

ALUCINOSE ALCOÓLICA- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Márcia B. de Macedo Soares¹
Arthur Guerra de Andrade**

Definição:

A Alucinoze Alcoólica é um quadro psicótico apresentado por indivíduos que têm dependência do álcool, e que se inicia na maioria das vezes após alguns dias de abstinência, quando se verifica uma queda nos níveis sanguíneos de álcool (1, 4, 11). Poucos são os casos relatados em que as alucinações aparecem ainda durante períodos de ingestão etílica excessiva (1, 11).

O conceito sugerido pelo DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease, 3rd. ed.), um critério psiquiátrico operacional, estabelece que no diagnóstico da Alucinoze Alcoólica devem ser observados os quatro itens abaixo (6):

- A) Existência de uma alucinoze orgânica, com alucinações auditivas claras, que aparecem usualmente 48 horas após a interrupção da ingestão etílica severa, num indivíduo que aparentemente apresenta dependência do álcool.
- B) O paciente apresenta reação às alucinações de forma adequada ao conteúdo das mesmas (p. ex.: frente a alucinações ameaçadoras o paciente apresenta ansiedade).
- C) Ausência de rebaixamento de consciência, ao contrário do que se observa no "Delirium Tremens"
- D) Os sintomas apresentados pelo paciente não são consequentes a qualquer outro distúrbio físico ou mental.

Para facilitar o reconhecimento do que se entende por uma alucinoze orgânica o DSM-III estabelece as características abaixo referidas e sobre as quais deve se basear o diagnóstico (6):

- 1) Presença de alucinações persistentes ou recorrentes.
- 2) Ausência de rebaixamento da consciência; ausência de alterações significativas nas capacidades intelectuais (que estão presentes no quadro da Demência); ausência de distúrbios do humor (encontrados nos Distúrbios Afetivos); ausência de delírio predominante (existente no Síndrome Delirante Orgânico).
- 3) Evidência na história, exame físico ou exames complementares de um fator etiológico que se supõe estar relacionado com o aparecimento do distúrbio.

É interessante lembrar que o quadro de uma alucinoze orgânica pode aparecer também como consequência do uso de alucinógenos como o LSD, a psilocibina e a mesalina. São também considerados como causas de alucinoze orgânica quadros de intoxicação por levodopa, efedrina, propranolol (9).

Quadro Clínico:

No quadro clínico da Alucinoze Alcoólica predominam as alucinações auditivas (1,3), que se iniciam como ruídos e/ou sibilos de aparecimento preferencialmente noturno: a seguir surgem as vozes, que dirigem acusações diretas ao paciente, chamando-o de "ladrão" "assassino", "sem-vergonha", "marginal", etc, fazendo-o geralmente em 3ª pessoa (2,11,13). Muitas vezes essas vozes são reconhecidas como sendo de parentes ou amigos.

O paciente passa a desenvolver, sobre essas alucinações, idéias de conteúdo persecutório; passa a acreditar que está sendo vigiado, perseguido, imagina-se cercado por inimigos. Surgem então a ansiedade, a agitação, aí vem então a ansiedade, a insônia, a agressividade e pânico reativos às idéias deliróides. A conduta do paciente passa a ser regida por essas emoções, e ele pode chegar a cometer homicídios ou suicídio de eliminar o perseguidor imaginário (1,2).

Uma característica importante da Alucinoze Alcoólica, como já dito anteriormente, é o fato de a consciência permanecer lúcida, ou seja, o paciente está consciente, lúcido,

* Aluna do 5º ano da F.M.U.S.P.

** Coordenador do Grupo de Estudos em Alcoolismo do H.C. da F.M.U.S.P.

durante todo o tempo. Não se observam, também, alterações no pensamento ou distúrbios volitivos (5,10); o ajuste pré-mórdio nas esferas social e sexual costuma ser também normal nesses pacientes (5).

Exemplo: P.S.S., 40 anos, casado. Etilista importante há 20 anos, parou de beber há cerca de 4 meses, quando iniciou tratamento neste serviço. Refere que, há 3 dias, aparentemente sem motivo, começou a ouvir vozes de outras pessoas, que começavam a chamá-lo de imbecil, ladrão, sem-vergonha, homossexual; essas vozes apareciam à noite e o paciente refere que "não conseguia pegar no sono" (sic). Parou de se alimentar durante esse período e faltou ao trabalho; diz que ficou ansioso, com ligeira agitação psicomotora. Apresentava idéias supervaloradas de auto e heteroagressividade: achava que essas vozes eram de seu ex-cunhado e queria matá-lo. Passou a andar armado, o que chamou a atenção de um de seus irmãos, que passou a vigiá-lo sempre que saía de casa. Um dia antes da internação, tentou se matar atirando-se em cima de um carro que passava na rua em frente à sua casa; como estava em baixa velocidade parou a tempo, e o paciente sofreu apenas escoriações leves, tendo sido tratado no PSC-HC e encaminhado ao Instituto de Psiquiatria. Segundo informa, a consciência se manteve lúcida durante todo o tempo. Foi internado e tratado com baixas doses de Haloperidol (4mg/dia). Com intensa melhora do quadro em 2 semanas, teve alta.

