

Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos

Comorbidity: alcohol use and other psychiatric disorders

Autores: Hamer Alves^a, Felix Kessler^b, Lilian Ribeiro Caldas Ratto^c

^aDepartamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), SP,
Brasil

^bDepartamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS),
RS, Brasil

^cDepartamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade Ciências Médicas da
Santa Casa, SP, Brasil

Abstract: Alcohol related disorders often coexist with other psychiatric disorders and its incidence is increasing in last decades. Studies show that patients with comorbidity, specially those with severe psychiatric disorders, have higher rates of suicide, relapse, money spent in treatment, homeless and they use more medical service. Their evaluation must be meticulous because the differential diagnosis become complicated without a long period of alcohol withdrawal. These patients have a worse prognostic and their treatment is more difficult. Most of studies in this area have indicated that the integration of psychosocial and pharmacological techniques is more effective. The long term treatment must focus in the reduction of symptoms, improvement of social and familiar functioning, coping skills and relapse prevention.

Keywords: alcohol, alcoholism, comorbidity, dual diagnostic.

Resumo: Os transtornos relacionados ao consumo de álcool frequentemente coexistem com outras doenças psiquiátricas e sua incidência parece estar aumentando nas últimas décadas. Estudos demonstram que pacientes com comorbidade, principalmente aqueles com transtornos psiquiátricos graves, apresentam maiores taxas de suicídio, recaídas, gastos com tratamento, falta de moradia e utilizam mais os serviços médicos. A avaliação deve ser minuciosa, pois o diagnóstico diferencial torna-se complicado sem um longo período de abstinência do álcool. Esses pacientes costumam ter um prognóstico pior, além de serem de difícil tratamento. A maioria dos estudos nesse campo tem indicado que integração de técnicas psicossociais e farmacológicas é mais efetiva. O tratamento de longo prazo deve focar-se na minimização dos sintomas, melhora do funcionamento social e familiar, treinamento de habilidades e prevenção de recaída.

Descritores: álcool, dependência ao álcool, comorbidade.

Introdução:

A ocorrência de uma patologia qualquer em um indivíduo já portador de outra doença, com a possibilidade de potencialização recíproca entre estas é conhecida como comorbidade. O surgimento de uma doença adicional é capaz de alterar a sintomatologia, interferindo no diagnóstico, tratamento e prognóstico de ambas.

No que se refere aos transtornos mentais, é comum que os relacionados ao consumo de álcool coexistam com outras doenças psiquiátricas. De um modo geral, o uso mesmo que em pequenas doses de bebidas alcoólicas pode gerar conseqüências mais sérias que as vistas em pacientes sem comorbidade.^{1,2}

A incidência desses transtornos parece estar aumentando nas últimas décadas. Este achado pode estar relacionado à priorização dos cuidados de saúde mental na comunidade: o fechamento de hospitais psiquiátricos, a priorização de tratamento ambulatorial e o aumento da disponibilidade do álcool.^{3,4} No entanto, é possível que essa incidência se deva somente à melhora das condições clínicas para o diagnóstico e acompanhamento de pacientes com transtornos mentais. Acredita-se que, em algum período de suas vidas, em torno de 50% dos pacientes com transtornos mentais graves desenvolvem problemas relativos ao consumo de álcool/drogas.⁵

Estudos demonstram que pacientes com comorbidade, principalmente aqueles com transtornos psiquiátricos graves, apresentam maiores taxas de agressividade, detenção por atos ilegais, suicídio, recaídas, gastos com tratamento, falta de moradia, re-internações, têm maiores períodos de hospitalização e utilizam mais os serviços médicos. A evolução social destes pacientes tende a ser pior, causando maior impacto financeiro e sobre a saúde do cuidador.^{6,7,8}

Existem dificuldades na abordagem terapêutica destes pacientes, os quais geralmente acabam não encontrando local para tratamento. Profissionais de centros de psiquiatria geral costumam ter pouca experiência no manejo de usuários de álcool, ocorrendo o mesmo nos centros de tratamento de dependência química, que se sentem inseguros frente a pacientes graves.^{9,10} Em função de todos esses fatores, é primordial, por parte dos profissionais de saúde que lidam com esses pacientes, o estudo mais aprofundado da sua avaliação, diagnóstico diferencial e tratamento.

Avaliação e Diagnóstico Diferencial

A avaliação clínica deve ser minuciosa quando há indícios de duplo diagnóstico. Se, por um lado, deve-se fazer um diagnóstico, correndo o risco de rotular o paciente, por outro lado, não se pode ficar desatento para a possibilidade da ocorrência de comorbidade, pois este fato é de suma importância para o planejamento terapêutico. O psiquiatra deve familiarizar-se com o fato de que, em muitos casos, o diagnóstico só será fidedigno após o acompanhamento do paciente por um tempo significativo.

