

DIRETRIZES DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (ABEAD) PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE COMORBIDADES EM DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

CAPÍTULO: DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Felix H. P. Kessler

O presente capítulo tem como objetivo revisar os princípios mais atuais da avaliação e tratamento dos pacientes com diagnóstico duplo de síndromes psicóticas e uso de substâncias psicoativas. Serão apresentados dados epidemiológicos, teorias etiológicas, problemas de diagnóstico diferencial e discussão sobre o tratamento através de uma ampla visão da literatura.

Em razão da dificuldade de caracterizar os episódios de psicose nesses pacientes, decidiu-se também descrever detalhadamente os sintomas psicóticos associados a cada tipo de droga, bem como a sua correlação com os sintomas e o tratamento da esquizofrenia. Um algoritmo foi montado para facilitar o raciocínio diagnóstico e o tratamento.

Priorizaram-se artigos com metodologia adequada e revisões realizadas por autores renomados nessa área. Espera-se que esse trabalho possa auxiliar os profissionais que trabalham com tal grupo de pacientes, uma vez que muitas dúvidas ainda permeiam esse complexo tema.

EPIDEMIOLOGIA

O abuso de substâncias psicoativas e psicose são comumente encontrados em conjunto. No Epidemiological Catchment Area Study (ECA) (1) - falta colocar na bibliog), a prevalência encontrada dos transtornos relacionados ao uso dessas substâncias foi de aproximadamente 47% nos indivíduos com esquizofrenia, incluindo 34% com abuso de álcool e 28% com abuso de drogas, comparado a 13.5% de abuso de álcool e 6.1% de abuso de drogas. Essa prevalência medida através de estudos realizados em locais de tratamento também variou de 25 a 75% (2,3,4). Vários outros estudos confirmaram esses dados e demonstraram que a prevalência varia com o tipo de droga e a maioria com um alto índice de tabaco, álcool, maconha (5, 6, 7, 8, 9, 10). Uma revisão da literatura epidemiológica nessa área concluiu que os dados já publicados sobre o aumento do abuso de álcool e drogas em indivíduos esquizofrênicos e portadores de outros transtornos psicóticos ainda são controversos e apresentam problemas metodológicos a serem reparados (11). A maioria dos autores concorda que o padrão de consumo varia consideravelmente entre os países, mas que provavelmente exista uma maior propensão ao abuso de estimulantes nessa população (12, 13, 14).

ETIOLOGIA

O entendimento da relação temporal entre a instalação do problema com álcool e drogas e de esquizofrenia é bastante útil para compreender a sua etiologia. Caso o uso de substâncias precedesse a psicose, seria plausível

explicar que a hipótese de automedicação seria menos provável do que síndromes psicóticas induzidas pelas drogas. 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. Alguns estudos demonstram que o uso de substâncias com frequência precede ou inicia durante a fase prodromática da esquizofrenia (15, 16). Entretanto, outros estudos constataram que o início do uso de drogas em esquizofrênicos é mais tardio do que na população em geral, sugerindo que o uso de drogas não seria a principal causa da psicose, porém indicam uma possível antecipação dos sintomas psicóticos.

A hipótese de uso de drogas como automedicação em esquizofrênicos quando comparada com a população em geral ainda está pouco evidenciada na literatura médica, o que não significa que deve ser excluída em alguns casos específicos. Num nível individual, vários estudos apontam evidências em indivíduos com doenças mentais graves utilizam-se de álcool ou drogas para aliviar os sintomas negativos, problemas de humor, ansiedade e insônia (13). Os resultados sobre o uso de drogas com o intuito de diminuir os sintomas positivos são menos consistentes. Já os estudos que avaliaram a relação entre uso de substâncias psicoativas e episódios de psicose breve, demonstraram claramente uma associação positiva (12). Alguns estudos sugerem que certos pacientes também utilizem-se de drogas para lidar com os efeitos colaterais das medicações, como acatisia (17).

Portanto, na literatura atual, ainda predomina o modelo estresse-diátese, no qual o indivíduo teria uma predisposição a desenvolver a doença, e a influência do meio (estresse - drogas ou doença mental) serviria como um gatilho para ambas as doenças (18, 19). Ademais, as evidências científicas não apóiam a idéia de uma base genética comum para ambos os transtornos (12, 17, 20). Uma das barreiras para o esclarecimento desse problema através de pesquisas é a natureza insidiosa da esquizofrenia, requerendo estudos prospectivos no futuro (21, 22, 23).

ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA:

No *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) a esquizofrenia e os outros transtornos psicóticos são classificados pela presença de sintomas psicóticos ativos por pelo menos um mês.

Entre os Transtornos Psicóticos, a maior parte das evidências científicas sobre comorbidade com abuso e dependência de substâncias envolve a esquizofrenia, sendo ainda escassos os estudos a respeito dos outros Transtornos. A esquizofrenia ocorre em aproximadamente 1 a 2% da população.

