

PSICOSE E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

SUSANA VAZ CARREIRO, MÁRIO BORREGO

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Hospital S. Francisco Xavier. Lisboa

RESUMO

O objectivo deste estudo retrospectivo foi caracterizar e traçar o perfil clínico dos doentes internados na Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Hospital S. Francisco Xavier, com diagnósticos de psicose e consumos de substâncias tóxicas, durante um período de quatro anos (2001-2004). Durante este período foram internados 422 doentes com diagnósticos de psicose não afectiva (292, 295, 297 e 298, segundo a ICD9). O perfil dos doentes internados revela uma percentagem muito elevada de doentes com patologia psicótica com história de consumos (42%), os quais são tendencialmente do sexo masculino e com idades mais jovens. Encontrou-se nomeadamente uma percentagem elevada de doentes com esquizofrenia com consumos de substâncias que atinge os 40%, o que se torna particularmente relevante dada a associação dos consumos a um pior prognóstico. Há uma predominância clara de consumo de canabinóides, seguido de consumo de álcool.

Encontrou-se também uma percentagem de 7,2% de psicoses por consumo de drogas, em que a substância de eleição é a cannabis, o que, à luz dos conhecimentos científicos actuais, é de grande relevância uma vez que se considera que o consumo de canabinóides seja um factor de risco para a esquizofrenia. Conclui-se que frequentemente não é dada a devida importância a esta associação, uma vez que são realizados poucos doseamentos e quando são realizados não abrangem a totalidade das drogas doseáveis. Desta forma, este estudo permite alertar os técnicos para a elevada prevalência de consumos de substâncias tóxicas nos doentes psicóticos, alertando para a necessidade de uma atitude pró-activa na detecção destes consumos, no sentido de permitir a elaboração de projectos terapêuticos mais adequados que contemplem a comorbilidade e promovam a psico-educação dos doentes.

SUMMARY

PSYCHOSIS AND SUBSTANCE ABUSE

The objective of this retrospective study covering a period of 4 years (2001-2004), is to characterize and chart the clinical profiles of acute patients in the psychiatric inpatients ward of Hospital S. Francisco Xavier diagnosed with psychosis and substance abuse. During this period, 422 patients diagnosed with nonaffective psychosis (292, 295, 297 and 298, according to ICD9) were admitted. An analysis of the clinical profiles of these inpatients shows that a high percentage (42%) have psychotic pathologies and an history of substance abuse. These are predominantly young males. Schizophrenic patients with an history of substance abuse reached 40%. A particularly relevant finding in view of the fact that substance abuse leads to worse prognostics. Cannabinoids are by far the most widely abused substance, followed by alcohol.

There are also 7.2% psychosis due to drug use in which the drug of choice was cannabis. In the light of current scientific knowledge, this is very relevant fact since the use of cannabinoids appears to be a risk factor for the onset of schizophrenia. It was observed that, often, due importance is not given to this association since few

drug assays are carried out and when they are, they don't cover all drugs. Therefore, this study should alert medical staff to the high prevalence of substance abuse amongst psychotic patients, and to the necessity for a proactive stance in the detection of substance abuse in order to facilitate the development of better therapeutic projects which take into consideration this comorbidity and seek to promote psychoeducation of patients.

INTRODUÇÃO

Têm sido encontradas elevadas taxas de uso de substâncias tóxicas à data do primeiro surto psicótico, havendo evidência de um aumento do diagnóstico de perturbação psicótica relacionada com o abuso destas substâncias¹.

A prevalência do consumo de substâncias, à data do primeiro episódio psicótico, varia segundo os autores entre 6-44% para abuso de substâncias que não o álcool e 3-35% para o álcool², havendo estudos que encontraram valores superiores, na ordem dos 53%³ e 62%^{3,4} para a generalidade das substâncias de abuso. 60% dos doentes admitidos pela primeira vez por esquizofrenia iniciaram os consumos antes da primeira hospitalização, sendo o início da doença precedida em anos por hábitos toxicofílicos⁵.

A prevalência do uso de substâncias ao longo da vida (*lifetime use*) em doentes com perturbações psicóticas varia de 20 a 60%, variação explicada por variáveis demográficas, clínicas e outras, incluindo diferenças interculturais⁴. Estudos realizados na cidade de Londres revelam que 20 a 40% dos doentes com doença psicótica referem uso de cannabis nalgum momento da vida⁶ e 16% dos doentes com esquizofrenia ou outras psicoses relacionadas, referem uso de substâncias que não o álcool⁷. O cannabis parece ser a substância de abuso mais utilizada, sendo que 55% dos doentes consomem mais que uma substância tóxica, sendo a associação mais frequente o consumo de cannabis e álcool⁴.

No que respeita especificamente à esquizofrenia, o uso de substâncias é elevado nestes indivíduos⁸, especialmente o uso de cannabis que nestes doentes é duas vezes superior à população em geral⁶.

O perfil sócio-demográfico dos doentes na altura do despoletar da psicose varia segundo a droga de abuso, observando-se que os consumidores de substâncias (à excepção do álcool) são mais jovens, mais frequentemente do sexo masculino, apresentam melhor funcionamento social, mas pior funcionamento académico do que o grupo de não consumidores, enquanto que os consumidores de álcool pertencem a uma faixa etária superior e apresentam menores relações sociais^{1,2,7}. Há mesmo referência a que os doentes esquizofrénicos consumidores de cannabis, à data do primeiro episódio psicótico, eram anos mais no-

vos que os que não consumiam^{6,9}.

