

Co-morbidade e dependência química: repercussões na adesão ao tratamento e evolução clínica

Esdras
Cabus Moreira¹

O Transtorno por Uso de Substâncias, como são classificados o abuso e a dependência a substâncias psicoativas pelo DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (DSM-IV;1995), encontra-se frequentemente associado a outras patologias psiquiátricas. O esforço diagnóstico deve sempre considerar a possibilidade da existência de co-morbidade, ou seja, a concomitância de uma ou várias patologias mentais no indivíduo usuário de drogas. Nesses casos, a adesão ao tratamento e a resposta clínica dependem das intervenções sobre o comportamento aditivo, assim como do controle adequado dos sintomas relacionados aos transtornos mentais associados.

A existência de co-morbidade aumenta a dificuldade do tratamento de cada patologia isoladamente, sendo necessário um esforço da equipe para intervir no conjunto de sintomas e reavaliar as metas possíveis para cada caso. A presença de transtorno mental como depressão, ansiedade ou esquizofrenia é, muitas vezes, o motivo para que o paciente seja encaminhado dos serviços de dependência química para os serviços psiquiátricos. Estes, por sua vez, reencaminham o paciente para o programa de dependência, por considerarem a droga o problema central. Em alguns casos, os pacientes são acompanhados pelos dois serviços, o que aumenta a dificuldade para o manejo dos sintomas e piora a evolução clínica. O esforço maior dos profissionais de saúde é a busca da integralidade do atendimento, possibilitando que as intervenções sejam realizadas num mesmo serviço, melhorando a comunicação

entre os técnicos e possibilitando um melhor controle da sintomatologia e redução das recaídas.

Não há uma concepção etiológica única sobre a ocorrência conjunta do uso de drogas e outras doenças psiquiátricas. Tal fato dificulta a homogeneização das práticas clínicas que pretendem lidar com esse problema. No caso da anfetamina e cocaína (psicoestimulantes), as evidências apontam para a ocorrência de uma psicose induzida por essas substâncias, em muito semelhante à esquizofrenia paranóide. Contudo, para as outras drogas, essa relação é menos clara. Há relatos que sugerem ser a maconha capaz de intensificar os sintomas da esquizofrenia. Entretanto, não é consenso que esta seja capaz de induzir uma psicose em pacientes previamente saudáveis. Quanto ao ecstasy, é possível que possa causar depressão e ansiedade, todavia, essa relação pode ser devido ao acaso (ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, 2000). Um outro exemplo dos limites imprecisos da relação doença mental-droga, encontramos no quadro de alucinação alcoólica. Sua ligação com o uso do álcool é questionada quando tal quadro se prolonga, assemelhando-se à esquizofrenia (LISHMAN, 1998, p. 599).

Seja qual for a natureza etiológica da co-morbidade, a maioria dos clínicos acredita que muitos desses pacientes, ao fazerem uso de drogas, fazem-no como forma de auto-medicação. Uma segunda suposição, largamente aceita, considera a droga apenas como fator precipitante da doença mental em sujeitos predispostos a ela. Considerar o transtorno psíquico como primário e determinante do uso da substância, ou considerá-lo secundário, ou seja, induzido pelo uso da droga, são dois extremos. O mais adequado, na maioria dos casos, é uma estratégia intermediária de atenção às duas patologias: doença mental e transtorno por uso de substância.

Os estudos americanos em comunidades têm mostrado uma elevada prevalência na vida de co-morbidade nos usuários de drogas. Essa taxa chega a 13%, sendo consideravelmente maior nas populações em tratamento psiquiátrico ambulatorial ou sob regime de internação hospitalar. Em 20 a 50% desses pacientes, encontramos problemas de alcoolismo e abuso de outras drogas. (MCCRADY, 1999, p. 440).

As substâncias mais utilizadas pelos pacientes psiquiátricos são a nicotina, álcool, maconha e cocaína. As taxas de uso de drogas entre esquizofrênicos, pacientes, com transtorno bipolar do humor e transtorno anti-social de personalidade são elevadas. O mesmo ocorre nos pacientes com transtorno do eixo II (transtorno de personalidade), principalmente transtorno borderline, anti-social e narcisista de personalidade. Veremos agora os dados para cada patologia em particular.

