

DEPRESSÃO E USO DE DROGAS

OSVALDO LUIZ SAIDE

RESUMO

O autor faz uma análise das atuais pesquisas sobre a associação Depressão e Uso de Drogas levando em conta autores clássicos da Clínica Psiquiátrica. A ideia principal é a de demonstrar que, para a prática psiquiátrica, todo o médico deve ler o produto das pesquisas mais recentes com espírito crítico, baseando-se em conhecimento anterior acumulado e valorizando, também, a experiência pessoal com os seus pacientes. Depressão e Abuso de Drogas é uma associação frequente, isso não é uma novidade. A novidade está na específica forma de associação que pode ocorrer no caso concreto e que pode implicar em alto risco de suicídio.

PALAVRAS-CHAVE: *Abuso de álcool; Abuso de drogas; Depressão; Transtornos do humor; Comorbidade.*

INTRODUÇÃO

A relação entre uso de drogas e depressão parece ter, primitivamente, um significado simbólico ou talvez ter um sentido quase atávico^{1,2}. Mas isso, provavelmente, no imaginário das pessoas que não usam drogas (ou pensam não usar). Quase se imagina que quem “se entrega às drogas” deve ter algo errado consigo próprio, talvez tenha lhe acontecido alguma coisa, uma profunda decepção, um desgosto, quem sabe? Os relatos das pessoas comuns

sobre o passado de “bêbados” e “viciados” é repleto de histórias tristes e desenganos: “Ela ficou assim porque o marido a deixou.” ou então “Foi desgosto do menino quando soube que a mãe tinha um amante!” A justificativa de um “trauma” parece condizer com a equação popular: desgosto = uso de álcool/drogas. Do mesmo jeito, se diz: “Ele bebe para esquecer...” ou então “Do jeito que ela se pica deve estar querendo se matar!”.

De forma quase caricatural, acreditamos que depressão e problemas com drogas andam sempre juntos. Pensamos que talvez só mesmo um sujeito desesperado (e, portanto, deprimido) pode se lançar ao uso compulsivo de drogas/álcool. Talvez o fenômeno da dependência, embora bastante comum, seja mesmo intrigante em suas origens. E não é nem um fenômeno tão distante assim: quem de nós não tem ou teve notícias de um parente ou amigo com problemas com drogas? E o meu cigarro que uso, não é uma droga, afinal? Ou aquele “diazepam” absolutamente necessário para que eu durma à noite? E aquelas inúmeras latinhas de cerveja que estão na minha frente a cada churrasco ou festa de fim de semana?

Drogas estão aí, na nossa vida, no dia a dia, e mesmo assim estranhemos ao saber que um tio morreu fumando, mesmo sabendo que estava com câncer de pulmão. Ou achamos um absurdo esse sujeito mendigo, bêbado, chegar em nosso plantão de emergência de madrugada queixando-se das pernas bambas que, segundo diz, nada tem a ver com a

cachaça, pois não bebe desde ontem.

Há, no imaginário popular, uma necessidade de explicar todo e qualquer fenômeno mental por fatos ocorridos na vida de cada um. Não é necessário ser psicanalista para acharmos que alguém bebe muito por causa da mãe ou que cheira cocaína por causa do pai. A existência humana tem um conteúdo dramático *per se* e não é de estranhar que caminhamos sobre nossas fraquezas e sobrevivendo nossas frustrações. Uns melhor, outros pior.

Mas por outro lado muitos se esquecem que, de início, tudo era festa e brincadeira. Assim se começa, muitas vezes, o uso do álcool: em alegres e inocentes festinhas de família. Ou se começou a cheirar “para ficar ligado” numa festa de adolescentes³

Em nossa cultura, o uso de álcool é componente fundamental de celebrações de maneira tal que, se avisarem que na festa não tem cerveja, muitos não vão. De alegria em alegria, as pessoas vão utilizando sua droga e quase sem perceber, passam a necessitar da droga para ir à festa e depois passam a necessitar da droga para qualquer coisa.

Mas, em todo caso, acabamos falando que também a alegria pode ser razão para uso de álcool/drogas e não a tristeza (seria uma reação maníaca como sugerem os psicanalistas?)⁴.

Afinal, como lidamos com nossas emoções? Em que ponto passamos a querer euforia mais que alegria, em que ponto nos entregamos à tristeza e caímos em depressão?

Sem dúvida, as drogas afetam meu estado de humor: a cocaína me estimula, a maconha me tranquiliza. Mas, a cada vez que uso uma droga, eu modulo externamente meu humor e fico menos senhor de minhas emoções.

Muito do trabalho com pacientes internados em Clínica de Dependências,

utilizando o Modelo Minnesota, se pauta, entre outras coisas, no princípio de que o Dependente Químico não sabe lidar com as próprias emoções: alegria x euforia, tristeza x depressão etc.⁵ Muitos exercícios emocionais são propostos para que ele recupere a condição de lidar com as próprias emoções sem usar drogas. Até então, ele vinha tentando se ajustar às próprias emoções utilizando fármacos e só fez se complicar⁶.

No desenvolvimento desse raciocínio, o Modelo Minnesota mais ortodoxo considera que o Dependente Químico (DQ), para se recuperar, não deveria usar droga nenhuma e sim fazer um trabalho interno de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal em que se libertasse do uso de drogas para modelar as emoções. Se, dessa forma, o DQ sofre durante o tratamento (até por conta de razoável sintomatologia de Síndrome de Abstinência) isso serviria como ajuda à maturidade e crescimento pessoal. Talvez isso seja verdade em pessoas com uma Dependência Química “pura” mas não é o caso para pessoas que apresentam quadros de comorbidade como a depressão. Sem identificação da sintomatologia depressiva paralela e sem apoio medicamentoso, há grave risco de suicídio^{7,8}.

Essa não é a primeira vez que abordamos esse tema e em um trabalho anterior, utilizando uma pesquisa de campo rudimentar, encontramos sintomatologia depressiva em 16% de pacientes masculinos internados por alcoolismo em um Hospital Psiquiátrico⁹. Esse trabalho trazia muito mais perguntas do que respostas. Mas afinal esses sintomas vieram antes ou depois da dependência do álcool, e de outra feita, como isso se processa? Depressão induz abuso de álcool, o álcool induz depressão, nada tem a ver uma coisa com a outra ou tudo veio junto?

