

Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão

Suicide risk in alcohol-dependent patient with depression

Anna Lucia Spear King, Antonio Egidio Nardi e Marcelo Santos Cruz

Resumo

Dependência do álcool é o consumo excessivo com perda do controle apesar das conseqüências prejudiciais decorrentes. A depressão se caracteriza por um período longo e contínuo de humor deprimido com sintomas específicos. Procuramos ressaltar a importância do tratamento da co-morbidade da depressão em pacientes alcoolistas a fim de prevenir complicações como o risco de suicídio. O suicídio e a depressão em adolescentes e adultos representam maior risco com o uso indevido do álcool. A depressão em pacientes alcoolistas precede as tentativas de suicídio na maioria dos casos. Relatamos um caso grave de paciente dependente do álcool com depressão e risco de suicídio atendido no ambulatório do Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PROJAD/IPUB/UFRJ). O tratamento consistiu no uso de antidepressivos e psicoterapia cognitivo-comportamental. O tratamento da depressão do paciente associou-se a maior adesão à terapêutica, prevenção de recaídas no alcoolismo e redução do risco de suicídio. O diagnóstico precoce da depressão como co-morbidade em paciente dependente de álcool realizado por profissionais treinados é indispensável para o tratamento adequado e para minimizar o risco de suicídio.

Palavras-chave: alcoolismo, dependência, co-morbidade, diagnóstico.

Abstract

Alcohol addiction is the uncontrolled use of alcohol despite its harmful consequences. Depression consists of a long and continuous period of depressed mood with specific symptoms. Treatment for depression comorbidity in alcohol-dependent patients is essential to prevent complications as the suicide risk. Among adolescents and adults with major depression disorder alcohol abuse enhances the risk of suicide. Among alcohol abusers, risk attempts are usually preceded by depression. This is a case report of a patient with alcohol dependence and severe depression with risk of suicide assisted as an outpatient in the drug abuse research and assistance program of Instituto de Psiquiatria of Universidade Federal do Rio de Janeiro. The treatment consisted in the use of antidepressants and cognitive-behavior psychotherapy. The treatment of depression was associated with the achievement of treatment retention, alcohol relapse prevention and suicide risk reduction. The early diagnosis of the comorbidity of depressive disorder in alcohol abusers accomplished by trained professionals is indispensable for adequate treatment and to reduce suicide risk.

Key words: alcoholism, addiction, comorbidity, diagnosis.

Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PROJAD/IPUB/UFRJ) (King ALS, Cruz MS)
Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFRJ (Nardi AE)

Recebido
08-08-05
Aprovado
17-11-05

Correspondência para: Anna Lucia Spear King
Rua Almirante Gomes Pereira, 8 – Urca – 22291-170 – Rio de Janeiro-RJ – Tel.: (21) 2295-4477/9219-1233
– e-mail: alking@unikey.com.br

Introdução

O álcool é um depressor do sistema nervoso central (SNC) que exacerba os sintomas depressivos, aumentando o risco de morte por suicídio. O caso clínico que apresentamos chama a atenção para a necessidade de identificação e tratamento específico da depressão em pacientes alcoolistas. O alcoolismo é descrito por Edwards *et al.* (1999) como um conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongado do álcool; é entendido como falta de controle na ingestão indevida e regular de bebidas alcoólicas e todas as conseqüências prejudiciais decorrentes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004), a depressão é caracterizada por um período contínuo e prolongado de humor deprimido e perda de interesse e prazer em quase tudo. Nessa situação são comuns sintomas de fadiga, irritabilidade, baixas auto-estima e autoconfiança, visões sombrias e pessimistas do futuro, idéias de culpa e desvalia e de auto-agressão e suicídio.

Quando a depressão ocorre concomitante com o alcoolismo, resulta em um quadro grave, aumentando o risco de suicídio (King *et al.*, 1993). A depressão é uma das co-morbidades que acompanham com maior freqüência o diagnóstico de alcoolismo: 70% dos suicidas têm depressão maior e 15% das pessoas hospitalizadas por esse transtorno depressivo tentam suicídio (King *et al.*, 1993). Anualmente, ocorrem 30 mil a 35 mil suicídios devido ao não-tratamento de casos de depressão maior, entre eles as mortes causadas por acidentes fatais relacionadas à depressão com o abuso de álcool (WHO, 2004). O abuso de álcool e a depressão têm sido associados a maior risco de comportamento suicida tanto em adolescentes como em adultos (Asnis *et al.*, 1993; King *et al.*, 1993; Pfeffer *et al.*, 1988). Alcoolistas que não estão sofrendo de uma doença depressiva podem se matar, mas o risco certamente aumenta se a doença está presente (Edwards *et al.*, 1999).

Estudos multicêntricos com informações clínicas e biológicas de famílias com mais de um caso de alcoolismo indicam que a ação de genes (em conjunto ou separados) pode predispor o indivíduo a essa condição (Nurnberger *et al.*, 2001). Recente revisão da literatura no Brasil (Galduróz e Caetano, 2004) demonstra o crescimento do consumo e da gravidade dos problemas relacionados ao uso do álcool, com cerca de 11,2% da população brasileira preenchendo os critérios para dependência (Carlini *et al.*, 2002).