Os Transtornos pelo Uso de Substâncias Psicoativas são comuns em indivíduos com esquizofrenia e essa combinação de doenças apresenta desafios especiais para o diagnóstico e tratamento. Os dois transtornos acarretam uma gama de prejuízos na cognição e nas funções interpessoais, afetivas e biológicas, dificultando o tratamento de cada um deles (2). Ademais, o uso de substâncias em esquizofrênicos pode exacerbar tanto os sintomas positivos (alucinações e delírios) como negativos (afeto embotado, falta de motivação, prejuízo na atenção, anedonia e as dificuldades nas interações sociais (17). Nessa população, mesmo

pequenas quantidades de substâncias em um curto período de tempo podem também resultar em outros problemas psiquiátricos, habituais usos de serviços de emergência, aumento da vulnerabilidade a explorações sociais e abusos (físicos e sexuais) (2), menor aderência à medicação, aumento dos custos do tratamento (5), agressividade (24) e possivelmente o risco de suicídio (25, 26, 24, 27). Estudos demonstraram que médicos e psiquiatras tendem a não detectar o abuso de substâncias em pacientes esquizofrênicos (2).

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.

O uso de substâncias psicoativas em pacientes que utilizam medicações altera o seu nível sérico podendo diminuir o efeito terapêutico ou aumentar os efeitos colaterais (17). Baseados também em pesquisas prévias, vários autores sugerem que ser jovem, do sexo masculino e com menor nível educacional seriam fatores preditivos para o uso de substâncias.

Os anticolinérgicos, como o biperideno (Akineton), são comumente prescritos a pacientes esquizofrênicos e não raramente são abusados por eles. Tipicamente os pacientes interrompem o uso dos neurolépticos, mas continuam o uso dos anticolinérgicos. Essas drogas causam estados psicóticos através do bloqueio dos canais de potássio em neurônios centrais (28). Os sintomas mais comuns são alucinações, delírios grandiosos e ilusões de estar voando.

SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E PSICOSE

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) o uso de substâncias psicoativas é dividido basicamente em abuso e dependência, sendo esta última uma forma mais grave.

Nesse capítulo, visando facilitar a compreensão, as substâncias psicoativas serão classificadas através dos seus efeitos clínicos em: Depressores do Sistema Nervoso Central (SNC), Estimulantes e Perturbadores da Sensopercepção.

Depressores do Sistema Nervoso Central

Álcool:

O álcool, ingerido aguda ou cronicamente, pode produzir uma variedade de estados psicóticos, incluindo a agitação e psicose aguda da intoxicação, psicoses paranóides e o *delirium tremens* (DT). Neste, o paciente apresenta agitação, desorientação, confusão mental e alterações na sensopercepção (ilusões e alucinações) (28). Algumas pessoas podem ser particularmente suscetíveis ao efeito do álcool e mesmo com pequenas doses desenvolvem uma intoxicação patológica com agitação, impulsividade e violência. O tratamento deve ser individualizado para cada tipo de transtorno. Excetuando-se os sintomas da intoxicação, os neurolépticos podem ser úteis nesses transtornos.

A alucinose alcoólica, que costuma surgir no período inicial da abstinência, é um quadro alucinatório predominantemente auditivo, com sons do tipo cliques, rugidos, barulho de sinos, cânticos e vozes. As alucinações podem ser também de

natureza visual e tátil. Ocorre na ausência de rebaixamento do nível de consciência e evolui sem alterações autonômicas óbvias. Pode ser tratada com neurolépticos (haloperidol 5 mg ao dia, por seu menor potencial de induzir convulsões).

Segundo alguns autores, sintomas latentes de esquizofrenia paranóide podem ser precipitados em alcoolistas crônicos, apresentando ciúme patológico, idéias de referência, delírios sexuais de promiscuidade alheia, reações de raiva e desconfiança de pessoas próximas. Nesses casos, recomenda-se internação hospitalar em unidade psiquiátrica, pois os sintomas podem perdurar por longo tempo, sendo necessário o uso de antipsicóticos. Sobrepondo-se um período de abstinência, esses sintomas podem ainda incluir vozes de comando, delírios sistematizados de perseguição, alucinações olfatórias e pânico. Costuma-se distinguir do DT pela sutileza dos tremores, pela ausência de hiperpirexia e alucinações visuais. O tratamento inclui o uso de benzodiazepínicos (28). Deve-se observar que os benzodiazepínicos, principalmente em indivíduos idosos, podem desencadear delirium (7). Um relato de caso informa sobre *delirium* psicótico agudo pelo uso de naltrexone.

O alcoolismo também pode gerar estados psicóticos ocasionados por depleção de magnésio e de vitaminas, como a B1 (tiamina) e B12 (cianocobalamina), devido à pobre nutrição e à diminuição da absorção do trato gastrointestinal, levando inclusive a quadros mais graves como a Síndrome de Wernicke-Korsakov (delirium, alterações oculomotoras, ataxia, sintomas psicóticos e amnésia acompanhada de confabulação, às vezes irreversível). O tratamento é eminentemente preventivo, com a reposição vitamínica, especialmente no início do período de abstinência. Na vigência dos sintomas, antipsicóticos, como o haloperidol, podem ser necessários. Outro número de psicoses raras podem ocorrer associadas ao uso de álcool, decorrentes de lesões de regiões específicas do cérebro, como a doença de Marchiava-Bignami (29).

Opióides:

Embora os opióides não sejam drogas que caracteristicamente causem sintomas psicóticos, em altas dosagens podem produzir alucinações visuais e delírios, através de ações secundárias na noradrenalina. Essas reações surgem principalmente quando a heroína ou a morfina são fumadas ou através da dissolução de ópio e morfina em bebidas alcoólicas, podendo ser facilmente bloqueadas com injeções de naloxone, caso o paciente esteja em regime de desintoxicação adequado. Os neurolépticos geralmente não são indicados. Estados oníricos também podem se tornar extremamente vívidos, quando a dose é elevada (28, 30, 31). A síndrome de abstinência de opióides pode causar sintomas psicóticos. Um relato de caso descreve sintomas psicóticos também após uma desintoxicação ultra-rápida de metadona (32).

Solventes:

A intoxicação aguda por inalantes traz efeitos semelhantes aos do álcool e apenas ocasionalmente pode apresentar alucinações. Os sintomas variam com o tipo de produto inalado (ex.: solventes, colas) (33). O tratamento é conservador e sintomático, evitando-se medicações e provendo suporte físico e psicológico até a remissão dos sintomas. O uso crônico é potencialmente lesivo ao Sistema Nervoso Central, podendo causar uma série de Síndromes Neurológicas. Contudo, apenas alguns estudos, na maioria relatos de caso, descreveram o desenvolvimento de psicose esquizofreniforme irreversível, não descartando a hipótese desses indivíduos já terem uma predisposição genética (34, 35).

Estimulantes

Cocaína:

A intoxicação pela cocaína em usuários crônicos costuma produzir alucinações visuais, mas principalmente táteis, desenvolvendo uma sensação de que insetos estariam caminhando pelo corpo (“cocaine bugs”). Pensamentos paranóides, como o de estar sendo perseguido pela polícia, também não são incomuns. Essas sensações podem ocorrer mesmo com pequenas doses da droga, em função da sensibilização dos receptores dopaminérgicos. Os antipsicóticos devem ser usados com cuidado devido a uma possível depleção dos níveis de dopamina. Nesses casos, alguns autores sugerem que o uso de bromocriptina (agonista dopaminérgico) 1.25 – 2.5mg a cada 6 horas poderia diminuir as percepções psicóticas e bloquear os sintomas de abstinência, porém outros estudos serão necessários para comprovar o seu uso (28). A agitação psicomotora pode ser amenizada com benzodiazepínicos. Em pacientes esquizofrênicos, a cocaína também poderia piorar os sintomas positivos, como paranóia e alucinações (13).

Um estudo diagnóstico longitudinal em 165 pacientes com psicose crônica e abuso ou dependência de cocaína demonstrou que um “diagnóstico definitivo” não poderia ser estabelecido antes de seis semanas de abstinência. Outro estudo mostrou que um terço dos esquizofrênicos que procuravam um serviço de emergência médica haviam usado cocaína nos últimos dias, detectada em testes de urina. Contudo, 50% desses pacientes relataram que não teriam usado essa droga recentemente (2, 36).

Anfetaminas:

As anfetaminas, quando utilizadas cronicamente, também podem produzir reações psicóticas semelhantes às da cocaína, porém quantitativa e qualitativamente menos graves. As tendências paranóides são um pouco maiores, enquanto que a incidência de alucinações é menor (28, 37, 38). Entretanto, o uso de ecstasy (metilenodioxietilamfetamina), que é fabricado em laboratório e tem propriedades psicodélicas, provoca alucinações freqüentemente e como as metanfetaminas (39) pode causar flashbacks. Em indivíduos esquizofrênicos, a

cocaína e as anfetaminas podem aumentar a sensibilização dos receptores, tornando mais frequentes os episódios psicóticos desencadeados por estímulos estressantes (40,39).

Nicotina:

O alto índice de comorbidade entre uso de tabaco e esquizofrenia é bastante evidente na literatura e varia em torno de 70% a 85% (2, 5). Um dos fatores que contribuiria para isso seriam as baixas taxas de cessação de fumar em esquizofrênicos trazendo novamente à tona a hipótese de auto-medicação. As explicações etiológicas ainda são controversas. Resultados de pesquisas apontam que muitos esquizofrênicos iniciam o uso após a instalação da psicose. Contudo, estudos epidemiológicos sugerem que o pico de início do uso diário de tabaco seria mais cedo e antes da psicose, indicando um fator familiar/genéticos influenciando a dependência da nicotina em esquizofrênicos (41). Cogita-se também um possível aumento dos sintomas da doença durante a abstinência da nicotina. Alguns autores indicam que a nicotina ainda poderia atenuar sintomas depressivos, falta de energia e melhoraria a atenção, mas estudos em humanos demonstram que isso só ocorre em indivíduos dependentes de nicotina em abstinência (35). O tabaco pode afetar, geralmente diminuindo, os níveis séricos dos psicofármacos e outras medicações, sendo que alguns relatos de casos afirmam que ele serviria para modular os efeitos colaterais das mesmas. É importante lembrar que o uso de bupropion no tratamento da dependência de nicotina poderia produzir ou aumentar os sintomas psicóticos (42).

Perturbadores da Sensopercepção

Alucinógenos:

As drogas psicodélicas são bem conhecidas por sua habilidade de provocar reações psicóticas. Elas produzem distorções sensoriais e emocionais, principalmente em função de suas ações serotoninérgicas nas áreas auditivas e visuais do cérebro, assim como no sistema límbico (especialmente na amígdala, hipocampo e corpos estriados) e córtex cerebral. Os sintomas mais característicos são alucinações visuais e auditivas, acompanhadas de despersonalização, desrealização, desorientação e dissociação (28), que surgem logo após o uso e podem durar algumas horas, dias ou até meses (flashbacks). Alguns usuários descrevem um desejo de envolvimento emocional e sexual e até uma peculiar sensação de estarem sonhando.

A fenciclidina (PCP) e a ketamina (special K) têm uma ação mais dopaminérgica e despertam também pensamentos paranóides, agitação, delírios e amnésia pós-ingestão. O ácido lisérgico (LSD) e a fenciclidina (PCP) podem causar quadros psicóticos em três quartos dos seus usuários (28).

O tratamento compõe-se basicamente de suporte físico (proteção) e psicológico. Na maioria dos casos, o reassentamento e uma terapia orientada para a realidade é suficiente em um ambiente com baixa intensidade de estímulos

para tratar os estados psicodélicos. Se a psicose persiste, a introdução de um neuroléptico normalmente é efetiva. O haloperidol é o mais recomendado pela maioria das referências bibliográficas (28).

Maconha:

Há evidências mostrando que doses altas de THC podem desencadear uma psicose tóxica, com desorientação, amnésia subsequente, alucinações, delírios paranóides, despersonalização e alterações de humor, podendo ocorrer labilidade do humor e sintomas maníacos. Quando não há doença psiquiátrica prévia, o quadro regride totalmente em poucos dias. Outra situação possível é uma psicose aguda que lembra a psicose da esquizofrenia aguda, mas sem a amnésia e a confusão da psicose tóxica, com os sintomas melhorando em cerca de uma semana e respondendo a doses baixas de antipsicóticos (43).

A literatura relacionada ao desenvolvimento de psicose crônica devido à cannabis é vasta, porém confusa. Ela é baseada em observações locais e apresenta uma dicotomia. Autores da Índia, Egito, Turquia, África e outros países do leste mundial afirmam que suas instituições de saúde mental são povoadas por um grande número de casos de transtornos psicóticos atribuídos ao uso de haxixe (“cannabis insanity”) (44). Já os autores Americanos e Europeus fazem inúmeras críticas metodológicas a esses estudos e trabalham numa corrente oposta, sustentando que a maconha não levaria ao desenvolvimento de psicoses crônicas. Os dados do lado oeste mundial demonstram que, quando comparados a outros quadros psicóticos, os induzidos por maconha são mais curtos e os quadros mais prolongados são provavelmente manifestações de uma doença psiquiátrica subjacente.

Com relação aos efeitos cognitivos, há evidências suficientes na literatura de que o usuário crônico e pesado de maconha mantenha uma diminuição das capacidades de memória, atenção e habilidade de processar informações complexas mesmo quando não está intoxicado, e essas alterações podem permanecer por semanas, meses após cessar o uso. Não está claro se há alteração cognitiva permanente (24).

Foi proposta na literatura, como uma consequência do uso crônico de maconha, a chamada síndrome amotivacional, caracterizada por diminuição da energia, além da dificuldade em persistir em qualquer tarefa que exija atenção prolongada ou tenacidade, mas acredita-se que possa advir da intoxicação. Entretanto, as evidências são baseadas apenas em estudos não controlados em usuários crônicos e a validade deste diagnóstico permanece incerta (45).

A relação com a esquizofrenia também não está totalmente estabelecida, mas acredita-se que a maconha não cause esquizofrenia, porém funcione como um estressor que possa desencadear o quadro em indivíduos predispostos, além de somar ou tornar os sintomas mais graves nos esquizofrênicos (43, 46). Todavia, tanto os déficits cognitivos, como os sintomas avolitivos podem ser confundidos com os sintomas negativos da esquizofrenia ou dos Transtorno de Personalidade Esquizotípico e Esquizóide (18). É válido lembrar que a maconha pode diminuir o nível sérico dos neurolépticos e outras medicações.

AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Uma avaliação adequada dos pacientes com comorbidade de transtornos psicóticos com o uso de substâncias psicoativas, deve conter uma história dos sintomas psiquiátricos, dos tratamentos passados (hospitalizações, terapias, medicações), ideações suicidas ou atos de violência. Concomitantemente, deve-se coletar uma história do uso de álcool e drogas, incluindo ao menos os seguintes elementos:

- eventos que levaram ao tratamento;
- a idade do início do uso de cada droga;
- a duração e o padrão de uso de cada droga (período de uso mais intenso, períodos de abstinência, data do último uso, via de consumo, etc);
- efeitos objetivos e subjetivos de cada droga e nos sintomas psiquiátricos;
- uma exploração do significado que a droga de escolha tem no presente momento;
- conseqüências médicas, familiares e sociais associadas ao uso da droga.

Um fator adjuvante para a realização de um bom diagnóstico é o esforço para obter o máximo de informações sobre a história do paciente, através das mais variadas fontes como as próprias entrevistas com o paciente, revisão de prontuários médicos e entrevistas com os familiares (17), uma vez que os pacientes tipicamente minimizam os seus problemas com drogas (2). Deve-se estar particularmente atento a sintomas de alterações de Humor (depressão, hipomania ou mania) no passado, na ausência do uso de drogas.

O uso do bafômetro e dos exames toxicológicos de urina podem ser relevantes para um melhor prognóstico do tratamento e a utilização de entrevistas estruturadas com o auxílio de escalas, instrumentos diagnósticos e testes psicométricos, podem contribuir significativamente para a avaliação durante as fases iniciais do tratamento (47, 48).

É essencial a realização de um exame físico, abrangendo uma investigação neurológica detalhada. A obtenção de exames laboratoriais, compreendendo os exames de rotina, exame das alterações típicas de consumo crônico de álcool e drogas, outras alterações metabólicas e hormonais e as doenças infecto-contagiosas, também é imperativa.

O paciente ser fumante é uma pista para o uso oculto de substâncias psicoativas, como demonstraram alguns estudos. Caso o paciente seja fumante pesado (mais de 25 cigarros/dia), as taxas de abuso de substâncias podem subir 3 a 4 vezes mais do que os não fumantes (2).

Outras pistas diagnósticas para o uso de substâncias incluem fugas de casa, problemas legais, ameaças verbais, violência, pouca aderência aos tratamentos, necessidade de aumento de dose de neurolépticos, múltiplos problemas médicos, hospitalizações freqüentes e tentativas de suicídio (49).

TRATAMENTO

Indivíduos com esquizofrenia e com abuso de substâncias têm um prognóstico pior do que pacientes com um dos 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 (51). 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 ambos (2). Inúmeros trabalhos têm indicado que o tratamento integrado é efetivo.

Recentemente vários guidelines têm sido propostos para o tratamento dos pacientes com essa comorbidade (50, 48, 51). Idealmente seria requerida 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 (52).

O tratamento deve ser individualizado e o médico ou a equipe deve 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.

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;
- a ausência de adequado apoio psicossocial podendo facilitar o início da abstinência;
- a necessidade de interromper uma situação externa que reforça o uso da droga

O tratamento inicial deve ser de apoio, oportunizando ao paciente um ambiente tranquilo e seguro com uma abordagem enfocada nos sentimentos e nas alterações de sensopercepção provocadas pela droga (53).

Como ainda não existe um 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 (54).

A terapêutica psicofarmacológica de primeira escolha indicada pela maioria dos autores americanos são os antipsicóticos atípicos (clozapina (55, 56, 57, 58), risperidona (34, 59), olanzapina, sertindole). Apesar do preço, quando comparados com os antipsicóticos tradicionais eles têm melhor eficácia no tratamento dos sintomas negativos e menores efeitos colaterais, assim como uma

afinidade pelos receptores serotoninérgicos, que podem ter um papel importante na neurobiologia da dependência à cocaína e ao álcool. Algumas vezes os neurolépticos podem exacerbar os sintomas psicóticos ou causar *delirium*, devendo ser reservados para os estágios mais avançados do tratamento quando os efeitos das substâncias psicoativas tiverem desaparecido. A farmacoterapia com neurolépticos é então indicada na menor dose possível. Medicamentos como o dissulfiram, o naltrexone e o acamprosato podem ser incluídas no tratamento (2).

É contra-indicado sedar os pacientes, evitando-se, sempre que possível, a prescrição de medicamentos com potencial aditivo como os benzodiazepínicos, uma vez que essa atitude pode sabotar o processo de reabilitação (28). Qualquer farmacoterapia utilizada nesse grupo de pacientes deve ser cuidadosamente selecionada e monitorada para diminuir a chance de abuso, em especial os benzodiazepínicos e anticolinérgicos (7, 51).

A próxima fase do tratamento seria 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 (50, 55). As recaídas ocorrem freqüentemente nessa população e podem ser secundárias à má aderência à medicação (48).

O tratamento de longo prazo deve focar-se na minimização dos sintomas, na melhora do funcionamento social e familiar, treinamento de habilidades (60) e na prevenção de recaída (61). Ao contrário dos modelos de tratamento para dependência química, os grupos de auto-ajuda e o aconselhamento devem ter menor intensidade e poucas confrontações.

REFERÊNCIAS

- 1- Helzer, J. E.; & Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 49(3):219-224.
- 2- Ziedonis DM, D'Avanzo K. Schizophrenia and substance abuse. In: Kranzler, H. R.; Rounsaville, B. J. *Dual diagnoses and treatment - substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker, Inc., 1998.
- 3- Hesselbrock M, Meyer R, Keener J – Psychopathology in Hospitalized Alcoholics – *Arch Gen Psychiatry* – Vol 42, Nov 1985.
- 4- Hattenschwiter J, Rüesch P, Modestin J. Comparison of four groups of substance abuse in-patients with different psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2001: 104:59-65.
- 5- Degenhardt L, Hall W. The association between psychosis and problematical drug use among Australian adults: findings from the National

Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine* v. 31(4) May 2001: 659-668.

6- Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction* 2001 Nov;96(11):1603-14;

7- Martinez-Cano H, de Iceta Ibanez de Gauna M, Vela-Bueno A, Wittchen HU. DSM-III-R co-morbidity in benzodiazepine dependence. *Addiction* 1999 Jan;94(1):97-107;

8- Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I, Harrison G. Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 1999 Feb;174:150-3;

9- Silveira DX e Jorge MR – Comorbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares – *Rev Bras. Psiquiatr.* Vol.21 n.3 São Paulo July/Sept. 1999;

10- Lopes C, Mari J, Szwarcwald C – Morbidade psiquiátrica em pacientes usuários de drogas – *Revista ABP-APAL* 13 (4): 161-169, 1991;

11- Watkins TR, Lewellen A, Barret M. Issues and problems with dual diagnosis. In: *Dual diagnosis: An integrated approach to treatment* (pp 11-24). Sage publications, Inc., 2001.

12- Phillips P, Johnson S. How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. *Soc Psychiatr Epidemiol* (2001) 36: 269-276.

13- Serper MR, Chou JC, Allen MH, Czobor P, Cancro R. Symptomatic overlap of cocaine intoxication and acute schizophrenia at emergency presentation. *Schizophr Bull* 1999;25(2):387-94;

14- Hasin DS, Nunes EV. Comorbity of alcohol, drug, and psychiatric disorders- epidemiology. In: Kranzler, H. R.; Rounsaville, B. J. *Dual diagnoses and treatment - substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New york: Marcel Dekker, Inc., 1998.

15- Strakowski SM, Tohen M, Stoll AL, Faedda GL, Mayer PV, Kolbrener ML, Goodwin DC. Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *Am J Psychiatry* 1993 May;150(5):752-7;

16- Boutros NN, Bowers MB Jr, Quinlan D. Chronological association between increases in drug abuse and psychosis in Connecticut state hospitals. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998 Winter;10(1):48-54;

- 17- Salyers MP, Mueser KT. Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophr Res* 2001 Mar 1;48(1):109-23;
- 18- Nunn JA, Rizza F, Peters ER. The incidence of schizotypy among cannabis and alcohol users. *J Nerv Ment Dis* 2001 Nov;189(11):741-8.
- 19- Volkow N. Drug Abuse and Mental Illness: Progress in Understanding Comorbidity. *Am J Psychiatry* 158: 8, August 2001. Editorial.
- 20- Strakowski SM, Keck PE Jr, McElroy SL, Lonczak HS, West SA. Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis. *Compr Psychiatry* 1995Mar-Apr;36(2):106-12;
- 21- Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA. Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1995 Mar;46(3):248-51.
- 22- Merikangas KR, Stevens DE. Models of transmission of substance use and comorbid psychiatric disorders. In: Kranzler, H. R.; Rounsaville, B. J. *Dual diagnoses and treatment - substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker, Inc., 1998.
- 23- Silver H, Abboud E. Drug abuse in schizophrenia: comparison of patients who began drug abuse before their first admission with those who began abusing drugs after their first admission. *Schizophrenia Research* 13 (1994) 57-63.
- 24- Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *British Journal of Psychiatry* 2001: 178, 101-06.
- 25- Soyka M. Substance Misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behavior. *The British Journal of Psychiatry, april 2000 - vol 176, p 345-350*.
- 26- Verdoux H, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, van Os J. Suicidality and substance misuse in first-admitted subjects with psychotic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1999 Nov;100(5):389-95.
- 27- Driessen M, Veltrup C, Weber J, Ulrich J, Wetterling T and Dilling H – Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment – *Addiction* (1998) 93(6), 889-894;
- 28- Giannini A, Collins GB. Substance abuse and thought disorders. In: Gold, M. S. and Slaby, A. E. *Dual diagnoses in substance abuse*. New York: Marcel Dekker, Inc., 2001.

- 29- Fergusson DM. The comorbidities of cannabis use: a comment on Degenhardt et al.. *Addiction* 2001 Dec;96(12):1861-3.
- 30- Camacho A, Matthews SC, Dimsdale JE. "Invisible" synthetic opiates and acute psychosis. *N Engl J Med* 2001 Aug 9;345(6):469.
- 31- Rounsaville B, Kosten T, Weissman M, Kleber H – Prognostic Significance of Psychopathology in Treated Opiate Addicts – *Arch Gen Psychiatry*-vol 43, Aug 1986;
- 32- Shreeram SS, McDonald T, Dennison S. Psychosis after ultrarapid opiate detoxification. *Am J Psychiatry* 2001 Jun;158(6):970;
- 33- Carlini-Cotrim Beatriz. Inhalant Use Among Brazilian. *Nida Research Monograph* 148 (1995): 64-78;
- 34- Misra LK, Kofoed L, Fuller W. Treatment of inhalant abuse with risperidone. *J Clin Psychiatry* 1999 Sep;60(9):620;
- 35- Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. Substance abuse. A comprehensive textbook. *Williams & Wilkins. A Waverly Company*;
- 36- Rounsaville B, Anton S, Carroll K, Budde D, Prusoff B and Gawin F – Psychiatric Diagnoses of Treatment-Seeking Cocaine Abusers – *Arch Gen Psychiatry* – Vol 48, January 1991.
- 37- Yui K, Goto K, Ikemoto S, Nishijima K, Yoshino T, Ishiguro T. Susceptibility to subsequent episodes of spontaneous recurrence of methamphetamine psychosis. *Drug Alcohol Depend* 2001 Oct 1;64(2):133-42;
- 38- Cherland E, Fitzpatrick R. Psychotic side effects of psychostimulants: a 5-year review. *Can J Psychiatry* 1999 Oct;44(8):811-3;
- 39- Sekine Y, Iyo M, Ouchi Y, Matsunaga T, Tsukada H, Okada H, Yoshikawa E, Futatsubashi M, Takei N, Mori N. Methamphetamine-related psychiatric symptoms and reduced brain dopamine transporters studied with PET. *Am J Psychiatry* 2001 Aug;158(8):1206-14;
- 40- Yui K, Goto K, Ikemoto S, Ishiguro T, Angrist B, Duncan GE, Sheitman BB, Lieberman JA, Bracha SH, Ali SF. Neurobiological basis of relapse prediction in stimulant-induced psychosis and schizophrenia: the role of sensitization. *Mol Psychiatry* 1999 Nov;4(6):512-23;

- 41- De Leon J. Smoking and vulnerability for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996;22(3):405-9).
- 42- Howard WT, Warnock JK. Bupropion-induced psychosis. *Am J Psychiatry* 1999 Dec;156(12):2017-8;
- 43- Johns A. Psychiatric effects of cannabis. *Br J Psychiatry* 2001 Feb;178:116-22;
- 44- Grinspoon L. Marijuana reconsidered. *Quick American Archives. Division of Quick Trading Company Oakland, CA*;
- 45- Sevy S, Robinson DG, Holloway S, Alvir JM, Woerner MG, Bilder R, Goldman R, Lieberman J, Kane J. Correlates of substance misuse in patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2001 Nov;104(5):367-74;
- 46- Mac Queen. Pragmatic approach to the dangers of cannabis use. *British Journal of Psychiatry*, 178,123-128.
- 47- Watkins TR, Lewellen A, Barret M. Schizophrenia and substance-related disorders. In: *Dual diagnosis: An integrated approach to treatment* (pp 43-58). Sage publications, Inc., 2001.
- 48- 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 Feb;51(2):210-5.
- 49- Nunes, EV, Hasin DS. Overview of diagnostic methods. In: Kranzler, H. R.; Rounsaville, B. J. *Dual diagnoses and treatment - substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker, Inc., 1998.
- 50- Bradizza CM, Stasiewicz PR. Integrating substance abuse treatment for the seriously mentally ill into inpatient psychiatric treatment. *J Subst Abuse Treat* 1997 Mar-Apr;14(2):103-11.
- 51- Woody G, McLellan A, Bedrick J – Comorbidade – um desafio no tratamento de dependência de drogas – *R. Psiquiatr. RS.* 17(3): 189-200. set./dez. 1995;
- 52- 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 Nov;60(6):856-66;

53- Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;172(33):53-9;50-Beeder A, Millman R – Treatment Strategies for Comorbid Disorders Psychopathology and Substance Abuse – *Book Chapter*;

54- 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 Nov;156(11):1765-70;

55- 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 Feb;20(1):94-8.

56- Volavka J. The effects of clozapine on aggression and substance abuse in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1999;60 Suppl 12:43-6;

57- Tsuang JW, Eckman TE, Shaner A, Marder SR. Clozapine for substance-abusing schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1999 Jul;156(7):1119-20;

58- Buckley P, Thompson PA, Way L, Meltzer HY. Substance abuse and clozapine treatment. *J Clin Psychiatry* 1994 Sep;55 Suppl B:114-6;

59- Jha A, Fourie H. Risperidone treatment of amphetamine psychosis. *Br J Psychiatry* 1999 Apr;174:366;

60- 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.

61- Weiss RD, Greenfield SF, Najavits LM. Integrating psychological and pharmacological treatment of dually diagnosed patients. *NIDA Res Monogr* 1995;150:110-28.

