

Depressão X Uso de Álcool e outras substâncias

17/04/2021

Monique Lima - Psicóloga da Clínica Jorge Jaber
Pós graduada em teoria cognitivo comportamental
Terapeuta em Dependência Química pela Clínica Jorge Jaber

Definição

A depressão é um transtorno mental caracterizado por tristeza persistente, perda de interesse em atividades que normalmente são prazerosas acompanhadas da incapacidade de realizar atividades diárias.

O transtorno depressivo é uma condição com impacto significativo no funcionamento social e ocupacional, que causa grande sofrimento para o portador.



Sintomas psíquicos

- Humor depressivo:

Sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa. O paciente acredita que perdeu a capacidade de sentir alegria ou prazer na vida, mostram-se apáticos, apresentam pensamento negativos e ideias de suicídio.



Sintomas psíquicos

- Redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis

O paciente deprimido pode relatar que já não sente prazer pelas suas atividades preferidas. As atividades sociais são frequentemente negligenciadas, e tudo lhe parece agora ter o peso de terríveis "obrigações".



Sintomas psíquicos

- Fadiga ou perda de energia:

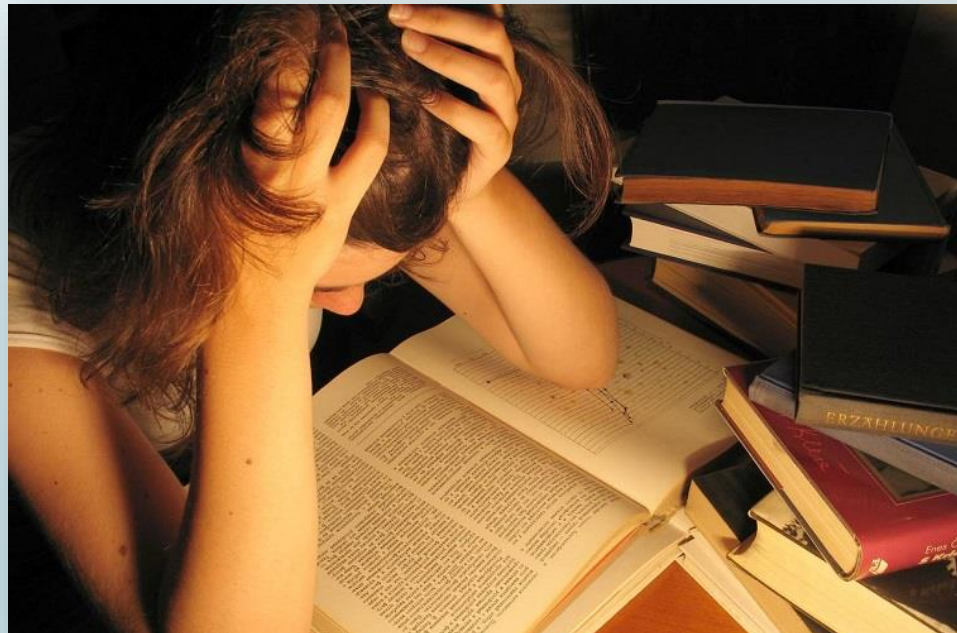
Relato de fadiga persistente, mesmo sem esforço físico, e as tarefas mais leves parecem exigir esforço substancial. Lentifica-se o tempo para a execução das tarefas.



Sintomas psíquicos

- Diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões

Decisões antes quase automáticas parecem agora custar esforços intransponíveis.



Sintomas fisiológicos

- Alteração do sono
- Alteração do apetite
- Redução do interesse sexual



Diagnóstico

De acordo com o DSM-5, para o diagnóstico da depressão, **5 ou mais** dos seguintes sintomas devem estar presentes quase todos os dias durante o período de 2 semanas, e um deles deve ser **humor deprimido** ou **perda de interesse/prazer** :

Humor deprimido a maior parte do dia	Agitação ou atraso psicomotor observado por outros (não autorrelatado)
Diminuição acentuada do prazer em todas ou quase todas atividades durante a maior parte do dia	Fadiga ou perda de energia
Ganho ou perda de peso significativo	Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada
Aumento ou diminuição do apetite	Capacidade diminuída de pensar, concentrar-se ou indecisão
Insônia	Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio

É necessário que os sintomas causem limitações significativas nos aspectos sociais, ocupacionais ou em alguma outra área de funcionamento do indivíduo (Roth; Fonagy, 2005).

