.

A. TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE x DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

A tarefa inicial do tratamento envolve educação sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade - TDAH, o que por si mesmo já pode trazer grande alívio ao sofrimento psíquico do paciente e uma redução dramática dos sintomas.^{28,29} Somando-se ao TDAH, tais pacientes com frequência apresentam baixa auto-estima, comportamentos de risco e dificuldades em seguir programas de 12 passos, além de psicoterapias de grupo e individual. Sessões estruturadas e sessões direcionadas aos objetivos, com o terapeuta ativamente reforçando o conhecimento do paciente sobre o TDAH e sobre dependência de álcool e outras substâncias – AOS - e examinando crenças errôneas sobre a história das suas (do paciente) dificuldades, servem como esqueleto de intervenção eficaz.^{3,29} Longas trocas verbais, extensas terapias em grupo e ambientes demasiadamente estimulantes devem ser evitados, pois com frequência sobrecarregam o paciente com esta comorbidade. Uso de modalidades outras que não as verbais/auditivas podem ser úteis nessa população.

Ao avaliar um paciente com abuso de substâncias para a presença de TDAH, um clínico se confronta com três problemas diagnósticos maiores. O primeiro é que o diagnóstico requer uma história de TDAH na infância; o segundo é a elevada incidência de transtornos psiquiátricos comórbidos com TDAH e com uso abusivo de substâncias psicoativas; e o terceiro é a alta taxa de sobreposição de sintomas ente TDAH, AOS e outros transtornos médicos e psiquiátricos.

TDAH adulto é a continuação de um transtorno que tem sua origem na infância. Estritamente falando, não se pode fazer o diagnóstico de TDAH em adulto sem uma história infantil positiva para dificuldades de atenção, impulsividade e hiperatividade.³⁰

Avaliar sintomas primários de desatenção, impulsividade e hiperatividade durante longos períodos de abstinência pode ajudar a clarear o quadro clínico. Atenção especial deve ser dada à detecção de outros transtornos psiquiátricos e cognitivos não diretamente relacionados ao abuso

de substâncias. Ainda, clínicos especialistas em drogadição e TDAH têm descoberto que intervenção no tempo certo – mais precoce do que anteriormente recomendado – pode ajudar a estabilizar a recuperação mais do que a coloca em risco.³¹

B. TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Para melhor entendermos as condutas para o tratamento dos TA, vamos descreve-los por cada sub-tipo diagnóstico.

B1. Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG)

Os sintomas do TAG se sobrepõem aos da intoxicação aguda e da síndrome de abstinência, principalmente do álcool.^{32,33}

O tratamento para o TAG com benzodiazepínicos - BZD - é efetivo, mas o potencial de abuso nos que usam álcool e outras substâncias pode ocorrer, portanto a buspirona tem sido recomendada.^{34,35,36,37} A trazodona, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina -ISRS, os antidepressivos tricíclicos - ADT, como a imipramina, podem ser utilizados.^{38,39,40,41} Técnicas de relaxamento, a terapia Comportamental-Cognitiva - TCC - e a Técnica de Desenvolvimento de Habilidades Sociais podem tornar os tratamentos farmacológicos mais efetivos.^{42,43}

B2. Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

Se os sintomas do TEPT forem abolidos com farmacoterapia - ADT, inibidores da monoamino-oxidase - IMAO, ISRS, o uso de substâncias psicotrópicas pode diminuir.^{44,45,46} Se ocorrerem sintomas de dissociação e psicose, os neurolépticos devem ser utilizados.⁴⁷

B3. Transtorno do Pânico (TP)

Com relação ao tratamento farmacológico, os ADT são os mais indicados. Os ISRS e ADT são efetivos no TP sem AOS.⁴⁸ Os ISRS, são utilizados em TP e dependência de álcool.^{49,50,51,52} A desipramina, no TP e na dependência de cocaína.⁵³ Assim, os ADTs e os ISRSs, inicialmente em

baixas doses para evitar a exacerbação dos sintomas, são as substâncias de escolha para TP e dependência.

Os TPs 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 abusivo de substâncias psicoativas.^{54,55}

Os IMAO são contra-indicados ou indicados com restrição, em paciente com uso de álcool e outras substâncias, pois o uso do IMAO requer controle dietético adequado.^{56,57} Além do mais, o uso de IMAO e de estimulantes pode culminar com crise hipertensiva grave.

B4. Fobia Social (FS)

A farmacoterapia é diversa: ADT, ISRS, BZD e ADT.^{58,59} O ISRS tem sido o mais indicado, pois alguns estudos demonstraram a redução da ansiedade e também do desejo de beber.^{60,61} Em casos de fobia grave, os IMAOs podem ser associados, apesar das restrições descritas para TP.

O tratamento inclui TCC com treinamento para o desenvolvimento de estratégias; dessensibilização com exposição gradual à situação fóbica, entre outras variantes da técnica.^{62,63,64}

B5. Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

Técnicas psicológicas e farmacoterapia associadas melhoram os resultados do tratamento.^{65,66,67} A clomipramina é efetiva no tratamento do TOC e, portanto, pode ser utilizada na co-ocorrência com AOS.⁶⁸

RECOMENDAÇÕES FINAIS PARA O TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE X DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

O maior problema decorrente desta comorbidade é o diagnóstico diferencial e, conseqüentemente, o planejamento da intervenção, pois ocorre uma superposição de sintomas, tanto da ansiedade como da intoxicação ou síndrome de abstinência de substâncias. Um transtorno pode exacerbar ou mascarar o outro, e portanto, recomenda-se que:

