

**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB
Centro De Ciências Da Saúde - CCS
Universidade Federal Do Rio De Janeiro**

LUANA DUMANS LAURITO

**Preditores do uso de Benzodiazepínicos no Transtorno de Pânico,
Transtorno de Ansiedade Social e Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

Rio de Janeiro

2017

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB
Centro De Ciências Da Saúde - CCS
Universidade Federal Do Rio De Janeiro

Preditores do uso de Benzodiazepínicos no Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade
Social e Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Luana Dumans Laurito

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – PROPSAM – do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Mental.

Orientadores:

Leonardo Franklin da Costa Fontenelle
Professor Adjunto de Psiquiatria do IPUB/UFRJ

Gabriela Martins Bezerra de Menezes
Professora Assistente do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da UFF

Rio de Janeiro
Julho de 2017

L384p Laurito, Luana Dumans
Preditores do Uso de Benzodiazepínicos no
Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Social
e Transtorno Obsessivo-Compulsivo / Luana Dumans
Laurito. -- Rio de Janeiro, 2017.
97 f.

Orientador: Leonardo Franklin da Costa
Fontenelle.

Coorientador: Gabriela Martins Bezerra de
Menezes.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, 2017.

1. Transtorno de Pânico. 2. Transtorno de
Ansiedade Social. 3. Transtorno Obsessivo
Compulsivo. 4. Benzodiazepínicos. I. Fontenelle,
Leonardo Franklin da Costa, orient. II. de Menezes,
Gabriela Martins Bezerra, coorient. III. Título.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB
Centro De Ciências Da Saúde - CCS
Universidade Federal Do Rio De Janeiro

Luana Dumans Laurito

Preditores do uso de Benzodiazepínicos no Transtorno de Pânico, Transtorno de Ansiedade Social e Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – PROPSAM - do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Mental.

Aprovada por

Leonardo Franklin da Costa Fontenelle - Presidente
Pós-doutorado – Instituto de Psiquiatria da UFRJ

Alexandre Martins Valença
Pós-Doutorado -Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho da UFRJ

Bernard Pimentel Rangé
Doutorado - Instituto de Psicologia da UFRJ

Rio de Janeiro
Julho de 2017

À Norma Nogueira Dumans (*in memoriam*),
minha avó materna, exemplo de
determinação, dedicação e perseverança.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Leonardo Fontenelle e co-orientadora Gabriela Menezes por toda paciência e dedicação em me ensinar, incentivar e acalmar durante todo o processo, por terem confiado em mim e viabilizado este trabalho.

Ao Ulrich Stangier, nosso colaborador alemão, por todo apoio, ajuda e incentivo desde o início deste trabalho.

A todos os colegas do grupo de pesquisa, em especial àquelas que participaram ativamente comigo neste trabalho: Carla Loureiro e Rafaela Venâncio, pelo apoio e parceria. Paula Vigne e Samara Ribeiro, pela ajuda em diversos momentos.

Ao meu mentor profissional desde os primórdios da graduação, Bernard Rangé, por sempre acreditar em mim, me apoiando e incentivando em cada etapa profissional.

Aos pacientes do CIPE (IPUB/UFRJ), sem os quais nada disso seria possível.

À minha madrinha, Ana Teresa, por toda ajuda, incentivo e apoio de sempre.

À minha família por me apoiarem e compreenderem minha ausência em diversos momentos.

Aos meus amigos, por toda compreensão, apoio e suporte, em especial Raquel Tuñas e Natalia Fintelman. Pelo incansável incentivo e suporte emocional, Carla Loureiro, Bianca Torres, Narahyana Araujo e Luísa Pedrosa.

À minha psicóloga, Jessye Almeida, por todo suporte.

A Deus, por todos os desafios, oportunidades e conquistas.

Por fim, obrigada a todos que se dedicarão à leitura desta dissertação.

RESUMO

Os Benzodiazepínicos (BZD) constituem um grupo de psicotrópicos amplamente utilizado na prática clínica, em particular no tratamento dos transtornos de ansiedade e do transtorno obsessivo-compulsivo, devido as suas quatro atuações principais: ansiolítica, hipnótica, anticonvulsivante e relaxante muscular. Contudo, sua utilização tem sido alvo de inúmeras discussões e controvérsias na literatura, pois apesar da comprovada eficácia, tanto em monoterapia quanto associado a outros fármacos e/ou terapia cognitivo-comportamental, seu uso parece estar relacionado a alguns prejuízos. Dentre estes, estão incluídos o risco aumentado de dependência e abuso, além de prejuízos cognitivos e psicomotores. Ademais, foi sugerido que seu uso ocasional (p.r.n.) no contexto do transtorno de pânico poderia diminuir a tolerância do indivíduo à ansiedade e interferir negativamente no mecanismo da extinção do medo. Embora existam várias diretrizes para o uso seguro de BZD, a maioria dos indivíduos (até 82,5%) ignora suas recomendações e excede sua duração.

No presente estudo investigamos as taxas de uso de BZD em uma amostra de 102 sujeitos com Transtorno de Pânico (TP) (n = 36), Transtorno de Ansiedade Social (TAS) (n = 28) e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) (n = 38), atendidos nas clínicas especializadas no tratamento de transtornos de ansiedade, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), buscando identificar as características e preditores do uso de BZD nesta população, comparar as taxas de uso destes fármacos entre pacientes com TP, TAS e TOC, propiciando melhor conhecimento e entendimento a cerca do tema. Quase 56% da amostra estava usando BZDs no momento da avaliação, enquanto que 74,5% relataram sua utilização em algum momento da vida. As taxas de uso atual de BZD nos diferentes grupos diagnósticos foram 34,3% (TOC), 60,7% (TAS) e 73,5% (TP). A duração do tratamento psiquiátrico e um histórico de TP ao longo da vida foram fatores de risco independentes para o uso atual de BZDs. Ademais, os níveis de auto-eficácia em resistir ao uso de BZD e da expectativa positiva de mudança emocional e cognitiva pelo uso do mesmo, foram inesperadamente altos. Os pacientes que continuaram a usar BZDs diferiram daqueles que não os utilizam mais por serem mais velhos (atualmente e no primeiro atendimento na clínica), por terem idade de início do transtorno principal mais avançada, por serem mais agorafóbicos ou evitativos, e por acreditarem ser menos capazes de resistir ao uso de BZDs, com receio de não conseguir dormir. Concluimos que, apesar das campanhas pelo uso seguro dos BZDs, eles ainda são bastante utilizados especialmente para o tratamento da ansiedade, sendo assim, mais pesquisas nesta área se fazem necessárias para avaliar os inúmeros fatores relacionados ao uso

deste tipo de fármaco.

Palavras-chave: transtorno de pânico, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, benzodiazepínicos; Abuso de substâncias, auto-eficácia.

ABSTRACT

Benzodiazepines (BZDs) constitute a group of psychotropic drugs widely used in clinical practice, in particular at anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder treatments, due to its four main performances: anxiolytic, hypnotic, anticonvulsant and muscle relaxant. However, its use has been the subject of numerous controversy discussions in the literature, because, although effective, either on monotherapy or associated with other drugs and / or cognitive-behavioral therapy, its use seems to be related to some losses. These include the increased risk of dependence and abuse, as well as cognitive and psychomotor impairment. In addition, it has been suggested that its p.r.n. use, (as needed) in the context of panic disorder may decrease the individuals tolerance to anxiety and interfere negatively with fear-extinguishing mechanism. Although there are several guidelines for the safe use of BZD, most individuals (up to 82.5%) ignore their recommendations and exceed the safe use.

In the present study we investigated the rates of BZD use in a sample of 102 subjects with Panic Disorder (PD; n=36), Social Anxiety Disorder (SAD; n=28) and Obsessive Compulsive Disorder (OCD; N=38), attended at specialized anxiety disorder (ADs) clinics, within the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro (IPUB / UFRJ), seeking to identify the characteristics and predictors of BZD use in this population, to compare the rates of these drugs use among patients with PD, SAD and OCD, providing better knowledge and understanding about the topic. Almost 56% of the entire sample was using BZDs at the moment of the assessment, while 74.5% described having used them at some point during their lifetimes. The current use rates of BZD through the different diagnostic groups were 34.3% (OCD), 60.7% (SAD) and 73.5% (PD). The duration of psychiatric treatment and a lifetime history of PD were independent risk factors for current prescription of BZDs. In addition, self-efficacy levels in refusal the BZD use and the expectancy of positive emotional and cognitive change due to BZDs were unexpectedly high. Patients who continued to use BZDs differed from patients who stopped them by being older (both currently and when firstly seen in the clinic), by having a later age at onset of their most significant disorder, by being more agoraphobic/avoidant, and by believing to be less capable of stopping their BZDs for the fear of not being able to sleep. We conclude that, despite campaigns for the safe use of

BZDs, they are still widely used especially for the treatment of anxiety, so further research in this area is necessary to evaluate the innumerable factors related to the use of this type of drug.

Key words: Panic disorder, Social Phobia, Obsessive-compulsive disorder, benzodiazepines; substance abuse, self-efficacy.

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | Comparação das características sócio-demográficas entre os grupos estudados..... | 13 |
| Tabela 2 | Comparação das características clínicas entre os grupos estudados..... | 15 |
| Tabela 3 | Comparação das comorbidades psiquiátricas entre os grupos estudados..... | 16 |
| Tabela 4 | Comparação dos tratamentos entre os grupos estudados..... | 18 |
| Tabela 5 | Comparação de Características clínicas, auto-eficácia e expectativas sobre BZDs, entre os usuários dos diferentes grupos..... | 20 |
| Tabela 6 | Regressão Logística Binária tendo uso de BZD como variável dependente..... | 21 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| ADT | Antidepressivo Tricíclico |
| AGO | Agorafobia |
| BAI | Inventário Beck de Ansiedade (Beck Anxiety Inventory) |
| BDI | Inventário Beck de Depressão (Beck Depression Inventory) |
| BEQ | Questionário de Expectativas sobre os Benzodiazepínicos (Benzodiazepine Expectancy Questionnaire) |
| BRSEQ | Questionário de Auto-eficácia e Recusa de Benzodiazepínicos (Benzodiazepine Refusal Self- Efficacy Questionnaire) |
| BUQ | Questionário sobre Uso de Benzodiazepínicos |
| BZD | Benzodiazepínico |
| DOCS | Escala Dimensional Obsessivo-Compulsiva (Dimensional Obsessive-Compulsive Scale) |
| DSM-5 | Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais. 5ª Edição. |
| EDM | Episódio Depressivo Maior |
| ESA | Escala de Sensibilidade à Ansiedade -Revisada (Anxiety Sensitivity Index– Revised 36) |
| IPUB | Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil |
| IRSR | Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina |
| M.I.N.I. | Mini International Neuropsychiatric Interview |
| PAS | Escala para Pânico e Agorafobia (Panic and Agoraphobia Scale) |
| P.R.N. | pro re nata |
| SPIN | Inventário de Fobia Social (Social Phobia Inventory) |
| TA | Transtornos de Ansiedade |
| TAG | Transtorno De Ansiedade Generalizada |
| TAS | Transtorno de Ansiedade Social |
| TCC | Terapia Cognitivo-Comportamental |
| TEPT | Transtorno de Estresse Pós-Traumático |
| TOC | Transtorno Obsessivo-Compulsivo |
| TP | Transtorno de Pânico |
| UFRJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| FOLHA DE ROSTO..... | i |
| DEDICATÓRIA..... | iii |
| AGRADECIMENTOS..... | iv |
| RESUMO..... | v |
| ABSTRACT..... | vi |
| SUMÁRIO..... | x |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 2. MÉTODO..... | 7 |
| 2.1 SUJEITOS..... | 7 |
| 2.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO..... | 7 |
| 2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA | 12 |
| 3. RESULTADOS | 12 |
| 3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA..... | 12 |
| 3.2 USO DE BENZODIAZEPÍNICOS..... | 17 |
| 3.3 CORRELATOS E PREDITORES DE USO DE BENZODIAZEPÍNICO..... | 21 |
| 4. DISCUSSÃO | 23 |
| 5. CONCLUSÃO | 27 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 28 |
| ANEXO 1: Hoarding Symptoms Responding to Treatment for Rapid Cycling Bipolar II Disorder..... | 34 |
| ANEXO 2: Predictors of Benzodiazepine Use in a Transdiagnostic Sample of Panic Disorder, Social Anxiety Disorder, and Obsessive-Compulsive Disorder Patients..... | 41 |
| ANEXO 3: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO..... | 71 |

1. INTRODUÇÃO

Os Transtornos de Ansiedade (TA) situam-se entre os transtornos mentais mais prevalentes e estão associados a grande sofrimento e importante prejuízo funcional, além de determinar altos custos ao sistema de saúde (1). Segundo o quinto Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, o DSM-5 (2), este grupo diagnóstico inclui transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessiva além de distúrbios comportamentais relacionados, sendo o medo definido como resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade seria definida como a antecipação de ameaça futura (2). Os transtornos de ansiedade diferem entre si no que concerne o fator desencadeador do medo, da ansiedade ou do comportamento de esquiva, bem como a concepção cognitiva associada (2).

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) e o Transtorno de Pânico (TP) encontram-se entre os TA mais prevalentes. O TAS possui uma prevalência de 10,7% ao longo da vida (sendo o segundo mais prevalente, atrás apenas das fobias específicas) e o TP, com ou sem agorafobia (AGO), apresenta prevalência de 3,8% ao longo da vida, sendo o quarto na lista dos mais comuns, atrás do transtorno de ansiedade generalizada (3). Dentre principais características do TAS estão o medo ou ansiedade excessiva em uma ou mais situações nas quais o indivíduo se sinta exposto ao possível escrutínio de outras pessoas. Já no TP, o indivíduo experimenta ataques de pânico inesperados e recorrentes que determinam preocupação persistente com possíveis novos ataques gerando alterações desadaptativas de comportamento (2).

Outro transtorno sabidamente influenciado pela ansiedade e que está relacionado com o prejuízo e o sofrimento causados por ela é o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Apesar de sua recente mudança em relação ao grupo diagnóstico ao qual pertence no DSM-5 (2), passando a não mais integrar o grupo dos transtornos de ansiedade sendo realocado em um grupo distinto, o do Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos Relacionados, o TOC apresenta sintomas de ansiedade envolvidos em sua etiologia e sintomatologia. Estima-se que o TOC acometa, em um mês, entre 0,3 e 3,1% da população geral (4), dentre suas características principais destacam-se a presença de obsessões - pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes, vivenciados de forma intrusiva, persistente e repetitiva - e/ ou compulsões (rituais) - comportamentos repetitivos ou atos mentais que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras rígidas (2).

Tendo em vista as altas taxas de prevalência e o elevado prejuízo funcional, o tratamento adequado dos TA surge como relevante questão de saúde pública. Dentre os tratamentos disponíveis, tanto para os TA quanto para o TOC, estão os benzodiazepínicos (BZD), classe de medicamentos amplamente prescrita, apesar de não ser considerada intervenção de primeira linha para esses transtornos (5–11). Os BZDs foram sintetizados na década de 1950 e sua descoberta está intimamente ligada à figura de Leo Henryk Sternbach, pesquisador polonês, que nasceu no Império Austro-Húngaro e morreu em 2005. Sternbach, doutor em química orgânica, iniciou sua pesquisa nos laboratórios da *Hoffmann-LaRoche Inc.* em Basel (Suíça) no ano de 1940. Durante a Segunda Guerra Mundial, como resultado da perseguição anti-semita dos nazistas, emigrou para os EUA para trabalhar na sede norte americana da mesma empresa (12). Após várias tentativas frustradas de desenvolver medicamentos antipsicóticos semelhantes à clorpromazina, Sternbach descobriu as propriedades ansiolíticas do clordiazepóxido (o primeiro BZD) quase por acaso (12). Desde então, milhares de BZDs foram sintetizados, resultando na disponibilidade de mais de 100 tipos em todo o mundo. No final da década de 60 e início dos anos 70, os BZD se tornaram a droga mais prescrita do mundo (12), no entanto, a prescrição indiscriminada e o reconhecimento dos efeitos indesejáveis do uso a longo prazo dos BZD promoveu uma mudança radical no que diz respeito a popularidade destes agentes ansiolíticos, tanto entre os profissionais quanto entre a população leiga (13).

Os BZDs podem ser classificados de acordo com sua meia-vida de eliminação, podendo ser considerados de ação curta (meia-vida de aproximadamente 1-12 horas), de ação intermediária (meia-vida média de 12 a 40 horas), ou de ação prolongada (meia-vida de 40-250 horas) (14). Além disso, podem ser classificados quanto à sua potência relativa, os primeiros BZDs desenvolvidos foram de baixa a média potência (clordiazepóxido, por exemplo), com posterior descoberta dos BZD de alta potência (alprazolam, lorazepam e clonazepam) (14).

De maneira geral, sua ação de início rápido e eficácia, associadas com razoáveis efeitos colaterais, têm contribuído para o uso dos BZDs tanto em fases agudas quanto crônicas do tratamento dos transtornos de ansiedade (15). Ademais, o fato dos BZD já terem se constituído no grupo de psicotrópicos mais comumente utilizados na prática clínica (12), se deve as suas diversas indicações que incluem, além do tratamento da ansiedade, tratamento da insônia, relaxamento muscular, alívio da espasticidade causada por patologias do sistema nervoso central e tratamento da epilepsia, por exemplo (14).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos (16) verificou-se que aproximadamente 5,2% dos adultos americanos, com idade entre 18 e 80, anos usavam BZD. No mesmo estudo observou-se que o uso de BZD aumentava conforme a idade – 2,6% (18-35 anos), 5,4% (36-50 anos), 7,4% (51-64 anos) e 8,7% (65-80 anos) – e era quase duas vezes mais prevalente em mulheres do que em homens. A proporção de uso de BZD, a longo prazo, também aumentou com a idade de 14,7% (18-35 anos) para 31,4% (65-80 anos), enquanto a proporção de uso de BZD em decorrência da prescrição por um psiquiatra diminuiu com a idade de 15,0% (18-35 anos) para 5,7% (65-80 anos) (16).