Há aproximadamente dois anos, recebemos no CETAD uma mulher de 62 anos com a queixa de uso diário de meio litro de aguardente há 06 meses, fato que chamou a atenção dos seus familiares, apesar das suas tentativas de manter o hábito em segredo da família. Essa paciente apresentava relato de desânimo progressivo e incapacidade de envolvimento nas suas atividades cotidianas, antes motivo de prazer. Tudo teve início com o progressivo esvaziamento do seu lar pelo casamento dos filhos e mudança para suas casas e outras cidades. Era evidente o Transtorno Depressivo associado ao uso diário de bebida alcoólica, fato que sugeria uma tentativa de automedicação e redução da ansiedade e sentimento de tristeza. Essa paciente evoluiu para abstinência completa após introdução de antidepressivo e remissão dos sintomas depressivos. Os estudos têm mostrado que a prevalência na vida de transtorno depressivo encontra-se aumentada entre os usuários de substâncias psicoativas, sendo importante o seu diagnóstico, principalmente entre as mulheres.

Caso semelhante, envolvendo o modelo de automedicação, encontramos num paciente de 45 anos com história de uso excessivo de álcool, associado a quadro psicótico paranóide e agitação psicomotora importante, além de taquialia e aceleração do curso do pensamento, o que sugeria uma síndrome maniatiforme. Como o Transtorno Bipolar do Humor é a mais freqüente patologia do eixo I associada ao uso de drogas (alguns estudos mostram nesses pacientes uma prevalência na vida de abuso ou dependência de drogas em torno de 60%), esse paciente foi tratado com estabilizador do humor e o que parecia ser uma psicose precipitada pelo uso de álcool, remitiu em três semanas, com retorno do funcionamento psíquico normal, abstinência da substância e evolução favorável. Nesse

caso, observamos que, nos meses seguintes, houve recaídas do quadro psíquico, ora com rebaixamento do humor, ora com elevação do mesmo, mas sem retorno ao uso do álcool. Entretanto, muitos pacientes com co-morbidade semelhante apresentam recaídas no uso da droga com a piora dos sintomas da patologia de base, o que dificulta a evolução e prognóstico das duas patologias.

Alguns pacientes usuários de cocaína chegam ao consultório com o relato de sensação de maior tranquilidade após o seu uso. Nesses casos, é importante a investigação para quadro de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, patologia de início precoce que parece aumentar o risco de transtorno por uso de substância em duas vezes naqueles adultos que permanecem sintomáticos. (MCCRADY, 1999, p. 443). É interessante notarmos como o tratamento adequado com o metilfenidato pode resolver o problema com a droga e estabilizar o quadro de ansiedade e humor depressivo, geralmente associados a essa patologia.

Habitualmente, a psicose esquizofreniforme induzida pelo uso de substância psicoativa resolve-se em poucas semanas, cessada a utilização da droga. Quando isso não ocorre, é dado o diagnóstico de psicose esquizofrênica e, na maioria dos casos, podemos observar, retrospectivamente, a proeminência no quadro psicótico inicial de sintomas negativos, como achatamento afetivo e avolição, ou alterações específicas da linguagem, como empobrecimento, perda da objetividade e circunstancialidade. Portanto, na presença de sintomas negativos e alteração da linguagem nos quadros de psicose e uso concomitante de drogas, devemos considerar, atentamente, a possibilidade de um quadro esquizofrênico desencadeado ou intensificado pelo uso da substância. Nesses pacientes, o controle dos sintomas psicóticos é de importância central para a redução da utilização da droga. É comum observarmos uma diminuição significativa da quantidade consumida ou mesmo a abstinência, com a melhora do quadro psíquico. Não obstante, são muitos os casos em que drogas como a nicotina e a maconha são utilizadas, no nosso entendimento, para minimizar os sintomas psicóticos. Em relação à nicotina, é vasta a literatura que tenta associar os seus efeitos neurobiológicos nos sistemas dopaminérgicos e glutaminérgicos corticais (região pré-frontal) e sub-cortical, com a diminuição da

sintomatologia negativa e das alucinações auditivas em pacientes esquizofrênicos, o que explicaria a alta frequência da dependência a essa substância entre psicóticos crônicos. (DALACK et alii, 1998).

Um outro diagnóstico frequente entre usuários de drogas é o de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), sendo complexa a etiologia de tal relação. Encontramos uma prevalência de TEPT aumentada, principalmente, nos usuários de cocaína e opióides, chegando à taxa de 30 a 60% em ambientes específicos para o tratamento de uso dessas substâncias. (BRADY, 2000). Não sabemos se o estilo de vida do usuário o predispõe a uma exposição maior a traumas ou se a utilização da droga diminui a sua capacidade biológica de adaptação a eles. Contudo, nesses pacientes, é mais evidente a utilização da droga como auto-medicação.