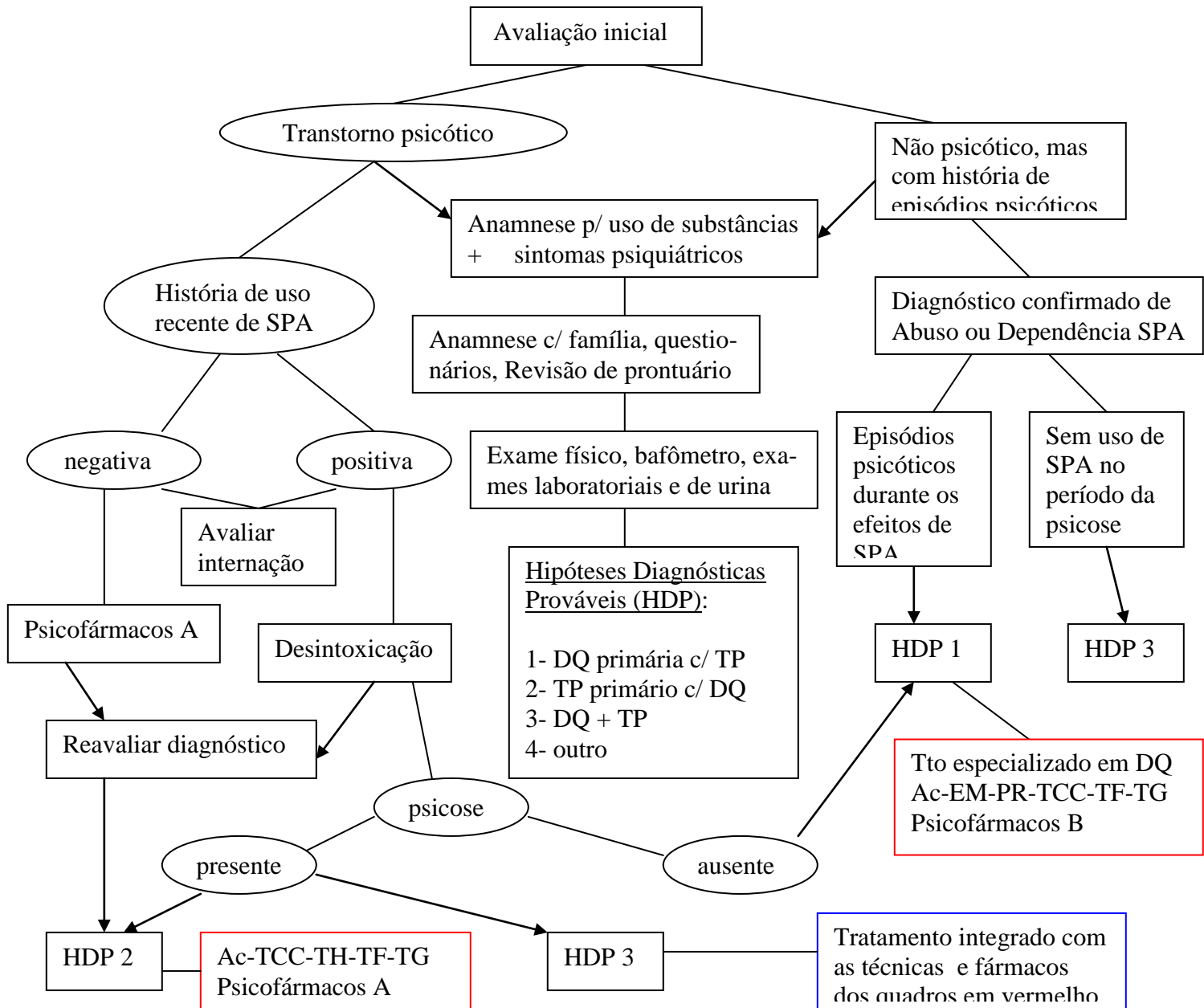
62- Hall W, Farrell M. Comorbidity of mental disorders with substance misuse. *Br J Psychiatry* 1997 Jul;171:4-5;

63- Addington J, Addington D. Effect of substance misuse in early psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;172(33):134-6;

64- Malik N, Singh MM, Pradhan SC. Substance misuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2000 Feb;176:195;

- 65- Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. *Editora Artes Médicas Sul Ltda. Porto Alegre/RS;*
- 66- Shirakawa I, Chaves AC, Mari JJ. O desafio da esquizofrenia. *Lemos Editorial & Gráficos Ltda. São Paulo/SP;*
- 67- Leite MC, Andrade GA et al. Cocaína e Crack. *Editora Artes Médica Sul Ltda. Porto Alegre/RS;*
- 68- Margaret M. As psicoses infantis e outros estudos. *Editora Artes Médicas Sul Ltda. Porto Alegre/RS;*
- 69- J. CM. As psicoses atípicas. *Revista de Psiquiatria. Ano 1981. Vol. XXIV. Suplemento Nº 3. Rio de Janeiro/RJ;*
- 70- Frosch J. The psychotic process. *International Universities Press, INC. New York;*
- 71- Rosenfeld HA. Os estados psicóticos. *Zahar Editores. Rio de Janeiro/RJ;*
- 72- Stone MH. A cura da mente – A história da psiquiatria da Antigüidade até o presente. *Editora Artes Médicas Sul Ltda. Porto Alegre/RS.*
- 73- Milton J, Amin S, Singh SP, Harrison G, Jones P, Croudace T, Medley I, Brewin J. Aggressive incidents in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry 2001 May; 178:433-40.*
- 74- Miller NS. The principles and practice of addictions in psychiatry. *W.B Saunders Company. A Division of Harcourt Brace & Company;*
- 75- Helzer J and Pryzbeck T – The Co-Occurrence of Alcoholism with other Psychiatric Disorders in the General Population and Its Impact on Treatment – *Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, 4940 Audubon Avenue, St. Louis, Missouri 63110;*
- 76- Schuckit M – Alcoholism and Other Psychiatric Disorders – November 2000 Vol. 34 Nº 11 *Hospital and Community Psychiatry.*

ALGORITMO PROPOSTO PARA TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA COMORBIDADE ENTRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNOS PSICÓTICOS



Legenda: SPA: substância psicoativa; DQ: dependência química; TP: Transtorno Psicótico; Tto: tratamento; Ac: aconselhamento; EM: entrevista motivacional; PR: prevenção de recaída; TCC: terapia cognitivo-comportamental; TH: treinamento de habilidades; TF: terapia familiar; TG: terapia em grupo; Psicofármacos A: antipsicóticos, anticolinérgicos, antihistamínicos, benzodiazepínicos e outros; Psicofármacos B: naltrexone, acamprosato, dissulfiram, bupropion e outros.