A história clínica é de suma importância, avaliando-se meticulosamente o início do uso do álcool e da doença associada, e detalhando-se cronologicamente os sintomas e problemas desencadeados.¹¹ Em períodos de abstinência completa, é válido analisar se houve melhora clínica. Os critérios diagnósticos das classificações internacionais para uso nocivo e síndrome de dependência podem servir como guias para elucidação diagnóstica. A CID 10 e o DSM-IV sugerem que outro diagnóstico só seja anotado após um período de quatro semanas de abstinência de álcool.

Praticamente todos os sintomas psiquiátricos podem ocorrer por conta do uso problemático de álcool¹², logo, todos os pacientes devem ser questionados acerca do seu padrão de consumo de álcool e outras drogas. É importante questionar tanto a frequência (por vezes mais fidedigna) quanto a quantidade do consumo de bebidas alcoólicas (o cálculo em unidades de álcool - igual a 10 gramas de álcool - facilita a compreensão do padrão de consumo).

A história familiar pode ajudar, especialmente quando há um padrão familiar significativo de transtornos mentais. Amigos e familiares devem participar no sentido de melhorar a fidedignidade das respostas.¹² O uso do bafômetro e dos exames toxicológicos de urina pode ser relevante para um melhor prognóstico durante as fases iniciais do tratamento, assim como a utilização de entrevistas estruturadas e escalas.¹³

O diagnóstico diferencial torna-se complicado sem um longo período de avaliação e abstinência do paciente, assim como a definição da influência do álcool na apresentação dos sintomas pré-existentes e no próprio transtorno mental, por exemplo: alucinações experimentadas por dependentes de álcool podem não diferir significativamente das alucinações experimentadas por pacientes esquizofrênicos. O álcool também pode produzir sintomas de depressão, ansiedade, agitação, hipomania/mania durante a intoxicação e a abstinência.

Uma abordagem prática é determinar qual dos problemas surgiu primeiro (dicotomia primário-secundário), baseando-se no aparecimento dos sintomas.¹⁴ Por exemplo, seria inadequado rotular alguém como tendo Transtorno Afetivo Bipolar se a pressão da fala, irritabilidade, hipersexualidade e grandiosidade aparecem apenas durante o uso agudo do álcool (“sintomas não são diagnósticos”). Nos transtornos induzidos pelo

álcool, ocorre melhora dramática da sintomatologia dentro de poucas semanas de abstinência. A persistência de sintomas após o período de desintoxicação leva a pensar que o transtorno mental seja primário.

A dicotomia transitório-persistente descrita por Kranzler and Liebowitz¹⁵ também pode ser útil. Estados transitórios duram algumas semanas e não se mantêm com o decorrer do tempo. Mesmo intensa, a sintomatologia é decrescente, sendo, freqüentemente, a abordagem suportiva e psicoterápica suficiente para a melhora clínica. Quando o quadro é persistente, a sintomatologia é pouco propensa a resolver sem tratamento específico.

Tratamento

Indivíduos com transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outra comorbidade psiquiátrica têm um prognóstico pior do que pacientes com apenas um desses transtornos, além de serem de difícil tratamento.¹⁶

Os profissionais que lidam com esses pacientes devem estar cientes que eles têm um ritmo mais lento de melhora. Inclusive, muitos pacientes não aceitam como meta a abstinência total. Por isso, deve-se ter cautela e tolerância, sendo que o primeiro ponto a ser estabelecido é uma aliança terapêutica consistente, pois constitui um dos fatores preditores do sucesso do tratamento.¹⁷

Esses pacientes geralmente não respondem bem a abordagens terapêuticas direcionadas apenas a um dos transtornos, tornando-se necessário combinar medicações e modificar as terapias psicossociais, incluindo abordagens para ambos. Idealmente, seria requerida uma equipe multidisciplinar formada por: psiquiatras com conhecimento sobre drogas, profissionais da área da dependência química, e especialistas clínico-

laboratoriais. Sabe-se que, ao contrário dos modelos de tratamento para dependência química, os grupos de auto-ajuda e aconselhamento para pacientes com outras comorbidades psiquiátricas devem ter menor intensidade e poucas confrontações, pois eles são mais sensíveis e tendem a abandonar o tratamento.¹⁶