O Transtorno de Pânico também representa um diagnóstico frequente entre os usuários. Um estudo americano mostrou uma prevalência no ano do problema com drogas de 16% nessa população. (MCCRADY, 1999 p. 443). Drogas como a cocaína podem precipitar ataques de pânico e modificar o curso do tratamento para esse transtorno. Portanto, semelhante às patologias descritas acima, o tratamento conjunto é sempre fundamental para atingirmos um resultado satisfatório na redução do comportamento aditivo e para que possamos manter a adesão do paciente ao tratamento.

Chegamos a um ponto de máxima importância. É preciso que tenhamos em mente que muitos dos pacientes que se mostram desmotivados, no início do tratamento, apresentam uma patologia mental associada que dificulta sua adesão. Nesses casos, a sua permanência em tratamento será maior se houver uma flexibilidade nas metas, considerando, muitas vezes, a abstinência como um objetivo futuro. Inicialmente, o foco principal da intervenção deve centrar-se na diminuição dos sintomas psíquicos associados e no aumento da motivação e engajamento do paciente na terapêutica proposta.

O diagnóstico de co-morbidade tem implicações importantes nas estratégias de tratamento e resultados. Na maioria das vezes, o tratamento não é eficaz pela presença de um diagnóstico secundário. Os pacientes com co-morbidade podem ter dificuldades em entender e articular seus sentimentos, pensamentos e objetivos e em identificar a relação da co-morbidade com o

comportamento aditivo. Há evidências de que o tratamento simultâneo da adição e co-morbidade pode resultar em melhores resultados para alguns pacientes. Observa-se também um risco de suicídio aumentado na associação do comportamento aditivo com ansiedade ou depressão. Os tratamentos psiquiátrico e psicoterápico devem, portanto, ser ajustados na presença de co-morbidade.

Em vista do pouco conhecimento que temos da história natural do alcoolismo e do uso de outras drogas, é importante que observemos as dificuldades no estabelecimento dos fatores causais, de re-forço, precipitantes e associados ao uso problemático de drogas. Muitos dos fatores inicialmente tidos como causa do comportamento aditivo para o álcool, por exemplo, não têm resistido à análise prospectiva, como estrutura familiar pré-morbida e a instabilidade da personalidade. (VAILLANT, 1999). Portanto, as formas de tratamento devem estar atentas para um excesso de rigidez dos seus pressupostos e manter uma abertura para fatos clínicos novos, principalmente na presença de co-morbidade. Os profissionais dos serviços de atendimento ao usuário de drogas trabalham com a população com as maiores taxas de co-morbidade. Assim posto, os diagnósticos de Transtorno Bipolar do Humor, Transtorno Depressivo, Psicose, Transtornos de Personalidade, Transtorno do déficit de Atenção com Hiperatividade e Transtornos de Ansiedade devem ser sempre lembrados no momento das formulações diagnósticas e prognósticas para esses pacientes. Só assim, alcançaremos melhores resultados e permitiremos uma adesão maior às intervenções propostas.

Notas

¹ Psiquiatra. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA. Mestre em Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids*. Am J Psychiatry, 1995. p. 152:11.

BRADY, K. T. et alii. *comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder*. J Clin Psychiatry, 2000, p. 61 (suppl 7).

DALACK, G. W.; HEALY D. J.; MEADOR-WOODRUFF, J. H. *Nicotine Dependence in Schizophrenia: Clinical Phenomena and Laboratory Findings*. Am J Psychiatry, 1998. p. 155: 11.

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed, Porto Alegre, 1995.

LISHMAN, W. A. *Organic Psychiatry: The Psychological Consequences of Cerebral Disorder*. 3ª ed. Oxford: Blackwell Science, 1998.

McCRADY, B. S.; EPSTEIN, E. E. *Addictions: A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press, 1999.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. *Drugs: dilemma and choices*. London: Gaskell, 2000.

VAILLANT, G. E. *A história natural do alcoolismo revisitada*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

WELTZLER, S.; SANDERSON, W. C. (Eds). *Treatment Strategies for Patients with Psychiatry Comorbidity*. The Einstein Psychiatry Series. New York: John Wiley & Sons, 1997.