No Brasil, estima-se que o uso de BZD tenha uma prevalência maior do que a maioria dos países desenvolvidos (17). Estudo conduzido com mais de 200 mil habitantes de 107 cidades brasileiras (41,3% da população total do Brasil na época) investigou a taxa de uso não médico de medicamentos psicotrópicos e constatou que os BZDs eram usados com fins de abuso por 3,3% da amostra (18).

No que se refere aos transtornos de ansiedade, BZDs são comumente prescritos por terem eficácia comprovada para o tratamento deste grupo diagnóstico (15). Estima-se que 55-94% dos pacientes nos EUA com estes transtornos foram tratados com BZDs (19,20). Diferentes estudos sugerem que os BZDs continuam a ser um dos medicamentos mais utilizados para transtornos de ansiedade nos EUA (20–22). O uso frequente de BZDs também foi relatado em vários países europeus, não apenas para tratamento de ansiedade, como também para outras condições diagnósticas. (20,23).

Apesar do TOC ter sido considerado um transtorno de ansiedade até 2013 com a nova classificação no DSM-5 (2), a eficácia dos BZDs no TOC não foi muito estudada (24). As evidências de efeitos benéficos dos BZDs como monoterapia para o tratamento do TOC é limitada, com resultados controversos de estudos com clonazepam e alprazolam, que não apontam de forma consistente a eficácia de BZDs para o tratamento do TOC e sintomas de ansiedade associados. (25).

A discussão na literatura acerca do tema é vasta, com opiniões bastante divergentes abrangendo diversos pontos de vista. De um lado, pesquisadores ressaltam os benefícios e comprovada eficácia dos BZDs, principalmente em relação ao tratamento dos transtornos de ansiedade (especialmente TAS, transtorno de ansiedade generalizada [TAG] e TP), ressaltando e defendendo as razões prováveis para a popularidade contínua dos BZDs. Dentre estes argumentos destacam-se, (i) eficácia comprovada, (ii) ser consistente e confiável para os

sintomas mais proeminentes de ansiedade, (iii) tolerabilidade relativamente boa, (iv) início de ação rápido, (v) possibilidade de usá-los conforme necessário (prn) e (vi) a percepção de que os antidepressivos mais recentes não seriam tão úteis para ansiedade e distúrbios relacionados como inicialmente pareciam ser. Sugerindo, portanto, não haver ainda no mercado, alternativas superiores aos BZDs para condições específicas, como insônia crônica por exemplo (20,26–29). Além disso, os mesmos autores apontam que os perigos do desenvolvimento de tolerância e dependência de BZDs têm sido exagerados.

De outro lado, nos últimos anos, pesquisadores mostram-se mais preocupados ao ressaltarem com veemência os riscos e prejuízos associados à utilização dos BZDs que, acreditam não serem poucos. A intensificação das discussões ocorre na medida em que este tipo de fármaco ainda é largamente utilizado, levando, inclusive, à sugestão de algumas medidas de restrições para sua utilização, como prescrição restrita aos psiquiatras (30) e controle do uso limitado ao curto-prazo (30,31), especialmente para a população idosa (16).

Dentre os prejuízos que vem sendo associados ao uso de BZD mais frequentemente citados na literatura encontram-se (i) o rápido desenvolvimento de tolerância, com síndromes de abstinência (32) e risco aumentado para abuso, dependência física (33) e psicológica (34), especialmente entre usuários de longo prazo; (ii) prejuízos cognitivos (especialmente na memória e atenção) (32,33), com risco aumentado para demências (embora os efeitos protetores também tenham sido relatados)(35–37); (iii) dificuldades psicomotoras, com risco aumentado para acidentes, lesões e/ou quedas, associados a seu efeito de sedação (32); (iv) o uso ocasional de BZD (p.r.n.), no contexto do transtorno de pânico, pode estar associado à redução da tolerância à ansiedade pelo indivíduo e interferência negativa no mecanismo da extinção do medo (38,39), sugerindo resultados inferiores no tratamento em combinação com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), quando comparado aos dois tratamentos isolados (15,30,40), apesar de não haver evidências de qualidade a este respeito (41,42); e até mesmo (v) possível risco aumentado para desenvolvimento de câncer, especialmente o clonazepam (43).

Assim sendo, segundo Kapczinski (17) apesar da recomendação da Associação Americana de Psiquiatria de que este tipo de fármaco seja usado pelo tempo mais breve possível em sua menor dosagem terapêutica, não devendo ultrapassar duas a quatro semanas de uso contínuo, o uso crônico de BZD ainda é comum em muitos países. Um dado relevante apontado neste mesmo estudo é o de que mais de 90% dos usuários de BZD tomam os

medicamentos por prescrição médica, o que parece indicar que, apesar do problema das vendas ilícitas de BZD, a grande maioria do consumo é realizada com prescrição médica. O mesmo autor sugere que isso pode ser devido a prescrições dos clínicos sem a atenção necessária para evitar os possíveis problemas associados ao uso destes medicamentos ou, pode estar associado a falta de acompanhamento adequado dos pacientes que passam meses sem consulta, devido às falhas do sistema público de saúde (17).

Sendo assim, dadas às evidências conflitantes no que concerne a prescrição de BZDs em pacientes com TAs, a decisão de quando e como usar este tipo de medicamento não tem sido simples para os clínicos. Em *guidelines* recentes para o tratamento de pacientes com TP e TAS os BZDs foram incluídos como tratamentos de segunda linha com orientação para prescrição somente por períodos curtos (5,6), alguns *guidelines* sugeriram a não prescrição destes agentes (9,11); Como o uso de BZD pode estar associado a alguns desfechos negativos como os supracitados, seria importante identificar indivíduos com maior risco de prescrição de BZD. Estudos anteriores encontraram gênero feminino (16,44,45), menor escolaridade (45), estar solteiro (46), desemprego (46), idade avançada (16,44–46), ansiedade e depressão (mais graves) (46,47), insônia (46,47) e uso prévio de BZD (47) como sendo fatores de risco. Após dois anos de acompanhamento, o uso contínuo do BZD (em 54,2% da amostra) teve como fatores preditores idade avançada, ansiedade grave e longa duração do uso de BZD (47).

Em dois estudos importantes fatores psicológicos foram associados ao uso contínuo dos BZDs e consequente dificuldade em cessar o uso (48,49). O constructo psicológico de auto-eficácia, ou confiança que o indivíduo tem em si, na auto realização de tarefas, desenvolvido por Bandura (50), ainda tem sido pouco estudado em relação ao seu papel na descontinuação do uso de BZDs (48), apesar de ter sido sugerido por Wolde e colaboradores (49) que as crenças de auto-eficácia e as crenças sobre a descontinuação dos BZDs seriam preditores da intenção de cessar o uso, e a intenção, por sua vez, prediria a descontinuação do uso de BZDs (49). Isso se explica pois, a maior auto-eficácia influenciaria nas realizações de tarefas através de uma seleção mais ambiciosa, com maior esforço e maior persistência diante dos retrocessos e redução da excitação antecipatória (48,50). Ou seja, segundo os resultados deste estudo de Wolde (49), quanto maior a auto-eficácia do sujeito em resistir ao uso de BZD, maior seria sua intenção em cessar este uso, com maior persistência.

De acordo com Paar e colaboradores (48) outra influência importante no comportamento de usar ou cessar o uso de BZD, segundo a teoria cognitiva social (50), envolveria expectativas de resultados. Pacientes em uso de BZDs possuem uma intenção mais forte de cessar o uso quando percebem mais consequências positivas e menos consequências negativas da interrupção do uso deste fármaco (49). Além disso, tendem a apresentar cognições de desejo de adquirir e consumir as substâncias, caso tenham mais expectativas positivas do que negativas sobre o efeito destas substâncias (48). Conseqüentemente, a terapia cognitiva se configura num fator importante no auxílio da interrupção deste tipo de fármaco, na medida em que trabalha com as expectativas irrealistas sobre o uso das substâncias e/ou com as crenças de auto-eficácia (51,52). Isto posto, a auto-eficácia em resistir ao uso e a expectativa sobre o efeito do BZD seriam dois fatores cognitivos importantes como preditores do comportamento de usar e/ou abusar dos medicamentos BZD e a investigação destes fatores pode contribuir para um delineamento mais efetivo dos tratamentos farmacológicos e psicológicos considerando o uso e/ou abuso do BZD bem como sua retirada (48).

Sendo assim, neste estudo, nossos três principais objetivos foram: (i) determinar e comparar as taxas de uso atual e passado de BZD nos ambulatórios do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) especializados no tratamento de TP, TAS e TOC. Nossa expectativa era que esses pacientes (particularmente pacientes com TP) tivessem elevadas taxas de prescrição de BZDs, muitas vezes por períodos longos. (ii) Investigar possíveis fatores sócio demográficos e clínicos associados à prescrição de BZD na amostra global independente da categoria diagnóstica. Em função do menor suporte, estratégias de enfrentamento desadaptativas e maior excitabilidade emocional, antecipamos que os indivíduos mais "vulneráveis" (por exemplo, pacientes mais velhos e de baixa escolaridade) seriam mais propensos ao uso de BZDs (46). Por fim, (iii) investigar fatores associados à continuação versus descontinuação do uso de BZD, tanto na amostra global dos transtornos ansiosos quanto em cada categoria diagnóstica separadamente, supondo que pessoas com níveis mais baixos de auto-eficácia (48) e maior sensibilidade à ansiedade (medo dos sintomas relacionados à ansiedade) (53) seriam particularmente propensas a manter o uso dos BZD.

2 MÉTODO

Foram avaliados consecutivamente o total de 116 pacientes que buscaram tratamento nos ambulatórios especializados em Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Ansiedade Social e Transtorno de Pânico, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Os critérios de inclusão incluíam idade entre 18 e 70 anos, diagnóstico principal de TOC [n=38], TAS [n=28] e/ou TP [n=36], segundo os critérios do DSM-5(2). Todos eram alfabetizados, não apresentavam nenhuma condição psiquiátrica grave que comprometesse a interpretação ou o preenchimento das escalas utilizadas (por exemplo retardo mental, episódio maníaco, surto psicótico ou demência) e também não tinham transtorno de personalidade grave (diagnóstico baseado no critério clínico do médico assistente)

2.1 SUJEITOS

Destes, 14 sujeitos foram excluídos do estudo, por não se encaixarem nos critérios de inclusão previstos para a realização do mesmo (dois sujeitos tinham mais de 70 anos e três não apresentavam diagnóstico principal de TOC, TAS ou TP) ou por não terem completado o preenchimento dos instrumentos de avaliação (nove sujeitos). Os 102 sujeitos elegíveis para o estudo foram esclarecidos quanto ao conteúdo da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB-UFRJ (CAAE 50308015.1.0000.5263).

2.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO (ANEXO 3)

Todos os pacientes preencheram instrumentos para avaliação de dados sócio-demográficos e características clínicas, com o objetivo de obter dados como idade, gênero, escolaridade, estado civil, estado empregatício atual, religião e etnia, assim como características clínicas incluindo avaliação dos transtornos estudados, tais como histórico familiar e histórico de tratamento.

Para avaliação das comorbidades e confirmação do diagnóstico de TP, TAS e TOC, foi utilizada a entrevista clínica estruturada *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.) (54). Para avaliar a sensibilidade à ansiedade, empregamos a tradução em português da Escala de Sensibilidade à Ansiedade - Revisada (Anxiety Sensitivity Index-Revised 36 [ASI - R36]) (53). A gravidade dos sintomas ansiosos e depressivos foi medida

com as versões em português do Inventário Beck de Ansiedade (*Beck Anxiety Inventory* [BAI]) e Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory* [BDI]) respectivamente (55). Para avaliação da gravidade dos principais transtornos estudados (TP, TAS e TOC) utilizamos respectivamente a Escala para Pânico e Agorafobia (*Panic and Agoraphobia Scale* [PAS])(56,57), o Inventário de Fobia Social (*Social Phobia Inventory* [SPIN])(58,59) e a Escala Dimensional Obsessivo-Compulsiva (*Dimensional Obsessive-Compulsive Scale* [DOCS])(60).

Os participantes do estudo também foram avaliados em relação a aspectos específicos referentes ao uso de BZD como: tipo, dose, tempo de utilização, motivação para o uso e não uso, entre outros aspectos, através do instrumento desenvolvido para o estudo, Questionário sobre Uso de Benzodiazepínicos (BUQ), além de auto-eficácia em resistir ao uso deste tipo de fármaco com o Questionário de Auto-eficácia e Recusa de Benzodiazepínicos (*Benzodiazepine Refusal Self-Efficacy Questionnaire* [BRSEQ]) e expectativas sobre o uso dos BZDs com o Questionário de Expectativas sobre os Benzodiazepínicos (*Benzodiazepine Expectancy Questionnaire* [BEQ])(48). Todos os instrumentos utilizados serão descritos com mais detalhes a seguir.

2.2.1 Entrevista estruturada *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (54)

Entrevista diagnóstica padronizada, breve e compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, destinada à utilização na prática clínica e em pesquisa. Compreende 19 módulos que exploram 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e o transtorno da personalidade anti-social. Realizada por um avaliador treinado com objetivo de avaliar as possíveis comorbidades, bem como confirmar o diagnósticos sobre os transtornos estudados (TOC, TAS e TP).

2.2.2 Escala de Sensibilidade à Ansiedade - Revisada (*Anxiety Sensitivity Index-Revised* 36 [ASI – R36]) (53)

Questionário de 36 itens, revisado da ASI versão original (1993), que avalia a extensão das crenças do indivíduo sobre as sensações relacionadas à ansiedade. Seus itens são subdivididos em seis sub-escalas que avaliam medo dos sintomas cardiovasculares, respiratórios, gastrointestinais e neurológicos, das reações de ansiedade publicamente observáveis e as crenças sobre descontrolo cognitivo. O respondente é solicitado a avaliar a extensão em que concorda com cada item em uma escala Likert de 5 pontos que varia de 0

(muito pouco) a 4 (muitíssimo). Uma pontuação total (intervalo 0-144) para a escala é derivada do somatório de todos os itens.

2.2.3 Inventário Beck de Ansiedade (*Beck Anxiety Inventory* [BAI]) (55)

O BAI é um instrumento de auto-preenchimento desenvolvido por Beck et al (1988) com versão em português traduzida por Cunha (55) para avaliar sintomas de ansiedade na última semana. Contém 21 itens usados para avaliar a ansiedade clínica de zero a três. O escore total é obtido pela soma das pontuações dos itens e varia entre 0 e 63. O escore total permite determinar os graus de ansiedade por pontos de corte: mínimo 0–10; leve 11–19; moderado 20–30 e grave 31–63.

2.2.4 Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory* [BDI]) (55)

Trata-se de um instrumento auto-aplicável para avaliação dos sintomas depressivos na última semana, desenvolvido por Beck em 1961 e traduzido para o português por Cunha (55). O BDI consiste em 21 questões sobre como o indivíduo se sentiu na última semana. Cada questão apresenta pelo menos quatro possibilidades de respostas, que variam em intensidade de zero a três. O escore total é obtido pela soma das pontuações dos itens e varia entre 0 e 63. O escore total permite determinar os graus de ansiedade por pontos de corte: Mínimo (0-11); Leve (12-19); Moderado (20-35); Grave (36-63).

2.2.5 Escala para Pânico e Agorafobia (*Panic and Agoraphobia Scale* [PAS]) (56,57)

Instrumento auto-aplicável de 13 itens, o PAS avalia a gravidade do Transtorno de Pânico (com ou sem Agorafobia) ao longo da última semana. Contém cinco sub-escalas: (i) ataques de pânico, incluindo os itens sobre frequência, gravidade e duração; (ii) evitação agorafóbica, itens sobre frequência, número e relevância das situações; (iii) ansiedade antecipatória, incluindo frequência e gravidade; (iv) incapacidade e evitação funcional, incluindo itens sobre família, relações sociais e emprego; e (v) preocupações com a saúde, itens sobre preocupações com danos à saúde por ataques de pânico e suposição de doenças orgânicas.

Os itens são classificados em uma escala de 5 pontos variando de 0 a 4 (as opções variam de item para item). A pontuação total é calculada somando-se todas as pontuações dos itens. O instrumento fornece uma pontuação total (intervalo 0-52), bem como pontuações das

sub-escalas, que são derivadas calculando a média dos itens apropriados. Para a interpretação da pontuação segue-se as seguintes diretrizes: 0-8 (em remissão ou limite), 9-18 (leve), 19-28 (moderado), 29-39 (grave), ≥ 40 (muito grave).

2.2.6 Inventário de Fobia Social (*Social Phobia Inventory [SPIN]*) (58,59).

Questionário auto-aplicável composto de 17 itens, que avaliam três importantes categorias da ansiedade social: o medo (itens 1, 3, 5, 10, 14 e 15), a esquiva das situações (itens 4, 6, 8, 9, 11, 12 e 16) e os sintomas de desconforto físico (2, 7, 13 e 17). Essas três categorias são subdivididas em cinco fatores (i) falar com estranhos e situações sociais; (ii) críticas e constrangimentos; (iii) mudanças fisiológicas; (iv) figuras de autoridade; (v) evitação em ser o centro das atenções e falar em público.