Diagnóstico

De acordo com o número de itens respondidos afirmativamente, o estado depressivo pode ser classificado em três grupos:

- **Depressão menor**: 2 a 4 sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia;
- **Distímia**: 3 ou 4 sintomas, incluindo estado deprimido, durante dois anos, no mínimo;
- **Depressão maior**: 5 ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia.



Diagnóstico pelo CID-10

Depressão é uma doença psiquiátrica crônica que tem como sintomas tristeza profunda, perda de interesse, ausência de ânimo e oscilações de humor. Muitas vezes é confundida com ansiedade e pode levar a pensamentos suicidas.

Segundo o CID-10, o número e a gravidade dos sintomas permitem classificar o episódio depressivo em três graus: leve, moderado ou grave.

Os critérios mínimos são a presença de dois ou três sintomas principais (humor deprimido, energia reduzida ou perda do interesse e prazer) e dois dos outros sintomas para diagnóstico depressivo, acompanhados de interferência funcional ou social.

Portanto, é **essencial** diagnosticar a doença e iniciar acompanhamento médico.

Classificação pelo CID 10:

F32 – Episódios depressivos

F32.0 – Episódio depressivo leve

F32.1 – Episódio depressivo moderado

F32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

F32.3 – Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

F32.8 – Outros episódios depressivos

F32.9 – Episódio depressivo não especificado

Os critérios para o diagnóstico de episódio depressivo apresentam semelhanças em ambos os sistemas classificatórios, como podemos observar na tabela a seguir:

DSM-5	CID-10
Humor deprimido	Humor deprimido
Perda do interesse ou prazer em quase todas as atividades habituais	Perda de interesse e prazer
Alteração de peso ou apetite	Energia reduzida com fadigabilidade aumentada e atividade diminuída
Insônia ou hipersonia	Concentração e atenção reduzidas
Agitação ou retardo psicomotor	Diminuição da autoestima e autoconfiança
Redução da energia	Ideias de culpa e inutilidade
Sentimentos de desvalia ou culpa	Visões desoladas e pessimistas do futuro
Dificuldade em se concentrar ou pensar	Ideias ou atos lesivos de suicídio
Pensamentos de morte ou suicídio	Problemas de sono
Tentativa de suicídio	Diminuição do apetite

Depressão, desesperança e suicídio

Uma condição grave que associa-se à de depressão é a tendência suicida.

Mais de 80% das pessoas que cometem suicídio estão deprimidas no ato. (Murphy, 1985)



Depressão, desesperança e suicídio

Estudos longitudinais sugerem que a incidência de suicídio ao longo da vida entre pessoas clinicamente deprimidas é de 15%.
(Reinecke, 2004)



Depressão, desesperança e suicídio

A questão é por que pessoas com depressão têm tendência suicida?

De acordo com o modelo cognitivo proposto por Beck (1997), esses indivíduos tendem a avaliar a si mesmos como tendo sérias falhas e acreditam que não têm apoio de outras pessoas.



Depressão, desesperança e suicídio

A desesperança presente nesses pacientes caracteriza-se por um conjunto geral de expectativas negativas sobre si mesmos e sobre o futuro.

Trata-se de um indicador útil do risco de suicídio.