A interacção entre psicose e abuso de substâncias pode ocorrer de múltiplas formas. Admite-se que a intoxicação por substâncias pode provocar quadros psicóticos mimetizando a psicose funcional, nomeadamente os estimulantes e canabinóides e provavelmente também os solventes, ecstasy e LSD¹⁰. Contudo a relação entre abuso de substâncias e esquizofrenia é controversa¹¹. Pois se por um lado está claramente estabelecido que sintomas psicóticos podem seguir-se ao consumo de cannabis, parecendo ser geralmente de curta duração e com total remissão, já não são tão claros as implicações e o significado prognóstico destes sintomas¹².

As investigações actuais centram-se na relação entre o consumo de canabinóides e seus possíveis efeitos no despoletar da psicose, nomeadamente da psicose esquizofrénica. Inicialmente atribuíam-se a frequente comorbilidade de consumo de canabinóides nos doentes psicóticos à hipótese de auto medicação; contudo, os estudos prospectivos mais recentes têm posto esta hipótese em questão¹³⁻¹⁵. Estes têm revelado uma relação dose resposta entre exposição a cannabis e risco de psicose que é independente de outros consumos de drogas ou de sintomas psicóticos pré-existent¹³, sendo estas últimas, hipóteses explicativas que se colocavam noutros estudos¹⁶. O risco de indução de sintomas psicóticos pelos canabinóides parece ser maior em indivíduos com predisposição para a psicose^{15,17}.

Um estudo de doentes sem antecedentes psiquiátricos tratados para perturbação psicótica induzida por cannabis, quase metade 44,5% (n = 535), desenvolveu subsequentemente perturbação do espectro da esquizofrenia; um número substancial de doentes recebeu diagnóstico de esquizofrenia paranóide, tendo este diagnóstico sido feito apenas na última hospitalização (mais de um ano depois, em metade deles). Cerca de 77,2% voltaram a ter novo episódio psicótico. Estes doentes desenvolveram a doença em idade mais jovem que controlos^{8,12}.

Nesta linha vários estudos têm sido realizados e publicados artigos de revisão recentes concluindo que uso regular de cannabis prediz um aumento do risco de esquizofrenia e/ou de sintomas psicóticos e não parece ser resultado de uso para auto medicação^{15,17}. Uma contribuição

causal é plausível atendendo a que as perturbações psicóticas envolvem alterações do sistema dopaminérgico, com o qual o sistema canabinoide interage¹⁷. Os resultados de uma investigação, como referido por Henquet et al¹⁵, revelam que, por exemplo, o delta-9-tetrahydrocannabinol (o componente psicoactivo da marijuana) aumenta o fluxo de dopamina pré-sináptica e a sua utilização no córtex pré-frontal de ratas. Encontrou-se também um aumento das concentrações dos receptores de CB1 no córtex pré-frontal dorsolateral de doentes com esquizofrenia e verificou-se que as concentrações de anandamide (canabinoide endógeno que se liga ao receptor CB1) eram superiores no líquido cefalorraquidiano destes doentes. Outros estudos referem que a puberdade nas ratas é um período vulnerável relativamente aos efeitos adversos dos canabinóides. As perturbações comportamentais das cobaias animais são consistentes com as deficiências encontradas nos doentes com esquizofrenia. A exposição repetida a marijuana poderá provocar aumentos iniciais da dopamina e depois conduzir a alterações mais prolongadas nos sistemas canabinóides endógenos¹⁵.

Um estudo de revisão de Murray et al⁶ refere que o cannabis aumenta em duas vezes o risco posterior esquizofrenia e que a eliminação do seu uso reduziria em 8% a incidência desta doença, pelo que o cannabis seria uma causa componente, ou seja, parte de uma constelação complexa de factores que conduzem à psicose⁶. Desta forma, alguns destes doentes nunca desenvolveriam esquizofrenia se não tivessem consumido cannabis⁹.

Um estudo sueco revela que o risco relativo de desenvolver esquizofrenia é 2,5 vezes maior nos consumidores de cannabis, subindo o risco para seis vezes nos consumidores pesados de cannabis à idade de 18 anos¹⁸. Quanto mais jovens à data do consumo maior o risco, que parece ser específico para cannabis em oposição a outras drogas¹⁸.

Há também evidências fortes de que o cannabis exacerba sintomas de esquizofrenia¹⁶ e piora o prognóstico¹³. O consumo persistente está associado a maior ocorrência de sintomas positivos (mas não negativos), a alterações do pensamento, a alucinações, a exacerbação dos déficits cognitivos da esquizofrenia, a hostilidade, sendo esta última maior nos consumidores de cocaína ou nos doentes com múltiplos consumos^{5,19,20}.

Outro estudo recente conclui que o consumo de cannabis permite prever o tempo para recidiva psicótica, num período de seis meses, após controlo de adesão à medicação, uso de outras substâncias e duração da psicose não tratada. O risco de recidiva aumentou em aproximadamente 6,4% com cada dia adicional de consumo no período de uma semana. O valor de recidiva foi de 39,1%. O

agravamento dos sintomas psicóticos permitiu também prever a recidiva do consumo de canabinóides, sendo esta última diminuída pela adesão à medicação²¹.