Seus 17 itens são avaliados em uma escala *Likert* de cinco pontos (0 - 4) com uma pontuação total máxima de 68. O respondente deve marcar entre as cinco opções, que variam de “Nada” (escore zero) a “Extremamente” (escore quatro) o quanto cada item o incomodou na última semana. É proposto o uso do escore 19 como ponto de corte para diferenciar indivíduos com e sem fobia social.

2.2.7 Escala Dimensional Obsessivo-Compulsiva (*Dimensional Obsessive-Compulsive Scale [DOCS]*) (60)

O DOCS é um instrumento auto-aplicável para avaliação das diferentes dimensões do TOC. Composto por 20 itens, cinco itens para cada uma das quatro dimensões mais comumente observadas nos sintomas obsessivo-compulsivos: (i) contaminação (obsessões de contaminação e compulsões de descontaminação: lavagem e limpeza); (ii) responsabilidade por danos, prejuízo ou má sorte (obsessões por causar danos de diversas formas e verificação, busca por reassuramento e compulsões relacionadas); (iii) pensamentos obsessivos inaceitáveis (obsessões violentas, sexuais e religiosas com rituais mentais e outras formas de neutralização) e (iv) simetria, completude e exatidão (obsessões em relação a algo que não está correto '*just righ*' e compulsões envolvendo ordenação e repetição).

Em cada dimensão há uma breve explicação sobre a categoria, com exemplos, para melhor compreensão pelo respondente. Os cinco itens de cada categoria avaliam os seguintes parâmetros de gravidade (durante o último mês): (a) tempo ocupado por obsessões e compulsões, (b) comportamento evitativo, (c) sofrimento associado, (d) interferência

funcional e (e) dificuldade em ignorar as obsessões e abster-se das compulsões. Cada parâmetro é classificado em uma escala que varia de 0 (sem sintoma) a 4 (sintomas extremos).

2.2.8 Questionário sobre Uso de Benzodiazepínicos (BUQ)

Instrumento de auto-preenchimento, elaborado especialmente para este estudo, composto por sete itens que investigam as características sobre o uso dos medicamentos BZDs (i) tipo, dose e tempo de utilização; (ii) frequência do uso (Regularmente, de vez em quando ou nos dois casos); bem como as opiniões dos usuários quanto a (iii) motivação para o uso ou não uso; (iv) necessidade; (v) anseio por deixar de usar e (vi) seu motivo; e (vii) atribuição da melhora ao uso (sete opções variando de 'Nada' a 'totalmente').

2.2.9 Questionário de Auto-eficácia e Recusa de Benzodiazepínicos (*Benzodiazepine Refusal Self-Efficacy Questionnaire* [BRSEQ]) (48)

Questionário auto aplicável, focado nas crenças dos usuários de BZD no que diz respeito à auto-eficácia em recusar ou resistir em tomar este tipo de medicamentos. Composto de 16 itens, no formato de afirmações que descrevem situações específicas, o respondente é solicitado a graduar numa escala de [1] 'Eu tenho certeza total que não resisto ao uso de calmantes' a [6] 'Eu tenho certeza total que resisto ao uso de calmantes' de acordo com o quanto acredita que consegue resistir em tomar calmantes para cada situação apresentada.

Seus 16 itens são divididos em quatro sub-escalas cujos scores são provenientes da soma dos itens correspondentes: Alívio Emocional (*[Emotional Relief]* itens correspondentes: 1, 2, 4, 5, 9 e 13); Oportunismo (*[Opportunistic]* itens correspondentes: 6, 7, 8, 11 e 12); Mudança cognitiva e social (*[Cognitive and Social change]* itens correspondentes: 3, 15 e 16); Assistência para dormir (*[Sleep assistance]* itens correspondentes 10 e 14). O score total é obtido pelo somatório de todas as sub-escalas.

2.2.10 Questionário de Expectativas sobre os Benzodiazepínicos (*Benzodiazepine Expectancy Questionnaire* [BEQ]) (48)

O BEQ é um questionário auto aplicável, focado nas crenças dos usuários de BZD no que diz respeito aos efeitos de seu uso. É composto por 18 itens, no formato de afirmações, que são avaliados de acordo com a seguinte gradação: [1] Discordo totalmente, [2] discordo, [3] nem concordo nem discordo, [4] Concordo, ou [5] concordo totalmente.

Subdividido em duas categorias: (a) expectativas positivas de mudança emocional e cognitiva (itens 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 15 e 17) e (b) expectativas negativas de mudança emocional e cognitiva (itens 5, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 16, 18), o respondente é estimulado a avaliar numa escala *Likert* o quanto concorda ou não com cada uma das afirmações que visam investigar suas expectativas positivas e negativas sobre os efeitos dos BZD para diversas situações. O somatório dos itens específicos de cada categoria deriva no escore total da mesma.

2.3 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As variáveis categoriais foram descritas em frequências e porcentagens, enquanto as variáveis contínuas foram registradas em termos de médias e desvios-padrão. Para comparações entre três grupos, nós utilizamos, para variáveis categoriais, o teste *qui-quadrado* e para variáveis contínuas, utilizamos análise de variância unidirecional (*ANOVA*) seguida do teste *pós-hoc* de *Tukey*. Para comparações entre dois grupos, empregamos o teste *qui-quadrado* para variáveis categoriais e os testes t de Student ou Mann-Whitney para variáveis contínuas. Para análise multivariada, utilizamos uma regressão logística binária. O nível estatístico de significância estabelecido foi de 0,05.

Foram planejados quatro tipos diferentes de comparações: (i) análise univariada comparando as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com TP, TAS e TOC, (ii) análises univariadas comparando usuários de BZD com não-usuários de BZD entre toda a amostra e entre as três subamostras (TP, TAS e TOC); (iii) análise multivariada com o uso atual de BZD como variável dependente, usando toda a amostra e (iv) análises univariadas comparando atuais usuários de BZD com aqueles que não usam mais, usando toda a amostra, bem como análises exploratórias usando cada grupo diagnóstico.

3 RESULTADOS

3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

As principais características socio-demográficas e clínicas da amostra total e das subamostras de TP, TAS e TOC estão apresentadas nas tabelas 1, 2 e 3. Como pode ser observado, os grupos do estudo foram comparáveis no que diz respeito a maioria das características demográficas, embora os pacientes com TP desenvolvessem seus sintomas mais tardiamente ($F(2,96) = 24,912, p < 0,001$) e fossem tipicamente mais velhos quando

vistos pela primeira vez por um psiquiatra ($F(2,97) = 8,044$, $p = 0,001$) quando comparados aos pacientes com TOC ($p < 0,001$ e $p = 0,001$, respectivamente) e àqueles com TAS ($p < 0,001$ e $p = 0,02$, respectivamente). Além disso, os pacientes com TOC eram mais freqüentemente solteiros, enquanto os pacientes com TP eram mais freqüentemente divorciados ou viúvos, embora em um nível não significativo ($\chi^2 = 9,40$; $gl=8$; $p = 0,31$).

Como esperado, os pacientes com TOC apresentaram maiores escores no DOCS (pelo menos em relação aos pacientes com TAS, $p = 0,003$), os pacientes com TAS apresentaram maiores escores no SPIN do que os grupos de TOC e TP ($p = 0,007$ e $p < 0,001$, respectivamente) e os pacientes de TP tiveram maiores escores no PAS do que o grupo do TOC ($p = 0,001$). Ademais, o grupo do TP apresentou maior gravidade de ansiedade, de acordo com o BAI, do que os dois outros grupos ($p = 0,007$ e $p < 0,001$, respectivamente). Também conforme seria esperado, os pacientes com TOC tiveram mais freqüentemente início insidioso dos sintomas, enquanto os pacientes com TP eram mais propensos a apresentar seus sintomas iniciais de forma abrupta ($\chi^2=23,92$; $gl=2$; $p < 0,001$). Em relação às comorbidades (tabela 3), houve diferença significativa nas taxas de prevalência durante a vida de Distímia, mais alta nos pacientes com TOC ($\chi^2 = 6,81$; $gl = 2$; $p = 0,03$), nas taxas de Agorafobia, mais comum entre os pacientes TP ($\chi^2 = 23,98$; $gl = 2$; $p < 0,001$) e na Dependência de Álcool, mais freqüentemente associado ao TAS ($\chi^2 = 7,1$; $gl = 2$; $p = 0,03$).

Tabela 1: Comparação das características sócio-demográficas entre os grupos estudados

| Fatores sócio-demográficos | Transtorno Obsessivo-Compulsivo (n=38) | Transtorno de Ansiedade Social (n=28) | Transtorno de Pânico (n=36) | Testes estatísticos |
|-----------------------------------|---|--|--|---|
| Idade (em anos) | 39,37 (12,71) | 44,89 (14,33) | 43,89 (11,97) | $F(2,99) = 1,802$; $p = 0,17$ |
| Sexo (Mulheres) | 18 (47,4%) | 14 (50%) | 21 (58,3%) | $\chi^2 = 0,95$; $gl = 2$; $p = 0,62$ |
| Estado Civil | | | | $\chi^2 = 9,40$; $gl = 8$; $p = 0,31$ |

| | | | | |
|-----------------|------------|------------|------------|--------------------------------|
| Solteiro (a) | 23 (60,5%) | 15 (53,6%) | 15 (41,7%) | |
| Casado (a) | 12 (31,6%) | 10 (35,7%) | 11 (30,6%) | |
| Separado (a) | 2 (5,3%) | 2 (7,1%) | 7 (19,4%) | |
| Viúvo (a) | - | 1 (3,6%) | 2 (5,6%) | |
| Outro | 1 (2,6%) | - | 1 (2,8%) | |
| Escolaridade | | | | $\chi^2= 0,399; gl=1; p= 0,53$ |
| 1º grau incomp. | 1 (2,6%) | 1 (3,6%) | 4 (11,1%) | |
| 1º grau | 5 (13,2%) | 1 (3,6%) | 4 (11,1%) | |
| 2º grau | 17 (44,7%) | 13 (46,4%) | 14 (38,9%) | |
| 3º grau | 11 (28,9%) | 10 (35,7%) | 10 (27,8%) | |
| Pós-graduação | 4 (10,5%) | 3 (10,7%) | 4 (11,1%) | |
| Ocupação | | | | $\chi^2= 0,89; gl= 4; p= 0,92$ |
| Não ativo | 14 (36,8%) | 10 (35,7%) | 14 (38,9%) | |
| Ativo | 23 (60,5%) | 16 (57,1%) | 20 (55,6%) | |
| Outro | 1 (2,6%) | 2 (7,1%) | 2 (5,6%) | |

Nota: Incomp = Incompleto.

Tabela 2: Comparação das características clínicas entre os grupos estudados

| Fatores clínicos | Transtorno Obsessivo-Compulsivo (n=38) | Transtorno de Ansiedade Social (n=28) | Transtorno de Pânico (n=36) | Testes estatísticos |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Idade no 1º atendimento (em anos): | | | | |
| Em nosso centro * | 33,81(11,92) | 34,07 (10,03) | 39,49 (10,12) | F (2,96) = 3,011; p = 0,054 |
| Psiquiátrico | 26,76 (10,23) | 29,18 (10,61) | 36,37 (10,61) | F (2,97) = 8,044; p = 0,001 |
| Psicológico | 26,56 (12,86) | 29,70 (10,68) | 33,18 (11,90) | F (2,82) = 2,339; p = 0,103 |
| Atendimento psic. atual | 14 (37,8%) | 5 (17,9%) | 5 (14,7%) | $\chi^2 = 6,029$; gl=2; p = 0,05 |
| Idade de início (em anos) | 19,61 (12,30) | 16,00 (8,94) | 34,05 (11,07) | F (2,96) = 24,912; p < 0,001 |
| Duração da dç (em anos) | 19,85 (14,55) | 28,48 (15,50) | 9,88 (9,43) | F (2,96) = 15,525; p < 0,001 |
| Duração tto (em anos) | 12,10 (11,63) | 15,71 (12,07) | 7,88 (8,18) | F (2,97) = 4,22; p = 0,01 |
| Tipo de início : | | | | $\chi^2 = 23,92$; gl=2; p < 0,001 |
| Insidioso | 29 (82,9%) | 22 (81,5%) | 11 (32,4%) | |
| Abrupto | 6 (17,1%) | 5 (18,5%) | 23 (67,6%) | |
| BAI | 14,87 (12,80) | 14,71 (11,98) | 24,92 (16,15) | F (2,99) = 6,185; p = 0,003 |
| BDI | 14,79 (10,38) | 13,64 (10,72) | 14,92 (11,19) | F (2,99) = 0,129; p = 0,879 |
| ESA | 32,84 (31,63) | 44,71 (38,34) | 54,03 (37,46) | F (2,77) = 2,394; p = 0,098 |
| DOCS | 24,03 (16,74) | 11,54 (11,48) | 19,47 (14,49) | F (2,99) = 5,879; p = 0,004 |
| SPIN | 18,63 (17,07) | 31,93 (18,65) | 18,08 (16,00) | F (2,99) = 6,355; p = 0,003 |
| PAS | 4,70 (7,81) | 8,32 (11,61) | 13,77 (11,70) | F (2,97) = 6,895; p = 0,002 |

Nota: dç=doença; tto=tratamento; psic.= psicológico; BAI=Inventário Beck de Ansiedade; BDI=Inventário Beck de Depressão; ESA=Escala de Sensibilidade à Ansiedade; DOCS=Escala Dimensional Obsessivo-Compulsiva; SPIN=Inventário de Fobia Social; PAS= Escala para Pânico e Agorafobia; *Clínicas de ansiedade do Instituto de Psiquiatria da UFRJ

Tabela 3: Comparação das comorbidades psiquiátricas entre os grupos estudados

| Diagnóstico ao longo da vida | Transtorno Obsessivo-Compulsivo (n=32)* | Transtorno de Ansiedade Social (n=28) | Transtorno de Pânico (n=28)* | Testes estatísticos |
|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Episódio Depressivo Maior | 18 (56,3%) | 19 (67,9%) | 18 (64,3%) | $\chi^2 = 0,91$; gl = 2; p = 0,63 |
| Distímia | 5 (15,6%) | 3 (10,7%) | - | $\chi^2 = 6,81$; gl = 2; p = 0,03 |
| Risco de Suicídio | 3 (9,4%) | 3 (10,7%) | 4 (14,3%) | $\chi^2 = 0,36$; gl = 2; p = 0,83 |
| Episódio Maníaco | 2 (6,3%) | - | - | $\chi^2 = 4,13$; gl = 2; p = 0,13 |
| Episódio Hipomaníaco | 2 (6,3%) | - | 1 (3,6%) | $\chi^2 = 2,58$; gl = 2; p = 0,27 |
| Transtorno de Pânico | 3 (9,4%) | 7 (25%) | 28 (100%) | $\chi^2 = 55,52$; gl = 2; p < 0,001 |
| Ataques de pânico com sintomas limitados | 1 (3,1%) | - | 1 (3,6%) | $\chi^2 = 1,56$; gl = 2; p = 0,46 |
| Agorafobia | 5 (15,6%) | 3 (10,7%) | 18 (64,3%) | $\chi^2 = 23,98$; gl = 2; p < 0,001 |
| Fobia Social | 7 (21,9%) | 28 (100%) | - | $\chi^2 = 65,17$; gl = 2; p < 0,001 |
| TAG | 8 (25%) | 10 (35,7%) | 7 (23,3%) | $\chi^2 = 1,30$; gl = 2; p = 0,52 |
| TOC | 32 (100%) | 1 (3,6%) | 3 (10,7%) | $\chi^2 = 72,93$; gl = 2; p < 0,001 |
| TEPT | 1 (3,1%) | - | - | $\chi^2 = 2,04$; gl = 2; p = 0,36 |
| Dependência de Álcool | - | 3 (10,7%) | - | $\chi^2 = 7,1$; gl = 2; p = 0,03 |
| Abuso de Álcool | 1 (3,1%) | 2 (7,1%) | - | $\chi^2 = 2,86$; gl = 2; p = 0,24 |
| Dependência de substância (Não álcool) | 1 (3,1%) | - | - | $\chi^2 = 2,04$; gl = 2; p = 0,36 |
| Bulimia Nervosa | - | 1 (3,6%) | - | $\chi^2 = 2,31$; gl = 2; p = 0,31 |

Nota: TAG = Transtorno de ansiedade generalizada; TOC = Transtorno obsessivo-compulsivo; TEPT = Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

*Uma parcela (n = 14) de pacientes não foram avaliados quanto as comorbidades via M.I.N.I.

3.2 USO DE BENZODIAZEPÍNICOS

A descrição da amostra para cada grupo do estudo em relação aos tratamentos realizados pode ser encontrada na tabela 4. Pudemos observar que 55,7% de toda a amostra relatou estar em uso de BZDs no momento da avaliação, enquanto 74,5% descreveram terem usado em algum momento ao longo da vida. As taxas de uso atual de BZD entre as subamostras diagnósticas foram 34,3% no TOC, 60,7% no TAS e 73,5% no TP ($\chi^2 = 11,168$; $gl = 2$; $p = 0,004$). Clonazepam foi o BZD utilizado por 90,7% desta amostra, diazepam por 5,6%, e bromazepam ou cloxazolam por 1,9% dos casos cada. Dentre os que estavam fazendo uso atual de BZDs, 95,8% relataram ter usado continuamente por pelo menos 6 meses. Os pacientes que estavam em uso de BZD também estavam usando outros psicotrópicos, principalmente antidepressivos, em 93,9% dos casos.