Dezoito anos depois desse traba-

lho, retomamos a questão analisando não somente o problema do abuso/dependência do álcool, mas de todas as drogas para entender o “estado da arte” no momento atual. Até onde avançamos?

Transtornos do Humor, como definido pela DSM IV – TR são essencialmente classificados como depressivos ou bipolares. Durante esta última década, resultados de pesquisa e a experiência clínica têm convergido para o reconhecimento de que essas enfermidades comumente ocorrem associadas ao abuso de substâncias e que esta associação tem consequências clínicas adversas. A associação de Transtornos de Humor e Abuso de substâncias piora o curso clínico, o resultado do tratamento e o prognóstico de cada problema. No entanto, o alívio de uma das condições demonstra facilitar a recuperação da outra.

EPIDEMIOLOGIA

Dois estudos epidemiológicos são clássicos por terem examinado a prevalência de transtornos psiquiátricos e abuso de substâncias ao conduzir avaliações em populações adultas. O primeiro deles foi o estudo ECA (*Epidemiological Catchment Area*) conduzido no início da década de 80 e o outro foi o NCS (*National Comorbidity Survey*) conduzido no início da década de 90. Ambos demonstraram inequivocamente que Transtornos Afetivos aumentam o risco de abuso de álcool/drogas^{10, 11}.

No estudo ECA, encontrou-se uma prevalência de 13,5% de abuso/dependência de álcool e 6,1% para abuso/dependência de outras drogas (excluída aí a nicotina – a dependência mais comum de todas chegando à época a 22% da população americana). Entre os indivíduos com Transtornos do Humor (TH), encontraram-se 32% de problemas com álcool/drogas. Entre os indivíduos com Depressão Maior, encon-

tramos 16,5% com problemas com álcool e 18% com problemas de outras drogas. Problemas relacionados a álcool e drogas (PRAD) são particularmente comuns entre indivíduos com Transtorno Bipolar (TB) chegando a 56% desse grupo^{12,13}!

O estudo NCS mostrou algumas diferenças, mas também as metodologias de trabalho foram muito diferentes. A estimativa para dependência de álcool foi de 14,1% e para drogas em geral foi de 7,5%. A prevalência para qualquer Transtorno de Humor foi de 19,3%. Pacientes com depressão têm duas vezes mais risco de apresentar PRAD e pacientes com Transtorno Bipolar têm sete vezes mais chance de ter PRAD!

Em um estudo canadense¹⁴, dados do *Canadian Community Health Survey* mostram que a prevalência em 12 meses de Depressão Maior em pessoas com PRAD foram: 6,9% para bebedores pesados, 8,8% para dependentes de álcool e 16,1% para drogas de um modo geral. Inversamente, se estudou a prevalência por 12 meses em pessoas com Depressão Maior de abuso de álcool (12,3%), dependência de álcool (5,8%) e dependência de drogas (3,2%). Pode se dizer, a partir desses dados, que drogas, de um modo geral, facilitam a eclosão de Depressão e que Depressão anterior é fator importante para abuso de álcool.

Para se ter uma ideia da importância desta correlação, passamos a analisar dois estudos sobre pacientes em tratamento. Em um deles, Brady¹ estudou pacientes em tratamento para dependência de álcool e estimou que de 20 a 67% deles experienciaram alguma vez na vida um episódio de depressão e que de 6 a 8% eram suspeitos de bipolaridade. Rounsaville, em um estudo já clássico^{apud 15}, demonstrou que, entre os abusadores de cocaína em tratamento, 30,5% teve ao menos um episódio depressivo e 11,1% teve um episódio de mania ou hipomania não relacionado à intoxicação

pela droga. Transtornos Bipolares parecem ser mais prevalentes entre abusadores de cocaína que entre os que abusam de bebidas alcoólicas. Em estudo mais recente, Ford, Gelertner e cols.¹⁶ confirmaram esses achados.

Uma das razões para tamanha discrepância de percentuais deve-se à complexidade da superposição diagnóstica entre TH e PRAD. Por exemplo, abstinência de drogas pode afetar o estado de humor e, assim, o paciente que é avaliado em quadro de abstinência pode ser confundido como se estivesse sofrendo uma verdadeira depressão (tratar-se-ia de Episódio depressivo ou Depressão Maior ou simples sintomatologia da intoxicação?). Daí muitos pesquisadores recomendam avaliar o paciente para TH somente após um período de desintoxicação.

ABUSO DE ÁLCOOL/DROGAS LEVANDO À DEPRESSÃO

Como o uso de álcool é bem aceito socialmente, muitas pessoas iniciam o uso de álcool, sem maiores razões a não ser pelo costume de uso social, em festas e reuniões de família. Para a nicotina, o mesmo pode ocorrer acrescido do fato de que o uso pode funcionar como “ritual de passagem” da adolescência à vida adulta¹⁷. Quando se trata de drogas ilegais, o uso exige um certo grau de transgressão por parte do usuário. Transgressão um pouco menor em drogas como a maconha que hoje flutua no limbo da semilegalidade até a forte transgressão representada pelo crack e injetáveis.

O uso repetido é meio-caminho para o abuso e daí insensivelmente se passa à dependência. No caso da nicotina, isso é sabido por todos os fumantes: começaram fumando da mão de amigos, depois um dia compraram um maço de cigarros

para levar a uma festa, repetiram na semana seguinte e na outra. Um dia notaram que estavam fumando regularmente. Não há, portanto necessidade de uma patologia mental prévia para que alguém se torne dependente de uma droga: basta o uso regular e continuado. As drogas têm um potencial de dependência que está expresso no prazer que podem proporcionar.