No que respeita a outras drogas, que não o cannabis, a bibliografia é mais escassa. Sabe-se contudo que o uso de substâncias está associado a agravamento dos sintomas psicóticos⁷ e a maior severidade dos mesmos^{4,11}, maior risco de depressão e suicídio e de doenças sexualmente transmitidas^{4,7}, má adesão à terapêutica^{4,11}, elevadas taxas de recidiva⁴, má resposta à terapêutica⁴, menor probabilidade de remissão (embora a diminuição dos consumos aumente a probabilidade de remissão)⁴, maior taxa de admissão hospitalar⁷, um pior prognóstico funcional, nomeadamente nas áreas social e ocupacional^{4,7}, incluindo comportamentos violentos e problemas legais e ausência de habitação¹².

Wade et al afirmam que o uso de substâncias no primeiro episódio psicótico está independentemente associado a aumento do risco de internamento hospitalar, recidiva de sintomas positivos e menor tempo para recidiva dos sintomas positivos³.

Álcool, cocaína, anfetaminas e cannabis podem produzir reacções psicóticas em indivíduos sem doença mental^{22,23}.

Nos indivíduos com doença psiquiátrica primária que concomitantemente utilizem substâncias, pode tornar-se mais difícil o diagnóstico diferencial com psicose induzida por substância, pois os sintomas são semelhantes²³.

Por esta razão o uso de substâncias tem sido utilizado no estudo da esquizofrenia, considerando-se actualmente a psicose anfetamínica como um modelo para os sintomas positivos da esquizofrenia paranóide; os efeitos dos alucinogéneos (como o LSD) como modelo dos sintomas psicóticos dos primeiros episódios esquizofrénicos; os anestésicos dissociativos (PCP e ketamina) como reproduzindo as alterações do pensamento, déficits cognitivos frontais e alguns sintomas negativos da esquizofrenia; e o cannabis como reproduzindo os sintomas de despersonalização desta.

Um estudo utilizando um antagonista do glutamato-ketamina e um alucinogénio serotoninérgico-dimetiltriptamina (DMT), que actua da mesma forma que o LSD, permitiu constatar que, fenómenos semelhantes aos sintomas positivos da esquizofrenia, incluindo alterações formais do pensamento e afecto inapropriado, eram maiores com DMT e fenómenos semelhantes aos efeitos negativos da esquizofrenia, déficits de atenção, alterações de percepção corporal e fenómenos de catatonia-like eram maiores após consumo de ketamina²⁴. Outro estudo nesta linha revela que ketamina e anfetaminas produzem sintomas

positivos e euforia, incluindo desorganização conceptual. Contudo, alterações perceptivas, pensamento concreto, maneirismos invulgares, sintomas negativos e alterações na memória de trabalho só eram produzidas pela ketamina; hostilidade, grandiosidade e preocupações somáticas eram produzidas pelas anfetaminas²⁵.

As metanfetaminas podem provocar psicose e aumentar a vulnerabilidade, durante bastante tempo, à recidiva de psicose²⁶. Normalmente a psicose provocada por anfetaminas desaparece rapidamente, mas ocasionalmente prolonga-se no tempo, não sendo possível afirmar se este facto é devido a verdadeira psicose induzida, ou se é um surto esquizofrénico provocado pelas anfetaminas ou, ainda, meramente coincidência²⁷.

De acordo com alguma literatura, o consumo de substâncias diminui com o tratamento, o que se associa a melhor prognóstico. Desta forma, sugere-se que todos os doentes sejam avaliados no sentido de apurar possível comorbilidade com uso de substâncias e monitorizados para a persistência de abuso de substâncias. Dada a elevada prevalência torna-se fundamental uma intervenção especializada e integrada, que contemple uma intervenção na vertente psicológica e farmacológica, como sugerem alguns autores e cuja implementação, como a realizada por Kavanagh²⁸, demonstrou diminuição do uso substâncias.

O objectivo deste estudo foi caracterizar e traçar o perfil clínico dos doentes psiquiátricos internados na Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Hospital S. Francisco Xavier, uma vez que o conhecimento da realidade assistencial permite a sensibilização dos profissionais para este problema crescente e, como tal, uma intervenção preventiva no âmbito de uma estratégia de prevenção secundária e melhoria dos cuidados assistenciais prestados.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo retrospectivo dos doentes internados na Unidade de Internamento de Doentes Agudos do Hospital S. Francisco Xavier, durante um período de quatro anos compreendido entre os anos de 2001 e 2004, com o objectivo de avaliar e caracterizar os doentes internados, com diagnósticos de psicose e consumos de substâncias. Este estudo foi realizado através de consulta dos processos dos doentes internados, com diagnóstico de psicose não afectiva (psicose por consumo de drogas – 292, psicose esquizofrénica – 295, estados paranóides – 297 e outras psicoses não orgânicas – 298, segundo a classificação da ICD-9 (30)), no período de tempo acima referido. Caracterizaram-se as variáveis demográficas (idade e sexo) e clínicas (tempo de internamento e diagnósti-

co), dando ênfase à caracterização dos consumos de substâncias tóxicas (história de consumos e/ou doseamento dos mesmos).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de quatro anos, compreendido entre 2001 e 2004, foram internados na Unidade de internamento de Doentes Agudos do Hospital S. Francisco Xavier, 422 doentes, com uma média de idades de 35,1 anos (dos 15 aos 80 anos), com uma predominância do sexo masculino (60,7%), com um tempo médio de internamento de 28,5 dias (Quadro I).