As taxas de uso de BZDs ao longo da vida entre os pacientes com TOC, TAS e TP foram de 63,2%, 75,0% e 86,1%, respectivamente ($\chi^2=5,13$; $gl=2$; $p = 0,07$). Dentre os pacientes que relataram o uso de BZD em algum momento de suas vidas, 63,2% descreveram uso regular, 26,5% uso *p.r.n* (quando necessário) e 10,3% uso nas duas situações. Essas respostas não diferiram significativamente entre os diferentes grupos diagnóstico. Além disso, 75,4% da amostra atribuíu, pelo menos, grande parte da sua melhora ao BZD, 78,9% acreditava que os BZDs seriam necessários como parte de seus tratamentos, mas 90,9% gostaria de descontinuar o uso destes medicamentos. Novamente, estas taxas não diferiram entre os grupos.

Quando os pacientes foram questionados sobre suas motivações para o uso de BZDs, (i) 71,1% indicaram terem utilizado para evitar ataques de ansiedade, (ii) 46,1% para dormir melhor ou por insônia, (iii) 38,2% para dormir e não pensar muito antes, e (iv) 39,5% para se sentir melhor em algumas situações. Em contraste, as razões para nunca terem tomado BZD foram: (i) nunca ter sido prescrito BZDs por seus médicos em 77,3% dos casos, (ii) medo de se tornar dependente em 27,3%, (iii) não gostar de tomar medicamentos em geral em 18,2%, e (iv) uma preocupação sobre ter efeitos colaterais indesejáveis em 9,1%. Novamente, os motivos para tomar e não tomar BZDs não diferiram significativamente entre pacientes com TOC, TAS e TP.

Tabela 4: Comparação dos tratamentos entre os grupos estudados

| Fatores clínicos | Transtorno Obsessivo-Compulsivo (n=38) | Transtorno de Ansiedade Social (n=28) | Transtorno do Pânico (n=36) | Testes estatísticos |
|------------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Taxa de uso BZD atual | 12 (34,3%) | 17 (60,7%) | 25 (73,5%) | $\chi^2=11,168$; gl=2; p=0,004 |
| Tipo de BZD | n = 12 | n = 17 | n = 25 | $\chi^2=4,005$; gl=4; p=0,40 |
| Clonazepam | 12 (100%) | 15 (88,2%) | 22 (91,7%) | |
| Diazepam | - | 1 (5,9%) | 2 (8,3%) | |
| Cloxazolam | - | 1 (5,9%) | - | |
| Tempo de uso do BZD | | | | $\chi^2=11,021$; gl=8; p = 0,2 |
| ≤ 1 mês de uso | 1 (8,3%) | - | - | |
| > 6 meses e ≤ 1 ano | 2 (16,7%) | 2 (12,5%) | 1 (5,3%) | |
| > 1 ano e ≤ 10 anos | 6 (50%) | 7 (43,8%) | 15 (78,9%) | |
| > 10 anos ≤ 20 anos | 3 (25%) | 5 (31,3%) | 3 (15,8%) | |
| > de 20 anos | - | 2 (12,5%) | - | |
| Outros Psicotrópicos | | | | $\chi^2=24,625$; gl=10; p = 0,006 |
| Não usa | 3 (8,1%) | 3 (11,1%) | - | |
| ISRS | 24 (64,9%) | 21 (77,8%) | 17 (50%) | |
| ADT | 7 (18,9%) | 3 (11,1%) | 5 (14,7%) | |
| Venlafaxina | 2 (5,4%) | - | 6 (17,6%) | |
| Bupropiona | - | - | 1 (2,9%) | |
| Outros | 1 (2,7%) | - | 5 (14,7%) | |
| Taxa de uso BZD (vida) | 24 (63,2%) | 21 (75,0%) | 31 (86,1%) | $\chi^2=5,13$; gl=2; p = 0,07 |

| | | | | |
|-----------------------------|------------|------------|------------|---------------------------------------|
| Tipo de BZD (vida) | n= 21 | n= 20 | n= 30 | $\chi^2=7,27$; gl=6; p = 0,30 |
| Clonazepam | 20 (95,2%) | 17 (85%) | 25 (83,3%) | |
| Diazepam | - | 1 (5%) | 4 (13,3%) | |
| Cloxacolam | - | 1 (5%) | - | |
| Alprazolam | 1 (4,8%) | 1 (5%) | 1 (3,3%) | |
| Tipo de uso (vida) | n = 20 | n = 19 | n = 29 | $\chi^2= 2,607$; gl= 4; p= 0,62 |
| Regularmente | 12 (60%) | 10 (52,6%) | 21 (72,4%) | |
| Ocasionalmente | 6 (30%) | 7 (36,8%) | 5(17,2%) | |
| Nos dois casos | 2 (10%) | 2 (10,5%) | 3(10,3%) | |
| Última utilização de BZD | n= 20 | n= 16 | n= 30 | $\chi^2= 17,131$; gl= 6; p= 0,009 |
| ≤ 1 semana | 8 (40%) | 11 (68,8%) | 24 (80%) | |
| > 1 semana e ≤ 4 semanas | - | 1 (6,3%) | - | |
| > 1 mês e ≤ 6 meses | - | 1 (6,3%) | 2 (6,7%) | |
| > 6 meses | 12 (60%) | 3 (18,8%) | 4 (13,3%) | |

Nota: BZD=Benzodiazepínicos; IRSR=Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina; ADT=Antidepressivo Tricíclico

Em termos de auto-eficácia (BRSEQ), os pacientes que usam BZD apresentaram pontuações nas subescalas de Alívio Emocional e Oportunismo do BRESQ aproximadamente um desvio padrão acima dos dados normativos relatados no estudo de validação [(isto é, 22,1 (9,8) vs 17,4 (8,0) e 23,0 (8,6) vs. 18,3 (6,0), respectivamente] (48). Da mesma forma, embora em menor grau, os escores totais do BRSEQ também foram maiores [64,8 (24,6) vs. 55,6 (18,1), respectivamente] do que aqueles descritos nas amostra de usuários de BZDs de Parr et al. (48). Por outro lado, os índices nas subescalas 'Mudança Cognitiva e Social' e 'Assistência para dormir' foram bastante semelhantes aos descritos no estudo de validação original [13,6 (5,4) vs. 13,9 (4,5) e 6,1 (3,9) vs. 5,9 (3,4), respectivamente].

Em termos de respostas do BEQ, nossos pacientes que tomaram BZDs apresentaram médias dos escores totais e parciais na subescala 'Expectativa Positiva para Mudança Emocional e Cognitiva' realmente acima de um desvio padrão dos valores médios descritos no estudo de validação [44,1 (9,2) vs. 31,6 (7,9) e 27,9 (6,8) vs. 16,8 (6,1), respectivamente], mas equivalentes aos escores de 'Expectativa Negativa para Mudança Emocional e Cognitiva' em relação à pontuação daqueles originalmente descritos [16,3 (5,2) vs. 14,9 (5,5)] . No entanto, quando os grupos TP, TAS e TOC foram comparados entre si em termos de pontuação total e parcial do BRSEQ e BEQ, nenhuma diferença significativa surgiu entre eles (ver tabela 5).

Tabela 5: Comparação de Características clínicas, auto-eficácia e expectativas sobre BZDs, entre os usuários dos diferentes grupos

| Características | Transtorno Obsessivo-Compulsivo (n= 12) | Transtorno de Ansiedade Social (n=17) | Transtorno de Pânico (n= 25) | Análises Estatísticas |
|----------------------------|--|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| BAI | 22,17 (16,49) | 14,47 (12,19) | 26,60 (17,03) | F (2,51) = 3,081; p = 0,055 |
| BDI | 19,17 (9,40) | 15,12 (11,78) | 15,72 (11,32) | F (2,51) = 0,532; p = 0,591 |
| ESA | 44,78 (37,64) | 50,93 (46,62) | 59,05 (40,64) | F (2,41) = 0,402; p = 0,672 |
| DOCS | 31,17 (19,56) | 11,12 (13,83) | 22,04 (14,70) | F (2,51) = 5,978; p = 0,005 |
| SPIN | 20,58 (17,87) | 31,24 (19,20) | 19,00 (15,17) | F (2,51) = 2,768; p = 0,072 |
| PAS | 9,18 (10,74) | 9,00 (12,23) | 15,92 (12,33) | F (2,49) = 2,105; p = 0,133 |
| BRSEQ | 63,36 (24,53) | 72,06 (21,02) | 60,71 (26,66) | F (2,48) = 1,050; p = 0,358 |
| Alívio Emocional | 22,33 (10,65) | 24,75 (7,33) | 20,32 (10,69) | F (2,50) = 1,001; p = 0,375 |
| Oportunismo | 22,83 (8,87) | 25,31 (7,29) | 21,63 (9,31) | F (2,49) = 0,879; p = 0,422 |
| Mudança Cognitiva e Social | 13,75 (5,43) | 14,25 (4,76) | 13,28 (6,04) | F (2,50) = 0,150; p = 0,861 |
| Assistência para dormir | 4,55 (3,56) | 7,75(3,95) | 5,84 (3,91) | F (2,49) = 2,409; p = 0,101 |
| BEQ | 46,30 (10,74) | 44,64 (10,45) | 43,00 (8,01) | F (2,45) = 0,465; p = 0,631 |

| | | | | |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| Expectativa Positiva | 29,80 (7,81) | 27,57 (6,57) | 27,42 (6,71) | F (2,45) = 0,451; p = 0,640 |
| Expectativa Negativa | 16,00 (5,57) | 17,50 (6,32) | 15,80 (4,30) | F (2,49) = 0,544; p = 0,584 |

Nota: BZD= Benzodiazepínicos; BAI= Inventário Beck de Ansiedade; BDI= Inventário Beck de Depressão; ESA= Escala de Sensibilidade à Ansiedade; DOCS= Escala Dimensional Obsessivo-Compulsiva; SPIN=Inventário de Fobia Social; PAS= Escala para Pânico e Agorafobia;BRSEQ= Questionário de auto-eficácia e recusa de Benzodiazepínicos; BEQ= Questionário de Expectativas sobre os Benzodiazepínicos.

3.3 CORRELATOS E PREDITORES DE USO DE BENZODIAZEPÍNICO

Os pacientes que utilizavam BZD diferiram dos não usuários por serem mais velhos no momento da avaliação ($t = 4,63$; $gl = 95$; $p < 0,001$) e quando vistos pela primeira vez por um psiquiatra ($t = 2,64$; $gl = 92,4$; $p = 0,01$), tiveram uma idade de início do transtorno principal mais tardia ($t = 3,2$; $gl = 91,3$; $p = 0,002$), estavam sob tratamento psiquiátrico por mais tempo ($t = 2,54$; $gl = 92,1$, $p = 0,013$); e apresentaram maiores escores no BAI ($t = 2,75$, $gl = 92,27$; $p = 0,007$), na ESA ($t = 2,37$; $gl = 73,6$; $p = 0,02$) e PAS ($t = 3,2$; $gl = 90,17$; $p = 0,002$). Além disso, apresentaram maior frequência de episódio depressivo maior (qui-quadrado = 4,66; $gl = 1$; $p = 0,03$) e TP (qui-quadrado = 9,38; $gl = 1$; $p = 0,002$) ao longo da vida e menores taxas de TOC ao longo da vida (qui-quadrado = 8,08; $gl = 1$, $p = 0,004$). No entanto, uma regressão logística binária revelou a duração do tratamento psiquiátrico e história de TP ao longo da vida como as únicas variáveis independentemente associadas ao uso atual de BZD (ver tabela 6).

Tabela 6: Regressão Logística Binária tendo uso de BZD como variável dependente

| | | | | | | | | 95% I.C. forExp (B) | |
|--------|------------------------------------|-------|------|-------|------|------|--------|---------------------|----------|
| | | B | E.P. | Wald | D.F. | Sig. | Exp(B) | Inferior | Superior |
| Step 1 | Duração do tratamento psiquiátrico | ,099 | ,037 | 6,992 | 1 | ,008 | 1,104 | 1,026 | 1,187 |
| | BAI | -,008 | ,036 | ,051 | 1 | ,821 | ,992 | ,923 | 1,065 |
| | PAS | ,023 | ,042 | ,292 | 1 | ,589 | 1,023 | ,942 | 1,112 |
| | ESA | -,004 | ,013 | ,120 | 1 | ,729 | ,996 | ,971 | 1,020 |
| | EDM | 1,270 | ,662 | 3,682 | 1 | ,055 | 3,560 | ,973 | 13,020 |
| | TP | 1,642 | ,792 | 4,299 | 1 | ,038 | 5,166 | 1,094 | 24,399 |
| | TOC | -,928 | ,708 | 1,721 | 1 | ,190 | ,395 | ,099 | 1,582 |
| | Constant | -2,07 | ,887 | 5,442 | 1 | ,020 | ,126 | | |

Nota:BAI=Inventário Beck de Ansiedade;PAS=Escala para Pânico e Agorafobia;ESA=Escala de Sensibilidade a Ansiedade;EDM= Episódio Depressivo Maior;TP=Transtorno de Pânico;TOC=Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Também estávamos interessados nas comparações entre usuários atuais e passados de BZD. Os pacientes atualmente em uso de BZD foram geralmente mais velhos no momento da coleta de dados ($t = 2,68$; $gl = 70$, $p = 0,009$) e quando vistos pela primeira vez em nosso ambulatório ($t = 2,92$; $gl = 2,93$; $p = 0,004$) e tiveram uma idade de início do transtorno principal mais tardia ($t = 2,78$; $df = 39,1$, $p = 0,008$), maiores pontuações no PAS de agorafobia e comportamento evitativo ($Z = -2,49$; $p = 0,01$) e menor auto-eficácia em resistir ao uso de BZD para assistência ao dormir (ou seja, menores notas BRSEQ _4; $t = -2,48$; $gl = 65$; $P = 0,01$). Contrariamente às nossas expectativas, as pontuações da ESA não foram maiores entre os pacientes que continuaram em relação àqueles que deixaram de usar BZD ($t = 1,70$; $gl = 23,50$; $p = 0,29$).

Apesar dos números baixos, também realizamos análises exploratórias investigando diferenças sociodemográficas e clínicas entre pacientes que usam e àqueles que costumavam usar BZDs em cada grupo diagnóstico (TP, TAS E TOC). Consequentemente, em comparação com usuários passados de BZD, pacientes do grupo do TOC que estavam atualmente em uso de BZD estavam mais deprimidos de acordo com o BDI ($z = -2,01$; $p = 0,04$); apresentaram maiores comportamentos agorafóbicos e evitativos de acordo com a PAS ($Z = -2,88$; $p = 0,003$), apresentaram pensamentos inadequados e inaceitáveis mais severos de acordo com DOCS ($z = -2,34$; $p = 0,01$); e apresentaram menores pontuações do fator 4 do BRSEQ, indicando menos auto-eficácia para evitar o uso de BZD na assistência pra dormir ($z = -2,52$; $p = 0,01$).

Em contrapartida, em comparação com os pacientes de TAS usuários passados de BZD, os que continuam em uso de BZD atualmente eram mais velhos quando avaliados inicialmente em nosso ambulatório ($z = -2,24$; $p = 0,02$). Infelizmente, números baixos (apenas um paciente de TAS que era um usuário passado de BZD com dados válidos a serem analisados) impediu-nos de comparar as pontuações do BRSEQ entre usuários de BZD no grupo do TAS, atuais e passados. Finalmente, em comparação com os pacientes do grupo do TP que costumavam usar BZD no passado, os pacientes com TP usuários atuais tinham maiores pontuações de medo no SPIN ($z = -2,16$; $0 = 0,03$), mas não diferiram entre si em termos de auto-eficácia ou expectativa (dados não apresentados).

4 DISCUSSÃO

Neste estudo de observação transversal, encontramos BZDs prescritos com frequência aos pacientes que utilizam o serviço público de nossas clínicas para tratamento de transtornos de ansiedade e TOC (55,7%), muitas vezes com utilização de longo prazo (95,8% durante pelo menos seis meses contínuos). Nós também observamos que a duração do tratamento psiquiátrico e uma história de vida de TP (independentemente do diagnóstico principal apresentado pelos pacientes atendidos na clínica) eram fatores de risco independentes para a prescrição atual de BZD. Níveis de auto-eficácia em recusa do uso de BZDs e expectativa positiva de mudança emocional e cognitiva com o uso do BZD foram mais altas que o esperado. Finalmente, os pacientes que continuaram a usar BZDs diferiram de pacientes que os deixaram por serem mais velhos (tanto atualmente, como quando em primeiro atendimento em nossa clínica), com uma idade de início do transtorno principal mais tardia, por serem mais agorafóbicos e/ou evitativos, e por acreditarem ser menos capaz de resistir ao uso de BZDs pelo medo de não conseguir dormir.