Os principais modelos de tratamento das comorbidades costumam dividir-se em seqüenciais, paralelos ou integrados (Tabela 1). O modelo **seqüencial** define que um transtorno deve ser tratado antes do outro e geralmente pode ser mais vantajoso nos casos em que parece claro que uma das patologias é secundária a outra. O tratamento **paralelo** é realizado por serviços separados e tem a vantagem de contar com especialistas em cada uma das áreas. Contudo, certas vezes pode ser benéfico que apenas um terapeuta gereencie o tratamento, a fim de ser o ponto de referência para o paciente, organizando o plano terapêutico e definindo os papéis de cada membro da equipe.¹⁸

A literatura médica atual não é clara sobre qual terapeuta e que tipo, dose e duração de tratamento deve ser oferecido a cada paciente com esse tipo de comorbidade. As pesquisas nessa área ainda estão nos estágios iniciais e ainda apresentam problemas metodológicos. A maioria dos estudos nesse campo avaliou pacientes com transtornos psicóticos, depressivos e ansiosos e tem indicado que o tratamento **integrado** de técnicas psicossociais e farmacológicas é o mais efetivo. Esse tipo de tratamento inclui fatores motivacionais, estratégias para aumentar a aderência ao tratamento, educação acerca da relação entre as duas patologias, treinamento de habilidades cognitivo-comportamentais necessárias para alcançar e manter a abstinência, reorganização das redes sociais, assim como o tratamento específico e individualizado para cada um dos transtornos.¹⁹ 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.

A internação hospitalar pode ser necessária quando o paciente apresentar:

- 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, apesar dos esforços terapêuticos;
- ausência de adequado apoio psicossocial, podendo facilitar o início da abstinência;

Com relação às abordagens psicofarmacológicas do transtorno psiquiátrico, a maioria sugere que se deve aguardar de 2 a 4 semanas de abstinência do álcool, quando possível, para iniciar o tratamento. Os estudos nessa área também ainda são incipientes e não definem exatamente qual tipo de medicação é indicada para cada comorbidade. Algumas tendências terapêuticas avaliadas na literatura disponível até o momento, apesar de não serem consenso, são descritas na tabela 2. Convém salientar que o álcool interfere diretamente nos níveis séricos dos medicamentos e pode gerar interações de grande risco para os pacientes. Fármacos como o dissulfiram, o naltrexone e o acamprosato podem ser incluídos durante o tratamento.¹⁶

Sabe-se que 23 a 70% dos pacientes dependentes de álcool sofrem de transtornos ansiosos ou depressivos, sendo estes as comorbidades mais comumente associadas a esses pacientes. Estudos clínicos apontam que o uso adequado de psicofármacos em conjunto com a psicoterapia integrada melhora significativamente os sintomas do humor

e de ansiedade, além de provocar diminuições no consumo de álcool, nas taxas de recaídas e aumento do tempo até o 1º episódio de beber pesado.

O tratamento de longo prazo deve focar-se na minimização dos sintomas, na melhora do funcionamento social e familiar, no treinamento de habilidades e na prevenção de recaída.²⁰

Considerações Finais

Através dessa revisão, os autores concluem que apesar das dificuldades apresentadas em relação à abordagem, ao diagnóstico diferencial e ao tratamento dos pacientes com comorbidades psiquiátricas e abuso/dependência de álcool, grandes avanços já foram alcançados nessa área. Torna-se imperativo que os profissionais de saúde que tratam esse tipo de pacientes estejam a par das técnicas de avaliação, dos novos tratamentos psicossociais desenvolvidos para eles, bem como das indicações farmacológicas para cada tipo de comorbidade.

Bibliografia

1. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. J Nerv Ment Dis 1989; 177 (7): 408-14.
2. Menezes PR, Johnson S, Thonicroft G, Marshall J, Prosser D, Bebbington P, Kuipers E. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. Br J Psychiatry 1996; 168 (5): 612-9.
3. Bartels SJ, Teague GB, Drake RE, et al. Substance abuse in schizophrenia: service utilization and costs. J. Nerv. Ment. Dis 1993; 181:227-232.

4. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Apr;54(4):313-21.
5. Cupffel BJ. Prevalence estimates of substance abuse in schizophrenia and their correlates. *J. Nerv. Ment. Dis* 1992;180 (9): 589-92.
6. Clark RE, Drake RE. Expenditures of time and money by families of people with several mental illness and substance use disorders. *Community Ment Health J* 1994; 30: 145-63.
7. Duke P, Pantelis C, Barnes TRE. South westminster schizophrenia survey: Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. *Br J Psychiatry* ; 164 (5): 630-6.
8. Yesavage JA, Zarcone V. History of drug abuse and dangerous behaviour in inpatient schizophrenics. *J Clin Psychiatry* 1983; 44: 259-61.
9. Cohen ST, Jacobson NA. Diagnóstico duplo: abuso de substância e doença psiquiátrica. In Jacobson JL, Jacobson AM. *Segredos em psiquiatria*, Porto Alegre: Artes Médicas;1997.
10. Rigdely M, Goldman H, Willenbring M. Barriers to the care of persons with dual diagnoses; organizational and financing issues. *Schizophr Bull* 1990; 16: 123-32.
11. Anthenelli RM, Schuckit, MA. Affective and Anxiety Disorders. *American Society of Addiction Medicine* 1994; Chapter 3: 1-7.
12. Schuckit MA, Monteiro MG. Alcoholism, anxiety and depression. *Br J Addict* 1988; 83: 1371-1380.

13. Watkins TR, Lewellen A, Barret M. Issues and problems with dual diagnosis. In: Dual diagnosis: An integrated approach to treatment. Sage publications 2001.
14. Goodwin DW, Guze SB. Psychiatric Diagnosis, 4th Ed. New Yourk, NY. Oxford University Press; 1989.
15. Kranzler HR, Liebowitz NR. Anxiety and depression in substance abuse: Clinical implications. Med Clinics North Amer 1988; 72(4):867-885.
16. Cornelius JR, Bukstein O, Salloum I, Clark D. Alcohol and psychiatric comorbidity. Recent Dev Alcohol 2003; 16: 361-74.
17. Woody, G, McLellan A, Bedrick J. Comorbidade - um desafio no tratamento de dependência de drogas. R. Psiquiatr RS 1995; 17 (3):189-200.
18. Jerrel JM, Rigdgely MS. Comparative effectiveness of three approaches to serving people whit severe mental illness and substance abuse disorders. J Nerv Ment Dis 1995; 183: 566-76.
19. Lynskey M. The comorbidity of alcohol dependence and affective disorders: treatment implications. Drug Alcohol Depend 1998; 52: 201-209.
20. Moggi F, Ouimette P, Moos R and Finney J Dual diagnosis patients in substance abuse treatment: relationship of general coping and substance-specific coping to 1-year outcomes. Addiction 1999; 94(12): 1805-1816.

Correspondência: Felix Kessler

Rua Dona Laura, 354/301. Bairro Moinhos de Vento, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 90430-090. Fone: (51) 33328172
e-mail: kessler.ez@terra.com.br

Tabela 1: Modelos de Tratamento para Comorbidades Psiquiátricas em Usuários de Álcool.

Modelo de Tratamento	Descrição	Características
Tratamento Sequencial ou consecutivo	Os programas de tratamentos são providos consecutivamente por serviços de saúde mental de acordo com a prioridade e gravidade de cada doença.	<ul style="list-style-type: none"> - Bons resultados em transtornos secundários. - Comunicação limitada entre os serviços de atendimento. - Os problemas são tratados como entidades separadas. - Menor vínculo terapêutico.
Tratamento Paralelo	O paciente é cuidado por dois serviços ao mesmo tempo, um especializado na doença psiqui-átrica e outro em dep. química.	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento especializado. - Menor vínculo terapêutico. - A responsabilidade médica não é claramente definida. - Maior custo.
Tratamento Integrado	O tratamento psiquiátrico e da dependência química são realizados em um único serviço e com um modelo terapêutico.	<ul style="list-style-type: none"> - Melhores resultados em geral. - Tendência de custo menor. - Maior vínculo terapêutico. - Responsabilidade definida.

Tabela 2: Tendência na literatura atual de indicação de psicofármacos

nas comorbidades com uso de álcool

	Primeira escolha	Segunda escolha	Observações
T. Afetivo Bipolar	Anticonvulsivantes	Lítio	O álcool pode facilitar a intoxicação pelo Lítio.
Déficit de Atenção e Hiperatividade	Metilfenidato	Antidepressivos e bupropion	O risco de abuso de metilfenidato é baixo, mas deve ser observado.
T. de Ansiedade	Buspirona e ISRS*	Benzodiazepínicos	Os efeitos depressores dos benzodiazepínicos somam-se aos do álcool.
T. Depressivos	ISRS*	Tricíclicos	Os tricíclicos costumam apresentar maiores efeitos colaterais.
T. Psicóticos	Antipsicóticos Atípicos	Antipsicóticos Típicos	Alguns estudos apontam efeitos anti-craving por parte dos atípicos.

- Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina