

# **Potencial de Abuso** **de** **Benzodiazepínicos**

Ronaldo Laranjeira<sup>a</sup>

Luís André Castro<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Coordenador da Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (UNIAD) – Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

<sup>b</sup> Médico Psiquiatra da Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (UNIAD) – Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

## **Endereço para Correspondência:**

Rua Borges Lagoa, 564 - cj44 – Vila Clementino

São Paulo – SP

CEP 04038-000

e-mail: [laranjeira@psiquiatria.epm.br](mailto:laranjeira@psiquiatria.epm.br)

## Introdução

O potencial de abuso dos benzodiazepínicos, culminando com a produção da síndrome de dependência, é um fenômeno clínico relativamente recente. Foi somente a partir de meados dos anos 70, quando os primeiros estudos clínicos evidenciaram o desenvolvimento de dependência e sintomas de abstinência em doses terapêuticas, que passou-se a considerar o risco dos benzodiazepínicos para induzirem abuso ou dependência. Mesmo assim, durante algum tempo considerava-se a própria dependência como uma complicação rara. Nessa época, o diazepam tornou-se em pouco tempo o benzodiazepínico mais vendido dentro da classe dos sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, chegando a liderar o “*ranking*” das medicações mais prescritas nos Estados Unidos entre 1972 a 1978<sup>3</sup>. Muito desta relutância em aceitar o potencial de abuso dos benzodiazepínicos deve-se ao perfil benigno dos seus efeitos adversos, tornando-a uma droga segura em relação barbitúricos e outros sedativo-hipnóticos. No começo dos anos 80, quando demonstrou-se que 50% dos usuários crônicos de benzodiazepínicos (acima de 12 meses) evoluíam com uma síndrome de abstinência esta visão “complacente” pelos benzodiazepínicos alterou-se acentuadamente<sup>5</sup>.

As principais vantagens dos benzodiazepínicos, quando comparados aos antigos sedativos e hipnóticos eram: a) Menor potencial letal para depressão respiratória e do SNC; b) Menor potencial para induzir tolerância e dependência; c) Maior margem de segurança em relação aos efeitos sedativos e ansiolíticos<sup>2</sup>.

## **Avaliação Clínica do Potencial de Abuso**

Na avaliação clínica do potencial de abuso dos benzodiazepínicos é importante levar em consideração os seguintes aspectos clínicos: a) Presença de sintomas sugestivos de intoxicação aguda decorrente do uso de benzodiazepínicos; b) Uso adequado do benzodiazepínico pelo paciente; c) Uso concomitante de outras drogas de abuso (por ex., cocaína ou maconha); d) Uso abusivo de álcool; e) Uso concomitante de medicamentos, que também deprimem o SNC; f) Presença de alguma condição psiquiátrica, que necessita do uso a longo prazo de um benzodiazepínico<sup>1</sup>. Os principais fatores de risco para abuso de benzodiazepínicos será discutida de forma completa nos tópicos abaixo listados.

### **Características dos Pacientes**

Estima-se que 1,6% da população adulta é usuária crônica de benzodiazepínicos, principalmente os pacientes do sexo feminino, acima de 50 anos e sofrendo de problemas médicos crônicos, tais como transtornos de ansiedade<sup>1</sup>.

Os indivíduos que abusam de benzodiazepínicos, geralmente o fazem pelas seguintes razões: lidar com as reações ao estresse (por ex., lutos normais), com a expectativa de ajudá-los a resolverem os seus próprios problemas, ou então, simplesmente buscam os seus efeitos agradáveis, tais como a euforia, a excitação e o aumento do seu estado motivacional para a realização das suas atividades cotidianas. Quando os pacientes adquirem tolerância a algum desses efeitos tendem a procurarem os médicos com o

objetivo de persuadí-los a lhe prescreverem o benzodiazepínico, ou então, compram de forma ilegal a medicação (HANSON, 1995). Os usuários crônicos de benzodiazepínicos podem ser classificados em 4 tipos principais, tais como<sup>4</sup>:

- “**Usuários Médicos**”, quando os usuários que fazem parte deste grupo são medicados com benzodiazepínicos por indicação médica, como é o caso dos pacientes portadores de doenças músculo-esqueléticas (por ex., espasmos musculares) e neurológicas (por ex., epilepsia). Os usuários médicos raramente desenvolvem abuso ou dependência dos benzodiazepínicos, quando comparados aqueles com insônia ou estados ansiosos. Uma possível explicação para esta observação clínica é a menor prevalência de características de personalidade e sintomas psiquiátricos entre os pacientes que são medicados por razões médicas. Além disso, existe muita controvérsia se a prescrição de benzodiazepínicos para determinadas condições médicas, particularmente as doenças músculo-esqueléticas é efetiva.
- “**Usuários diurnos**” (“*daytime users*”), quando os usuários deste grupo fazem uso de benzodiazepínicos por indicações psiquiátricas, tais como ansiedade crônica (por ex., transtornos fóbicos). Clinicamente, os pacientes caracterizam-se por serem mais jovens, não manifestando doenças físicas e uso dos benzodiazepínicos por curto período de tempo. Supõem-se que um forte preditor de uso prolongado de benzodiazepínico entre estes pacientes é a gravidade dos transtornos psiquiátricos no início do tratamento.

- **“Usuários Noturnos”** (“*night-time users*”), quando os usuários deste grupo caracterizam-se pela presença de alterações crônicas do sono. Estima-se que 15% dos idosos fazem uso de algum hipnótico para tratarem as queixas de insônia. É o grupo predominante dentre os quatro tipos de usuários de benzodiazepínicos. Os pacientes caracterizam-se por serem idosos, predominantemente do sexo feminino, sendo comum a presença de doenças físicas e estados depressivos crônicos. Além disso, costumam tomar baixas doses dos benzodiazepínicos. São os usuários de benzodiazepínicos que mais relutam em tratar-se, quando desenvolvem dependência. Entretanto, quando proporciona-se alguma intervenção psicossocial (por ex., aconselhamento; terapia de relaxamento) aos pacientes, estes costumam aceitar o tratamento para descontinuar ou reduzir o uso de benzodiazepínico.
- **“Poli-usuários de Drogas”**, quando os usuários compreendem um pequeno grupo de pacientes, que fazem abuso caótico e ilícito de outras drogas de abuso (por ex., opióides; psicoestimulantes). Esses usuários de benzodiazepínicos caracterizam-se pelos seguintes dados clínicos: a) Pacientes mais jovens; b) Uso de altas doses diárias de benzodiazepínicos; c) Maior exposição aos benzodiazepínicos; d) Presença de vários problemas psicossociais e médicos causados pelo abuso de drogas ilícitas. Muitas vezes a desintoxicação desses pacientes deve ser realizada numa unidade hospitalar, devido ao abuso concomitante de várias drogas. Possivelmente, serão melhor tratados em unidades de dependência química.

Uma característica importante dos usuários abusivos de benzodiazepínicos é o comportamento de procurar a droga”. Os pacientes para adquirirem a medicação controlada

empregam várias estratégias ou artifícios, quando procuram os médicos o que torna a relação médico-paciente tensa, devido a sensação desagradável de estar sendo forçado pelo paciente a prescrever o medicamento controlado sem uma indicação clínica clara. Esta situação clínica de uma recusa inicial do médico a prescrever o benzodizepínico, transformando-se numa mudança de decisão diante da pressão do paciente é patognomônica de alguém que abusa de medicamentos controlados<sup>6</sup>.

Os principais artifícios para solcitarem a prescrição de medicamentos controlados podem ser listados da seguinte forma: a)Adulteração e falsificação de receitas médicas (por ex., roubar prescrições médicas; preencher receitas em branco; xerocar receitas; reescrever as receitas para eles próprios, ou então, usar uma outra pessoa para reescrever as receitas médicas; modificar a dosagem do medicamento prescrito, a quantidade de comprimidos prescritos e a data da receita); b)Diversas queixas somáticas, vagas e de origem indefinida, envolvendo sintomas ansiosos e insônia; c)Supervalorização dos sintomas, que parece indicar a necessidade de aumento da dosagem ou prescrição de vários medicamentos controlados; d)Insistência de que nenhum outro medicamento funciona, excetuando aquele com potencial de abuso; e)Recusa na prescrição de agentes farmacológicos alternativos (por ex., relato de alergia à vários medicamentos); f)Auto-afirmação que possui tolerância alta ao medicamento; g)Insistência para o médico prescrever algum medicamento controlado na primeira consulta; h)Ameaças veladas; i)Bajulação e elogios, seguida da solicitação da receita médica (“você é o único médico que me compreende”). Outra estratégia comumente empregada pelos pacientes, que abusam de benzodiazepínicos é quando procuram dois ou mais médicos com o objetivo de obter quantidade razoável de medicamento, que possa supri-lo por determinado período de tempo.

Os principais procedimentos para lidar com esse tipo de comportamento são:

- a) Desenvolver habilidades para rastrear os pacientes com dependência química;
- b) Estabelecer limites acerca das indicações clínicas para a prescrição dos medicamentos controlados;
- c) “Simplesmente dizer não” sem sentir-se culpado ou desconfortável ao impor limites, procurando não entrar em discussão com o paciente. É importante considerar o comportamento de procura como um sintoma subjacente da dependência química, que deve ser avaliado e tratado de forma objetiva, porém sem prescrição. Os médicos devem ter cuidado de não considerarem o comportamento do paciente como uma agressão pessoal, e dessa forma expressarem raiva ou indignação pessoal que possa interferir no tratamento do paciente<sup>6</sup>.

### **Prescrições Excessivas de Benzodiazepínicos**

Os benzodiazepínicos possuem uma grande margem de segurança, sendo raro os casos de morte por “overdose”. Entretanto, isso levou muitos médicos a prescreverem de forma abusiva os benzodiazepínicos, principalmente os de ação mais curta (tais como, o diazepam, o alprazolam e o lorazepam) acreditando tratarem-se de uma classe de medicações desprovidas de risco de induzir dependência<sup>3</sup>.

### **Características dos Médicos**

Os médicos envolvidos na prescrição excessiva de medicamentos controlados podem classificados nos seguintes tipos (os chamados “4 D”)<sup>6</sup>:

- “**Médicos desatualizados**”, que caracterizam-se pela desinformação em relação aos aspectos farmacológicos das drogas psicotrópicas (particularmente os benzodiazepínicos), diagnóstico e tratamento da dor crônica, estados ansiosos, insônia e abuso de drogas que muitas vezes podem exigir a prescrição de algum medicamento controlado. A principal consequência dessa falta de conhecimento são os extremos de prescrição excessiva ou insuficiente dos medicamentos controlados. É importante que o médico ao prescrever algum benzodiazepínico tenha condições de rastrear de forma correta os pacientes com dependência de drogas em sua prática clínica.
- “**Médicos ludibriados**” (do inglês “*duped*”) que compreendem os médicos que muitas vezes se “deixam enganar” pelos pacientes, devido à natureza da relação médico-paciente baseada na empatia e confiança mútua. Talvez uma das poucas situações clínicas que os médicos precisam monitorizar a confiança nos relatos dos pacientes é quando prescreve-se alguma medicação controlada.
- “**Médicos desonestos**” compreendem aqueles que fornecem receitas de medicamentos controlados em troca de pagamentos em dinheiro. Esses médicos devem ser denunciados aos órgãos responsáveis pela vigilância e cumprimento das leis que regulamentam a prescrição de medicamentos psicotrópicos.
- “**Médicos incapacitados**” (do inglês “*disabled*”), que são aqueles portadores de alguma condição médica ou psiquiátrica (por ex., dependência química; depressão; demência e

transtornos da personalidade, principalmente do agrupamento B), que procuram manter-se abastecido de medicamentos controlados através de vários artifícios (por ex., perdas repetidas de seus talonários de receitas controladas). Esses médicos devem ser encaminhados aos órgãos que proporcionem assistência e tratamento dos problemas relacionados à responsabilidade profissional do médico.

### Mecanismos Envolvidos

Os principais mecanismos envolvidos na prescrição excessiva de medicamentos controlados podem ser resumidos da seguinte forma<sup>6</sup>:

- “**Excessiva medicalização**”, que pode ser definida como a tendência dos médicos de prescrevem medicamentos controlados ou não, quando os pacientes persistem com as suas queixas somáticas e vagas, principalmente diante da pressão para receitarem alguma medicação que proporcione alívio imediato. Portanto, não é aconselhável prescrever pacientes com sintomas somáticos vagos, principalmente quando não se dispõem de critérios de indicação bem definidos e claros.
- “**Onipotência hipertrofiada**”, que compreende a tendência dos médicos fazerem de tudo a seu alcance para melhorarem a qualidade de vida de seus pacientes. Os médicos com essas características são facilmente manipulados pelos pacientes que abusam de medicamentos controlados.

- “**Fobia de confrontação**”, principalmente quando o médico está diante de situações clínicas caracterizadas pela confrontação interpessoal. Isto fica evidente na dificuldade de muitos profissionais médicos em estabelecer limites, já que durante a sua graduação médica foram ensinados a desenvolver habilidades que facilitassem o desenvolvimento de uma relação médico-paciente. Portanto, a sensação de “dizer não” às solicitações de um paciente para ser medicado com algum benzodiazepínico é extremamente desagradável.

### **Uso Prolongado**

O uso prolongado de altas doses benzodiazepínicos para tratar transtornos psiquiátricos primários (estados ansiosos e alterações do sono, principalmente as queixas de insônia), que compreende períodos acima de 4 a 6 semanas, pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e conseqüentemente dependência, particularmente quando prescreve-se doses elevadas de benzodiazepínicos de alta potência e de meia-vida curta (midazolam, lorazepam, alprazolam e triazolam)<sup>2,3</sup>. Os benzodiazepínicos devem ser usados por períodos curtos sob supervisão médica rigorosa, particularmente nos casos mais graves. Segundo os limites impostos pelo FDA, a prescrição de doses acima de 4 mg/dia de alprazolam ou 40 mg/dia de diazepam é considerado um procedimento de risco para o desenvolvimento de abuso de benzodiazepínicos, exceto os pacientes com transtorno de pânico, que podem beneficiar-se de dosagens duas a três vezes superior às preconizadas pelo FDA para tratar estados ansiosos crônicos. As doses consideradas seguras, ou seja, o risco de abuso é pequeno podem ser exemplificadas pelas seguintes dosagens diárias: 5 mg/dia de lorazepam, 2 mg/dia de alprazolam, 4 mg/dia de clonazepam, 20 mg/dia de

diazepam e 60 mg/dia de oxazepam. Outro critério clínico, que pode ser adotado é prescrever doses dos benzodiazepínicos baixo da metade da dosagem máxima sugerida pelo FDA<sup>1,6</sup>. Os pacientes que fazem uso abusivo e exclusivo de benzodiazepínicos (por ex., 20 a 100 mg de diazepam/dia) podem manifestar 3 padrões de uso típicos, que compreendem: a) Uso de altas doses de benzodiazepínicos, que são ingeridos de uma só vez; b) Uso de altas doses várias vezes ao longo do dia; c) Uso de benzodiazepínicos sob a forma de “binges”<sup>1</sup>.

### **Inespecificidade da Síndrome de Abstinência**

Os sinais e sintomas da abstinência aos benzodiazepínicos podem mimetizar condições médicas (por ex., alguns sintomas são similares aos da gripe) e psiquiátricas para as quais foram prescritos, além de serem subjetivos na sua apresentação e intensidade. Alguns critérios clínicos podem ser empregados para auxiliar no diagnóstico diferencial da abstinência dos benzodiazepínicos com o reaparecimento da ansiedade, tais como a seqüência temporal dos sintomas de abstinência e uma tríade de manifestações clínicas representadas pela disforia, hiperacusia e gosto metálico na boca, que podem ser sugestivos de uma síndrome de abstinência<sup>5</sup>. Ao suspender-se o benzodiazepínico, os pacientes poderão evoluir da seguinte forma<sup>2</sup>:

### **Quadro 1**

- “**Recorrência dos sintomas iniciais**”, que emergem (por ex., ataques de pânico), após a retirada do benzodiazepínico são indistinguíveis daqueles que indicaram a prescrição do benzodiazepínico.
- “**Sintomas rebote**” (por ex., insônia de rebote), que ocorrem após a descontinuação do benzodiazepínico, particularmente os de meia-vida curta (triazolam) e intermediária (lorazepam). O paciente pode evoluir com piora da ansiedade, insônia, ataques de pânico e outros sintomas originais, que retornam com maior intensidade. Entretanto, a “reação de rebote” não é uma característica específica da dependência, podendo ocorrer mesmo após uma única dose de benzodiazepínico.
- “**Abstinência dos benzodiazepínicos**”, cuja duração e gravidade da síndrome de abstinência dos benzodiazepínicos depende dos seguintes fatores: a)Meia vida do benzodiazepínico, principalmente aqueles de meia-vida curta (alprazolam), cujos sintomas de abstinência iniciam-se dentro de 24 e 72 h, atingindo um pico máximo nas primeiras 72 h, raramente ultrapassando a quarta semana; b)Potência do benzodiazepínico, como é o caso dos agentes de alta potência, que possuem maior afinidade pelos receptores benzodiazepínicos, sendo o risco para desenvolver abstinência mais elevado; c)Gravidade da dependência; d)Dose do benzodiazepínico, particularmente quando empregam-se doses elevadas. Entretanto, o uso de doses consideradas terapêuticas também podem produzir abstinência; e)Duração da exposição ao benzodiazepínico.

## Quadro 2

### História de Abuso de Drogas

Os pacientes que apresentam antecedentes pessoais de abuso de álcool e drogas tendem a experimentar os efeitos farmacológicos dos benzodiazepínicos como “reforçadores”, o que não acontece com os indivíduos normais, ansiosos ou sem história prévia de abuso de drogas. Entretanto, alcoolistas e usuários de drogas dificilmente fazem abuso isolado de benzodiazepínicos por causa dos seus efeitos euforizantes, devido à sua fraca capacidade de reforçamento, quando comparada aos opiáceos, psicoestimulantes e barbitúricos de ação intermediária. Portanto, os mecanismos envolvidos no desenvolvimento dessa dependência-cruzada entre as drogas de abuso lícitas ou ilícitas permanecem desconhecidas<sup>1</sup>.

### Opióides

O uso de benzodiazepínicos pelos usuários de opióides é freqüente, já que esta combinação pode potencializar os efeitos reforçadores dos mesmos. Os usuários crônicos de heroína relatam que os benzodiazepínicos costumam contrabalançar o fenômeno da tolerância, ao diminuir a quantidade necessária de opiáceos para atingir os efeitos desejados<sup>3</sup>.

### Cocaína

Os benzodiazepínicos (alprazolam e lorazepam) podem reduzir o “*crashing*” que ocorre após o uso de grande quantidade de cocaína<sup>3</sup>. Alguns usuários usam os benzodiazepínicos (triazolam) para tratar a insônia que acompanha a abstinência da cocaína<sup>1</sup>.

### Álcool

Estima-se que 21% dos alcoolistas fazem uso crônico de benzodiazepínicos ao perceberem como agradáveis os seus efeitos farmacológicos. Outra forma comum de associação de benzodiazepínicos com drogas depressoras do SNC (particularmente o etanol) é a obtenção mais rápida dos “efeitos reforçadores”, o que pode ser extremamente perigoso, devido ao sinergismo dessas duas substâncias psicoativas. Os alcoolistas, costumam também abusar dos benzodiazepínicos para aliviar a síndrome de abstinência alcoólica ou “ressaca” do dia anterior. Outros fazem uso dos ansiolíticos para criarem um estado de intoxicação sem a presença desagradável do hálito etílico<sup>3</sup>.

### Alucinógenos e Psicoestimulantes

Os usuários de drogas de abuso (principalmente, os psicoestimulantes, o LSD e outros alucinógenos) costumam consumir benzodiazepínicos para atenuar os sintomas desagradáveis da síndrome de abstinência<sup>3</sup>.

## **Medidas Preventivas**

As principais medidas preventivas compreendem o uso racional dos benzodiazepínicos, levando-se em consideração os seguintes parâmetros: a)Tratar a síndrome clínica, para o qual o benzodiazepínico foi indicado; b)Associar intervenções não-farmacológicas (por ex., tratamentos psicossociais), quando indicado; c)Reconsiderar o diagnóstico nos caso de pobre resposta terapêutica, ou então, quando necessita-se aumentar a dose ou manter o benzodiazepínico por um tempo mais prolongado do que inicialmente estimado; d)Monitorizar o uso abusivo do benzodiazepínico; e)Considerar os riscos e benefícios de um tratamento com benzodiazepínico; f)Excluir abuso de outras drogas subjacente à condição clínica ou psiquiátrica antes de prescrever alguma medicação controlada; g)Registrar e documentar na ficha de evolução, especificando-se o diagnóstico clínico, as indicações clínicas e a evolução do tratamento; h)Identificar os principais artifícios para obter prescrições de benzodiazepínicos, recusando-os com firmeza e calma<sup>2,6</sup>.

Na maioria dos casos, a síndrome de dependência aos benzodiazepínicos instala-se insidiosamente ao longo de anos. Geralmente, os pacientes são tratados cronicamente por causa de algum sintoma ansioso ou queixa de insônia. Quando tenta-se retirar o benzodiazepínico, os sintomas de abstinência são interpretados pelos médicos como indício de piora do quadro clínico, levando-os a restituírem a medicação. Nesse intervalo de tempo, o paciente desenvolve tolerância aos efeitos farmacológicos, sendo necessário aumentar a dose do benzodiazepínico e, portanto perpetuando o processo de dependência.

Consequentemente, o paciente passa a incorporar a medicação em todas as suas atividades sociais e profissionais, desenvolvendo novas crenças, expectativas e atitudes que reforcem a manutenção deste círculo vicioso. Quando constata-se, que o paciente desenvolveu uma grave dependência e resolve-se iniciar um esquema de redução gradual do benzodiazepínico já é tarde demais, em virtude da complexidade de tratar-se esse tipo de dependência<sup>3</sup>. Portanto, antes de prescrever algum benzodiazepínico para tratar ou proporcionar alívio sintomático dos pacientes com estados ansiosos e insônia deve-se procurar outras alternativas terapêuticas, tais como: a)Agentes farmacológicos que não pertencem a classe dos benzodiazepínicos (antidepressivos, buspirona e hidroxizina); b)Intervenções psicossociais, tais como intervenções psicoterápicas (por ex., terapia cognitivo-comportamental, treinamento de relaxamento e treinamento de assertividade) e grupos de auto-ajuda; c)Combinações de intervenções farmacológicas e psicossociais <sup>1,6</sup> .

### **Quadro 3**

# Diagnóstico Diferencial

## dos

## Benzodiazepínicos

**Quadro 1** – Diagnóstico Diferencial dos Benzodiazepínicos

|                                     | Seqüência Temporal |                    |                                 | Tríade Sintomática                        |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------------|---|
|                                     | Início             | Intensidade Máxima | Evolução                        |   |
| Abstinência dos BDZ                 | 2 – 3 dias         | 7 dias             | Redução progressiva após 7 dias | Disforia<br>Hiperacusia<br>Gosto metálico |
| Reaparecimento dos Estados Ansiosos | 7 dias             | 14 dias            | Evolução persistente            | Reaparecimento dos sintomas Iniciais      |

# Síndrome de Abstinência dos Benzodiazepínicos

## Características Clínicas

**Quadro 2** – Características Clínicas da Síndrome de Abstinência dos Benzodiazepínicos

| <b>Sinais e Sintomas Físicos</b>  | <b>Sinais e Sintomas Psíquicos</b>   |
|---|--|
| Ataxia; tinido; mioclonias; hiperatividade autonômica (por ex., sudorese ou taquicardia acima de 100 bpm); náuseas e vômitos; tremores grosseiros das mãos, língua e pálpebras; hipotensão postural ou ortostática; diplopia; hiperssensibilidade à luz, sons e odores; hiperssensibilidade tátil; convulsões tônico-clônico generalizadas; cefaléia; tontura; tensão muscular; letargia, fraqueza ou mal-estar geral; anorexia; perda de peso; rubor facial; dores musculares; sensação de calor e frio; gosto metálico; | Ansiedade; alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias; delírios (por ex., delírios paranóides); agitação ou excitação psicomotora; despersonalização; desrealização; agorafobia; ataques de pânico; <i>delirium</i> ; depressão; irritabilidade; apatia; disforia; indisposição; déficits de memória; dificuldade de concentração; insônia; pesadelos; |

**Alternativas**  
**para**  
**Tratamento dos Estados Ansiosos e Insônia**

**Quadro 3** – Tratamentos Alternativos dos Estados Ansiosos e Insônia

|   |   |
|---|---|
| Transtorno de Ansiedade Generalizada<br>(TAG) | Buspirona   |
| Transtorno de Pânico<br>Insônia               | ISRS<br>Zolpidem<br>Antidepressivos sedativos<br>(amitriptilina e trazodone)<br>Anti-histamínicos sedativos |

## **Bibliografia**

01. FRANCES, R.J. & MILLER, S.I. Clinical Textbook of Addictive Disorders. 2<sup>nd</sup> ed. New York, NY (USA): The Guilford Press, 1998.

02. FRIEDMAN, L.; FLEMING, N.F.; ROBERTS, D.H. & HYMAN, S.E. Source Book of Substance Abuse and Addiction. Baltimore, Maryland (USA): Williams & Wilkins, 1996.

03. HANSON, G. & VENTURELLI, P.J. Drugs and Society. 4<sup>nd</sup> ed. Boston, MA (USA): Jones and Bartlett Publishers, 1995.

04. KING, M.B. Long-term benzodiazepine users – a mixed bag. *Addiction* 89: 1367 – 1370, 1994.

05. LARANJEIRA, R.R. & NICASTRI, S. Abuso e Dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O.P.; DRACU, L. & LARANJEIRA, R.R. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

06. SAMET, J. H.; O'CONNOR, P. G. & STEIN, M. D. Clínicas Médicas da América do Norte: Abuso de álcool e de outras drogas. 1<sup>nd</sup> ed. Rio de Janeiro (RJ): Interlivros, 1997.