1. Os benzodiazepínicos, substâncias efetivas e seguras para o tratamento da ansiedade, podem produzir tolerância e dependência, e portanto devem ser utilizados com restrições, quando o diagnóstico é duplo.
2. A desintoxicação com abstinência por no mínimo duas semanas é imprescindível.⁶⁹
3. O tratamento psicossocial deve ser aplicado imediatamente, pois pode determinar a utilização ou não da farmacoterapia e contribuir para diminuir as recaídas. Vários tipos de intervenção são preconizadas, mas a TCC e suas variantes têm sido consideradas as mais efetivas para os dois transtornos.^{70,71,72,73} Também os tratamentos não-farmacológicos, principalmente a TCC, melhoram a efetividade dos tratamentos farmacológicos, recomendando-se, portanto, sua aplicação concomitantemente.^{74,75} A intervenção junto à família melhora o resultado dos tratamentos.⁷⁶
4. A farmacoterapia aplicada isoladamente tem sido considerada inefetiva e pode até desencadear uma recaída.^{77,78} É diversa para o adulto e mais reservada para os adolescentes.⁷⁹ O uso de benzodiazepínico nesses transtornos tem sido ponto de controvérsia,^{80,81,82} entre aqueles que preconizam sua utilização, pelos benefícios terapêuticos mais rápidos e pela segurança, e aqueles que contra indicam seu uso devido ao risco de desenvolver tolerância e dependência.^{83,84} Alguns pesquisadores recomendam o uso racional, mesmo em dependentes de álcool, pois essas substâncias tratam de forma bastante efetiva os sintomas ansiosos.⁸⁵ A restrição aos IMAOs se deve à dificuldade dos pacientes em manter uma dieta adequada e de sua interação com substâncias de abuso. A Buspirona é a substância ansiolítica mais recomendada, considerada tão segura e efetiva como o BZD.^{86,87,88}

C. TRANSTORNO DO HUMOR (AFETIVO) BIPOLAR x DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Apesar da associação freqüente entre o THB e o abuso ou dependência de álcool e substâncias, foram realizados poucos estudos sobre o tratamento da população que apresenta essa comorbidade. Os estudos sobre o tratamento farmacológico apresentaram desenho aberto ou

retrospectivo, e têm limitações, como as amostras reduzidas.^{89,90} A maioria dos estudos controlados realizados com bipolares freqüentemente exclui indivíduos com diagnóstico de abuso de álcool e substâncias. De forma semelhante, estudos sobre o tratamento do abuso e de dependência de álcool e substâncias excluem pacientes com diagnóstico do THB.

Os pacientes com quadro comórbido demandam tratamento integrado, o que freqüentemente é impedido por barreiras organizacionais, tornando o tratamento pouco efetivo.⁹¹ O problema é alavancado pelo número relativamente baixo de profissionais treinados para tal abordagem.⁹² Os pacientes que não “preenchem os requisitos” recebem menos oportunidades de tratamento: assim, pode ocorrer de não serem aceitos nos serviços de saúde mental se não pararem de beber e não serem aceitos nos programas de tratamento de alcoolismo enquanto os sintomas afetivos não estiverem controlados.⁹³

Osher & Kofoed⁹⁴ (1989) propuseram abordagem integrada para pacientes comórbidos que incluem os seguintes fatores: estratégias para aumentar o engajamento e a retenção no tratamento, persuasão acerca da relação entre abuso de substâncias e transtorno psiquiátrico e tratamento concomitante dos dois distúrbios para aliviar qualquer conflito entre as duas modalidades de tratamento.

ABORDAGENS NÃO-FARMACOLÓGICAS

Apesar da escassez literária no que tange ao tratamento não-farmacológico de tal comorbidade, Kranzler⁹⁵ et al. defende que estratégias psicossociais e comportamentais são necessárias para abordar os prejuízos psicossociais conseqüentes. Isto poderia ajudar ao paciente no gerenciamento de estressores, desenvolvimento de controle sobre a impulsividade e estratégias de habilidades sociais para lidar com dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Pode-se treinar habilidades de reconhecimento de sintomas em fases iniciais do transtorno afetivo, antes que um quadro completo se tenha instalado. Recentemente, Weiss e Cols.⁹⁶ (2000), divulgaram os resultados de um estudo-piloto sobre o tratamento, em grupo (“Integrated Group Therapy”), de pacientes com diagnóstico de THB e dependência de substâncias. Os autores relataram o impacto positivo dessa abordagem conjunta às duas condições clínicas na evolução dos pacientes por um

período de seis meses. No entanto, o número reduzido da amostra e o curto período de observação de tal piloto limitam as interpretações dos seus resultados. Convém lembrar aos pacientes que substâncias psicoativas não são “antidepressivos”.

FARMACOTERAPIA

Por um lado, o tratamento farmacológico precoce pode ser indesejável porque que boa parte dos sintomas remite com a abstinência. Na prática, os clínicos geralmente se amparam em fatores como a distinção paradigmática primário/secundário, história familiar de transtornos afetivos, resposta farmacológica anterior favorável e gravidade do quadro.⁹⁷ Obviamente, se um paciente está ativamente psicótico, agressivo ou suicida, intervenção imediata específica deve ser empreendida, ainda que se considere o transtorno afetivo relacionado à dependência química (ou seja, farmacoterapia, proteção ambiental, orientação familiar, psicoterapia suportiva).

Assumir que o tratamento do quadro afetivo vai remitir também o uso de substâncias é claramente incorreto.⁹⁷

Há uma série de fatores que indicam a superioridade do uso de anticonvulsivantes sobre o lítio nesses pacientes.^{89,98,90}

1. a pequena margem de segurança para o uso do lítio torna difícil o seu uso efetivo e seguro nessa população (baixa aderência, seguimento descontínuo, dificuldade em manter estado de hidratação continuamente satisfatório – o que aumenta o risco de intoxicação por hemoconcentração);
2. possibilidade aumentada do uso da medicação em tentativas de suicídio;
3. baixa resposta terapêutica do lítio nos estados mistos e cicladores rápidos;
4. pacientes com e tal comorbidade responderiam melhor aos anticonvulsivantes valproato e carbamazepina, segundo a revisão de Sonne e Brady⁹⁹ (1999).