Claro está que algum indivíduo tem maior tendência a criar dependência, outros não e que circunstâncias externas e momentos da vida (inclusive idade precoce) agem como fatores facilitadores. Jellinek¹⁸, ao diferenciar cinco tipos de alcoolistas pelas letras iniciais do alfabeto grego, já dizia que os tipos característicos de uma “doença alcoólica” seriam os tipos γ e δ . Schuckit¹⁹ de outra feita, distinguia alcoolistas “primários” de alcoolistas “secundários”: distinção essa exclusivamente temporal – se o abuso/dependência do álcool não era precedido, na cronologia do indivíduo, por nenhuma patologia mental, ele tem um “alcoolismo primário”.

Já o termo “alcoolista secundário” reserva-se no caso da presença de uma patologia mental prévia, mas sem obrigatoriedade de uma relação causa-efeito. Assim, um deficiente mental que tem problemas com álcool é considerado um “alcoolista secundário”, mas isso não significa que a origem do alcoolismo seja a deficiência mental. Mas isso tudo serve para concluirmos que, em drogas legais, é fácil pensar que a maioria dos usuários não tem qualquer patologia prévia definida como já demonstraram alguns estudos de seguimento³. Para entender como uso de drogas/álcool tem o potencial de desencadear depressão, pensemos como agem tais drogas sobre o funcionamento cerebral. Ora, drogas como o álcool, benzodiazepínicos, sedativo-hipnóticos, opioides e opiáceos já em suas fases de intoxicação mostram claramente seu potencial depres-

sogênico: elas são consideradas essencialmente depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC).

Muitos pacientes que nos procuram por problemas com essas drogas e estão em fase de franca intoxicação por uso repetido e podem ser visto por nós em consulta com aspecto depressivo. Mas também sua história não é só de franca intoxicação pela droga/álcool, mas também aí se somam as perdas emocionais e econômicas dos últimos tempos, o esgotamento pelo uso compulsivo, o sentimento de fracasso pela impotência diante da droga. Mas, certamente, a substância química tem seu potencial depressogênico intrínseco.

Esse esgotamento, esse cansaço, podem também ser observados em usuários de outras drogas que nos chegam à consulta, inclusive usuários de estimulantes como cocaína, o crack, a anfetamina. Essas substâncias são estimulantes, mas só até certo ponto: há um ponto acima do qual não há como liberar mais neurotransmissores e o efeito dessa devastação é o esgotamento dos neurotransmissores e a consequente sintomatologia depressiva. Talvez aí a chance de tomar para si um tratamento, tentar sua recuperação⁵.

Quanto mais ilegal e quanto mais excludente for a representação de seu uso, maior será o percentual relativo de pessoas com problemas psiquiátricos fazendo uso de tal droga. Dessa forma, estudos com drogas injetáveis demonstram que mais de 90% da amostra de pacientes tinha uma patologia mental prévia ao uso. Para tamanha transgressão, é necessário um forte desagrado interior prévio.

Existe uma associação grande entre miséria e alcoolismo no Brasil e no mundo, e essa situação de uso de um tóxico numa situação de pauperismo, com falta de satisfação das necessidades mais elementares, resulta num quadro de síndrome depressiva decorrente de um estado

de esgotamento físico e psicológico. Também porque ao beber, andar a esmo pelas ruas, viver na mendicância, a pessoa tem seus elos pessoais e familiares desfeitos. Assim é a situação em que encontramos, muitas vezes, um paciente em situação de urgência.

Uma porção significativa de alta coocorrência de depressão e abuso de álcool e drogas pode ser resultado da confusão diagnóstica com certos estados clínicos. Entre os fatores de confusão, incluem-se quadros de intoxicação e síndrome de abstinência. Sintomas de abuso de drogas podem mimetizar tanto sintomas de depressão como mania.

Abuso de estimulantes pode produzir sintomas de mania ou hipomania e síndrome de abstinência frequentemente se manifesta com sintomas de disforia ou depressão^{20,21}. O uso crônico de estimulantes como cocaína e anfetamina também pode produzir sintomas como euforia, aumento de energia, redução do apetite, grandiosidade, paranoia. Inversamente, retirada de estimulantes pode resultar em anedonia, humor triste e pensamentos suicidas. O uso crônico de depressores do SNC (álcool, benzodiazepínicos, barbituratos e opiáceos) pode resultar em sintomas depressivos tais como dificuldade de concentração, anedonia, insônia, enquanto a retirada dessas drogas pode resultar em ansiedade e agitação.

Devemos distinguir corretamente um Episódio Depressivo do que é propriamente Depressão Maior. Episódios depressivos podem ocorrer como resultado de intoxicação de substâncias, mas são de curta duração, remitem em pouco tempo e fazem parte da sintomatologia do abuso.

Uma situação assim deve ser acompanhada para definirmos se há ou não uma enfermidade depressiva, ou Depressão Maior desencadeada pelo uso da droga. Muitos estudos mostram que 30 a

50% dos pacientes aparentemente deprimidos no início do tratamento diminuem seus escores entre o primeiro e o 14º dia de abstinência quando internados¹⁰.

O tempo apropriado para avaliar um quadro de Depressão Maior é variável e depende da droga de abuso. Drogas de ação prolongada (como diazepam, opiáceos) requerem longo período de abstinência antes de um diagnóstico preciso, mais que drogas de rápida eliminação como álcool e cocaína. Para indivíduos em abuso de metadona, por exemplo, um diagnóstico seguro de Depressão Maior só deve ser feito se os sintomas depressivos persistirem após quatro semanas!

Schuckit¹⁹ propõe, de forma ponderada, observar em geral os pacientes por duas semanas para confirmarmos um quadro de Depressão Maior. Assim, deve-se esperar um período de desintoxicação para confirmarmos clinicamente uma Depressão Maior desencadeada por abuso de álcool/drogas. Convém, portanto, que se aplicarmos testagem para depressão no início do tratamento, deveremos repeti-la algum tempo depois já em abstinência. Se as alterações se mantiverem, estamos diante de uma Depressão Maior desencadeada por abuso de álcool/drogas. Antes disso, a sintomatologia depressiva pode se inserir no que chamamos Episódio Depressivo secundário ao abuso de drogas que é um quadro passageiro.