Quadro I – Variáveis Demográficas

	Amostra total	Consumidores	Não Consumidores
Número de doentes	422	174	248
		41,2%	58,8%
Idade média (anos)	35,1	29,2	39,2
Sexo			
Feminino	39,3%	16,1%	55,6%
Masculino	60,7%	83,9%	44,4%
Tempo médio de internamento (dias)	28,5	27,4	29,2

No que respeita aos diagnósticos clínicos, predomina as psicoses esquizofrénicas presentes em mais de metade da amostra (54,7%), seguido de outras psicoses não orgânicas, uma classe diagnóstica que inclui muitos dos primeiros surtos psicóticos. Salienta-se a importante percentagem de psicoses por consumo de drogas correspondendo a 7,6% dos doentes (Quadro II).

Do total da amostra, 41,2% referiram história de consumos de substâncias tóxicas. A substância de eleição foi o cannabis, consumido por cerca de um quarto da amostra (27,7%) e correspondendo a mais de metade dos consumos (67,2% dos consumidores). Seguem-se os consumos de álcool, com percentagens significativas, seguidos dos consumos de cocaína e opióides (com igual percentagem de consumidores), anfetaminas e alucinogéneos. Estes dados reproduzem os encontrados na literatura que refere uma predominância de consumos de canabinóides e álcool⁴.

Embora constassem nos processos informações referente a consumos em 42,1% dos doentes internados, apenas foram realizados doseamentos toxicológicos a 27,7% destes doentes. Não obstante, ainda que pareça haver uma boa fidelidade entre os auto-relatos e os resultados toxicológicos⁸, há autores que referem que o auto-relato subestima taxas de uso recente de substâncias, nomeadamente anfetaminas, cocaína e opióides. Os estudos revelam mesmo valores máximos de 20% nos auto-relatos de uso de estimulantes, enquanto que os estudos com dosea-

QUADRO II – Variáveis clínicas

	Amostra Total	Consumidores %	Não Consumidores	
Diagnóstico				
Psicose por consumo de drogas (292)	7,6	18,4	-	
Psicose esquizofrênica (295)	54,7	54,0	55,2	
Estados paranóides (297)	6,9	1,7	10,5	
Outras psicoses não orgânicas (298)	30,8	25,9	34,3	
Tipo de Consumos*				
Canabinóides	27,7	67,2	-	
Opiáceos	10,2	24,7	-	
Cocaína	10,2	24,7	-	
Anfetaminas	3,8	9,2	-	
Alucinogêneos	4,7	11,5	-	
Álcool	14,2	34,5	-	
Doseamentos				
Não	72,3	50,0	87,9	
Sim	27,7	50,0	12,1	
* inclui múltiplos consumos	Canabinóides			
	positivo	41,0	35,2	0
	negativo	46,2	35,6	76,6
	não doseado	12,8	9,2	23,4
	Opiáceos			
	positivo	15,4	20,7	0
	negativo	62,4	52,9	90,0
	não doseado	22,2	26,4	10,0
	Cocaína			
	positivo	5,1	6,9	0
	negativo	62,4	54,0	80,0
	não doseado	22,2	39,1	20,0
	Anfetaminas			
	positivo	17,1	23,0	0
negativo	49,6	42,5	70,0	
não doseado	33,3	34,5	30,0	

mentos chegam aos 31%⁷. No presente estudo encontrou-se uma percentagem de doentes que ocultaram os consumos (2,4% dos doentes negaram consumos, correspondendo a seis doentes), nos quais se encontraram doseamentos toxicológicos positivos, razão pela qual estes doentes foram incluídos no grupo dos consumidores.

Dos resultados dos doseamentos urinários toxicológicos salienta-se novamente o predomínio da positividade para canabinóides (35,2% dos consumidores). Curiosamente seguem-se os doseamentos de anfetaminas, a substância menos referida nos auto-relatos, o que está de acordo com os estudos acima referidos. Subsequentemente aparecem os opiáceos (20,7%) e os metabolitos de cocaína (6,9%).

Estes dados podem reflectir não só a predominância do consumo de canabinóides (a principal droga de abuso segundo a literatura)⁸, mas também a semi-vida própria de

cada uma das substâncias, uma vez que os doseamentos não são sempre realizados à data do internamento.

A amostra foi dividida em consumidores de substâncias e não consumidores. Como acima referido os consumidores representam 41,2% da amostra, percentagem que inclui os seis doentes do grupo dos não consumidores que apresentaram doseamentos positivos. Os doentes com consumos de substâncias apresentam uma idade média de 29,2 anos, idade inferior à apresentada pelos não consumidores (39,2 anos), o que também está de acordo com a literatura existente.

Acresce salientar as diferenças de género encontradas (Quadro I): no grupo de consumidores predominam os homens (\bar{f} =83,9%; \bar{f} =16,1%) e no grupo dos não consumidores a diferença de género não é tão acentuada, mas predominam as mulheres (\bar{f} =44,4%; \bar{f} =55,6%). O tempo de internamento é ligeiramente inferior nos consumidores (27,4 dias, em relação aos 29,2 dias dos não consumidores). Esta diferença provavelmente reflecte o maior tempo de internamento dos doentes com perturbação delirante (32,6 dias) maioritariamente incluídos no grupo dos não consumidores e o menor tempo de internamento das psicoses tóxicas (18,9 dias) incluídas no grupo dos consumidores, uma vez que os consumos estão descritos como aumentando o tempo para a remissão dos sintomas psiquiátricos⁴.

No que respeita aos diagnósticos clínicos, a percentagem de psicoses esquizofrênicas é muito semelhante nos dois grupos correspondendo a cerca de 50% dos casos, o que significa que uma percentagem importante de doentes esquizofrênicos tem consumos de substâncias. Os estados paranóides e outras psicoses não orgânicas apresentam percentagem superior no grupo dos não consumidores.

No grupo dos que afirmavam não ter consumos, foram realizados doseamentos apenas em 12,1%, valor encontrado após retirados os 2,4% dos doentes que não tinham história de consumos, mas cujos doseamentos deram positivos para anfetaminas, canabinóides, cocaína e opióides, razão pela qual foram incluídos no grupo de consumidores. Apesar de ser uma percentagem baixa, poderá alertar-nos para a importância da realização de doseamentos, mesmo que não haja história conhecida de consumos, uma vez que os quadros psicóticos provocados por tóxicos

por vezes podem ser de difícil diagnóstico diferencial com outras patologias psiquiátricas. Também se constata que muitas vezes os doseamentos pedidos não abrangem todas as drogas doseáveis, mas apenas algumas, o que pode limitar a interpretação dos resultados.

Entre os consumidores, salienta-se que apenas em metade dos casos foi pedido doseamento toxicológico (50,0%). O tóxico preponderante é o cannabis, quer em relação aos consumos (67,2%), quer em relação aos doseamentos realizados que mostraram positividade em 35,2% dos casos, ultrapassando largamente os consumos de álcool (34,5%). Seguem-se os consumos de opiáceos e cocaína que têm prevalências semelhantes (24,7%), seguidos dos alucinogéneos e anfetaminas (respectivamente 11,5% e 9,2%). No que respeita aos doseamentos toxicológicos, a seguir à positividade para os canabinóides, seguem-se as anfetaminas (23,0%), os opiáceos (20,7%), e por último os metabolitos de cocaína (6,9%).

Analisando agora a situação por patologia, encontramos no que respeita às psicoses por consumo de drogas (n=32), uma idade média de 25,9 anos, com um predomínio claro do sexo masculino (90,6%). No que respeita ao tipo de consumos há um predomínio do consumo de cannabis (81,3%), seguido pelos consumos de anfetaminas (40,6%), cocaína e alucinogéneos, estes dois últimos com igual percentagem de consumos (6,3%). Neste grupo a percentagem de tóxicos doseados corresponde à mesma frequência dos consumos relatados pelos doentes, havendo pois uma concordância entre auto-relatos e doseamentos. Houve concomitância de consumo de álcool em 18,8% doentes. Os consumos de opiáceos foram de 31,2% (Quadro III).

O tempo de internamento foi mais curto, correspondendo a 18,9 dias.

Este quadro clínico de psicose por consumo de drogas²⁹ reveste-se de particular importância, uma vez que alguns estudos salientam que, uma percentagem importante destes pode evoluir para uma perturbação do espectro da esquizofrenia como foi demonstrado nalguns estudos^{8,12}.

No grupo das perturbações esquizofrénicas (n=231) salienta-se que quase metade (40,7%) dos doentes com esquizofrenia tem consumos de substâncias. A idade média do total dos doentes é de 34,5 anos, sendo a idade média dos doentes consumidores ligeiramente inferior (32,8) à dos não consumidores (36,1). No número total de doentes com esquizofrenia encontramos um predomínio do sexo masculino (♂=65,8%; ♀=34,2%) que, contudo, não explica as diferenças de género tão acentuadas encontradas entre os dois grupos com e sem consumos. Há um claro predomínio do sexo masculino no grupo dos doentes

Quadro III – Psicose por consumo de drogas (292)

Número de doentes	32	
Idade média (anos)	25,9	
Sexo	Feminino	9,4%
	Masculino	90,6%
Tempo médio de internamento (dias)	18,9	
Percentagens		
Tipo de consumos*		
Canabinóides	81,3	
Opiáceos	31,2	
Cocaína	6,3	
Anfetaminas	40,6	
Alucinogéneos	6,3	
Álcool	18,8	
Doseamentos		
Não	31,2	
Sim	68,8	
* inclui múltiplos consumos	Canabinóides	
	positivo	63,6
	negativo	27,3
	não doseado	9,1
	Opiáceos	
	positivo	18,2
	negativo	63,6
	não doseado	18,2
	Cocaína	
	positivo	9,1
	negativo	68,2
	não doseado	22,7
Anfetaminas		
positivo	22,8	
negativo	54,5	
não doseado	22,7	

tes com consumos (†=81,9%; ‡=18,1%), enquanto que entre os não consumidores a diferença de género é pouco acentuada havendo um número equivalente de doentes de ambos os sexos (†=54,7% ‡=45,3%). Esta predominância do sexo masculino associado a uma idade mais jovem entre os doentes com consumos está de acordo com o descrito pela literatura e traduz provavelmente uma atitude cultural – hábito – ligado ao sexo.

O tempo de internamento foi muito ligeiramente inferior nos doentes sem consumos, o que não seria de esperar de acordo com a literatura que associa os consumos a um aumento do tempo para a remissão.