Tratamento

I. Terapia Cognitiva (TC)

É um processo de tratamento que ajuda os pacientes a corrigirem falsas crenças em relação a si que produzem certos estados de humor e comportamentos. (Rupke; Blecke; Renfrow, 2006)



Durante a terapia cognitiva, o terapeuta ajuda o paciente a:

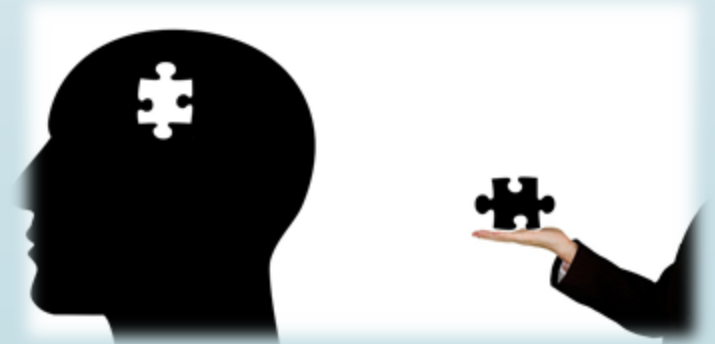
- 1) aceitar que algumas de suas percepções e interpretações são falsas e que levam a pensamentos negativos.
- 2) reconhecer os pensamentos negativos e descobrir pensamentos alternativos que reflitam a realidade mais de perto.
- 3) decidir internamente pela evidência que dá suporte ao pensamento negativo ou alternativo.
- 4) idealmente, reconhecer o pensamento negativo e fazer a reestruturação da situação, em um processo chamado reestruturação cognitiva. (Greenberg, Padesky, 1995)

II. Psicoeducação

Uma característica bastante distintiva da terapia cognitiva em relação a outras abordagens é o seu caráter psicoeducativo.

Uma série de recursos podem ser utilizados para esse fim com pacientes depressivos, incluindo:

- Informações sobre a terapia cognitiva e sobre a depressão
- Explicações de como pensamento geram sentimentos
- Bibliografia indicada pelo terapeuta



II. Psicoeducação

- Aprendizagem de recursos para prevenção de situações de perda
- Recurso de depoimentos de indivíduos que tiveram sucesso no tratamento da depressão
- Modelagem: aprendizagem a partir de experiência de outros, incluindo aquelas do terapeuta.



Duração do tratamento e remissão dos sintomas

Ainda que haja pacientes que necessitem de um número maior de sessões para o tratamento com terapia cognitiva, normalmente a terapia prioriza o atendimento a curto prazo, com um número de sessões variando de 6 a 20. (Blackburn et al, 1981)



Duração do tratamento e remissão dos sintomas

As sessões estruturadas também auxiliam os pacientes a desenvolver um senso de controle pessoal e, ao permitir que aprendam técnicas para serem “terapeutas” de si mesmos, contribuem para a redução do tempo de terapia. Pacientes com transtornos de personalidade podem levar mais tempo em terapia, até mesmo mais de 12 meses. (Blenkiron, 1999)



Evidências de eficácia:

Terapia cognitiva associada à farmacoterapia no tratamento da depressão

Muitos autores estão convencidos de que os tratamentos que combinam psicoterapia e farmacoterapia constituem a primeira escolha para o transtorno depressivo unipolar tratado ambulatorialmente. (Jonghe et al, 2001)



Evidências de eficácia:

Terapia cognitiva associada à farmacoterapia no tratamento da depressão

Por outro lado, existem sugestões de que a terapia cognitiva possa ser útil não só para os pacientes internados com depressão grave, quando utilizada isoladamente.

(Blackburn, 1992; Wright, 1998; Antonuccio, 1995)



Evidências de eficácia:

Terapia cognitiva associada à farmacoterapia no tratamento da depressão

Dois terços das pessoas portadoras de transtorno depressivo maior tratadas com antidepressivos respondem ao tratamento, e um terço não responde.



Prevenção de recaídas

A volta dos sintomas depressivos durante o tratamento de manutenção com antidepressivos é, infelizmente, comum, ocorrendo em uma taxa que varia entre 9% e 57% nos diferentes estudos. (Byrne; Rothschild, 1998)



Existem estudos que indicam que a terapia cognitiva dos sintomas residuais de episódios depressivos tratados com medicações produz substancial diminuição de recaídas.

Considerações finais

Do ponto de vista psicoterápico, a terapia cognitiva comportamental e a terapia interpessoal têm evidenciado como mais consistentes do que outras técnicas terapêuticas e mesmo similares aos tratamentos farmacológicos (Gloaguen et al., 1998) do transtorno depressivo maior unipolar.