Resultados de estudos laboratoriais mostram que os antipsicóticos atípicos e anticonvulsivantes são mais eficazes nessa população. Deve-se fazer *screening* urinários para substâncias de abuso freqüentes; a dosagem sanguínea dos medicamentos deve ser estreitamente monitorada.¹⁰⁰

D. TRANSTORNOS DEPRESSIVOS X DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Para que o tratamento de Transtornos Depressivos X AOS ocorra de forma seqüencial deve seguir um modelo de tratamento integrado,¹⁰¹ em que uma só equipe multiprofissional e interdisciplinar possa abordar todos os aspectos do paciente, como os aspectos da clínica médica, neurológica, psiquiátrica, psicoterápica (individuais ou grupais), incluindo serviço social e comunitário, de ajuda mútua, como, por exemplo, os AA.

ABORDAGENS NÃO-FARMACOLÓGICAS

As psicoterapias têm se mostrado atualmente consistentes, quando avaliadas em pesquisas clínicas tanto para AOS quanto para as depressões.¹⁰² As técnicas de terapias comportamentais (TCC) e as que utilizam abordagens motivacionais são utilizadas para melhor adesão ao tratamento; técnicas de prevenção de recaídas, durante o processo de manutenção da abstinência a AOS.¹⁰³ As depressões e AOS também respondem bem às abordagens interpessoais, quando feitas por terapeutas experientes.¹⁰⁴

FARMACOTERAPIA

Com relação às abordagens psicofarmacológicas, deve-se aguardar 2 a 4 semanas de abstinência, como nas outras comorbidades (Estudos mostram que o uso de imipramina, desipramina e ISRS, como a fluoxetina, melhoram os sintomas do humor e reduzem o consumo de álcool; nas taxas de recaídas, aumentam o tempo até o 1º episódio de beber pesado.¹⁰⁵

A imipramina causa melhora nos sintomas depressivos e diminui as taxas de recaída, mas seus efeitos colaterais produzem altos índices de abandono.¹⁰⁶

A fluoxetina, em dose de 20 a 40mg por dia durante pelo menos 8 semanas, causa melhoras significativas no humor e, na tendência às recaídas, reduz o consumo e retarda a primeira recaída.¹⁰⁷

Finalmente, deve-se ter atenção especial com as seguintes situações:

1. Depressão com ansiedade: ISRS preferencialmente associado a buspirona. Evitar a associação com benzodiazepínicos, conforme discutido no tópico sobre AOS e TA.¹⁰⁸
2. Depressão com abstinência estável: manter condutas com uso de antidepressivos e abordagens psicossociais.¹⁰⁰
3. Depressão com recaídas: esquema misto com agentes anticraving, como o naltrexone e/ou estabilizadores do humor e antidepressivos.¹⁰⁹

E. TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE x DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Diversos estudos têm demonstrado significativo impacto negativo na comorbidade psiquiátrica TP x AOS, especialmente os Transtornos de Personalidade do agrupamento B. Essas dificuldades incluem estabelecimento de aliança terapêutica, resistência a mudanças de estágio, redução da aderência e abandono precoce de tratamento. Apesar dessas evidências, estudos recentes indicam que tais pacientes se beneficiam do tratamento tanto quanto os que têm apenas diagnóstico em Eixo I, apesar de apresentarem recaídas mais precoces.^{110,111}

O tratamento integrado de pacientes portadores de dependência de TP x AOS tem melhor resultado do que o tratamento *seqüencial* ou o *paralelo*.^{112,113}

O tratamento farmacológico, a entrevista motivacional - EM - e a TCC são os instrumentos mais eficazes para abordagem integrada em pacientes com comorbidade Dependência do Álcool e Outras Drogas x TP.

O tratamento farmacológico deve ser utilizado para controle de sintomas específicos. Estudos de revisão realizados por Coccaro¹¹⁴, (1993) e Kosten¹¹⁵, (1995) sugerem o uso de neurolépticos, antidepressivos, lítio, carbamazepina e buspirona, de acordo com o diagnóstico e funcionamento de personalidade de cada indivíduo. Os neurolépticos beneficiam pacientes com Transtornos de Personalidade Borderline - TPB, Esquizóide ou Paranóide. A redução da impulsividade e da agressividade em alguns pacientes com TPAS e TPB é observada com o uso de antidepressivos, lítio e carbamazepina. Já os benzodiazepínicos devem ser evitados, devido ao seu potencial de abuso e dependência, podendo-se optar pelo uso de buspirona, especialmente

em pacientes com Transtorno de Personalidade Esquiva e em pacientes que apresentem sinais e sintomas de ansiedade.

Estudos mais recentes sugerem também o uso dos agentes *anticraving* naltrexona para reduzir da impulsividade, e do acamprosato para reduzir a reação ao estresse e sensibilidade a sintomas de ansiedade.¹¹⁶

A EM deve ser aplicada durante a fase inicial e durante o curso do tratamento. Pacientes com TP demandam maior esforço por parte do terapeuta para estabelecer uma aliança capaz de promover mudanças no funcionamento de sua personalidade. Tal aliança deve ser suficiente para aumentar as possibilidades de uma aderência ao tratamento, especialmente na fase de prevenção de recaída.^{117,118}

Na forma de prevenção de recaída, a TCC tem sido amplamente utilizada no tratamento de dependentes químicos.¹¹⁹ Uma abordagem direcionada para a comorbidade com TP deve ser voltada tanto para a prevenção de recaída quanto para mudanças no funcionamento da personalidade. Durante as sessões iniciais, maior ênfase deve ser dada à manutenção da abstinência, para posteriormente serem abordados aspectos disfuncionais de personalidade, visando a maior aderência ao tratamento e maior capacidade no enfrentamento de problemas.¹²⁰

É crescente a preocupação de serviços com o desenvolvimento de melhor estrutura para tratamento de comorbidade com TP. Alguns autores enfatizam a necessidade de incluir no tratamento, além dos itens aqui citados, também programas psicoeducacionais para atendimento familiar.¹²¹

F. TRANSTORNOS PSICÓTICOS x DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Indivíduos com esquizofrenia e com abuso de substâncias têm um prognóstico pior do que pacientes com um desses transtornos e são de difícil tratamento. Por isso, o primeiro ponto a ser estabelecido é uma aliança terapêutica consistente, pois constitui um dos fatores preditores do sucesso do tratamento.¹²² Geralmente não respondem bem a abordagens terapêuticas direcionadas apenas a um deles, tornando-se necessário combinar medicações e modificar as

terapias psicossociais incluindo abordagens para ambos¹⁴. Inúmeros trabalhos têm indicado que o tratamento integrado é efetivo.