A percentagem de consumos é de 40,7% novamente com domínio do consumo de cannabis, que corresponde aos consumos de 64,9% dos consumidores e a um quarto (26,4%) da amostra total dos doentes esquizofrénicos. Os consumos de álcool são também preponderantes, correspondendo a 37,2% dos consumos entre os doentes com história de abuso e correspondendo a 15,2% da amostra total de doentes com esquizofrenia. Seguem-se os consumos de opiáceos, cocaína, alucinogéneos e anfetaminas (Quadro IV). Salienta-se o facto de não haver correspondência entre os tóxicos referidos nos auto-relatos e os tóxicos doseados. As anfetaminas são menos frequentemente referidas como substância consumida, mas constituem a segunda substância mais doseada, o que está de acordo com a literatura, no que respeita a haver uma subestima das taxas de uso baseada nos auto-relatos, essencialmente nas substâncias estimulantes⁷.

Dos seis doentes que negaram consumos e tiveram doseamentos positivos quatro eram doentes esquizofrénicos e dois tinham diagnóstico de outras psicoses não orgânicas.

Existem múltiplas hipóteses explicativas para a associação entre abuso de substâncias e esquizofrenia:

- hipótese de auto medicação para tratamento de estados induzidos, quer pela esquizofrenia, quer pelo seu tratamento – sintomas positivos e negativos, sintomas secundários ao tratamento com neurolépticos, estados depressivos e sintomas extrapiramidiais³⁰, uma vez que se sabe que os canabinóides actuam a nível da via mesolímbica⁵ e dos gânglios basais³¹. Esta hipótese é controversa e tem sido colocada em questão; um estudo constatou que a predisposição para a psicose na linha basal não previu significativamente o uso de marijuana no seguimento (quatro anos depois), dados que não apoiariam a hipótese de automedicação¹⁵.

- vulnerabilidade neurobiológica subjacente às duas doenças ou traços (ex. personalidade anti-social) que aumenta a probabilidade de comorbilidade independentemente³⁰. Foi sugerido que o papel do sistema canabinoide

Quadro IV – Psicose esquizofrénica (295)

	Consumidores	Não Consumidores	Total	
Número de doentes	94 40,7%	137 59,3%	231	
Idade média (anos)	32,8	36,1	34,5	
Sexo	Feminino	18,1%	45,3%	34,2%
	Masculino	81,9%	54,7%	65,8%
Tempo médio de internamento (dias)	29,4	30,3	29,9	
Percentagens				
Tipo de consumos*				
Canabinóides	64,9	-	26,4	
Opiáceos	28,7	-	11,7	
Cocaína	18,1	-	7,4	
Anfetaminas	5,3	-	2,2	
Alucinogéneos	13,8	-	5,6	
Álcool	37,2	-	15,2	
Doseamentos				
Não	52,1	92,0	75,8	
Sim	47,9	8,0	24,2	
* inclui múltiplos consumos	Canabinóides			
	positivo	48,9	-	9,5
	negativo	44,4	-	8,7
	não doseado	6,7	-	1,3
	Opiáceos			
	positivo	26,7	-	5,2
	negativo	48,9	-	9,5
	não doseado	24,4	-	4,8
	Cocaína			
	positivo	4,4	-	0,9
	negativo	53,3	-	10,4
	não doseado	42,3	-	3,9
	Anfetaminas			
	positivo	26,7	-	5,2
	negativo	37,8	-	7,4
não doseado	35,4	-	7,0	

endógeno na esquizofrenia não esteja relacionado com consumos prévios^{5,32}.

- recentemente surgiram estudos concluindo que o uso regular de cannabis prediziria o aumento do risco de esquizofrenia^{15,19}, de uma forma dose-resposta¹⁵. Esta associação é mais sólida para indivíduos com predisposição para psicose e para os quadros psicóticos mais graves¹⁵.

Por todas estas razões e pela sua elevada percentagem, esta comorbilidade tem que ser considerada no tratamento destes doentes.

No grupo dos doentes com estados paranóides (Quadro V), apenas uma percentagem muito pequena apresentava consumos (10,3%), mantendo-se o padrão atrás descrito de predomínio dos doentes do sexo masculino e idade média consideravelmente inferior no grupo dos doentes com consumos. Salienta-se também o predomínio do sexo feminino entre o grupo dos doentes sem consumos (\ddagger = 19,2%; \ddagger = 80,8%). Atendendo ao pequeno número de consumidores torna-se difícil tirar elações, contudo, é o único grupo que revelou predomínio do consumo de cocaína em detrimento dos consumos de canabinóides.

No grupo de outras psicoses não orgânicas o número de consumidores sobe para 34,6% (Quadro VI). Acresce salientar que frequentemente neste grupo são incluídos os primeiros episódios psicóticos, pelo que estes valores são de manifesta importância. Neste grupo há novamente um predomínio masculino (84,4%) e predomínio do sexo feminino no grupo sem consumos, com idade média inferior no grupo dos consumidores, e tempo de internamento também inferior neste grupo. A substância mais consumida foi a cannabis correspondendo a quase um quarto dos doentes (22,3% do total dos doentes deste grupo mas correspondendo a 64,4% dos doentes consumidores), seguido dos consumo de álcool, cocaína, opiáceos e alucinogéneos. Mais uma vez a percentagem de doentes a quem foi realizado doseamentos foi pequena, assim como houve assimetria nas substâncias doseadas. Neste grupo manteve-se o padrão de predomínio de canabinóides como a substância com maior positividade nos doseamentos, mas também não podemos esquecer que este é o tóxico mais frequentemente doseado em detrimento dos restantes.