Álcool

Os problemas relacionados a álcool e depressão são as duas doenças psiquiátricas, isoladamente, mais comuns. Nos casos de depressão, o álcool é a droga mais associada produzindo complicadores importantes, como maior impulsividade, o que pode ser representado pelo aumento de tentativas de suicídio, por exemplo.



Álcool

Devido à grande capacidade do álcool de produzir sintomatologia semelhante à depressão e também mascará-la, o diagnóstico deve ser feito com cautela e de preferência após um período mínimo de abstinência.



Estar abstinente aumenta a chance de sucesso terapêutico para o tratamento da depressão.

Tabaco

Estudos vêm apontando também a relação entre tabagismo e depressão.

Acredita-se que ambos teriam um fator comum com provável determinação genética.

Sintomas depressivos são relatados durante episódios de abstinência de tabaco, sendo mais comuns em pacientes com história prévia de depressão.



Cocaína e Crack

Também é comum cocaína e crack estarem associados aos sintomas depressivos, porém, suas ações no sistema nervoso central (SNC) são capazes de mimetizar a sintomatologia durante a síndrome de abstinência dessas drogas.



Opióides

Já opióides, além de produzirem sintomas depressivos, podem exacerbar sintomas preexistentes. Existe associação entre maior gravidade dos sintomas depressivos e aumento de compartilhamento de seringas e agulhas entre usuários de drogas injetáveis.



A depressão para esses pacientes parece estar relacionada a fatores como promover comportamento passivamente suicida, diminuindo, assim, as atitudes preventivas, e reduzir ainda mais a atenção e a capacidade de lidar como estresse.

Bibliografia

- Antonuccio D. Psychotherapy for depression: no stronger medicine. *Am Psycholl.* 1995 Jun; 50(6):450-2.
- Beck AT. *Terapia cognitiva da depressão.* Porto Alegre: Artmed; 1997.
- Blackburn IM, Bishop S, Glen AI, WhalleyLJ, Christie JE. The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *Br J Psychiatry.* 1981 Sep;139:181-9.
- Blenkinson P. Who is suitable for cognitive behavioural therapy? *J R Soc Med.* 1999 May;92(5):222-9.
- Blackburn IM. Severe depression in hospitalized patients. In: Scott J, Williams JMG, Beck AT, editors. *Cognitive therapy in clinical practice.* London; New York: Routledge; 1992.
- de Jonghe F, Kool S, van Aalst G, Dekker J, Peen J. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord.* 2001 May;64(2-3):217-29.
- Byrne SE, Rothschild AJ. Loss of antidepressant efficacy during maintenance therapy: possible mechanisms and treatments. *J Clin Psychiatry.* 1998 Jun;59(6):279-88.
- Cordioli, Aristides Volpato e colaboradores. *Psicoterapias.* 3 ed. Porto Alegre: Artmed;2008.
- Diehl, A, Cordeiro Cruz, D; Laranjeira, R. *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas.* 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Bibliografia

- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord.* 1998 Apr;49(1):59-72.
- Greeberger D, Padesky CA. *Mind over mood: a cognitive therapy treatment manual for clients.* New York: Guilford; 1995.
- Jaber Filho J A; Charles A. *Alcoolismo.* Livraria e Editora Revinter, 2002.
- Murphy G. *Suicide and attempted suicide.* In Michels R, editor. *Psichiatry.* Philadelphia; 1985.
- Reinecke MA. *Suicídio e depressão.* In: Datílio FM, Freeman A, organizadores. *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise.* 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.82-113.
- Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research.* 2nd ed. New York: Guilford Press; 2005.
- Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M, *Cognitive therapy for depression.* *Am Fam Physician,* 2006 Jan 1; 73(1):83-6.
- Wright JH. *Terapia cognitiva e farmacoterapia combinadas no tratamento da depressão.* In: Freeman A, Datilio FM, organizadores. *Compreendendo a terapia cognitiva.* Campinas: Psy, Campinas; 1998.

Obrigada!

www.clinicajorgejaber.com.br