Recentemente várias diretrizes têm sido propostas para o tratamento dos pacientes com essa comorbidade.^{123,124} O Ideal seria contar com uma equipe multidisciplinar formada por psiquiatras com conhecimento sobre drogas, profissionais da área da dependência química e especialistas clínico-laboratoriais. Contudo, raramente os serviços psiquiátricos têm condições de criar programas especiais para pacientes com diagnóstico duplo. Por isso, é mais provável que os pacientes recebam esse tratamento em programas para dependência de drogas.¹²⁵

O tratamento deve ser individualizado. O médico ou a equipe devem tentar diagnosticar a natureza da psicose, proteger o paciente dos danos próprios e alheios, bem como desintoxicá-lo e medicá-lo a fim de resolver os sintomas agudos.

O tratamento inicial deve ser de apoio, oportunizando ao paciente um ambiente tranqüilo e seguro com abordagem enfocada nos sentimentos e nas alterações de sensopercepção provocadas pela droga.¹²⁶

Como ainda não existe consenso na literatura médica sobre o uso de psicofármacos para os sintomas psicóticos em esquizofrênicos usuários de substâncias e não existem metanálises que apontem o uso de medicações específicas, os especialistas nessa área concordam que o tratamento a ser oferecido permanece o mesmo daqueles pacientes psicóticos não-usuários de drogas, observando-se as situações específicas já descritas no capítulo.¹²⁷ Contudo, a terapêutica psicofarmacológica de primeira escolha indicada atualmente pela maioria dos autores americanos são os antipsicóticos atípicos, como a clozapina,^{128,129,130} a risperidona,^{131,132} a olanzapina e o sertindol. Apesar do preço, quando comparados com os antipsicóticos tradicionais, eles têm melhor eficácia no tratamento dos sintomas negativos e menores efeitos colaterais, assim como afinidade pelos receptores serotoninérgicos, que podem ter importante papel na neurobiologia da dependência da cocaína e do álcool. Algumas vezes os neurolépticos podem exacerbar os sintomas psicóticos ou causar *delirium*, devendo ser priorizados nos estágios mais avançados do tratamento quando os efeitos das substâncias psicoativas tiverem desaparecido. A farmacoterapia

com neurolépticos é indicada na menor dose possível. Medicções como o dissulfiram, a naltrexona e o acamprosato podem ser incluídas no tratamento¹⁴.

O tratamento psicossocial inicial seria com o intuito de aumentar a motivação para mudar o seu comportamento de uso de álcool e drogas (ex.: entrevista motivacional), assim como prover habilidades cognitivo-comportamentais necessárias para alcançar e manter a abstinência.^{123,128} As recaídas ocorrem freqüentemente nessa população e podem ser secundárias à má aderência à medicação.¹²⁴

O tratamento de longo prazo deve focar-se na minimização dos sintomas, na melhora do funcionamento social e familiar, no treinamento de habilidades¹²⁵ e na prevenção de recaída.¹³³ Ao contrário dos modelos de tratamento para dependência química, os grupos de auto-ajuda e o aconselhamento devem ter menor intensidade e poucas confrontações.

G. TRANSTORNOS ALIMENTARES x DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Em relação ao tratamento, um ponto importante a ser observado é que mais uma vez, como nos tópicos anteriores, os programas integrados (onde os transtornos psiquiátricos e os quadros de dependência são abordados simultaneamente pela mesma pessoa, equipe ou serviço) têm sido sugeridos como os mais efetivos.^{85,86,25} Alguns autores ressaltam, inclusive, que o pior prognóstico dos pacientes dependentes com comorbidade pode ser atribuído, em grande parte, à abordagem tradicional, que trata a dependência em um serviço e o transtorno psiquiátrico associado em outro.⁸⁷

Em relação aos transtornos alimentares -TA, temos que considerar que se trata de uma condição crônica, complexa e séria e, que, portanto, requer uma variedade de modalidades de tratamento nos diferentes estágios da doença e da recuperação.⁷⁰ As fundamentais seriam as intervenções psiquiátricas (incluindo aqui as medicamentosas), nutricionais e psicológicas (individuais e familiares), embora, idealmente abordagens sociais e de terapia ocupacional também devam ser contempladas. Objetiva-se assim corrigir maus hábitos alimentares, desnutrição,

distorção de imagem corporal, diminuição da auto-estima, supervalorização do corpo, problemas psicológicos, comportamentais e sociais como um todo.⁷

Até que um entendimento mais profundo da etiologia e dos mecanismos envolvidos nos transtornos alimentares seja obtido, o tratamento deve ser essencialmente pragmático e voltado especialmente para salvar vidas.¹⁰³ O cuidado da equipe multidisciplinar é fundamental para alcançar e manter um mínimo de estabilidade em uma sociedade preocupada demais com o peso.

Resumindo, serviços de atendimento que incluam assistência social, assistência legal, atendimento familiar, profissionais que trabalhem especificamente questões ligadas à auto-estima e ao corpo (por exemplo nutricionistas e terapeutas ocupacionais) e grupos de psicoterapia só de mulheres seriam mais eficazes para as mulheres farmacodependentes.⁹

H. COMORBIDADE PSQUIÁTRICA EM TABAGISMO x DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

A condução adequada do tratamento do tabagismo pressupõe a modificação do padrão de uso de outras drogas, especialmente o álcool.