As taxas de uso atual (55,7%) e ao longo da vida (74,5%) dos BZDs entre nossos pacientes foram bastante altas, sendo maior nos indivíduos com TP e menor em indivíduos com TOC, de forma semelhante ao que foi encontrado em uma amostra de tratamento norte-americana (62). Além disso, a maioria dos nossos pacientes utilizou BZDs por longo prazo. Essas descobertas são consistentes com os dados de um estudo multicêntrico naturalista de acompanhamento que relatou taxas de uso de BZD de 63,8% para o TP (21), 56% no TAS (22) e 61% entre pacientes com TAG (22). Essas taxas tendem a ser relativamente estáveis ao longo do tempo, com diminuições não significativas. Mesmo entre os sujeitos mais velhos (> 55 e < 70 anos) as taxas de uso de BZD não variam muito, por exemplo, de 53% no baseline para 41% no final de nove anos (63). Interessantemente, esta relativa estabilidade faz frente ao marketing pesado de ISRS e venlafaxina e mudanças correspondentes nas diretrizes terapêuticas (21,22,63). Outros estudos encontraram aumentos significativos no uso de antidepressivos em paralelo com uma tendência para diminuir o uso de BZD (64).

Embora não seja recomendado oficialmente como um tratamento para o TOC na maioria das diretrizes de tratamento, (5–11) os BZDs estavam sendo utilizados por 34,3% dos nossos pacientes com TOC no momento da avaliação, de forma consistente com os estudos dos EUA [35,5% (65) a 37,8% (62)] mas também substancialmente maior do que a maioria dos centros especializados no mundo (10,1% na África do Sul a 28,3% na Índia) (66).

Previsivelmente, as nossas taxas também são semelhantes às relatadas por dois estudos com amostra independente e ampliada de pacientes com TOC do Consórcio Brasileiro de Pesquisa para Transtornos do espectro Obsessivo-Compulsivo [38,4% (24) e 41,1% (66)]. As aumentadas taxas de uso de BZD por nossos pacientes com TOC pode ser resultado de taxas comórbidas com transtornos de ansiedade, tratáveis com BZD (66) e ao fato de que os grupos de pesquisa dentro da nossa clínica muitas vezes enviam pacientes uns aos outros. Um desses dois estudos supracitados encontrou o uso de BZD em pacientes com TOC associado com a idade mais elevada, com os níveis de ansiedade e com o número de medicamentos adicionais para tratamento do TOC, tomados ao longo do tempo (24).

Resultados da nossa análise univariada mostraram que os pacientes usando BZD apresentam um diferente perfil sociodemográfico, incluindo idade mais avançada e idade de aparecimento do transtorno principal também mais tardia. Além de estarem em acordo com nossas previsões (45,46), os dados referentes à idade mais avançada dos nossos pacientes em uso de BZD coincidem com um momento de diminuição do apoio social que normalmente ocorre nos últimos anos de vida. É difícil estabelecer, no entanto, se a maior ansiedade, maior sensibilidade à ansiedade, maior gravidade dos sintomas de TP e maiores taxas de EDM ao longo da vida, são causas do maior uso de BZD ou consequências prejudiciais dos mesmos por razões farmacodinâmicas (38,67). Também é interessante notar que, apesar de ser prescrito em maiores taxas do que muitos centros especializados em todo o mundo, o uso de BZDs em nossa amostra foi negativamente associado com um diagnóstico de TOC, o que sugere que os clínicos podem ser mais parcimoniosos ao prescrever BZDs aos pacientes de TOC em comparação com os pacientes de TP e TAS. Encontramos também que os usuários de BZD estavam em tratamento psiquiátrico por períodos mais longos.

Por outro lado, nossa análise multivariada mostrou que a duração do tratamento psiquiátrico e o diagnóstico de TP ao longo da vida (independentemente do diagnóstico principal) foram os únicos preditores independentes do uso atual de BZD. No entanto, nosso estudo, por ser transversal, não permite estabelecer relações causais entre uso de BZD e duração do tratamento. Por exemplo, podemos entender que uma receita de BZD aumenta "a adesão ao tratamento", pois BZDs são medicamentos fortemente controlados cuja aquisição depende de receita médica controlada e, portanto, consultas médicas regulares. Se este fenômeno se traduz em melhores resultados, só podemos responder através de estudos prospectivos. Alternativamente, os nossos resultados podem ser interpretados como evidência de que BZDs são prescritos principalmente para pacientes que estiveram sob tratamento por períodos mais longos. No entanto, talvez este não seja o caso, visto que os psiquiatras são

geralmente conscientes sobre as consequências da prescrição de BZD para pacientes mais velhos (16).

Um aspecto interessante entre nossos pacientes é o nível relativamente alto de auto-eficácia em resistir ao uso dos BZDs e maiores expectativas positivas de mudança emocional e cognitiva atribuídas a sua utilização, ambos aproximadamente um desvio padrão acima das médias dos dados normativos obtidos de indivíduos australianos, britânicos e norte-americanos no estudo de validação dos instrumentos utilizados para avaliar estes constructos, que usavam BZD por mais de três meses e foram recrutados primariamente pela internet (48). Estes resultados são difíceis de interpretar, mas podem estar relacionados com maiores taxas de gravidade dos problemas por uso de BZD entre os indivíduos do referido estudo, como dependência, por exemplo, no qual 74% da amostra preencheram critérios de dependência de BZD (de acordo com a escala de gravidade para dependência de benzodiazepínicos [*Severity of Dependence Scale—Benzodiazepines*]), comparativamente com nenhum caso de dependência de BZD na nossa amostra (investigado pelo M.I.N.I.) sugerindo que, como nossos pacientes não apresentam diagnóstico de dependência de BZD, seriam menos graves (em relação aos problemas com uso de BZD) e portanto, teriam maior auto-eficácia em resistir ao seu uso.

Uma explicação alternativa para esta discrepância entre nossos achados referentes à auto-eficácia e a maior expectativa positiva de mudanças cognitivas e emocionais e os achados da validação de Parr et al (48) seria uma maior gravidade dos transtornos de ansiedade (TP e TAS) e, por extensão, do TOC, em relação a gravidade dos problemas de dependência de BZD, em nossa amostra. Embora Parr et al. (48) tenha informado que os BZDs "foram prescritos principalmente para ansiedade e pânico" em 52% de seus sujeitos, os autores não deixam claro se eles realizaram uma avaliação sistemática para diagnóstico ou gravidade dos sintomas, dado que seus sujeitos parecem ter se voluntariado espontaneamente para participação em um estudo que envolvia primariamente "indivíduos utilizando BZDs por mais de três meses". No entanto, maiores expectativas positivas de mudança emocional e cognitiva atribuídas a utilização de BZD encontradas em nossa amostra poderiam também indicar uma maior propensão ao uso continuado destes tipos de fármaco (48).

Por fim, também investigamos como pacientes que ainda estão usando BZD diferiram dos outros pacientes que pararam de tomar estes medicamentos. Interpretamos nossas descobertas em relação à amostra total como evidências que o uso contínuo de BZD pode ser determinado por um "estilo evitativo" de lidar com problemas que pode ser característico dos indivíduos chamados "vulneráveis". Em contraste, os achados mais notáveis em relação a

amostra específica dos pacientes com TOC que permaneceram usando BZD foram, além dos níveis mais baixos de auto-eficácia em resistir ao uso do medicamento por preocupações com problemas de sono, maior gravidade de sintomas depressivos, evitativos e de pensamentos inaceitáveis, quando comparados com aqueles que pararam seus BZDs. Estes achados podem indicar que os BZD são tratamento eficazes para os sintomas depressivos, evitativos e cognitivos de pacientes com TOC ou que a sua retirada pode levar a um agravamento dos referidos sintomas, como relatado em diferentes estudos prévios (68–70). Um outra possibilidade é que pacientes com pensamentos sexuais / religiosos podem ser mais suscetíveis aos efeitos prejudiciais do uso de BZDs sobre os mecanismos de extinção do medo (38).

Além de ser um estudo transversal com pequeno tamanho de amostras, nosso estudo sofre de outras limitações significativas. Primeiramente, não nos permite desvincular a orientação pelo psiquiatra do ato de realmente tomar ou não os BZDs pelos pacientes. Em outras palavras, os leitores devem ter em mente que os pacientes podem continuar a usar ou interromper o uso de BZD em desacordo com a orientação do médico, fato que pode limitar nossa interpretação sobre o "uso de BZDs" como correspondente "integral" da prescrição de BZDs pelo médico. Em segundo lugar, o aumento das taxas de prescrição de BZD dentro da nossa clínica pode ser resultante de um efeito de continuidade, ou seja, os pacientes com transtornos de ansiedade podem simplesmente permanecer com o uso dos BZDs que lhes foram prescritos anteriormente ao atendimento em nosso ambulatório, muitas vezes por médicos da atenção primária não psiquiatras sobrecarregados em sua prática diária (17,71–73).

Além disso, pode-se argumentar que a prescrição de BZD pode ser reflexo de práticas de tratamento diferentes, por médicos diferentes, em ambulatórios diferentes. No entanto, devemos lembrar que os médicos assistentes que atendem em nossas clínicas são comparáveis em relação ao treinamento, assim como supervisionados com regularidade por clínicos que tiveram também treinamentos semelhantes (de Menezes, Freire e Fontenelle). Ademais, há evidências de que o uso contínuo de BZDs pode ser relacionado a outros fatores que não foram abordados por nosso estudo, como sua disponibilidade gratuita pelos sistemas/planos de saúde, fornecimento inicial de BZDs por um maior número de dias, e a prescrição inicial de BZDs de ação prolongada (74). Por exemplo, em um estudo, o aumento no uso de BZD por pacientes idosos com transtornos de ansiedade observado entre 2004 e 2009 foi atribuído, em parte, a mudanças na cobertura do seguro de saúde (75).

5. CONCLUSÃO

Para finalizar, concluimos que as prescrições de BZDs (i) são usualmente fornecidas a pacientes com transtornos de ansiedade e TOC que frequentam nossos ambulatórios especializados, (ii) estão fortemente associadas à duração do tratamento psiquiátrico e a uma história de TP ao longo vida, (iii) estão relacionadas, em nossa amostra, com maiores níveis de auto-eficácia em resistir ao uso de BZDs, diferentemente de nossa hipótese inicial, e com maiores expectativas positivas de mudança emocional e cognitiva atribuídas ao uso dos BZDs, quando comparados ao estudo original de validação (48), além de (iv) são mais facilmente interrompidas por pacientes ansiosos mais jovens e de início precoce, especialmente aqueles que acreditam que não terão problemas para dormir devido a interrupção no uso de BZDs. Sugerimos, para a maior e melhor compreensão dos fatores associados ao uso de BZDs, que novas pesquisas sejam realizadas, especialmente em amostras maiores e/ou estudos longitudinais.

REFERÊNCIAS

- 1 Bandelow, B. Comparison of the DSM–5 and ICD–10: panic and other anxiety disorders. **CNS Spectrums**, p. 1–3, 2017.
- 2 **APA DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 2014.
- 3 Kessler, Ronald C.; Petukhova, Maria ; Sampson, Nancy A.; Zaslavsky, Alan M; Wittchen, H.-U. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, p. 169–184, 2012.
- 4 Fontenelle, L.F.; Mendlowicz, M. V.; et al. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 30, n. 3, p. 327–337, 2006.
- 5 Bandelow, B.; Zohar, J.; et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorders. **The World Journal of Biological Psychiatry**, v. 3, n. 4, p. 248–312, 2008.
- 6 Bandelow, B.; Sher, L.; et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive–compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, v. 16, n. 2, p. 77–84, 2012.
- 7 Baldwin, D.S.; Anderson, I.M.; et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, v. 28, n. 5, p. 403–439, 2014.
- 8 Katzman, M.A.; Bleau, P.; et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. **BMC psychiatry**, v. 14 Suppl 1, n. Suppl 1, p. S1, 2014.
- 9 Bandelow, B. et al. The German guidelines for the treatment of anxiety disorders. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 265, n. 5, p. 363-373, 2015.
- 10 Hood, S.D. Latest guidelines for the management of the anxiety disorders - a report from The International Anxiety Disorders Society Conference, Melbourne 2014. **Australasian Psychiatry**, v. 23, n. 4, p. 388–391, 2014.
- 11 NICE. Anxiety Disorders. Quality Standard (QS53). 2014. 2017.
- 12 López-Muñoz, F.; Álamo, Cecílio; García-García, P. The discovery of chlordiazepoxide and the clinical introduction of benzodiazepines: Half a century of anxiolytic drugs. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 25, n. 4, p. 554–562, 2011.
- 13 Rosenbaum, J.F. (2005). Attitudes toward benzodiazepines over the years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(SUPPL. 2) , 4–8.
- 14 Griffin, C.E.; Kaye, A.M.; et al. Benzodiazepine pharmacology and central nervous

system-mediated effects. **The Ochsner journal**, v. 13, n. 2, p. 214–23, 2013.

15 Hearon, Bridget A.; Otto, M.W. Benzodiazepines. In: SG Hofmann (Ed.); **Psychological Approaches for Anxiety Disorders: Treatment Combination Strategies**. John Wiley & Sons, Ltd., 2012, p. 25–39.

16 Olfson, M.; King, M.; et al. Benzodiazepine use in the United States. **JAMA Psychiatry**, v. 72, n. 2, p. 136–142, 2015.

17 Kapczinski, F.; Amaral, O.B.; et al. Use And Misuse Of Benzodiazepines In Brazil: A Review. **Substance Use & Misuse**, v. 36, n. 8, p. 1053–1069, 2001.

18 Galduróz, J.C.F.; Noto, A.R.; Nappo, S.A.C.E. Uso De Drogas Psicotrópicas No Brasil: Pesquisa Domiciliar Envolvendo As 107 Maiores Cidades Do País - 2001. **Rev Latino-am Enfermagem**, n. 13, p. 888–895, 2005.

19 Stahl, S.M. (2002). Don't ask, don't tell, but benzodiazepines are still the leading treatments for anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(9) , 756–757.

20 Starcevic, V. The reappraisal of benzodiazepines in the treatment of anxiety and related disorders. **Expert Review of Neurotherapeutics**, p. 1–12, 2014.

21 Bruce, S.E.; Vasile, R.G.; et al. Are benzodiazepines still the medication of choice for patients with panic disorder with or without agoraphobia? **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 8, p. 1432–1438, 2003.

22 Vasile, R.G.; Bruce, S.E.; et al. Results of a naturalistic longitudinal study of benzodiazepine and SSRI use in the treatment of generalized anxiety disorder and social phobia. **Depression and Anxiety**, v. 22, n. 2, p. 59–67, 2005.

23 Donoghue, J.; Lader, M. Usage of benzodiazepines : A review. n. October 2009, p. 78–87, 2010.

24 Starcevic, V.; Berle, D.; et al. Use of benzodiazepines in obsessive–compulsive disorder. **International Clinical Psychopharmacology**, v. 31, p. 27–33, 2016.

25 Osso, B.D.; Atti, A.R.; et al. Bridging the gap between education and appropriate use of benzodiazepines in psychiatric clinical practice. p. 1885–1909, 2015.

26 Fava, G.A.; Balon, R.; Rickels, K. Benzodiazepines in anxiety disorders. **JAMA psychiatry**, v. 72, n. 7, p. 733-734, 2015.

27 El-Guebaly, Nady ; Sareen, Jitender; Stein, M.B. Are There Guidelines for the Responsible Prescription of Benzodiazepines? **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 55, p. 709–714, 2010.

28 Starcevic, V. The Popularity of Benzodiazepines, Their Advantages, and Inadequate Pharmacological Alternatives. **JAMA psychiatry**, v. 72, n. 6, p. 623-624, 2015.

29 Krystal, J.H.; Stossel, S.; Krystal, A. D. Restricting benzodiazepines to short-term prescription. **JAMA psychiatry**, v. 72, n. 7, p. 734-735, 2015.

- 30 Moore, N.; Pariente, A.; et al. Why are benzodiazepines not yet controlled substances? **JAMA Psychiatry**, v. 72, n. 2, p. 110–111, 2015.
- 31 Johnson, Brian; Streltzer, J. Risks Associated with Long-Term Benzodiazepine Use. **American Family Physician**, v. 88, n. 4, p. 225–226, 2013.
- 32 Lader, M. Benzodiazepines revisited-will we ever learn? **Addiction**, v. 106, n. 12, p. 2086–2109, 2011.
- 33 Uzun, S.; Kozumplik, O.; et al. Side effects of treatment with benzodiazepines. **Psychiatria Danubina**, v. 22, n. 1, p. 90–93, 2010.
- 34 Fujii, K.; Uchida, H.; et al. Dependence on benzodiazepines in patients with panic disorder: A cross-sectional study. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 69, n. 2, p. 93–99, 2015.
- 35 Zhong, G.; Wang, Y.; et al. Association between benzodiazepine use and dementia: A meta-analysis. **PLoS ONE**, 2015.
- 36 De Gage, S.B. et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. **BMJ**, v. 345, p. e6231, 2012.
- 37 Pariente, A.; Gage, S.B. De; et al. The Benzodiazepine-Dementia Disorders Link: Current State of Knowledge. **CNS Drugs**, v. 30, n. 1, p. 1–7, 2016.
- 38 Hart, G.; Panayi, M.C.; et al. Benzodiazepine treatment can impair or spare extinction, depending on when it is given. **Behaviour Research and Therapy**, v. 56, n. 1, p. 22–29, 2014.
- 39 Otto, M.W.; Mchugh, R.K.; et al. Combined Pharmacotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders : Medication Effects , Glucocorticoids , and Attenuated Treatment Outcomes. p. 91–103, 2010.
- 40 Westra, H.A.; Stewart, S.H.; et al. Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behavioral therapy outcome in panic disorder with agoraphobia. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 16, n. 3, p. 233–246, 2002.
- 41 Watanabe, N.; Churchill, R.; Furukawa, T.A. Combined psychotherapy plus benzodiazepines for panic disorder. **The Cochrane Library**, 2009.
- 42 Watanabe, N.; Churchill, R.; et al. Combination of psychotherapy and benzodiazepines versus either therapy alone for panic disorder: a systematic review. **BMC Psychiatry**, v. 7, n. 1, p. 18, 2007.
- 43 Iqbal, U.; Nguyen, P.-A.; et al. Is Long-term Use of Benzodiazepine a Risk for Cancer? **Medicine**, v. 94, n. 6, p. e483, 2015.
- 44 Lagnaoui, Rajaa; Depont, Fanny; Fourrier, Annie; Abouelfath, Abdelillah; Bégaud, Bernard; Verdoux, Hélène; Moore, N. Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population. **Eur J Clin Pharmacol**, p. 523–529, 2004.
- 45 Demyttenaere, K.; Bonnewyn, A.; et al. Clinical factors influencing the prescription of

antidepressants and benzodiazepines: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). **Journal of Affective Disorders**, v. 110, n. 1–2, p. 84–93, 2008.