Diagnóstico Diferencial:

Embora as alucinações orgânicas também aparecem em consequência a intoxicação por certas drogas, e em condições clínicas como cegueira e surdez bilaterais, hipotireoidismo, neurosífilis, e em presença de processos neoplásicos intracranianos do Sistema Nervoso Central (10), o principal diagnóstico diferencial deve ser realizado entre a Aluciose Alcoólica e a Esquizofrenia, com base nas seguintes características (1,3,11).

ESQUIZOFRENIA

- idade inferior a 40 anos
- quadro de início insidioso
- história familiar de esquizofrenia
- personalidade esquizóide
- as vozes ouvidas são provenientes do "espaço interior subjetivo"; o conteúdo tem significado mais profundo e especial para o paciente
- perda de associações: ausência de objetividade; ausência de corporalidade; desorganização do pensamento formal; desagração

ALUCINOSE ALCOÓLICA

- idade variando entre 40 e 60 anos
- quadro de início agudo
- ausência de história familiar de esquizofrenia
- vários tipos de personalidade pré-mórbia
- as vozes ouvidas são provenientes do "espaço externo" e têm características de perseguição; o conteúdo consiste basicamente em ameaças e insultos
- a consciência permanece lúcida; ausência de distúrbios volitivos ou alterações no pensamento

Evolução:

A maioria dos casos de Aluciose apresenta um curso curto, não ultrapassando um mês. Benedetti (5), em clássico trabalho publicado sobre o assunto, propôs uma classificação, segundo a qual os casos de Aluciose Alcoólica poderiam ser classificados como "agudos" ou "crônicos" com base na duração do quadro. Os casos de "Aluciose Alcoólica Aguda" seriam aqueles cuja duração não ultrapassasse os seis meses; nestes casos a cura seria obtida uma vez mantida a abstinência. Permanecendo a ingestão etílica excessiva, entretanto, cerca de um terço dos pacientes tenderia a apresentar uma ou mais recidivas (5). Os casos de "Aluciose Crônica" menos frequentes, seriam aqueles de duração superior a 6 meses (segundo Benedetti, de 113 pacientes com Aluciose Alcoólica por ele observados, 90 correspondiam ao quadro agudo e 23 ao quadro crônico). Nestes casos o curso independia da abstinência, com alucinações que persistiriam mesmo que não tenha sido reiniciada a ingestão etílica. Ainda segundo este mesmo trabalho, o início dos casos agudos e crônicos teria a mesma forma, o que as tornaria indistinguíveis nesta fase; tudo levaria a pensar que as formas crônicas nada mais seriam do que progressivamente cronificar-se-iam.

Estado Final:

De acordo com essa classificação proposta por Benedetti, observou-se que os apresentavam quadro de "Aluciose Alcoólica Aguda" não apresentaram, após cessado o quadro, modificações a nível de personalidade. Por outro lado, os pacientes que apresentavam quadro de "Aluciose Alcoólica Crônica" passaram a apresentar, depois de um certo tempo, algum grau de embotamento afetivo, embotamento sensorial, indiferença, num quadro que apresentava semelhanças com aquele exibido por pacientes esquizofrênicos. Benedetti, no mesmo trabalho anteriormente citado, observou que dos 23 pacientes com "Aluciose Alcoólica Crônica" segundo aquele critério, 13 evoluíram para a Esquizofrenia. O prazo para o aparecimento dos sinais iniciais de Esquizofrenia variou de sete meses a cinco anos após o episódio agudo inicial. Os casos "crônicos" poderiam também evoluir para a Síndrome de Korsakoff (Distúrbio Amnésico causado pelo Álcool).

113 pacientes com Al. Alcoólica	90 casos de A.A. Aguda (duração inf. a 6 m)	13 casos de Esquizo.
	23 casos de A.A. Crônica (duração sup a 6 m)	10 casos de Sindr. Korsakoff

Benedetti: "Las Alucinaciones por el Alcohol" 1955

Etiologia e Fisiopatologia:

A etiologia da Aluciose Alcoólica é ainda obscura, desconfia-se do envolvimento de uma predisposição endógena, mas nada foi concluído: (2)

Em termos de Fisiopatologia, alguns autores atribuem as alucinações a disfunção ou lesão dos lobos temporais (decorrentes do uso do álcool), porém nada de muito concreto foi até agora estabelecido (4).