Não há suporte científico para a noção tradicional de que a interrupção simultânea de álcool e nicotina possa aumentar o risco de recaída para o álcool.¹¹⁴

Hughes¹¹¹ (1993) demonstrou que o tratamento para parar de fumar em alcoolistas é tão bem sucedido quanto em não-alcoolistas. Em 1997, Stuyt¹¹⁵ comparou as taxas de recuperação entre fumantes e não-fumantes, após tratamento para dependência de álcool e outras drogas em regime de internação. Os resultados indicaram que não-fumantes apresentaram períodos mais longos de abstinência do que os fumantes. As diferenças encontradas são mais significativas em pacientes cuja droga de escolha atua como depressora do sistema nervoso central (ex.: álcool). Não houve diferenças significativas das taxas de recuperação entre fumantes e não-fumantes quando se tratava de dependência de substâncias estimulantes (ex. cocaína).

Na avaliação do paciente tabagista é fundamental observar o desejo de parar de fumar. Caso o paciente não deseje interromper uso do tabaco, deve-se tratar a comorbidade e utilizar estratégias psicoterápicas para motiva-lo (estratégias motivacionais).

CONSIDERAÇÕES GERAIS FINAIS

Como já citado nos tópicos específicos de cada comorbidade, há cerca de uma década já existe um consenso entre os pesquisadores quanto ao sinergismo de sintomas. Em outras palavras, a melhora do quadro psiquiátrico em conjunto com o abuso de substâncias está associada a uma evolução favorável desta última, reduzindo o risco de recaída e aumentando a qualidade de vida do paciente.¹¹⁶ Assim, a abordagem do paciente deve ser compreensiva. O manejo da crise aguda deve ser feito sem perder de vista a necessidade de uma abordagem integrada, tanto por equipe multidisciplinar quanto por terapeuta individual.

Outros autores também sugerem que o tratamento integrado de pacientes com comorbidade psiquiátrica tem melhor resultado do que o tratamento “seqüencial” – tratamento iniciando pelo problema considerado mais agudo – ou do que o “paralelo” – tratamentos distintos em dois “*settings*” terapêuticos.^{117,12}

Ziedonis & Brady¹⁴ (1997) sugerem os seguintes itens a serem considerados, centrados em estratégias de manejo biopsicossocial:

1. Considerar a combinação específica da comorbidade e o estágio de motivação ao escolher o melhor método de tratamento.
2. Considerar o uso de farmacoterapia para o tratamento do transtorno psiquiátrico, desintoxicação e fase inicial de recuperação e prevenção de recaída.
3. Usar técnicas psicossociais para aumentar a motivação, auxiliar na resolução de problemas ambientais e no manejo de situações difíceis.
4. Fornecer apoio familiar e informação sobre tratamento adicional de apoio, como grupos baseados nos 12 passos de Alcoólicos Anônimos e outros grupos de auto-ajuda.
5. Apoio psiquiátrico para o controle de sintomas psicóticos, mania e depressivos com ou sem risco de suicídio.

Em resumo, a figura I apresenta os critérios para uma abordagem adequada ao paciente com diagnóstico de transtorno psiquiátrico e dependência de álcool e outras substâncias.

REFERÊNCIAS

1. Ross H, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 1988;44:1023-31.
2. Slaby AE, Lieb J, Tancredi LR. *Handbook of Psychiatry Emergencies*. 3rd ed. New York: Medical Examination Publishing; 1986.
3. Watkins TR, Lewellen A, Barret M. Issues and problems with dual diagnosis. In: *Dual diagnosis: An integrated approach to treatment*. Thousand Oak: Sage Publications; 2001. p. 11-24.
4. Kaplan MH, Feinstein AR. The importance of classifying initial co-morbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. *J Chronic Dis* 1974;27:387-404.
5. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:408-14.
6. Gupta S, Hendricks S, Kenkel AM, Bhatia SC, Haffke EA. Relapse in schizophrenia: is there a relationship to substance abuse? *Schizop Res* 1996;20:153-6.
7. Swofford CD, Kasckow JW, Schelles-Gilkey G, Inderbitzin LB. Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizop Res* 1996;20:145-51.
8. Barbee JG, Clark RE, Crapanzano MS, Heintz GC, Kehoe CE. Alcohol and substance abuse among schizophrenics patients presenting to an emergency psychiatric service. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:400-7.
9. Regier DA, Boyd JH, Burk JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:977-86.
10. Drake RE, Wallach MA. Moderate drinking among people with severe mental illness. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44(8):780-1.
11. Duke PJ, Pantelis C, Barnes TR. South westminster schizophrenia survey. Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. *Br J Psychiatry* 1994;164: 630-6.

12. Hasin DS, Grant BF. Major depression in 6050 former drinkers: association with past alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(9):794-800.
13. El Guebaly N. Substance abuse and mental disorders: the dual diagnostic concept. *Can J Psychiatry* 1990;35:261-7.
14. Ziedonis D, Brady K. Dual diagnosis in primary care. Detecting and treating both the addiction and the mental illness. *Medical Clinics of America* 1997;81(4):1017-36.
15. Cuffel BJ. Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:589-92.
16. Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA. Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1995;46:248-51.
17. Salloum IM, Moss HB, Daley DC. Substance abuse and schizophrenia: impediments to optimal care. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991;17(3):321-36.
18. Babor TF, De La Fuente JR, Saunders J, Grant M. *Audit: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care*. Geneva: WHO; 1992.
19. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO; 1992.
20. Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum; 1986. p. 3-27.
21. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
22. Patrick DL, Bergner M. Measurement of health status in the 1990's. *Annu Rev Public Health* 1990;11:165-84.
23. Johnson S. Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: a case for specialist services? *Br J Psychiatry* 1990;171:205-8.
24. Jerrel JM, Ridgely MS. Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:566-76.