46 Manthey, L.; Veen, T. Van; et al. Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 71, n. 2, p. 263–272, 2011.

47 Manthey, L.; Giltay, E.J.; et al. Determinants of Initiated and Continued Benzodiazepine Use in the Netherlands Study of Depression and Anxiety. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 31, n. 6, p. 774–779, 2011.

48 Parr, J.M.; Kavanagh, D.J.; et al. Development of self-efficacy and expectancy measures for benzodiazepines. **Addictive Behaviors**, v. 34, n. 9, p. 751–756, 2009.

49 Wolde, G.B. Ten; Dijkstra, A.; et al. Social-cognitive predictors of intended and actual benzodiazepine cessation among chronic benzodiazepine users. **Addictive Behaviors**, v. 33, n. 9, p. 1091–1103, 2008.

50 Bandura, A. **Social foundations of thought and action : a social cognitive theory / Albert Bandura**. 1986.

51 Otto, M.W.; Hong, J.J.; et al. Benzodiazepine Discontinuation Difficulties in Panic Disorder : Conceptual Model and Outcome for Cognitive-Behavior Therapy. n. 617, p. 75–80, 2002.

52 Otto, M.W.; Mchugh, R.K.; et al. Behaviour Research and Therapy Ef fi cacy of CBT for benzodiazepine discontinuation in patients with panic disorder : Further evaluation. **Behaviour Research and Therapy**, v. 48, n. 8, p. 720–727, 2010.

53 Taylor, S.; Cox, B.J. An Expanded Anxiety Sensitivity Index. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 12, n. 5, p. 463–483, 1998.

54 Amorim, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 106–115, 2000.

55 Cunha, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo, Brasil: 2001.

56 Bandelow, B. **Panic and Agoraphobia Scale (PAS)**. Seattle, WA, US: Hogrefe & Huber Publishers, 1999.

57 Bandelow, B. Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. **International Clinical Psychopharmacology**, 1995.

58 Connor, K.M.; Davidson, J.R.T.; et al. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). **The British Journal of Psychiatry**, v. 176, n. 4, p. 379–386, 2000.

59 Osório, F.D.L.; Crippa, J.A.S.; et al. Cross-cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 1, p. 25–29, 2009.

- 60 Abramowitz, J.S.; Deacon, B.J.; et al. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. **Psychological Assessment**, v. 22, n. 1, p. 180–198, 2010.
- 61 Beck, A.T.; Epstein, N.; et al. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n. 6, p. 893–897, 1988.
- 62 Sorsdahl, K.; Blanco, C.; et al. Treatment of anxiety disorders by psychiatrists from the American Psychiatric Practice Research Network. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 2, p. 136–141, 2013.
- 63 Benitez CI, Smith K, Vasile RG, Rende R, Edelen MO, K.M. Use of Benzodiazepines and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Middle-Aged and Older Adults With Anxiety Disorders A Longitudinal and Prospective Study. n. January, p. 5–13, 2008.
- 64 Olfson, M.; Marcus, S.C.; et al. National trends in the outpatient treatment of anxiety disorders. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 65, p. 1166–1173, 2004.
- 65 Blanco, C.; Olfson, M.; et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder by U.S. psychiatrists. **J Clin Psychiatry**, v. 67, n. 6, p. 946–951, 2006.
- 66 Brakoulias, V.; Starcevic, V.; et al. International prescribing practices in obsessive–compulsive disorder (OCD). **Human Psychopharmacology**, p. 319–324, 2016.
- 67 Fava, G.A.; Grandi, S.; et al. Benzodiazepines and anxiety sensitivity in panic disorder. **Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 18, n. 7, p. 1163–1168, 1994.
- 68 Cardoso, Francisco; Vargas, A.P. Persistent dyskinesia and obsessive- compulsive behavior following alcohol withdrawal. **Neurology**, v. 47, p. 844–845, 1996.
- 69 Drummond, L.M.; Matthews, H.P. Obsessive-Compulsive Disorder Occurring as a Complication in Benzodiazepine Withdrawal. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 176, n. 11, p. 688–691, 1988.
- 70 Matthews HP, D.L. Obsessive-compulsive disorder--a complication of benzodiazepine withdrawal. **The British journal of psychiatry : the journal of mental science**, v. 150, p. 272, 1987.
- 71 Alvarenga, J.M.; Loyola Filho, A.I. de; et al. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambui Health and Aging Study (BHAS). **Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)**, v. 30, n. 1, p. 7–11, 2008.
- 72 Brunoni, A.R.; Nunes, M.A.; et al. Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged adults. the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Journal of Affective Disorders**, v. 151, n. 1, p. 71–77, 2013.
- 73 Quintana, M.I.; Andreoli, S.B.; et al. Psychotropic Drug Use in Sao Paulo, Brazil--An Epidemiological Survey. **PloS one**, v. 10, n. 8, p. e0135059, 2015.

74 Bushnell, G.A.; Stürmer, T.; et al. Simultaneous Antidepressant and Benzodiazepine New Use and Subsequent Long-term Benzodiazepine Use in Adults With Depression, United States, 2001-2014. **JAMA Psychiatry**, v. 7435, p. 1–9, 2017.

75 Wu, C.-H.; Wang, C.-C.; et al. National trends of psychotropic medication use among patients diagnosed with anxiety disorders: Results from Medical Expenditure Panel Survey 2004–2009. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 27, n. 2, p. 163–170, 2013.

ANEXO 1

Hoarding Symptoms Respond to Treatment for Rapid Cycling Bipolar II Disorder

Journal of Psychiatric Practice Vol. 22, No. 1, 2016

Clinical Case Discussion

Hoarding Symptoms Respond to Treatment for Rapid Cycling Bipolar II Disorder

Case presentation:

LUANA D. LAURITO, PSIC
LEONARDO F. FONTENELLE, MD, PhD

Case discussion:

DAVID A. KAHN, MD

Although some studies have reported a relationship between hoarding and bipolar disorder, we are unaware of any previous description of how they may interact with each other and how they should be managed appropriately. A 48-year-old male depressed patient with hoarding symptoms and obsessive-compulsive disorder (OCD) was diagnosed with bipolar II disorder after 2 hypomanic episodes. The patient was treated unsuccessfully with different high-dose serotonin reuptake inhibitors and atypical antipsychotics, maintaining a pattern of 6 to 8 discrete, but severe, depressive episodes each year, always in association with a drastic worsening of his OCD and hoarding symptoms. The patient did not improve until the dose of the serotonin reuptake inhibitor was decreased and a combination of lamotrigine and methylphenidate was initiated. On this treatment regimen, the patient did not show clinically significant levels of depression or hoarding or other OCD symptoms. This case suggests that, in some patients, (1) hoarding-related cognitions and behaviors may be a part of bipolar depression, (2) the episodic nature of rapid cycling bipolar II disorder may protect against the development of severe clutter, and (3) treatment focusing on bipolar depression (eg, lamotrigine plus methylphenidate) may result in an improvement of hoarding symptoms when these are present in patients with rapid cycling bipolar II disorder.

(*Journal of Psychiatric Practice* 2016;22;50-55)

KEY WORDS: obsessive-compulsive disorder, hoarding, bipolar disorder, lamotrigine, methylphenidate

CASE PRESENTATION

Although bipolar disorder has been reported only rarely among patients with newly described DSM-5 hoarding disorder,¹ some studies have found a close relationship between hoarding symptoms and bipolar disorder, particularly in the context of

obsessive-compulsive disorder (OCD). For instance, patients with OCD and comorbid bipolar disorder have shown increased rates of hoarding symptoms compared with patients with OCD without bipolar disorder.²⁻⁴ Similarly, patients with OCD with prominent hoarding symptoms exhibited a greater prevalence of comorbid bipolar disorder than patients with OCD without hoarding.⁵⁻⁹

Studies describing patients with OCD and comorbid bipolar disorders have suggested that depression tends to aggravate obsessive-compulsive symptoms, whereas patients in manic states tend to disregard the importance of intrusive thoughts and focus elsewhere, perhaps explaining the amelioration of obsessive-compulsive symptoms during manic episodes.¹⁰ From the therapeutic point of view, a number of treatment algorithms have suggested that the management of patients with bipolar disorder and OCD should prioritize mood stabilization, after which exposure and response prevention should be carried out.¹⁰ Some have argued that serotonin reuptake inhibitors (SRIs)

LAURITO, FONTENELLE: Programa de Pesquisa em Espectros Ansioso, Obsessivo e Compulsivo, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), and Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (IDOR), Rio de Janeiro, Brasil; FONTENELLE: School of Psychological Sciences and Monash Institute of Cognitive and Clinical Neurosciences, Monash University, Melbourne, Vic., Australia; KAHN: Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY

Copyright © 2016 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Please send correspondence to: Leonardo F. Fontenelle, MD, Programa de Pesquisa em Espectros Ansioso, Obsessivo e Compulsivo, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rua Visconde de Pirajá, 547, 617, Ipanema, Rio de Janeiro-RJ, Brazil (e-mail: lfontenelle@gmail.com).

Dr. David A. Kahn is author of the commentary on our paper but not of our case report.

L.F.F. has received scholarships from the D'Or Institute for Research and Education, the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (303846/2008-9), and Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (E-26/103.252/2011). The authors declare no conflicts of interest.

DOI: 10.1097/PRA.0000000000000122

CLINICAL CASE DISCUSSION

are better avoided in these cases due to their propensity to cause mania.¹⁰

Although the impact of affective episodes on hoarding symptoms is not clear, one can imagine a number of potential interactions. Hoarding is characterized by 3 symptom dimensions: excessive acquisition, inability to discard, and clutter.¹¹ Thus, both mania-related excessive acquisition and depression-related inability to discard may, at least in theory, contribute to the development of hoarding symptoms and clutter in patients with bipolar disorder. Nevertheless, we are unaware of any previous description of how mania and depression can interact with hoarding. Furthermore, although the efficacy of drug treatment for hoarding is presently not established, the ideal management of patients with bipolar disorder and hoarding symptoms is even more elusive.

In this article, we describe a patient with lifelong OCD and hoarding symptoms, who, after many years, developed rapid cycling bipolar II disorder. We were particularly interested in documenting the relationship between the affective episodes and the hoarding symptoms and the therapeutic strategy that led to symptom resolution in this patient.

Case Description

The patient is a 48-year-old man with rapid cycling bipolar II disorder, early-onset OCD, and hoarding symptoms. He has a university degree, but is currently unemployed and depends on his parents financially. The patient is also estranged from his wife, although he still lives with her and his son. He is an only child and spends part of the week with his parents, helping them with health and financial issues. The patient also developed chronic renal failure due to undiagnosed hypertension and requires hemodialysis sessions 3 times/week. He received a kidney transplant about 10 years ago, but lost it a few years later after a severe lung infection that took place during a particularly severe major depressive episode.

The patient reported that he experienced his first OCD symptoms when he was 15 years old. He was concerned about doing things “perfectly,” especially at school, repeating exercises, erasing excessively, and needing to do everything “right” and

“completely.” He also later developed a fear of missing some important information and the need to be certain about everything. As a consequence, he had to perform several mental rituals, including remembering specific scenes and reexamining past dialogs mentally. He also had compulsions to check door locks and faucets. He first sought psychiatric help when he was 29 years old.

After showing an initial response to treatment for OCD, the patient began to experience periods of depressed mood in which he felt lethargic, without “energy and courage,” and unable to maintain his daily routine. These episodes were triggered by negative thoughts related to serious life stressors and setbacks, including the end of his marriage, concerns about his son, his delicate health situation, and his unemployment and financial dependence on his parents. During these periods, the patient would spend most of his time isolated in his bedroom, unwilling to come out and interact with people, resisting prearranged therapist visits to help in these moments of “crisis,” and sometimes missing his hemodialysis sessions and medical appointments.

At some point many years ago, during his depressive episodes, the patient’s fear of losing important information worsened significantly, leading him to take notes of all events that were going on and to hoard paper notebooks, journals, and magazines. He also started to carry a notebook everywhere he went, in case he felt the need to take notes about something useful, such as “relevant” phone numbers, addresses, numeric measures from his hemodialysis, or medical appointments. While he was depressed, the patient believed that this information could be critical at some point in his life and refused to consider this behavior a symptom that should be addressed as a part of his psychotherapy.

At the age of 36 years, when the patient was first seen in our clinic, he had a history of treatment with clomipramine, paroxetine, sertraline, and venlafaxine, at unknown doses and for unknown periods of time, alone and in combination with 1 completed course of electroconvulsive therapy (the patient did not remember the exact number of sessions). We believe that his former doctors never administered these medications in adequate amounts (maximum tolerated doses recommended by manufacturers) or for a sufficient duration (at least 12 wk), as indicated currently for OCD.

CLINICAL CASE DISCUSSION

At the time he presented to us, the patient described taking valproic acid 1500 mg/day, sertraline 100 mg/day, bupropion 300 mg/day, and aripiprazole 10 mg/day “for a few months.” Apparently, the prescription of valproic acid and aripiprazole by his previous psychiatrist was not based on a history of mania (which the patient denied), but rather was an (off-label) attempt to maximize the antidepressant response.

We first optimized the sertraline dose (increasing it to 200 mg/d) and slowly tapered the other drugs the patient was taking. At the end of 12 weeks on sertraline, the patient’s score on the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale decreased from 32 to 10 (minimum 0–maximum 40). However, we could not ascribe his improvement exclusively to the medication treatment, as cognitive behavioral therapy was started at some point during this period.

Unfortunately, despite repeated attempts to treat the patient’s condition with high-dose SRIs (eg, sertraline 150 to 200 mg/d plus clomipramine 75 to 150 mg/d for years) alone or in combination with atypical antipsychotics (eg, quetiapine 300 mg/d for months and, in sequence, risperidone 1.5 mg/d for weeks), the patient maintained his pattern of 6 to 8 discrete, but severe, depressive episodes each year despite normal metabolic parameters (When his chronic renal failure was diagnosed, the patient’s blood chemistries were grossly abnormal, including hemoglobin=10.1 g/dL, hematocrit=29.4%, urea=172 mg/dL, creatinine=9.4 mg/dL, sodium=140 mEq/L, potassium=4.7 mEq/L, ferritin=788 ng/mL, total cholesterol=306 mg/dL, HDL=27 mg/dL, and LDL=144 mg/dL.). These depressive episodes always occurred in association with a drastic worsening of the patient’s OCD and hoarding symptoms. Typically, the patient would be depressed for 2 to 3 weeks and then would improve suddenly and spontaneously, independent of any change in his medication regimen, only to relapse again after approximately 1 month.

The patient’s diagnosis of bipolar II disorder was based on a hypomanic episode that occurred when he was 37 years old. During this episode, which occurred between appointments at our clinic, the patient decided suddenly and unexpectedly to travel alone to an isolated city in southern Brazil, where some of his distant relatives lived. At that time, he alleged that his main objective was to

negotiate concerning some properties that his father owned there. This event was completely different from the patient’s baseline harm-avoidant, unadventurous, and conservative personality, and a departure from his habit of always informing family members about each step he was taking. He argued that he saw a great opportunity to make some fast money, but he developed a depressive episode soon afterward, making him reconsider his former decision.

Although we did not witness this expansive mood in our clinic because it occurred between appointments, our patient’s description of what occurred is consistent with criterion A for a hypomanic episode. In addition, we retrospectively identified at least 3 key hypomanic symptoms, including inflated self-esteem, increase in goal-directed activity (as the patient traveled to a city >1000 km from his residence), and involvement in activities with a high potential for painful consequences (ie, negotiation concerning his father’s properties), which was fortunately not concluded. The episode was not severe enough to cause significant impairment or to necessitate hospitalization. It is likely that the withdrawal of valproate and aripiprazole, coupled with the administration of sertraline 200 mg/day, could have contributed to the development of this hypomanic episode. The patient’s chronic kidney failure was identified during an assessment to initiate treatment with lithium after this first hypomanic episode. The patient experienced his second and last hypomanic episode 8 years ago when he was 40 years old. When in remission, despite not being clearly hypomanic, the patient minimized the impact of the previous depressive episode.

Of note, when in a euthymic or hypomanic state, the patient would discard hoarded notebooks, journals, magazines, and empty boxes, thus keeping clutter from developing. In fact, his interepisodic functioning is quite preserved, and he becomes functional and proactive “when not in crises” (as he calls these moments of worsening symptoms). Despite this, the patient still maintains some sub-clinical safety behaviors and sometimes still performs some minor rituals that do not seem to interfere with his daily routine. For instance, he would sometimes reread newspaper reports and display some preoccupation with details.