O objetivo deste artigo é relatar um caso de alcoolismo no qual o paciente apresentava associadamente um episódio de depressão e idéias de auto-extermínio e discutir as implicações dessa associação para diagnóstico e evolução.

Relato de caso

Paciente de 60 anos, sexo masculino, branco, natural do Rio de Janeiro, casado, dois filhos, ensino fundamental completo, vendedor desempregado, foi atendido no ambulatório do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (PROJAD) em abril de 2003, relatando

uso de álcool há mais de 35 anos. Queixava-se de depressão, insônia, pesadelos, desânimo, falta de esperança, vontade de morrer e pensamentos persistentes de auto-extermínio. Relatava uma tentativa de suicídio no passado que o levou à hospitalização por ingesta de grande quantidade de diazepam. Depois disso, muitas vezes se via planejando seu atropelamento ou suicídio com medicações. O paciente relacionava os pensamentos suicidas com os sintomas depressivos, principalmente ligados a baixa auto-estima, falta de perspectivas e incapacidade de prover a família. Ele afirmava nunca ter usado outras drogas, mas as recaídas no abuso do álcool já o tinham levado a diversas internações no passado. Na entrevista inicial apresentava aparência cuidada e discurso coerente. Apesar de ter casa, conforto, esposa e receber apoio da família, quando bebia costumava vagar pelas ruas, expondo-se a riscos até ser recolhido por algum conhecido.

O tratamento foi iniciado com antidepressivos (imipramina 125mg/dia), além de diazepam (20mg/dia) e clorpromazina (200 mg/dia) e atendimento psicológico semanal. Seus exames clínicos foram positivos para diabetes *mellitus*, que o paciente não levava em conta ao recair no uso do álcool, abrir mão da medicação e se descuidar da dieta alimentar.

Além dos sintomas depressivos, o paciente demonstrava ansiedade por não conseguir resolver questões como problemas financeiros. Ele atribuía as recaídas aos sintomas depressivos, afirmava que bebia para que a depressão melhorasse e “aproveitava o efeito do álcool como refúgio da depressão”. Nesses momentos, tinha vontade de morrer. Dizia: “eu me mataria se tivesse oportunidade”.

O paciente informava que seus sintomas depressivos se iniciaram depois que começou a beber. Ele considerava que perdas significativas, como a morte da mãe em 1979 e a do pai em 1980, agravaram os sintomas depressivos. Recordava que a depressão se tornou muito intensa a partir de 1996, quando teve sua primeira internação depois de um episódio de intensa libação alcoólica seguida de *black-out*. Ele relatava a perda de diversos empregos por causa do alcoolismo. Até ser atendido no PROJAD, desconhecia que os sintomas que apresentava tinham relação com o transtorno depressivo, e, ao ser esclarecido do que se tratava, passou a se dedicar mais ao tratamento.

Evolução clínica

Dois meses após o início do tratamento com os antidepressivos descritos e as sessões de terapia cognitivo-comportamental (TCC), foram observadas mudanças no comportamento do paciente. As sessões de TCC eram individuais, com aproximadamente uma hora de duração, e nos dois primeiros meses foram semanais, totalizando oito sessões. Devido à impossibilidade financeira do paciente de comparecer com assiduidade, os atendimentos passaram a ser mensais, somando mais 19 sessões.

Nas sessões de TCC, o foco do trabalho visou a motivação e a mudança de padrões rígidos de pensamento apresentados. Quando os sintomas depressivos estavam mais proeminentes, ocorria o retorno de pensamentos de ruína, idéias de suicídio, desvalia, baixa auto-estima,

que eram acompanhados pela volta ao abuso do álcool. Progressivamente, em paralelo ao controle dos sintomas depressivos, observaram-se maior adesão ao tratamento médico e psicoterápico e o surgimento de motivação para participar de oficinas terapêuticas. Na evolução, notou-se progressiva diminuição dos sintomas depressivos até sua extinção. O paciente enfatizava a melhora da auto-estima e o desaparecimento dos pensamentos de autodestruição.

Discussão

A redução dos sintomas depressivos observada no decorrer do tratamento do paciente associou-se ao uso de antidepressivos, à cessação dos fenômenos da abstinência e aos atendimentos psicológicos. O encaminhamento à oficina de jardinagem e a abertura de perspectivas de trabalhos podem, também, ter contribuído para minimizar os sintomas. Por longo período em sua vida o paciente tentara atenuar o sofrimento causado pelos sintomas depressivos com o uso constante e intenso de álcool. Pode-se interrogar se, no passado, ele tivesse tido a oportunidade de ser tratado de sua depressão, sua história de vida poderia ter sido diferente.