25. Menezes PR. The outcome of schizophrenia and related psychoses after hospitalization: a prospective study in São Paulo, Brazil [thesis]. London: University of London; 1995.
26. Ratto LRC. Prevalence of comorbidity on severe mental illness due to substance use disorders [thesis] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
27. Heckert U, Andrade L, Alves MJ, Martins C. Lifetime prevalence of mental disorders among homeless people in a southeast city in Brazil. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249(3):150-5.
28. Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford Press; 1994.
29. Hallowell EM. Psychotherapy of adult attention deficit disorder. In: Nadeau KG, editors. *A Comprehensive Guide to Attention Deficit Disorder in Adults: Research, Diagnosis, Treatment*. New York: Brunnel/Mazel; 1995. p. 146-67.
30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
31. DeMuth NM. ADHD adult evaluation in private practice: what is sufficient and cost-effective? *ADHD Report* 1996;4(1):8-11.
32. Chambless DL, Cherney J, Caputo GL. Anxiety and alcoholism: a study with inpatient alcoholics. *J Anx Disorders* 1987;1:29-40.
33. Massion AO, Warshaw MG, Keller MB. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150(4):600-7.
34. Goa K, Ward, A. Buspirone: a preliminary review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy as an anxiolytic. *Drug* 1986;32:114-29.
35. Ratey J, Sovner R, Parks A, Rogentine K. Buspirone treatment of aggression and anxiety in mentally retarded patients: a multiple baseline, placebo lead-in study. *J Clin Psychiatry* 1991;52(4):159-62.
36. Tollefson GD, Montague-Clouse J, Tollefson SL. Treatment of comorbid generalized anxiety in a recently detoxified alcohol population with a selective serotonergic drug (buspirone). *J Clin Psychopharmacol* 1992;12:19-26.

37. Kranzler HR, Rurleson JA, Del Boca FK, Babor TF, Korner P, Brown J, Bohn MJ. Buspirone treatment of anxious alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(9):720-31.
38. Liebowitz NR, El-Mallakh RS. Trazodone for the treatment of anxiety in substance abusers [letter]. *J Clin Psychopharmacol* 1989;9:449-51.
39. Modigh K. Antidepressant drugs in anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:57-74.
40. Rickels K, Downing R, Schweizer E, Hassman H. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:884-95.
41. Ansseau M, De Roeck J. Trazodone in benzodiazepine dependence. *J Clin Psychiatry* 1993;54(5):189-91.
42. Blowers C, Cobb J, Mathews A. Generalized anxiety: a controlled treatment study. *Behav Res Ther* 1987;25(6):493-502.
43. Butler G, Fennell M, Robson P, Gelder M. Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:167-75.
44. Davidson J. Drug therapy of post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 1992;160:309-14.
45. Van der KB, Dreyfuss D, Michaels M. Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55:517-22.
46. Polles AG, Smith PO. Treatment of coexisting substance dependence and post traumatic stress disorder. *Psychiatr Serv* 1995;46(7):729-30.
47. Marder SR. Clinical experience with risperidone. *J Clin Psychiatry* 1996;57(Suppl 9):57- 61.
48. Dan Boer JA, Westenberg HGM, Kamerbeek WDJ. Effects of serotonin uptake inhibitors in anxiety disorders: a double-blind comparison of clomipramine and fluvoxamine. *Int Clin Psychopharmacol* 1987;2:21-32.
49. Naranjo CA, Sellers EM, Sullivan JT, Woodley DV, Kadlec K, Sykora K. The serotonin uptake inhibitor citalopram attenuates ethanol intake. *Clin Pharmacol Ther* 1987;41:266-74.
50. Gorelick DA. Serotonin uptake blockers and the treatment of alcoholism. *Recent Dev Alcohol* 1989;7:262-81.

51. Sharpey AL, Walsh AE, Cowen PJ. Nefazodone: a novel antidepressant may increase REM sleep. *Biol Psychiatry* 1992;31(10):1070-3.
52. Cornelius JR, Salloum IM, Cornelius MD, Perel JM, Thase ME, Ehler JG, Mann JJ. Fluoxetine trial in suicidal depressed alcoholics. *Psychopharmacol Bull* 1993;29(2):195-9.
53. Gawin FH, Kleber HD, Byck R. Desipramine facilitation of initial cocaine abstinence. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:117-21.
54. Barlow DH, Lehman CL. Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders: implications for national health care. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:727-35.
55. Hiss H, Foa FB, Kozak MJ. Relapse prevention for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 1994;4:801-8.
56. Ballenger JC. Pharmacotherapy of panic disorders. *J Clin Psychiatry* 1986;47(6 Suppl):27-32.
58. Ballenger JC, Burrows GD, Dupont JrR. Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(5):413-22.
59. Rosenbaum JF, Pollock A. The psychopharmacology of social and comorbid disorders. *Bull Menninger Clin* 1994;58(2):67-83.
60. Lydiard RB, Falsetti SA. Treatment options for social phobia. *Psychiatric Ann* 1995;25(9):570-6.
61. Gorelick DA., Paredes A. Effect of fluoxetine on alcohol consumption in male alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 1992;16:261-55.
62. Schneider F. Social phobia. *Psychiatric Ann* 1991;21:349-53.
63. Turner S, Beidel DC, Townsely RM. *Behavioral Treatment of Social Phobia*. New York: John Wiley; 1992.
64. Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA, Kennedy CR, Zollo L, Becker RE. Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: comparison to a credible placebo control. *Cognit Ther Res* 1990;14:1-23.
65. Cottraux J, Mollard E, Bourvard M. A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1990;5:17-30.

66. Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1993;181(3):189-93.
67. Van Open P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1993;32:79-87.
68. Lydiard RB, Brawman-Mintzer O, Ballenger JC. Recent developments in the psychopharmacology of anxiety disorders. *J. Consult Clin Psychol* 1996;65:660-8.
69. Schuckit MA, Irwin M, Mahler HIM. The tridimensional personality questionnaire scores for sons of alcoholics and controls. *Am J Psychiatry* 1990;147:481-7.
70. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:620-5.
71. Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Sociopathy and psy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1081-6.
72. McLellan A. Patient-Treatment Matching and Outcome Improvement in Alcohol Rehabilitation. Washington, DC: National Academy of Sciences; 1988.
73. Schuckit MA. Drug and alcohol abuse. 4th ed. New York: Plenum Publishing; 1995.
74. Ries R, Mullen M, Cox G. Symptom severity and utilization of treatment resources among dually diagnosed inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45(6):562-8.
75. Chorpita BF, Barlow DH. The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychol Bull* 1998;124(1):3-21.
76. Lefley HP. Expressed emotion: conceptual, clinical, and social policy issues. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43(6):591-8.
77. Litten RZ, Allen JP. Pharmacotherapies for alcoholism: Promising agents and clinical issues. *Alcohol Clin Exp Res* 1991;15(4):620-33.
78. Gillin JC, Smith TL, Irwin M, Butters N, Demodena A, Schuckit M. Increased pressure for rapid eye movement sleep at time of hospital admission predicts relapse in non depressed patients with primary alcoholism at 3-month follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(3):189-97.

79. Klein RG, Abikoff H, Klass E, Ganeles D, Seese LM, Pollack S. Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1073-80.
80. Greenblatt DJ, Shader RI. Dependence, tolerance, and addiction to benzodiazepines: Clinical and pharmacokinetic considerations. *Drug Metab Rev* 1978;8:13-28.
81. Busto U, Sellars EM, Naranjo CA, Cappell HD, Sanchez-Craig M, Simpkins J. Patterns of benzodiazepine abuse and dependence. *Br J Addict* 1986;81:87-94.
82. Nutt DJ. Addiction: brain mechanism and their treatment implications. *Lancet* 1996;347:31-6.
83. Carney MWP, Ellis P. Benzodiazepines abuse and management of anxiety in the community. *Int J Addict* 1988;23:1083-90.
84. Annitto WJ. Alcoholics use of benzodiazepines. *Am J Psychiatry* 1989;146:683.
85. Garvey MJ, Tollefson GD. Prevalence of misuse of prescribed benzodiazepines in patients with primary anxiety disorder or major depression. *Am J Psychiatry* 1986;143:1601-3.
86. Cohn J, Wilcox C, Bowden C, Fisher J, Rodos J. Double-blind comparison of buspirone and clorazepate in anxious outpatients with and without depressive symptoms. *Psychopathology* 1992;25(S1):10-21.
87. Tollefson GD, Montague-Clouse J, Tollefson SL. Treatment of comorbid generalized anxiety in a recently detoxified alcohol population with a selective serotonergic drug (buspirone). *J Clin Psychopharmacol* 1992;12:19-26.
88. Kranzler HR, Rurleson JA, Del Boca FK, Babor TF, Korner P, Brown J, Bohn MJ. Buspirone treatment of anxious alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(9):720-31.
89. Nunes, EV, McGrath PJ, Wager S, Quitkin FM. Lithium treatment for cocaine abuser with bipolar spectrum disorders. *Am J Psychiatry* 1990;147:655-7.
90. Brady, KT, Sonne SC, Anton R, Ballenger JC. Valproate in the treatment of acute bipolar affective episodes complicated by substance abuse: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 1995;56:118-21.
91. National Institute on Drug Abuse (NIAAA). Fifth special report to the U. S. Congress on Alcohol and Health Department of Health and Human Services. Washington, DC; 1993.

92. Sellman D. Services for alcohol and drug dependent patients with psychiatric comorbidity. *N Z Med J* 1989;102(872):390.
93. Solomon P. Receipt of aftercare services by problem types: psychiatric, psychiatric/substance abuse and substance abuse. *Psychiatr Q* 1985;58:180-8.
94. Osher FC, Kofoed LL. Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:1025-30.
95. Kranzler HR, Mason B, Modesto-Lowe V. Prevalence, Diagnosis, and Treatment of Comorbid Mood Disorders and Alcoholism. Henry BK, Bruce J, Rounsaville MD, editors. *Dual Diagnosis and treatment* New York: University of Connecticut School of Medicine, Farmington, Connecticut; 1998. p. 107-35.
96. Weiss RD, Griffin ML, Greenfield SF, Najavits LM, Wyner D, Soto JA, Hennen JA. Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study. *J Clin Psychiatry* 2000;61:361-7.
97. Hersh DF, Modesto-Lowe V. Drug Abuse and Mood Disorders. Henry BK, Bruce J, Rounsaville MD, editors. *Dual Diagnosis and treatment*. New York: University of Connecticut School of Medicine, Farmington, Connecticut; 1998. p. 177-201.
98. Brady, KT, Lydiard, RB. Bipolar affective disorder and substance abuse. *J Clin Psychopharmacol* 1992;12:17S-22S.
99. Sonne, SC, Brady, KT. Substance abuse and bipolar comorbidity. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22:609-27.
100. Sherwood BE, Suppes T, Adinoff B, Thomas NR. Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis?, *J Affect Disord* 2001;65:105-15.
101. Brower KJ, Blow FC, Beresford TP. Treatment implications of chemical dependency models an integrative approach. *J Subst Abuse Treat* 1989;6(3):147-57.
102. Beck AT, Rusch AJ, Show BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Grulford; 1979.
103. Marlett GA, Gordon JR. *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1993.

104. Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Jurema MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(2):114-22.
105. Cordioli AV, et al. *Psicofarmacos: consulta rápida*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p. 268-9.
106. Anderson IM, Nutt DJ, Deakin JF. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol* 2000;14(1):3-20.
107. Montgomery AS. Long-term treatment of depression. *Br J Psychiatry* 1994;165 (Suppl 26):31-6.
108. Montgomery SA, Henry J, McDonald G, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors: meta-analysis of discontinuation rates. *Int Clin Psychopharmacol* 1994;9:47-53.
109. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1093-9.
110. Reich JH, Vasile RG. Effect of personality disorders on the treatment outcome of Axis I conditions: an update. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:475-84.
111. Strand, JG, Benjamin LS. Resistance to change in individuals with personality disorders. *Curr Opin Psychiatry* 1997;10:132-5.
112. Ries RK, Ellingson T. A pilot assessment at one month of 17 dual diagnoses patients. *Hosp Community Psychiatry* 1989;41:1230-3.
113. Drake RE, McHugo GJ, Noordsy, DL. Treatment of alcoholism among schizophrenic outpatients: 4 year outcomes. *Am J Psychiatry* 1993;150:328-9.
114. Coccaro EF. Psychopharmacologic studies in patients with personality disorders: review and perspective. *J Personal Disord* 1993;7(Suppl):181-92.
115. Kosten TR, McCle-Katz E. Substance abuse: new pharmacotherapies. In: Oldham JM, Riba MB, editors. *Review of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatry Press; 1995. v. 14.