Em termos práticos, optamos por seguir a proposta de Schuckit e em nosso programa na UERJ (o PROEXA – Programa de Extensão em Alcoologia) só aplicamos testagem para depressão após um período de abstinência. Aí sim, se a testagem for positiva, modificamos nossa conduta e inserimos um antidepressivo. É perfeitamente possível que o uso crônico de álcool/drogas exacerbe modificações contínuas em neurotransmissores e pacientes que, por anos, eram rotulados apenas

como drogadictos acabem por desenvolver verdadeiros quadros de Depressão Maior ou mesmo outro Transtorno de Humor por motivos neurofisiológicos que veremos adiante^{22,23,24}.

A DEPRESSÃO LEVANDO AO ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS

Transtornos de Humor (incluindo a Depressão, claro) podem motivar indivíduos a fazer uso de álcool/drogas para aliviar o próprio mal-estar. A substância pode, inicialmente, minimizar ou moderar seus sintomas, mas a abstinência e o uso crônico tipicamente exacerbam a médio prazo os sintomas. Griesler e Mel-Chen e col.²⁵ estudaram especificamente a questão da nicotina entre adolescentes. Eles comentam que, em uma amostra de alunos de escolas públicas de Chicago (em geral, negros), o início precoce de qualquer transtorno psiquiátrico aumenta o risco de uso posterior da substância.

A Teoria da Automedicação implica que indivíduos irão selecionar drogas que aliviem especificamente seus sintomas psiquiátricos. Por exemplo, uma pessoa com incontrolável sentimento de raiva ou agressão deve escolher opiáceos, enquanto pessoas deprimidas tenderiam a escolher a cocaína para energizá-las. Estudos tentando comprovar esses dados foram, porém, inconclusivos até agora.

Contraditório em relação a essa ideia é que muitos pacientes com Transtorno Bipolar fazem mais abuso de drogas durante os episódios maníacos do que nos episódios depressivos²⁶. Ainda mais: drogas como cocaína, anfetamina e outros estimulantes eram frequentemente utilizadas durante os episódios maníacos. O fato coloca em cheque uma opinião corrente de que o paciente procura a droga para reduzir sua sintomatologia (a Teoria da Auto-

medicação). Há casos que podemos entender assim, mas nem todos. Pacientes em quadros maníacos, muitas vezes, parecem querer ampliar essa sensação de euforia e todo poder buscando uso abusivo de estimulantes.

Autores de peso como Merikangas, Herrel, Angst²⁶ concluíram, após o Estudo de Zurich, que o maior risco da associação entre Transtorno de Humor e PRAD estava no grupo dos Transtornos Bipolares. Assim, indivíduos com sintomas maníacos tinham maior risco de problemas com drogas em geral. Em contraste, Depressão Maior foi preditiva somente de abuso/dependência a benzodiazepínicos.

Entende-se, dessa forma, que, para o diagnóstico de Depressão Maior, deveríamos seguir um critério rígido. Assim, teríamos de identificar uma sintomatologia francamente depressiva, utilizando critérios compatíveis com o CID 10 ou a DSM-IV TR e que, então, como complicador desse quadro surgiria a questão da droga. Ora, com frequência, quando o paciente nos chega pela primeira vez, o que sobressai é o abuso de álcool/drogas. A compreensão do fenômeno depressivo prévio é retrospectiva e depende de correta captação da história pregressa, dos fatos que antecederam a agudização do problema.

Como se trata de uma interpretação de fatos anteriores, ela depende da sensibilidade do examinador e da adequação do que alega o paciente, comparado a informações de familiares. Para isso, temos de recorrer a uma boa anamnese. Um exemplo comum é o paciente alegar que vem bebendo demais depois da separação, depois que a esposa o abandonou. Um médico pouco experiente logo iria supor que o paciente deprimiu e, por isso, passou a fazer uso excessivo de álcool. Logo depois, ao conversar com familiares, irá descobrir que a grande causa da separação foi a esposa não suportar mais seus episódios de

embriaguez que resultavam em violência e abandono de responsabilidades profissionais.

Portanto, ocorre com frequência o usuário de drogas procurar se justificar a partir de desgraças ocorridas ao longo de sua vida. Um olhar atento pode revelar que seu uso de drogas foi o principal responsável pelas desgraças de sua vida e que, portanto, é a origem principal de seus problemas⁵.

Não parece ser o caso se identificamos Depressão em crianças ou jovens adolescentes. Um extenso e bem cuidado estudo recente de Crum, Green e col.²⁷ demonstrou que início precoce de Depressão em crianças e adolescentes é fator facilitador para Problemas Relacionados a Álcool na vida adulta. No mesmo ano (2008), Griesler, Mei-Chen e col. haviam observado o mesmo com a nicotina²⁵. É possível que Transtornos de Humor de início precoce favoreçam o aparecimento de problemas com drogas de um modo geral²⁸.

Na questão do álcool, temos interessantes diferenças de gênero entre a faixa de idade mais comum para o início de problemas. Enquanto o alcoolismo em homens se inicia mais frequentemente na juventude, entre as mulheres é mais comum um alcoolismo tardio, de início, após os 40 anos. Aí pode ser que a Depressão faça a diferença: em mulheres surgem mais os episódios depressivos após os 40 anos e nesse caso o abuso de álcool costuma acompanhar esses episódios.

Sem dúvida, mesmo nesses casos, encontramos pessoas com quadros decorrentes de intoxicação, sinais de dependência, síndrome de abstinência, etc, decorrentes do uso regular da droga de escolha. O fenômeno da dependência tem o seu próprio caminho bioquímico, segue sua fisiopatologia e é fator de confusão em muitas pesquisas. Distinguímos um Episódio Depressivo (secundário ao abuso/

dependência de drogas) de uma Depressão Maior ou sintomas de abstinência da droga exige sensibilidade clínica: boa anamnese e exame psicopatológico. Avaliação por testes deve apenas completar o raciocínio clínico.

Um fator complicador é que usuá-rios crônicos de álcool/drogas, algumas vezes, com seus excessos “mascaram” sua verdadeira patologia. A retirada da droga acaba por revelar uma patologia até então obscura como a depressão. Os sintomas passam de um nível subclínico para uma franca sintomatologia. Às vezes, isso é insuportável e eles retornam ao uso da droga. Se ficarmos só no tratamento da questão da droga, não obteremos sucesso. Em tais casos, é necessário o imediato tratamento da patologia psiquiátrica subjacente²⁹.

Transtorno Bipolar vem sendo cada vez mais estudado e resulta, hoje, em uma profusão de artigos sobre o tema e inclusive a existência de revistas exclusivas para estudar o fenômeno. Quando, muitas vezes, diagnosticamos um Episódio Depressivo prévio ao abuso de álcool/drogas não sabemos se, de fato, estamos diante de um Transtorno Bipolar de Humor. Muitos pacientes têm crises depressivas periódicas por anos a fio, nessas crises fazem uso abusivo de álcool/drogas. Somente se, em alguma oportunidade, surgir uma sintomatologia maníaca é que iremos atentar que se trata de um paciente Bipolar e aí mudamos nosso diagnóstico. Como hoje não temos um exame específico para diferenciar Depressão Maior de Transtorno Bipolar, fazemos o diagnóstico em cima de critérios puramente clínicos. Assim, o diagnóstico psiquiátrico pode mudar à medida que novos fatos da vida do paciente forneçam novas informações ao psiquiatra clínico.

Mas no caso das mulheres que comecem a fazer uso abusivo de álcool após o início de uma depressão em uma idade tardia, a Teoria da Automedicação parece

cair como uma luva. O efeito inicial do álcool é euforizante e isso alivia, aparentemente, a depressão. Se depois vem mais depressão, ela mesma se corrige por novo abuso de álcool e com esse ciclo temos a base do surgimento da dependência quando se precisa beber para não ficar deprimido.

Não devemos esquecer que o álcool foi o primeiro anestésico utilizado pelo homem com fins cirúrgicos: as pessoas eram embriagadas para retirar um dente podre. O álcool estimula a produção de endorfinas e elas reduzem a sensação dolorosa. Das dores físicas às psíquicas, é um pulo e temos aí mais um mecanismo facilitador da dependência.

Schuckit¹⁹, em um trabalho já clássico, estudou a presença de Depressão Maior em alcoolistas internados e identificou somente 5% de homens com quadro claramente depressivo antes do aparecimento de problemas com álcool. Esse número é quatro vezes maior na população feminina onde ele encontrou 20% das mulheres internadas em um Centro de Recuperação com um histórico claramente depressivo prévio aos problemas com álcool. O que veio primeiro: o ovo ou a galinha?

Talvez pudéssemos pensar que abuso de álcool/drogas e depressão podem ser fenômenos independentes que, casualmente, podem acontecer na mesma pessoa. Isso não parece ser próximo à verdade, pois a coincidência é muito maior do que poderia ser pelo simples acaso. Pode ser considerada a forma mais comum de comorbidade com o abuso de drogas presentes no eixo I (DSM – IV TR) levando em conta o conjunto de todas as formas de Transtornos de Humor^{15,13}. Portanto, ela supera qualquer índice devido ao simples acaso e parecem ter uma relação umbilical.

Sem conseguir definir o que veio primeiro, McRae, Hedden e col.²⁴, comentam que, numa comparação entre usuários

de maconha e cocaína, os dependentes de cocaína eram mais ansiosos e os dependentes de maconha eram mais depressivos. Ora, por um lado, a cocaína aumenta a ansiedade e, por outro, a maconha pode facilitar a depressão, então por que usam?

Certamente Transtornos de Humor e PRAD ocorrem em indivíduos predispostos devido a fatores genéticos^{30,31}. Famílias de drogadictos têm mais membros com problemas de humor do que o esperado e vice-versa também. Estes fatos fizeram pensar que alguns genes variantes podem contribuir como fator de risco para ambas as doenças. A genética de uma pessoa pode, então, determinar que:

a)ela seja vulnerável a Transtorno de Humor e daí utilização de drogas em maior quantidade, de diversa procedência como uma solução individual para sua sensação de desequilíbrio emocional crônico. Com essa conduta ela vive a um passo de adquirir dependência a uma substância;

b)ela tenha uma modelagem cerebral que responda mais intensamente à exposição a drogas e, assim, abre facilmente caminho à dependência e de forma inversa, exposições repetidas a drogas podem abrir caminho para a Depressão Maior ou outro Transtorno de Humor;

c)talvez o cérebro de algumas pessoas seja particularmente sensível ao desencadeamento de ambos os problemas de forma praticamente concomitante sem que possamos definir claramente o que veio primeiro: Transtorno de Humor ou PRAD.

Se assim for, depressão e drogas podem, de outra feita, ser uma imagem “em espelho” um do outro. Lopez Ibor³² trabalhou por anos com o conceito de “equivalente depressivo”, que hoje foi abandonado por não se prestar à moderna conceituação de diagnóstico utilizando critérios bem estabelecidos para sua elabora-

ção. Mas, de um ponto de vista estrutural, pode se entender melhor certos pacientes se compreendermos seu processo de uso abusivo da droga com uma forma velada de autodestruição, de abandono de perspectivas, de procura velada pela morte. Em muitos pacientes com abuso/dependência de drogas, a presença do princípio da morte (Thanatos) é sensível em seu discurso embora não haja um humor claramente triste⁴. Daí a sensação que temos de que se não há depressão, a sua vida em si é triste.

Muitos pacientes que acompanhamos ao longo do tempo, seguimos sua evolução, o observamos de forma mais regular e sistemática, percebemos também o seu mundo, sua maneira de ver as coisas em torno de si³³. Com esse olhar existencialista, vemos que ele cultiva um mundo decadente, depressivo, com uma lista infindável de fracassos, que são lidos pelo seu eu como algo que o distingue (“Afinal, doutor, você conhece alguém mais fracassado do que eu? Pois eu sou o maior fracasso!”).

Muitos parecem ignorar a própria decadência, seja física, seja profissional ou familiar. Abandonam a família, sua profissão, descuidam da própria higiene e cuidados pessoais como se estivessem presos a um profundo desgosto que nem mesmo sabem explicar, apenas justificam-se por acontecimentos negativos da vida que já surgiram decorrentes do abuso de drogas e não o contrário.

Sempre intrigou aos pesquisadores a frequência maior de depressão entre as mulheres e de forma oposta a frequência maior de abuso/dependência de drogas entre os homens^{30,31}. No caso específico do alcoolismo, a diferença entre a incidência homem/mulher se mantém mesmo tendo se reduzido um pouco após a maior liberação das mulheres e sua participação no mercado de trabalho. Em todas as pesquisas de incidência, notamos que há mais homens com problemas com álcool e há mais

mulheres com depressão.

Ora, a genética do alcoolismo vem sendo, há muito, estudada e um dos focos do trabalho de Winokur³⁴ vem a ser a genética dos Transtornos de Humor (TH). Quando esse autor começou a estudar o problema da depressão, ele lançou a ideia de que haveria um “espectro de doenças depressivas genéticas”. Nesse sentido, se aproximam Lopez Ibor e Winokur quando um fala em “equivalentes depressivos” e o outro fala em “espectro de doenças depressivas genéticas”. A oposição de incidência de alcoolismo e depressão entre homens e mulheres, levou Winokur a propor que, talvez, o alcoolismo (aqui entendido como dependência do álcool) fosse uma expressão genética modificada da depressão em homens.

Sabendo que, possivelmente, pessoas com propensão a desenvolver alcoolismo metabolizam mais rapidamente o etanol (o que está ligado a múltiplas alterações enzimáticas), a expressão desses fatores depende da interação com os cromossomos sexuais (sistema XY e XX). Tais enzimas, também, modificam o sistema do segundo receptor e daí termos que: se a interação ocorre com os cromossomos sexuais XX, temos forte tendência à depressão, mas se ocorre em presença de XY, a tendência maior é para alcoolismo. A ideia parece interessante para explicar a diferença de incidência entre os sexos tanto para o “alcoolismo primário” como para a Depressão Maior.

Outra proposta para entendermos a alta comorbidade entre TH e PRAD envolve a hipótese de um fenômeno de *kindling* cerebral¹⁵. O termo inicialmente foi usado por epileptólogos para compreender que repetidas crises, tais como ocorrem nos ataques epiléticos podem sensibilizar as células cerebrais. No caso da Epilepsia, ataques epiléticos facilitam o aparecimento de outros ataques e podem provocar

novas formas clínicas de Epilepsia inclusive com distúrbios de comportamento.

Bem, álcool/drogas podem sensibilizar os neurônios e este aumento de sensibilidade pode contribuir para a típica progressão de uso ocasional para o aumento da frequência e intensidade do uso. Para dependência, é um pulo e uma vez dependente temos um *kindling*, onde o cérebro funcionando de forma anômala abre todas as condições para o surgimento de patologias como a depressão etc.

Mas isso também pode ser uma verdade inversa onde depressão e Transtornos de Humor, de um modo geral em crises repetidas, separadas por curto espaço de equilíbrio, abrem condições inclusive bioquímicas para maior facilidade ao abuso e dependência de álcool/drogas. A hipótese de *kindling* para a presença de comorbidade sustenta que, em indivíduos vulneráveis, existiria uma tendência neurobiológica de sensibilização, que pode promover o aparecimento tanto da dependência quanto da depressão ou dito de outra forma, tanto de TH como de PRAD.

De qualquer forma, trata-se de uma hipótese que necessita de maior comprovação. Há necessidade de integrar esse modelo neurobiológico com a compreensão psicossocial dos fatos. A relação entre TH e PRAD é extremamente complexa e bidirecional, sugerindo um contínuo entre ambas as desordens, podendo uma afetar a vulnerabilidade para desenvolver a outra ou mudanças no curso clínico de cada caso em particular.

CONCLUSÕES

A compreensão do que ocorre com os sentimentos dos usuários de álcool/drogas é fundamental na avaliação de cada caso. A clínica ocorre no caso concreto e não sobre estatísticas. Assim, um DQ pode

dar a sensação ao entrevistador de que não tem sentimento algum, ser totalmente indiferente ao seu estado. Indiferente à própria decadência moral e física, indiferente ao mal-estar que provoca nos pais e restante da família. Um outro parece recitar um salmo de lamúrias em que responsabiliza a mulher, os filhos, os pais por todos os seus problemas parecendo sofrer “porque não o entendem”.

O que tem de comum é a grande dificuldade do DQ de lidar com as próprias emoções. Essa mesma dificuldade parece torná-lo permeável a fenômenos de graves alterações do estado de ânimo como são as depressões. Entre o que se lamenta e o que está indiferente quem está deprimido?

Muitos trabalhos atuais^{1,14,10,27} falam da associação TH e PRAD baseados, exclusivamente, em testes realizados sobre pacientes em observação. Não há parâmetros homogêneos sobre os tipos de testes e em que momentos foram utilizados (por exemplo: após quantos dias de abstinência da droga?). Os expressivos índices de sobreposição de sintomas podem indicar apenas coincidências e falta de anamnese e exame psicopatológico que não costumam ser aceitos como base para atuais “pesquisas científicas”. Ou seja, no afã de quantificar para se tornar “ciência”, podemos estar diante de números sem significado efetivo para o médico clínico ou que mais o confundem que o ajudam.

O Exame Psicopatológico é fundamental na captação da sintomatologia depressiva. Testes utilizados indiscriminadamente sem relacionamento humano entre médico e paciente provavelmente levam a superestimativas do binômio Depressão x Uso de Drogas como se tem observado. Projetos de pesquisa, muitas vezes, são desenvolvidos por quem não tem experiência alguma com a clínica e nenhum compromisso com os pacientes que são testados. O valor de cada pesquisa deve sempre ser

avaliado pelo clínico em sua prática diária. Recomendamos que a utilização de testagem auxilie o raciocínio clínico e seja feita sob critérios. Sintomas depressivos podem surgir logo no primeiro contato com o paciente e podem indicar apenas parte da sintomatologia por intoxicação ou abstinência. Além disso, a primeira entrevista pode tomar um tom “confessional” o que pode superestimar a tristeza momentânea do paciente. Somente leve em conta para diagnóstico da Depressão Maior sintomas que persistam após 14 dias de abstinência.