Lehman *et al.* (1989) referem-se à etiologia das condições de co-morbidade como doença psiquiátrica primária com subsequente abuso de substância, ou abuso de substâncias com conseqüências psicopatológicas. Apontam que há situações em que existe uma etiologia comum causando as duas doenças. Existem evidências sugerindo que a depressão, na maioria das vezes, é um sintoma causado pelo alcoolismo e não o inverso (Vaillant, 1999). Quando o início da depressão é anterior ao uso de álcool, pode ser conseqüência de uma personalidade distímica e/ou acompanhada de situações extremas de vida, como questões sociais, familiares ou legais. Quando a distímia recebe o tratamento indicado, pode prevenir episódios depressivos (Castel *et al.*, 2002). A distímia é poucas vezes diagnosticada e tratada adequadamente, talvez devido à sua identificação

recente como entidade clínica. Isso significa que muitos clínicos gerais e psiquiatras não estão familiarizados com esse diagnóstico (Nardi, 2002).

Devido à complexidade da relação entre os quadros, na maioria das vezes não é possível identificar qual das entidades iniciou-se primeiro. Na prática clínica, é preferível apenas considerar a coexistência dos diagnósticos para se estabelecer o tratamento. Edwards *et al.* (1999) alertaram que o diagnóstico da depressão pode ser extremamente difícil em bebedores-problema com possibilidade de suicídio. Por isso, o diagnóstico correto é muito importante para o manejo adequado. Infelizmente, em nosso país a insuficiência da formação acadêmica sobre o uso abusivo de substâncias é um empecilho para a adequada atuação clínica (Cruz, 2005).

O tratamento da depressão deve ser prolongado. Um episódio de depressão não-tratado pode durar de seis a 24 meses, e a própria natureza da doença inclui episódios recorrentes. A depressão é uma das co-morbidades frequentes entre alcoolistas e aumenta os riscos de recaídas e de suicídio (Araujo e Monteiro, 1995; Alves *et al.*, 2004). No caso de indivíduos alcoolistas, quando os sintomas depressivos reaparecem, aumentam as chances de recaída no uso abusivo do álcool. O controle dos sintomas depressivos aumenta a chance de evitar a recaída.

Conclusão

O caso relatado exemplifica a importância da identificação dos quadros de depressão que podem ocorrer entre pacientes dependentes do álcool, pois o tratamento adequado pode se associar à remissão dos sintomas depressivos, à redução das chances de recaída e à diminuição do risco de suicídio. Para que aumente a habilidade com que seus diagnóstico e tratamento sejam realizados, há necessidade de se aperfeiçoar o treinamento específico, na graduação e na pós-graduação, para atender o dependente de substâncias.

Referências

- Alves H, Kessler F, Ratto LRC. Co-morbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(Supl I): 51-3, 2004.
- Araujo NP, Monteiro MG. Family history of alcoholism and psychiatric co-morbidity in Brazilian male alcoholics and controls. *Addiction*, 90(9): 1205-11, 1995.
- Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC, et al. Suicidal behaviours in adult psychiatric outpatients. I: Description and prevalence. *Am J Psychiatry*, 150(1): 108-12, 1993.
- Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I. Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil – 2001. CEBRID – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas. Presidência da República. Gabinete de Segurança Nacional. 2002.
- Castel S, et al. Distímia: quadro clínico e diagnóstico. In: Cordás TA, Nardi AE, Moreno R A. Distímia: do mau humor ao mal do humor. Diagnóstico e tratamento. 2 ed. Artmed, p. 27-45, Porto Alegre, 2002.
- Cruz MS, Silva Filho JF. A formação de profissionais para a assistência de usuários de drogas e a constituição de um novo *habitus* de cuidado. *J Bras Psiquiatr*, 54(2): 120-6, 2005.
- Edwards G, Marshall E, Jane C, Christopher CH. O tratamento do alcoolismo. Um guia para profissionais de saúde. 3 ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul; 1999.
- Galduróz JC, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(Supl I): 3-6, 2004.
- King CA, Hill EM, Naylor MW, et al. Alcohol consumption in relation to other predictors of suicidality among adolescent inpatient girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 82-8, 1993.
- Lehman AF, Myers CP, Corty EC. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance-abuse syndromes. *Hosp Community Psychiatry*, 40: 1019-30, 1989.

- Nardi AE. Tratamento da distímia. In: Cordás TA, Nardi AE, Moreno RA, editores. *Distímia. Do mau humor ao mal do humor. Diagnóstico e tratamento*. 2 ed. Artmed, p. 73-88, Porto Alegre, 2002.
- Nurnberger JI Jr, Foroud T, Flury L, Su J, Meyer ET, Hula, Crome R, Edenberg H, Groate A, Bierut L, Reich T, Schuckit M, Reich W. Evidence for a locus on chromosome 1 that influences vulnerability to alcoholism and affective disorder. *Am J Psychiatry*, 158: 718-24, 2001.
- Pfeffer CR, Newcorn J, Kaplan G, et al. Suicidal behaviour in adolescent psychiatry in-patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27: 357-61, 1988.
- Vaillant GESM. Depressão e abuso de álcool. In: Vaillant GESM. *A História Natural do Alcoolismo Revisitada*. Artes Médicas Sul, p. 73-74, Porto Alegre, 1999.
- World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization, 2004.