116. Verheul R, Van den Brink W. The role of personality pathology in the aetiology and treatment of substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2000;13(2):163-9.
117. Beck AT, Wright FD, Newmann C F, Liese BS. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press; 1993.
118. Verheul R, Van den BW, Ball SA. Substance abuse and personality disorders. In: *Dual diagnoses and treatment - substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker; 1998. p. 317-63.
119. Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse prevention*. New York: Guilford Press; 1985.
120. Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange; 1990.
121. Links PS. Developing effective services for patients with personality disorders. *Can J Psychiatry* 1998;43(3):251-9.
122. Woody G, McLellan A, Bedrick J. Comorbidade: um desafio no tratamento de dependência de drogas. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 1995;17(3):189-200.
123. Bradizza CM, Stasiewicz PR. Integrating substance abuse treatment for the seriously mentally ill into inpatient psychiatric treatment. *J Subst Abuse Treat* 1997;14(2):103-11.
124. Ries RK, Russo J, Wingerson D, Snowden M, Comtois KA, Srebnik D, Roy-Byrne P. Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance disorders. *Psychiatr Serv* 2000;51(2):210-5.
125. Moggi F, Ouimette PC, Finney JW, Moos RH. Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients: a model of treatment factors associated with one-year outcomes. *J Stud Alcohol* 1999;60(6):856-66.
126. Birchwood M. Early intervention in psychotic relapse. *Clin Psychol Rev* 2001;21(8):1211-26.
127. Ho AP, Tsuang JW, Liberman RP, Wang R, Wilkins JN, Eckman TA, Shaner AL. Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *Am J Psychiatry* 1999;156(11):1765-70.

128. Zimmet SV, Strous RD, Burgess ES, Kohnstamm S, Green AI. Effects of clozapine on substance use in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: a retrospective survey. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20(1):94-8.
129. Volavka J. The effects of clozapine on aggression and substance abuse in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl 12):43-6.
130. Buckley P, Thompson PA, Way L, Meltzer HY. Substance abuse and clozapine treatment. *J Clin Psychiatry* 1994;55(Suppl B):114-6.
131. Misra LK, Kofoed L, Fuller W. Treatment of inhalant abuse with risperidone. *J Clin Psychiatry*, 1999;60(9):620.
132. Jha A, Fourie H. Risperidone treatment of amphetamine psychosis. *Br J Psychiatry* 1999;174:366.
133. Weiss RD, Greenfield SF, Najavits LM. Integrating psychological and pharmacological treatment of dually diagnosed patients. *NIDA Res Monogr* 1995;150:110-28.
134. Fisher MS, Bentley KJ. Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. *Psychiatr Serv* 1996;47:1244-9.
135. Moggi F, Hirsbrunder HP, Brodbeck J, Bachmann KM. One-year outcome of an integrate inpatient treatment for dual diagnosis patients. *Addict Behav* 1999a;24:589-92.
136. Blinder BJ, Blinder MC, Sanathara VA. Eating disorders and substance use disorders [online]. *Medicine & Behavior*; 2000. [cited 2001 Mar 24]. Available from: URL: www.medinfosource.com.
137. Mueser KT, Drake RE, Miles KM. The course and treatment of substance use disorders in person with several mental illness. In: Onken LS, Blaine JD, Gender S, Hornton AM, editors. *Treatment of Drug-Dependent Individuals With Comorbid Mental Disorders*. Washington: NIH Pub; 1997. p. 86-109.
138. Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders, *NIDA Res Monograph* 172. US Department of Health and Human Services; 1997. p. 86-109.
139. Wakeling A. Physical treatments. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J, editors. *Handbook of eating disorders*. Chichester: John Wiley; 1995.

140. Yager J, Andersen A, Devlin M, Egger H, Herzog D, Mitchell J et al. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. 2nd ed. In: American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2000. Washington DC: American Psychiatric Association Press; 2000.
141. Andersen AE. Medical complications of eating disorders. In: Yager J, Gwirtsman HE, Edelstein CK, editors. Special problems in managing eating disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1992.
142. Stein ND, Cyr MC. Women and substance abuse. *Med Clin North Am* 1997;81:979-98.
143. Bien TH, Burge R. Smoking and drinking: a review of the literature. *Int J Addict* 1990;25:1429-54.
144. Hughes JR. Treatment of smoking cessation in smokers with past alcohol/drug problems. *J Subst Abuse Treat* 1993;10:182-7.
145. Stuyt EB. Recovery rates after treatment for alcohol/drug dependence. Tobacco users vs. Non tobacco users. *Am J Addict* 1997;6(2):159-67.
146. Ryglewicz H, Pepper B. The Dual disorder client: Mental disorder and substance use. In Cooper S, Lentner TH, editors. *Innovations in community mental health*. Sarasota, FL: Professional Research Press; 1992. p. 270-90.
147. Ries RK, Ellingson T. A pilot assessment at one month of 17 dual diagnoses patients. *Hosp Community Psychiatry* 1989;41:1230-3.

Correspondência: Ronaldo Laranjeira

UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas

Rua Botucatu, 394 Vila Clementina – 04023– 061 São Paulo, SP, Brasil

Tel/Fax: (0xx21) 5575-1708/5576-4341 - E-mail: laranjeira@uniad.org.br