The patient’s condition improved only when the treatment was focused on his bipolar depression

CLINICAL CASE DISCUSSION

(with lamotrigine 150 mg/d) and related fatigue (with methylphenidate 20 mg/d), with the antidepressant (clomipramine) decreased to a minimum dose (75 mg/d), which occurred when the patient was 48 years old. After 1 month on this combination of medications and after experiencing at least 1 depressive episode every other month for years, the patient improved significantly and has now been almost symptom free for >5 months, not showing clinically significant levels of depression or hoarding or other OCD symptoms.

Apart from his psychiatric medications, the patient is currently taking 1,25-dihydroxycholecalciferol 0.50 mcg 3 time/week, losartan 50 mg/day, vitamin B complex 1 capsule/day, folic acid 5 mg/day, omeprazole 20 mg/day, calcium acetate 1000 mg/day, sodium bicarbonate 1 capsule twice a day, simvastatin 20 mg/day, and human erythropoietin 4000 UI twice a week. We believe that the patient's nonpsychiatric medications have had no impact on his recent mood stability.

Discussion

We describe a patient with lifelong hoarding symptoms, who, after many years, developed rapid cycling bipolar II disorder. In this case, we were particularly interested in documenting the relationship between affective episodes and hoarding and the therapeutic strategy of mood stabilization that led to symptom resolution. Accordingly, our results suggest that (1) hoarding-related cognitions and behaviors may be a part of bipolar depression, (2) the episodic nature of rapid cycling bipolar II disorder may protect against the development of accumulated clutter, and (3) treatment focusing on the amelioration of bipolar depression may result in the improvement of hoarding symptoms in patients such as the one described here.

In the case of this patient, hoarding-related cognitions (eg, fear of losing important information) and the inability to discard possessions (eg, notebooks, journals, and magazines) were both intrinsic parts of his episodic bipolar depression; these symptoms disappeared during periods when depressive symptoms remitted, including during his 2 episodes of hypomania. The presence of OCD-like symptoms in unipolar or bipolar depression is a well-documented phenomenon.¹⁰ To the extent that

hoarding is related to OCD, our observations can be seen as extending this more established association.¹²

Critically, the diagnostic criteria for hoarding disorder require the accumulation of a large number of possessions that fill up and clutter active living areas of the home or workplace to the extent that their intended use is no longer possible.¹² A lack of clutter is accepted only if family members, cleaners, or authorities have intervened. Thus, the hoarding symptoms exhibited by our patient do not qualify for a diagnosis of hoarding disorder.¹² However, this may have been the case only because of the episodic nature of the patient's rapid cycling bipolar II disorder, which may have protected him from clutter developing. Otherwise, the patient's hoarding symptoms, albeit transient, were very similar to the ones described for hoarding disorder in the DSM-5.

It is interesting that typical hoarding-related excessive acquisition, such as compulsive buying, kleptomania, and acquisition of free items, was also not clearly noted in our patient in recent years. Instead, he "compulsively" acquired and registered "important" information in paper notebooks. Despite this apparent lack of excessive acquisition behavior (the patient bought only 1 or 2 new notebooks per "hoarding episode"), he also had a history of severe acquisition of journals and magazines in the past, to the point of creating significant clutter during his initial and more persistent bipolar depressive episodes. Although we acknowledge that excessive acquisition is considered as an integral part of the hoarding phenotype according to some researchers,^{13,14} whether taking notes illustrates an atypical form of excessive acquisition requires further investigation.

The appearance of rapid cycling in and out of depression, which we believe was related to the patient's underlying bipolar II disorder, began after prolonged exposure to high-dose SRIs and persisted even after treatment with a combination of atypical antipsychotics. Only after the dose of the SRI clomipramine was reduced substantially and medications targeting the bipolar depression (lamotrigine) and related fatigue (methylphenidate) were introduced did the patient's hoarding symptoms improve. This finding suggests that some patients with hoarding may respond to treatment that differs from that for other OCD-related disorders. It is also

CLINICAL CASE DISCUSSION

interesting that the patient has not shown elevated, expansive, or irritable moods despite not being treated with a medication aimed at preventing hypomanic episodes. It is likely that the reduction of clomipramine explains the lack of hypomania, unless lamotrigine in some way also helped control hypomania in addition to its well-known antidepressant effects.

Although we are not aware of any studies showing the direct efficacy of lamotrigine in treating hoarding symptoms, a number of studies have found that OCD in the presence of bipolar illness responds to mood stabilizers,^{12,15} including lamotrigine.^{16–20} In addition, in at least 1 previous case series, it was reported that some patients with hoarding disorder responded to extended-release methylphenidate.²¹ Thus, our report suggests that the treatment of bipolar depression, when present, may help patients with different types of obsessive-compulsive and related disorder symptoms, including hoarding.

COMMENTARY by David A. Kahn, MD

DSM-5 separated hoarding disorder from OCD, noting, among other differences, a greater lack of awareness of consequences and the likelihood of functional deterioration in people with hoarding compared with OCD. Another qualifier relevant to the current case is the DSM-5 criterion F for hoarding: “The hoarding is not better explained by the symptoms of another mental disorder (eg, obsessions in obsessive-compulsive disorder, decreased energy in major depressive disorder, delusions in schizophrenia or another psychotic disorder, cognitive deficits in major neurocognitive disorder, restricted interests in autism spectrum disorder).” Laurito and Fontenelle were therefore correct to talk about hoarding symptoms in their patient, rather than hoarding disorder, as clearly the behavior was secondary to a phase of the patient’s mood disorder. The long-term course was quite favorable once the mood disorder was stabilized. It seems that the patient’s OCD was more enduring and a true comorbid diagnosis, with some persistence of symptoms during periods of euthymia until he entered a prolonged period of remission from mood cycling.

This case report is of interest for several reasons. First, it teaches us about the difficulties with our observation-based system of psychiatric diagnosis,

in which similar symptoms may appear in a number of different conditions. The final diagnosis sometimes depends on nuances of the time course. In the present case, the hoarding symptoms cleared when the patient’s state of mind turned from depressive fear to hypomanic self-confidence. Until we have brain-based systems of diagnosis, we will not know how the phase-specific neurobiology of hoarding or OCD symptoms in bipolar depression compares with that of true, persistent hoarding disorder. Our customary clinical nomenclature is still the most useful way to communicate descriptions of symptoms that provide useful information about our patients, if not pathophysiologically specific diseases in the ultimate sense of understanding.

Second, this case history is a wonderful reminder of the value of carefully reevaluating patients who are not improving, and in whom ongoing treatments may be causing unwitting perpetuation of a condition. The management of persistent mood cycling in patients with bipolar disorder taking prolonged courses of antidepressants remains one of the great therapeutic dilemmas in our field. Although we know that some patients do well staying on antidepressants added to mood stabilizers, others appear to become worse.²² Differentiating between these groups of patients and then fine tuning the doses of antidepressants and the choice of mood stabilizers is an art, well exemplified by our authors. The silver lining here was the eventual control of hoarding and OCD symptoms in a way that would not have been foreseeable earlier in the course of the patient’s illness.

Finally, I related personally to the case because I have wrestled with the care of a patient reminiscent of the individual in this report. For 2 decades, I have treated a man, now 40 years old, who suffers with severe phase-specific obsessional symptoms during periods of bipolar depression (although not hoarding). Early on, other clinicians and I viewed him first as having generalized anxiety disorder starting in his teens, which gradually transformed to markedly obsessional hypochondriasis in his 20s when he repeatedly feared that he had acquired an HIV infection or other diseases. He then developed depressive symptoms, with guilty ruminations that he not only might have HIV, but also that he had fathered a child with an ex-girlfriend who had moved out of the area (despite no evidence for this). He always knew that his thoughts about illness

CLINICAL CASE DISCUSSION

and fatherhood were irrational, and so he was not considered delusional. Several consultants who saw him for second opinions agreed that some form of OCD seemed to be the most likely diagnosis. Treatment for years included serial trials of high-dose SRIs, psychodynamic therapy, and cognitive behavior therapy with an OCD expert. He then experienced a severe manic episode when he was 29 years old, which cleared all of his obsessional symptoms and revealed his affective disorder diagnosis, consistent with a strong family history of bipolar disorder. Later recurrences of depression were heralded, each time, by a small medical fear that he could not get out of his head, with a strongly obsessional flavor to it—for example, feeling a chip in a tooth and being unable to stop running his tongue over it. Within weeks, a full-blown major depressive episode would appear, together with various persistent obsessions. Unfortunately, we have not yet found a medication combination that has completely prevented relapses of depression, and episodes of hypomania have occurred after increasing the dose of antidepressants. I found it reassuring to learn that our Brazilian colleagues were eventually able to stabilize an individual with problems broadly similar to those of my own patient, with an initial presentation of an OCD-related disorder eventually yielding to a primary diagnosis of a bipolar mood disorder with phase-specific obsessions.

REFERENCES

1. Frost RO, Steketee G, Tolin DF. Comorbidity in hoarding disorder. *Depress Anxiety*. 2011;28:876–884.
2. Masi G, Perugi G, Millepiedi S, et al. Bipolar co-morbidity in pediatric obsessive-compulsive disorder: clinical and treatment implications. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007;17:475–486.
3. Maina G, Albert U, Pessina E, et al. Bipolar obsessive-compulsive disorder and personality disorders. *Bipolar Disord*. 2007;9:722–729.
4. Joshi G, Wozniak J, Petty C, et al. Clinical characteristics of comorbid obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder in children and adolescents. *Bipolar Disord*. 2010;12:185–195.
5. Hantouche EG, Angst J, Demonfaucon C, et al. Cyclothymic OCD: a distinct form? *J Affect Disord*. 2003;75:1–10.
6. Wheaton M, Timpano KR, Lasalle-Ricci VH, et al. Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: associations with comorbidity, severity and gender. *J Anxiety Disord*. 2008;22:243–252.
7. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Soares ID, et al. Patients with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms: a distinctive clinical subtype? *Compr Psychiatry*. 2004;45:375–383.
8. Masi G, Millepiedi S, Perugi G, et al. A naturalistic exploratory study of the impact of demographic, phenotypic and comorbid features in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*. 2010;43:69–78.
9. Chakraborty V, Cherian AV, Math SB, et al. Clinically significant hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from an Indian study. *Compr Psychiatry*. 2012;53:1153–1160.
10. Amerio A, Odone A, Liapis CC, et al. Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129:343–358.
11. Frost RO, Steketee G, Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: Saving Inventory-Revised. *Behav Res Ther*. 2004;42:1163–1182.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
13. Frost RO, Hartl TL. A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behav Res Ther*. 1996;34:341–350.
14. Meyer JF, Frost RO, Brown TA, et al. A multitrait-multimethod matrix investigation of hoarding. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2013;2:273–280.
15. Wang HR, Woo YS, Bahk WM. The potential role of anticonvulsants in the treatment of obsessive-compulsive and related disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;68:723–732.
16. Kumar TC, Khanna S. Lamotrigine augmentation of serotonin re-uptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34:527–528.
17. Bisol LW, Lara DR. Improvement of obsessive-compulsive disorder with divalproex and lamotrigine in two patients with bipolar II disorder. *Pharmacopsychiatry*. 2009;42:37–39.
18. Uzun O. Lamotrigine as an augmentation agent in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a case report. *J Psychopharmacol*. 2010;24:425–427.
19. Bruno A, Mico U, Pandolfo G, et al. Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol*. 2012;26:1456–1462.
20. Arrojo-Romero M, Tajés Alonso M, de Leon J. Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in severe and long-term treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Case Rep Psychiatry*. 2013;2013:612459.
21. Rodriguez CI, Bender J Jr, Morrison S, et al. Does extended release methylphenidate help adults with hoarding disorder? A case series. *J Clin Psychopharmacol*. 2013;33:444–447.
22. Pacchiarotti I, Bond DJ, Baldessarini RJ, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force report on antidepressant use in bipolar disorders. *Am J Psychiatry*. 2013;170:1249–1262.

ANEXO 2**Predictors of Benzodiazepines Use in a Transdiagnostic Sample of Panic Disorder, Social Anxiety Disorder, and Obsessive-Compulsive Disorder Patients**

Artigo submetido ao "*Psychiatry Research*"

Manuscript Details

| | |
|--------------------------|---|
| Manuscript number | PSY_2017_1124 |
| Title | Predictors of Benzodiazepine Use in a Transdiagnostic Sample of Panic Disorder, Social Anxiety Disorder, and Obsessive-Compulsive Disorder Patients |
| Article type | Full Length Article |

Abstract

We investigated the rates of current and past benzodiazepine (BZD) use in a sample of 102 subjects attending specialized anxiety disorder clinics, including panic disorder (PD; N= 36), social anxiety disorder (SAD; N=28) and obsessive-compulsive disorder (OCD; N=38) patients. Almost 56% of the entire sample was using BZDs at the moment of the assessment, while 74.5% described having used them at some point during their lifetimes. The duration of psychiatric treatment and a lifetime history of PD were independent risk factors for current prescription of BZDs. Self-efficacy levels in terms of BZDs use and expectancy of positive emotional and cognitive change due to BZDs were high. Patients who continued to use BZDs differed from patients who stopped them by being older (both currently and when firstly seen in the clinic), by having a later age at onset of their most significant anxiety disorder, by being more agoraphobic/avoidant, and by believing to be less capable of stopping their BZDs for the fear of not being able to sleep.

| | |
|---|--|
| Keywords | Panic disorder; social phobia; obsessive-compulsive disorder; benzodiazepines; substance abuse; self-efficacy. |
| Corresponding Author | Leonardo Fontenelle |
| Corresponding Author's Institution | Federal University of Rio de Janeiro |
| Order of Authors | Luana Laurito, Carla Loureiro, Rafaela Dias, Paula Vigne, Gabriela de Menezes, Rafael Freire, Ulrich Stangier, Leonardo Fontenelle |
| Suggested reviewers | Vlasios Brakoulias, Albina Torres, Bernardo Dell'osso, donatella marazziti, Vladan Starcevic |

Submission Files Included in this PDF

File Name [File Type]

Luana's CoverLetter - 01.07.2017.docx [Cover Letter]

Luana Highlights - 01.07.2017.docx [Highlights]

Luana's_Abstract - 09.07.2017.docx [Abstract]

Luana's_Title_Page - 09.07.2017.docx [Title Page (with Author Details)]

Luana's_Paper - 09.07.2017.docx [Manuscript File]

Luana's Tables - 01.07.2017.docx [Table]

Luana's Supplementary Material - 01.07.2017.docx [Supporting File]

To view all the submission files, including those not included in the PDF, click on the manuscript title on your EVISE Homepage, then click 'Download zip file'.



Instituto de Psiquiatria
Universidade Federal do Rio de Janeiro

July 9th, 2017

Prof. Monte Buchsbaum
Editor-in-Chief
Psychiatry Research

Dear Prof. Buchsbaum,

We are submitting our manuscript entitled "Predictors of Benzodiazepine use in Panic Disorder, Social Anxiety, and Obsessive-Compulsive Disorder Patients" to be considered for publication in the *Psychiatry Research* as an original article. We believe that the publication of this work will be of great interest to researchers and clinicians involved with the evaluation and treatment of patients with anxiety and obsessive-compulsive related disorders.

This manuscript has not been previously published and has not been submitted elsewhere for publication. L. Fontenelle is currently receiving the grant #303846/2008-9 from Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico and the grant # E-26/103.252/2011 from and Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro.

Suggested reviewers:

- 1) Prof. Vladan Starcevic, M.D. Discipline of Psychiatry, Sydney Medical School - Nepean, University of Sydney, Sydney/Penrith, NSW, Australia, E-mail: Vladan.Starcevic@health.nsw.gov.au
- 2) Prof. Vlasios Brakoulias, M.D. Department of Psychiatry, The University of Sydney and Nepean Hospital, Sydney Medical School-Nepean, Discipline of Psychiatry, Sydney/Penrith, NSW, Australia. E-mail: vbrakoulias@bigpond.com
- 3) Prof. Bernardo Dell'Osso, M.D. Department of Psychiatry, University of Milan, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy; Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Bipolar Disorders Clinic, Stanford University, Stanford, CA, USA. E-mail: bernardo.dellosso@unimi.it



Instituto de Psiquiatria
Universidade Federal do Rio de Janeiro

- 4) Prof. Donatella Marazziti, M.D. University of Pisa, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Section of Psychiatry, Via Roma 67, 56100 Pisa, Italy; E-mail: dmarazzi@psico.med.unipi.it
- 5) Prof. Albina R. Torres, M.D. Department of Neurology, Psychology and Psychiatry, Botucatu Medical School, Univ Estadual Paulista, Botucatu (SP), Brazil. albinatorres@gmail.com

We thank you for your time and look forward to hearing from you.

Yours sincerely,

Professor Leonardo F. Fontenelle, M.D., Ph.D.
Anxiety, Obsessive, and Compulsive Research Program
Institute of Psychiatry (IPUB)
Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ)
R. Visconde de Pirajá, 547, 617
Ipanema, Rio de Janeiro-RJ, Brazil; CEP: 22410-003

- Up to 75% of patients have used benzodiazepines during their lives.
- Predictors of use included duration of treatment and panic disorders.
- Self-efficacy and expectancy of positive change were surprisingly high.
- Continued use was related to age, agoraphobia/avoidance, and less self-efficacy.