De outra feita, uma boa anamnese que indique presença de episódios depressivos no passado pode ser um ótimo argumento para uma associação, hoje, entre Depressão Maior e Abuso de álcool/drogas. Isso pode resultar na decisão imediata do clínico iniciar antidepressores e mesmo decidir pela internação, uma vez que é alto o risco de suicídio nesses pacientes³⁵.

Alguns pontos, porém, parecem sair de positivo nessas pesquisas que mostram nosso avanço em entender a associação entre PRAD e TH:

- 1) considerando o conjunto dos TH, é maior a relação de abuso de drogas com o Transtorno Bipolar do Humor e, em especial, com a fase maníaca;
- 2) Depressão Maior parece mais associada em mulheres de meia-idade ao abuso/dependência de álcool e abuso/dependência a benzodiazepínicos;
- 3) abuso de drogas facilita o aparecimento de outras patologias mentais como Depressão e Transtorno Bipolar;
- 4) pacientes com Depressão Maior e Transtorno Bipolar devem ser desestimulados a beber ou usar drogas de dependência por seus médicos;
- 5) a associação Depressão e uso de álcool/drogas aumenta muito o risco de suicídio em nossos pacientes. Na presença dessa associação, os pacientes devem ser avalia-

dos quanto ao risco de suicídio.

De alguma forma estrutural, há uma correlação entre depressão e uso de drogas e isso se comprova mais fortemente quando se estuda a pessoa doente mais do que quando utilizamos baterias infindáveis de testes. Daí a importância para o Psiquiatra Clínico de desenvolver uma detalhada anamnese e exame psicopatológico. Na sua prática clínica, o conhecimento sistematizado do caso pode superar o valor dos testes.

No momento atual, diante de uma crise depressiva, não sabemos distinguir uma Depressão Maior de uma Depressão Bipolar se não há passado de mania ou hipomania. Daí pesquisas futuras serão necessárias para distinguir a relação de PRAD com ambas as patologias.

Um Psiquiatra Clínico deve sedimentar seus conhecimentos nos textos clássicos porque um grande critério de valor científico é a História. De outra feita, precisa estar pronto para novas descobertas e compreender a linguagem científica de seu tempo. Textos atuais podem desaparecer ou podem se sedimentar pelo acréscimo que trazem ao conhecimento humano. Portanto, o clínico deve pautar sua conduta por um equilíbrio entre o clássico e o moderno. Só o tempo vai nos mostrar o valor real de uma pesquisa e não parâmetros da moda, daí entendermos que o futuro define o valor de um trabalho científico.

Canguilhem³⁶ comentava que não é o pesquisador que está na vanguarda do conhecimento e sim o clínico, ao contrário, portanto, do que se pensa. É o clínico que precisa dar as respostas imediatas diante do problema apresentado pela pessoa humana e ele, naturalmente, precisa ser ousado, arriscar. Daí a Medicina jamais poder ser uma ciência e sim uma prática que conjuga conhecimento e arte.

REFERÊNCIAS

1. Brady, KT, Myrick H, Sonne S. Comorbid addiction and affective disorders. In: Graham AW, Schultz TK, Wilford BB (Eds.) Principles of Addiction Medicine (2ª ed.) Arlington (VA): American Society of Addiction Medicine; 1998. p.983-92.
2. Jung CG. Psicologia e Religião Oriental. Rio de Janeiro: Circulo do Livro; 1990. 266p.
3. Vaillant G. A história do Alcoolismo Revisitada. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 2003. 376p.
4. Fenichel O. Teoria Psicoanalítica de las Neurosis. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1973. p. 436-65.
5. Burns J. O Caminho dos Doze Passos. S. Paulo: Edições Loyola; 2002. 143 p.
6. Bussing A, Matthiessen PF, Mundle G. Emotional and Rational Disease Acceptance in Patients with Depression and Alcohol Adiction. Health and Quality of Life Outcomes. 2008; 6(4): 31-42.
7. Arria A, Grady KE, Caldeira KM, Vincent M, Wilcox HC, Wish ED. Suicide Ideation Among College Students: A Multivariate Analysis. Arch. Suicide Res. 2009;13 (3): 230-46.
8. Wilcox H. Epidemiological Evidence on the Link Between Drug Use and Suicidal Behaviors Among Adolescents. The Canadian Child and Adolescent Psychiatric Review. 2004 May; 13(2):27-31.
9. Saide OLS, Martins WG, Freire de Moura MA, Almeida, GO. Alcoolismo e Depressão. Inform. Psiqu. 1992;11 (1): 26-30.
10. Goldsmith RJ, Ries RK. Substance-induced mental disorders. In: Graham AW, Schultz TK, Mayo-Smith MF, Ries RK, Wilford BB (Eds). Principles of Addiction Medicine. 3th ed. Chevy Chase: American Society of Addiction Medicine; 2003, p. 1263-76.
11. Hasin D S; Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the Nacional Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Arch. Gen. Psychiatry. 2005 Oct; 62 (10): 1097-106.
12. Leventhal AM, Witt CF, Zimmerman, M. Association between depression subtypes and substance use disorders. Psychiatry Res. 2008 Oct; 161(1): 45-50.
13. Ribeiro M, Laranjeira R, Cividanes G. Transtorno Bipolar do Humor e Uso Indevido de Substâncias Psicoativas. Rev. Psiqu. Clin. 2005; 32, supl. 1: 78-88.
14. Currie SR, Patten SB, Williams JV, Beck CA, El-Guebaly N, Maxwell C. Comorbidity of Major Depression with Substance Use Disorders. Can. J. Psychiatry. 2005 Spt; 50 (10): 660-6.