Segundo a literatura, o uso de substâncias diminui com o tratamento da patologia psiquiátrica e essa diminuição encontra-se associada a melhor prognóstico, razão pela qual é sugerido que todos os doentes devem ser rastreados para comorbilidade com uso de substâncias e monitorizados para a persistência desses consumos. Intervenções psicológicas e farmacológicas integradas, especializadas, intensivas e precoces, como sugeridas por alguns autores^{28,30}, demonstraram diminuição do uso de substâncias. Atendendo pois à elevada prevalência, os autores do presente estudo estão de acordo com a necessidade de desenvolver estratégias de prevenção primária e secundária, como referido na literatura³⁰.

Quadro V – Estados paranóides (297)

		Consumidores	Não Consumidores	Total
Número de doentes		3	26	29
		10,3%	89,7%	
Idade média (anos)		28,0	61,3	44,7
Sexo	Feminino	33,3%	80,8%	75,9%
	Masculino	66,7%	19,2%	24,1%
Tempo médio de internamento (dias)		28,7	32,6	30,7
Percentagens				
Tipo de consumos*				
Canabinóides		33,3	-	3,4
Opiáceos		33,3	-	3,4
Cocaína		66,7	-	6,8
Anfetaminas		0	-	0
Alucinogéneos		33,3	-	3,4
Álcool		66,7	-	6,8
Doseamentos				
Não		33,3	88,5	82,8
Sim		66,7	11,5	17,2
* inclui múltiplos consumos	Canabinóides			
	positivo	50,0	-	3,4
	negativo	50,0	-	3,4
	não doseado	0	-	0
	Opiáceos			
	positivo	0	-	0
	negativo	50,0	-	3,4
	não doseado	50,0	-	3,4
	Cocaína			
	positivo	0	-	0
	negativo	50,0	-	3,4
	não doseado	50,0	-	3,4
	Anfetaminas			
	positivo	0	-	0
	negativo	50,0	-	3,4
não doseado	50,0	-	3,4	

CONCLUSÃO

Este estudo, como estudo retrospectivo que é, apresenta limitações inerentes à fiabilidade dos registos, dos diagnósticos, a uma não homogeneidade dos doseamentos e possivelmente também em relação à investigação anamnésica de história de consumos. Também se poderá

Quadro VI – Outras psicoses não orgânicas (298)

		Consumidores	Não Consumidores	Total
Número de doentes		45	85	130
		34,6%	65,4%	
Idade média (anos)		27,7	37,4	31,7
Sexo	Feminino	15,6%	64,7%	47,7%
	Masculino	84,4%	35,3%	52,3%
Tempo médio de internamento (dias)		22,7	26,4	25,1
Porcentagens				
Tipo de consumos*				
Canabinóides		64,4	-	22,3
Opiáceos		11,1	-	3,8
Cocaína		24,4	-	8,5
Anfetaminas		20,0	-	6,9
Alucinogéneos		8,9	-	3,1
Álcool		37,8	-	13,1
Doseamentos				
Não		60,0	81,2	73,8
Sim		40,0	18,8	26,2
* inclui múltiplos consumos	Canabinóides			
	positivo	61,1	-	8,5
	negativo	22,2	-	3,1
	não doseado	16,7	-	2,3
	Opiáceos			
	positivo	11,1	-	1,5
	negativo	50,0	-	6,9
	não doseado	38,9	-	5,4
	Cocaína			
	positivo	11,1	-	1,1
	negativo	50,0	-	6,9
	não doseado	38,9	-	5,4
	Anfetaminas			
	positivo	16,7	-	2,3
negativo	38,9	-	5,4	
não doseado	44,4	-	6,2	

considerar uma limitação a não distinção entre primeiros surtos e re-internamentos. Contudo, dá-nos um perfil dos doentes internados sem alterações com uma percentagem muito elevada de doentes com história de consumos, em doentes com patologia psicótica, que são tendencialmente mais do sexo masculino e com idades mais jovens. Encontra-se particularmente uma percentagem ele-

vada de doentes com esquizofrenia com consumo de substâncias que atinge os 40%. Encontra-se uma predominância clara do consumo de canabinóides, seguido do consumo de álcool, sabendo-se actualmente que os consumos estão associados a pior prognóstico. Conclui-se que, frequentemente, não é dada a devida importância a esta questão da comorbilidade com abuso de substâncias tóxicas, uma vez que são realizados poucos doseamentos e quando são, não abrangem a totalidade das substâncias doseáveis. Constata-se que os auto-relatos nem sempre correspondem aos resultados toxicológicos tendo, inclusive, sido encontrados doentes que ocultaram os seus consumos.

A situação parece de relativa gravidade, atendendo a que se considera que o consumo de canabinóides é factor de risco independente para o desenvolvimento de esquizofrenia e mais importante que a própria adesão à terapêutica ou mesmo o tempo de psicose não tratada³.

Desta forma, tomam particular relevância os doentes com diagnóstico de psicose tóxicas, que atingem os 7,2%, em que a substância de eleição é o cannabis. Este dado, à luz dos recentes dados científicos alerta-nos para a necessidade de um seguimento regular destes doentes. Uma possível continuação deste estudo poderia ser o seguimento destes doentes e evolução da situação clínica e diagnóstico.