Tratamento:

O tratamento proposto por Benedetti preconizava o uso de complexos polivitamínicos, drogas antialcoólicas e tratamento desintoxicante (5).

Por ser um quadro alucinatório em paciente que está com a consciência lúcida, e que pode evoluir situações de auto, e heteroagressividade, trata-se de um caso de urgência (1). A internação em hospitais psiquiátricos está, portanto, indicada como método terapêutico. O objetivo da internação é acalmar o paciente, retirando-o de um ambiente mais conturbado e tratando dos fenômenos alucinaórios (1). Para que isto seja conseguido, utiliza-se a terapêutica farmacológica; é indicado preferencialmente o uso de Haloperidol por via oral, na dosagem de 1 a 10 mg/dia. A maioria dos pacientes apresenta regressão do quadro com doses baixas como 1 a 3 mg/dia. Se, entretanto, o quadro alucinatório persistir, está indicado o uso de Haloperidol por via intra-muscular, na dosagem de 5 mg de 30 em 30 minutos (1,8). O outro grupo de medicamentos, de características mais ansiolíticas, como os benzodiazepínicos Diazepam e Clordiazepóxido, vem também sendo utilizado (1, 7, 8).

Além da terapêutica farmacológica e do recurso da internação é bastante importante o suporte psicoterápico para estes pacientes, auxiliando-o em sua readaptação ao seu ambiente de origem.

Referências:

- 1) Walker JI: Management of Alcohol Emergencies, in Psychiatric Emergencies: Intervention and Resolution, pp 85–85, JB Lippincott, New York, 1983.
- 2) Mesquita ME: Psicoses Alcoólicas. Apostila do Grupo de Estudos em Alcoolismo do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P., pp 21–23 São Paulo, 1983.
- 3) Alonso-Fernandez F: El círculo de los Alcoholismos e Las Drogadependencias, in Fundamentos de la Psiquiatria Actual, pp 502–503, vol III, Editora Paz Montalvo, España, 1979.
- 4) Kendell RE, Zealley AK: Dependence on Alcohol and other Drugs in Companion to Psychiatric Studies, pp 426, Churchill Livingstone, London, 1983.
- 5) Benedetti G: Las Alucinaciones Por el Alcohol, monografias Médicas Alhambra Editorial Alhambra S.A., 1955:
- 6) American Psychiatric Association: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease, 3rd. ed., Washington D.C., 1980:
- 7) Ayd FD: Haloperidol in Alcoholism, in Haloperidol Update: 1958–1980, pp 148–153, Ayd Medical Comunicatios, Maryland, 1980.
- 8) Rada RT, Kellner R: Drug Treatment in Alcoholism, in Psychopharmacology Update; New and neglected areas, Grune & Stratton New York, 1979.
- 9) Goldmann HH: Organic Mental disorders, in Review of General Psychiatry, pp 273–274, Lange Medical Publications, California, 1984.
- 10) Surawickz F: Alcoholic Hallucinosi, a missed diagnosis, Can J Psychiatry, 25:57–63, 1980.
- 11) Cavenar Jr JO, Brodie HKH: Hallucinations, in Signs and Symptoms in Psychiatry, pp 445, JB Lippincott, N.York, 1983.
- 12) Sherlock S: Alcohol ad Disease, pp 100, British Council by Churhill Livingstone, London, 1981.
- 13) Fortes JRA: Efeitos Psíquicos do Álcool, in Alcoolismo, pp 42–43, Editora Sarvier, São Paulo, 1975.

INSTITUTO DE RADIOTERAPIA DE SÃO PAULO SOC.COOP.LTDA.

Telefone: 549-1422
CEP – 04013 – São Paulo – SP

Médicos:

- Dr. Oswaldo Peres – Diretor
- Dr. Fernando Tognato Ladeia
- Dr. Edvalmir Q. Figueiredo
- Dra. Catalina Rosa C. da Veiga
- Dr. William E.N. Soares
- Dr. Marcelo Oliveira dos Santos
- Dra. Marineide Prudêncio C. Leite
- Dr. José Franchi Neto

Rua Cubatão, 1.190 – Estação Ana Rosa do Metrô
Caixa Postal: 45.338
Casa de Saúde Santa Rita S.A.

Equipamentos:

- Acelerador Linear de Partículas
- Bomba de Cobalto – Theratron 80
- Radioterapia convencional
- Radioterapia de contato

Braquiterapia:

- Radium em agulhas
- Cesium para moldes
- Ouro
- Iridium e
- Iodo radioativo para implantes