15. Quello SB, Brady KT, Sonne SC. Mood Disorders and Substance Use Disorders: a Complex Comorbidity. *Science and Practice Perspectives*. 2005 Dec; 7(1):13-21.
16. Ford JD, Gelertner J, DeVoe J, Zhang W, Weiss RD, Brady K et al. Association of Psychiatric and Substance Use Disorder Comorbidity with Cocaine Dependence Severity and Treatment Utilization in Cocaine-Dependent Individuals. *Drug Alcohol Depend*. 2009 Jan; 1 (3): 193-203.
17. Griesler PC, Mei-Chen H, Schaffran C, Kandel DB. Comorbidity of Psychiatric Disorders and Nicotine Dependence Among Adolescents: Findings from a Prospective, Longitudinal Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Nov; 47(11):1340-50.
18. Jellinek EM. *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven (Conn): Hillhouse Press. 1960.
19. Shuckit MA. Abuso de Alcool e Drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 2005. 356 p.
20. Conner K, Pinquart M, Holbrook AP. Meta-analysis of depression and substance use and impairment among cocaine users. *Drug Alcohol Depend*. 2008 Nov; 98(1-2):13-23.
21. Glasner-Edwards S, Marinelli-Casey P, Hilhouse M, Ang A, Mooney LJ, Rawson R. Depression Among Methamphetamine User. *J. Nerv. Ment. Dis*. 2009 Apr; 197 (4): 225-231.
22. Looby A, Earleywine M. Negative Consequences Associated with Dependence in Daily Cannabis Users. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*. 2007; 2 (3): 54-60.
23. Mamorstein N. Longitudinal Association Between Alcohol Problems and Depressive Symptoms Early Adolescence Through Early Adulthood. *Alcohol Clin. Exp. Res*. 2009 Jan; 33(1): 49-59.
24. McRae AL, Hedden S, Malcolm RJ, Carter RE, Brady KT. Characteristics of cocaine – and marijuana dependent subjects presenting for medication treatment trial. *Addict. Behav*. 2007 Jul; 32(7):1433-40.
25. Griesler P, Mei-Chen H, Shaffran C, Kandel D.B. Comorbidity of Psychiatric Disorders and Nicotine Dependence Among Adolescents: Findings from a Prospective, Longitudinal Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2008 Nov; 47 (11): 1340 –50.
26. Merikangas K, Herrel R, Swendsen J, Rossler W, Ajdacic-Gross V, Angst J. Specificity of Bipolar Condition in the Comorbidity of Mood and Substance Use Disorders – The Zurich Cohort Study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2008 Jan; 65 (1); 47-52.
27. Crum RM, Green KM, Storr CL, Ya-Fen C, Ialongo N, Stuart EA, Anthony J. Depressed Mood in Childhood and Subsequent Alcohol Use Through Adolescence and Young Adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2008; 65(6):702-12.
28. Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Pulkkinen L, Marttunen M, Kaprio J. Early-Onset Depressive Disorders Predict the Use of Addictive Substances in Adolescence: a Prospective Study of Adolescent Finnish Twins. *Addiction*. 2008 Dec; 103 (12): 2045-53.
29. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF. Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. *World Psychiatry*. 2007 Apr; 6:131-36.
30. Escarabajal MD. Alteraciones genéticas relacionadas con el alcoholismo. *Rev. Neurol*. 2003; 37 (5):471-80
31. Hoenicka J, Ampuero I, Ramos Atance JA. Aspectos genéticos del alcoholismo. *Adiciones*. 2005; 17(2): 81-94.
32. Lopes-Ibor II. Depressive equivalents. In: Kielholz , P. org. *Masked Depression*. Bern: Hans Huber Publishers; 1973.p. 97-121.
33. Saide OLS. *Psicoterapia Existencial – Aplicações à Clínica Psiquiátrica*. Tese de Livre-Docência apresentada a Faculdade de Ciências Médicas (UERJ), Rio de Janeiro abril 1989, 208p.
34. Winokur G, Clayton PI. Family history studies II. Sex differences and alcoholism in primary affective illness. *Br.J. Psychiatry*. 1967;113: 973-9.
35. Gonzalez VM, Bradizza CM, Lorraine-Colins R. Drinking to Cope as a Statistical Mediator in the Relationship Between Suicidal Ideation and Alcohol Outcomes Among Underage College Drinkers. *Psychol. Addict Behav*. 2009 Sep; 23(3): 443-51.
36. Canguilhem G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Ed. Forense-Universitária, Rio de Janeiro; 1978. 270p.

ABSTRACT

Depression and Drug Use

The author does an analysis of recent researches on Depression and Drugs use, bearing in mind classic authors of the Psychiatric Clinic. The main idea is to demonstrate that it's necessary to the psychiatric practice that all doctors read the result of the most recent researches under critical vision, basing upon accumu-

late previous knowledge, also giving value to their personal experience with the patients. Depression and drug abuse it's not a newness. This one lies on the specific form of association that may occurs in a real case

and that may involve a high risk of suicide.

KEYWORDS: Alcohol abuse; Drug abuse; Depression; Mood disorders; Comorbidity.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

LUIZ AUGUSTO BRITES VILLANO

Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ; Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo.

ABDON L.G. NANHAY

Professor Docente da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro; Médico pela Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ.

AMAURY JOSÉ DA CRUZ JUNIOR

Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Perícias Médicas; Médico da Equipe do Proexa/ UERJ; Médico Perito Judicial; Médico do Trabalho.

ANDRÉ LUIZ CARVALHO NETTO

Médico psiquiatra, com Residência na especialidade no HUPE/ UERJ.

EMYLUCY M P PARADELA

Professora visitante do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ; Mestre e Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Especialista em Geriatria pela Associação Médica Brasileira.

GABRIELA SERFATY

Médica Residente de Psiquiatria do HUPE/ UERJ.

LILIAN OLIVEIRA E CRUZ DE ARAGÃO

Psicóloga do HUPE/ UERJ.

MARCOS C.F. BAPTISTA

Médico psiquiatra e psicanalista. Professor colaborador e Coordenador do Setor de Psicoterapia e Psicanálise da UDA de Psiquiatria/ FCM/ UERJ.

OSVALDO LUIZ SAIDE

Livre-Docente e Professor Adjunto de Psiquiatria; Coordenador do PROEXA – Programa de Extensão em Alcoolologia (UERJ).

SHEILA ABRAMOVITCH

Professora adjunta de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

SILVANA A.T. FERREIRA

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Professora da disciplina de Psiquiatria do Departamento de Especialidades Médicas da Faculdade de Medicina da UERJ.

THAÍS SIMÕES

Médica psiquiatra, com Curso de Especialização na especialidade na FCM/ UERJ.