Este estudo permite, contudo, tomar consciência da elevada prevalência de consumos nos doentes psicóticos, alertando assim os técnicos para a necessidade de estarem atentos a esta comorbilidade e de activamente a detectarem e rastream, no sentido de um melhor seguimento destes doentes, de uma atitude mais pró-activa na psico-educação dos mesmos e para uma elaboração de projectos terapêuticos adequados que contemplem a comorbilidade.

BIBLIOGRAFIA

1. CANTWELL R, BREWIN J, GLAZEBROOK C et al: Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 1999;174:150-3
2. LARSEN TK, MELLE I, AUSTAD B et al: Substance abuse in first-episode non-affective psychosis. *Schizophr Res* 2006;88(1-3):55-62
3. WADE D, HARRIGAN S, EDWARDS J et al: Substance misuse in first-episode psychosis: 15-month prospective follow-up study. *Br J Psychiatry* 2006;189:229-34
4. LAMBERT M, CONUS P, LUBMAN DI et al: The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:141-8
5. MAURI MC, VOLONTERI LS, DE GASPARI IF et al: Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study. *Clin Pract and Epidemiol in Ment Health* 2006;2:4

6. ARSENEAULT L, CANNON M, WITTON J, MURRAY RM: Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry* 2004;184:110-7
7. DUKE PJ, PANTELIS C, MC PHILIPS MA, BARNES TRE: Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001;179:509-13
8. BARNES TRE, MUTSATSA SH, HUTTON SB et al: Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2006;188:237-42
9. VEEN ND, SELTEN J-P, VAN DER TWEEL I et al: Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:501-6
10. POOLE R, BRABBINS C: Drug induced psychosis. *Br J Psychiatry* 1996;168(2):135-8
11. GELDER M, HARRISON P, COWEN P: *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*, 5th Ed. Oxford University Press. Chap 12 Schizophrenia 2006;267-306
12. ARENDT M, ROSENBERG R, FOLDAGER L et al: Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *Br J Psychiatry* 2005;187:510-5
13. VERDOUX H, TOURNIER M, COUGNARD A: Impact of substance use on the onset and course of early psychosis. *Schizophr Res.* 2005;79(1):69-75
14. DERVAUX A, BAYLÉ FJ, LAQUEILLE X et al: Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking or anhedonia? *Am J Psychiatry* 2001;158:492-4
15. HENQUET C, KRABBENDAM L, SPAUWEN J et al: Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ* 2005;330:11-9
16. HALL W: Cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Rev* 1998;17(4):433-44
17. DEGENHARDT L, HALL W: Is cannabis use a contributory cause of psychosis? *Can J Psychiatry* 2006;51(9):556-65
18. ARSENEAULT L, CANNON M, POULTON R et al: Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 2002;325:1212-3
19. GRESH A, VAN OS J, LEWIS SW, MURRAY RM: Cannabis use and outcome of recent onset psychosis. *Eur Psychiatry* 2005;20(4):349-53
20. D'SOUZA DC, ABI-SAAB WM, MADONICK S et al: Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: implications for cognition, psychosis, and addiction. *Biol Psychiatry* 2005;57(6):594-608
21. HIDDES L, DWE S, KAVANAGH DJ, YOUNG RMcD: Psychotic symptom and cannabis relapse in recent onset psychosis: prospective study. *Br J Psychiatry* 2006;189:137-43
22. CUBELLS JF, FEINN R, PEARSON D et al: Rating the severity and character of transient cocaine-induced delusions and hallucinations with a new instrument, the Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-induced Psychosis. *Drug Alcohol Depend* 2005;80(1):23-33
23. CATON CL, SAMET S, HASIN DS: When acute-stage psychosis and substance use co-occur: differentiating substance-induced and primary psychotic disorders. *J Psychiatr Pract* 2000;6(5):256-66
24. GOUZOLIS-MAYFRANK E, HEEKEREN K, NEUKIRCH A et al: Psychological effects of (S)-Ketamine and N, N-Dimethyl Tryptamine (DMT): double blind, cross-over study in healthy volunteers. *Pharmacopsychiatry* 2005;38(6):301-11
25. KRYSTAL JH, PERRY EB, GUEORGUIEVA R et al: Comparative and interactive human psychopharmacologic effects of ketamine and amphetamine. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:985-94
26. UJIKE H, SATO M: Clinical features of sensitization to methamphetamine observed in patients with methamphetamine dependence and psychosis. *Ann N Y Acad Sci* 2004;1025:279-87
27. GELDER M, HARRISON P, COWEN P: *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*, 5th Ed, Oxford University Press. Chap 18 The misuse of alcohol and drugs 2006;429-69
28. KAVANAGH DJ, YOUNG R, WHITE A et al: A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug Alcohol Rev* 2004;23(2):151-5
29. World Health Organization: *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death – ICD-9*, 9th edition, Geneva 1977
30. LUBMAN DI, SUNDRAM S: Substance misuse in patients with schizophrenia: a primary care guide. *Med J Aust* 2003;178(Suppl5):S71-5
31. POTVIN S, STIP E, ROY J-Y: Toxic psychosis as pharmacological models of schizophrenia. *Current Psychiatr Rev* 2005;1: 23-32
32. LEWEKE FM, GERTH CW, KLOSTERKOTTER J: Cannabis associated psychosis: current status of research. *CNS Drugs* 2004;18(13):895-910