ABSTRACT

We investigated the rates of current and past benzodiazepine (BZD) use in a sample of 102 subjects attending specialized anxiety disorder clinics, including panic disorder (PD; N= 36), social anxiety disorder (SAD; N=28) and obsessive-compulsive disorder (OCD; N=38) patients. Almost 56% of the entire sample was using BZDs at the moment of the assessment, while 74.5% described having used them at some point during their lifetimes. The duration of psychiatric treatment and a lifetime history of PD were independent risk factors for current prescription of BZDs. Self-efficacy levels in terms of BZDs use and expectancy of positive emotional and cognitive change due to BZDs were high. Patients who continued to use BZDs differed from patients who stopped them by being older (both currently and when firstly seen in the clinic), by having a later age at onset of their most significant anxiety disorder, by being more agoraphobic/avoidant, and by believing to be less capable of stopping their BZDs for the fear of not being able to sleep.

Key words: Panic disorder; social phobia; obsessive-compulsive disorder; benzodiazepines; substance abuse; self-efficacy.

**Predictors of Benzodiazepine Use in a Transdiagnostic Sample of Panic Disorder,
Social Anxiety Disorder, and Obsessive-Compulsive Disorder Patients**

Running Head: BZD use in PD, SAD, and OCD

Luana D. Laurito, Psic.,¹ Carla P. Loureiro, Psic.,¹ Rafaela V. Dias, Psic.,¹ Paula Vigne, M.D., M.Sc.,¹ Gabriela B. de Menezes, M.D., Ph.D.,¹ Rafael C. Freire; M.D., Ph.D.,² Ulrich Stangier, Ph.D.,³ Leonardo F. Fontenelle, M.D., Ph.D.^{1,4,5}

¹ Obsessive, Compulsive, and Anxiety Spectrum Research Program. Institute of Psychiatry, Federal University of Rio de Janeiro, Brazil.

² Laboratory of Panic and Respiration, Institute of Psychiatry, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

³ Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Institute of Psychology, University of Frankfurt, Varrentrappstr. 40-42, 60486, Frankfurt, Germany.

⁴ D'Or Institute for Research and Education, Rio de Janeiro, Brazil.

⁵ Brain & Mental Health Laboratory, Monash Institute of Cognitive and Clinical Neurosciences, Monash University, Victoria, Australia.

Correspondence and reprints:

Leonardo F. Fontenelle, M.D., Ph.D.

Rua Visconde de Pirajá, 547, 617

Ipanema, Rio de Janeiro-RJ, Brazil,

CEP: 22410-003

Fax and tel.+ 55-21-2239-4919

e-mail: lfontenelle@gmail.com

1. INTRODUCTION

There is an ongoing controversy about the use of benzodiazepines (BZD) in the treatment of anxiety disorders (AD). Although BZD use in routine care is supported by a large body of research, problems related to BZDs use have been largely documented, including increased risks of psychological dependence (in up to 60.8% of panic disorder [PD] patients),¹ deliberate self-poisoning (particularly in patients taking higher average cumulative doses),² cognitive impairment and/or dementia,³ and increased resistance to antidepressant treatment in major depression.⁴ It has also been suggested that *p.r.n.* (or “as needed”) use of BZD in the context of PD may lead to aggravation of panic symptoms,^{5,6} as BZD may decrease the individual tolerance to anxiety and discomfort⁷ and interfere with fear extinction.⁸ In fact, although several guidelines for BZD use have now been published, the majority of clinicians/patients ignore their recommendations and most BZD users (up to 82.5%) exceed the duration of “safe use”.⁹ Inappropriate use has been independently associated with older age and the presence of chronic illnesses.⁹ Sadly, this fragile population is particularly sensitive to the adverse consequences of BZD use.

However, it would also be probably naïve to ignore the qualities of BZD, particularly in the treatment of ADs.¹⁰⁻¹² Firstly, BZDs are quite effective. A meta-analysis of treatments for PD, generalized anxiety disorder [GAD], and social phobia found BZDs to be associated with high effect sizes (Cohen’s $d = 2.15$).¹³ Further, at least two systematic reviews found BZDs to lead to comparable or greater improvements and fewer adverse events than newer antidepressants in the treatment of PD and GAD patients.^{14,15} Secondly, follow-up studies of BZD use in anxious patients showed efficacy,¹⁶ dose stability,¹⁷ and less relapse as compared to antidepressants.¹⁸ Thirdly, BZDs may not be as difficult to taper off as previously thought,¹⁹ although adjunctive cognitive behavior therapy (CBT) may be of additional help.²⁰ Fourthly, once thought to be prohibitive among AD patients with substance abuse, use of BZD does not appear to induce relapse or *de novo* alcohol abuse.^{17,21} Finally, although the concomitant use of BZDs and CBT has been discouraged, a systematic review found no good quality research supporting the detrimental effect of BZDs on the therapeutic efficacy of CBT in PD patients.²²

Given the conflicting evidence supporting the prescription of BZDs to AD patients, it hasn’t been easy to decide whether, when and how to use BZDs in such cases. Recent pharmacotherapeutic guidelines on the treatment of PD and social anxiety disorder (SAD) patients have included BZDs as second-line treatments that should be only prescribed for short-periods;²³⁻²⁹ some guidelines even advised against its prescriptions.^{27,29} As BZD use may be related to a series of adverse outcomes, it is important to identify factors associated with increased BZD use. Previous studies have found female gender,³⁰ lower education,³⁰ singleness,⁹ unemployment,⁹ older age,^{9,30} (more severe) anxiety and depression,^{9,31} insomnia,^{9,31} past BZD use,³¹ comorbidity,⁹ higher medical consumption,⁹ entering secondary care during follow-up,³¹ and concomitant serotonin reuptake inhibitors (SSRI), tricyclic antidepressants (TCA) and other

antidepressant use to be associated with increased BZD use.⁹ After a 2 years follow-up, continued BZD use (in 54.2% of the sample) was predicted by higher age, severe anxiety, and a long duration of BZD use.³¹

However, little is known about psychological factors that influence the continuation of BZDs use. Bandura's concept of self-efficacy (i.e. someone's belief in his/her own ability to succeed in specific situations or to accomplish a task)³² has been employed to describe the beliefs/cognitions of chronic BZD users.^{33,34} Accordingly, Ten Wolde and colleagues investigated whether social and cognitive factors could predict planned and actual cessation of continued BZD use in a nine-month follow-up study of chronic BZD users.³³ They found that withdrawal or reduction of BZD intake were predicted by positive expectations and outcomes of quitting, expectations of less negative long-term outcomes, increased self-efficacy about quitting, lower agreement with the disengagement beliefs ("justifications aimed at lowering perceived health threats") and a more positive intention to quit.³³ Eventually, Parr and colleagues³⁴ developed two self-report questionnaires that assess self-efficacy and expectancy associated with benzodiazepine use. They found significant correlations of low self-efficacy and high expectancy with severity of BZD dependence.

In addition to cognitive factors related to expectation, self-efficacy, and intention, motivation for BZD cessation may also be modified by specific symptoms of ADs or OCD. For instance, reactions to withdrawal symptoms may differ between ADs.³⁵ In addition, due to their potent physiological effects, BZDs are often used as a safety-seeking behaviours (or simply safety behaviours) aiming at the prevention of catastrophic physiological reactions that AD patients frequently show. Also, in patients with fear of physiological arousal, the withdrawal of BZDs may be perceived as threatening, especially in PD^{36 37} and SAD³⁸ patients, but probably less so in OCD patients.³⁹ Finally, the so-called anxiety sensitivity, i.e. the fear of the experience of physical, psychological and social consequences of anxiety, may be an additional barrier preventing AD patients to cease BZDs use.⁴⁰ Indeed, anxiety sensitivity is actually an important factor in the development and maintenance of AD symptoms,⁴¹ particularly PD⁴⁰ but also OCD⁴² and SAD.⁴³

In this study, our objectives were three fold. Firstly, we wanted to determine the rates of current and past BZD use in public ADs clinics specialized in the pharmacological treatment of PD, SAD and OCD. We expected individuals attending these clinics (particularly PD patients) to use BZDs at increased rates, often on a long-term basis. Secondly, we wanted to investigate which socio demographic and/or clinical factors determined the use of BZDs using the whole ADs sample, regardless of diagnostic categories. Because of their lower perceived support, maladaptive coping strategies, and greater emotional arousal, we anticipated that more "vulnerable" subjects (e.g. older and uneducated patients) would be particularly prone to be on BZDs.⁹ Lastly, we were interested in studying the psychological factors that were associated with continuation vs. discontinuation of BZD use, both within the whole group and in each diagnostic category. We predicted that more vulnerable individuals, with lower levels of

self-efficacy³⁴ and greater anxiety sensitivity (fear of anxiety related symptoms)⁴⁴ would be particularly prone to continued BZD use.

2. METHODS

One hundred sixteen consecutive patients who sought treatment at one of three ADs clinics specialized in PD, SAD, and OCD; all located within the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) were assessed for inclusion in this research protocol. Inclusion criteria comprised (i) having PD, SAD, or OCD as the main psychiatric conditions, described by the attending physician as the one associated with greater severity of symptoms as compared to other comorbid conditions, (ii) being aged between 18 and 70 years-old, and (iii) being able to read and fill out forms. In contrast, patients were excluded if they had serious psychiatric conditions that compromised the interpretation or completion of the scales (e.g. mental retardation, manic episode, psychotic episode or dementia) and severe personality disorders (judged to be present by the attending physician).

2.1 Subjects

Fourteen subjects were preliminary excluded from our study for not meeting inclusion criteria, i.e. two subjects were excluded for being over 70 years old, three volunteers did not have a main diagnosis of PD, SAD, and OCD, and nine subjects did not complete the evaluation instruments to acceptable levels. Eventually, 102 subjects were eligible and included the study, 36 in the PD group, 28 in the SAD group and 38 in the OCD group. The content and the procedures involved in this research protocol were explained to all participants, who also signed an informed consent before being formally assessed. The local ethics research committee approved this research protocol (CAAE: 50308015.1.0000.5263). They have completed a form including basic socio-demographic data and most important clinical characteristics (e.g. age at onset of AD, etc...).

2.2 Instruments

For confirmation of PD, SAD, and OCD diagnosis, and identification of psychiatric comorbidities, the Brazilian Portuguese version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) was used.⁴⁵ To assess anxiety sensitivity, we employed the Brazilian Portuguese translation of the Anxiety Sensitivity Index-36,⁴⁴ a 36-item self report instrument that evaluates fear of anxiety-related cognitions, sensations and behaviors that are based on beliefs about their harmful consequences, and generates global scores and subscores in relation to fears of cardiovascular, respiratory, gastrointestinal and neurological symptoms, publicly observable anxiety reactions and beliefs about cognitive dyscontrol. Severity of depressive and anxious symptoms was measured with the Brazilian Portuguese versions of the Beck Depression and Anxiety Inventories.⁴⁶

In order to measure the severity of the main disorders under study (PD, SAD, and OCD), we employed, respectively, the Brazilian Portuguese versions of the Panic and Agoraphobia Scale (PAS), a 13-item self-report scale that results in total;

panic attacks; agoraphobia/avoidant behaviors; anticipatory anxiety; disability; and worries about health scores;⁴⁷ the Social Phobia Inventory (SPIN), a 17-item self-report instrument that, besides providing a global score, generates subscores on fear; avoidance; and physical discomfort;⁴⁸ and the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS), a 20-item self report scale that provides global as well as specific scores on concerns about germs and contamination; concerns about being responsible for harm, injury, or bad luck; unacceptable (taboo) thoughts; and concerns about symmetry, completeness, and the need for things to be “just right”.⁴⁹

Finally, BZD-related aspects were investigated with (i) an instrument devised by the authors (the *Benzodiazepine Use Questionnaire* [BUQ]), which addresses current and lifetime use, types, doses, duration, and motivation for use and non-use of BZDs, among other BZD-related aspects (available upon request), (ii) the Benzodiazepine Refusal Self-Efficacy Questionnaire (BRSEQ),³⁴ a 38-item self report questionnaire that measures the individuals' ability to resist taking BZDs in certain situations, and generates total and partial “Emotional Relief” (e.g. “When I feel upset”), “Opportunistic” (e.g. “When I feel lonely”), “Cognitive and Social Change” (e.g. “When I am embarrassed”), and “Sleep Assistance” (“Before I go to bed”) scores and (iii) the Benzodiazepine Expectancy Questionnaire (BEQ),³⁴ a 33-item self report instrument that investigates users' beliefs with regard to the effects of using BZDs, and includes “Positive” (e.g. “I get better ideas when I am taking BZDs”), “Negative” (e.g. I feel restless when taking BZDs”), and Total Emotional and Cognitive Change scores.

2.3 Statistical analysis

Categorical variables were described in frequencies and percentages, while continuous variables were portrayed in terms of means and standard deviations. For comparisons between three groups, we employed chi-square for categorical variables and one-way analysis of variance followed by post-hoc Tukey's test or for continuous variables. For comparisons between the two groups, we employed chi-square test for categorical variables and Student's t or Mann-Whitney test for continuous variables. For multivariate analysis, we used a binary logistic regression. The statistical level of significance was set at 0.05.

Four different types of comparisons were planned: i) univariate analysis comparing sociodemographic and clinical features of PD, SAD, and OCD patients, ii) univariate analyses comparing BZD users vs. BZD non-users among the whole ADs sample and the three subsamples; iii) multivariate analysis with current BZD use as the dependent variable using the whole ADs sample, and iv) univariate analyses comparing current BZD users vs. previous BZDs users, using the whole AD sample and, in an exploratory fashion, each diagnostic category.

3. RESULTS

3.1 Description of the sample

The main sociodemographic and clinical features of the total sample and the OCD, SAD and PD subsamples, are listed in tables 1 and 2. As can be seen, research groups were comparable on most demographic characteristics, though PD patients had generally developed their symptoms later ($F(2,96) = 24.912$, $p < 0.001$) and were typically older when first seen by a psychiatrist ($F(2,97) = 8.044$, $p = 0.001$) than both OCD ($p < 0.001$ and $p = 0.001$, respectively) and SAD patients ($p < 0.001$ and $p = 0.02$, respectively). In addition, OCD patients were more frequently single, whereas PD patients were more often divorced or widowed, albeit to a non-significant degree ($\chi^2 = 9.40$; $df = 8$; $p = 0.31$).

As expected, OCD patients had greater total DOCS scores (at least in relation to SAD patients; $p = 0.003$), SAD patients had greater SPIN scores than both OCD and PD groups ($p = 0.007$ and $p < 0.001$, respectively), and PD patients had greater PAS scores than the OCD group ($p = 0.001$). However, the PD group was more severely anxious, according to the BAI, than the remaining two groups ($p = 0.007$ and $p < 0.001$ respectively). Also predictably, OCD patients had an insidious onset more frequently, whereas PD patients were more likely to present their first symptoms abruptly ($\chi^2 = 23.92$; $df = 2$; $p < 0.001$). In terms of comorbidities, we found significant differences in the lifetime rates of dysthymia, which were greater among OCD patients ($\chi^2 = 6.81$; $df = 2$; $p = 0.03$), agoraphobia, which were more common among PD patients ($\chi^2 = 23.98$; $df = 2$; $p < 0.001$), and alcohol dependence, which was more frequently reported in the SAD group ($\chi^2 = 7.1$; $df = 2$, $p = 0.03$) (see supplementary material).

INSERT TABLES 1 AND 2 ABOUT HERE

3.2 Use of benzodiazepines

A description of the treatments provided for the groups can be found in table 3. Up to 55.7% of the entire sample reported using BZDs at the moment of the assessment, while 74.5% described having used them at some point during their lifetimes. The rates of current BZD use across the diagnostic samples were 34.3%, 60.7% and 73.5% for OCD, SAD, and PD, respectively ($\chi^2 = 11.168$; $df = 2$; $p = 0.004$). Clonazepam was used by 90.7% of the sample, diazepam by 5.6%, and bromazepam or cloxazolam by 1.9% of the cases each. Among those currently on BZDs, 95.8% reported having used them continuously for at least 6 months. However, according to the M.I.N.I, no cases of BZD dependence were reported in any AD group (see supplementary material). Patients who were on BZD were also on other psychotropics, mostly antidepressants, in 93.9% of cases.

The rates of lifetime use of BZDs (74.5% of the total sample) varied from 63.2% in OCD to 75.0% in SAD and 86.1% in PD patients ($\chi^2 = 5.13$; $df = 2$; $p = 0.07$). Among patients who reported the use of BZDs at some point in their

lives, 63.2% described having used them regularly, 26.5% on a *p.r.n.* (as needed) basis, and 10.3% in both situations. These responses did not differ significantly across diagnostic groups. In addition, 75.4 % of the sample attributed at least much of their improvement to BZD, 78.9% believed BZDs to be needed as a part of their treatments, but 90.9% would like to stop these drugs. Again, the rates of these latter attributions', beliefs and wishes' did not differ between groups.

When patients were asked about the reasons for having used BZDs, (i) 71.1% indicated that they have done so to block anxiety attacks, (ii) 46.1% to sleep better or because of insomnia, (iii) 38.2% to avoid thinking too much before sleeping, and (iv) 39.5% to feel better in some situations. In contrast, the reasons for never having taken BZD were: (i) not having been prescribed BZDs by their doctors in 77.3% of the cases, (ii) a fear of becoming dependent in 27.3%, (iii) a negative attitude towards taking medications in general in 18.2%, and (iv) a concern about having an undesirable side effects in 9.1%. Again, reasons for taking and not taking BZDs did not differ significantly between OCD, SAD, and PD patients.

INSERT TABLE 3 ABOUT HERE

In terms of self-efficacy (BRSEQ), patients using BZD had scores on the "Emotional Relief" and "Opportunistic" subscales of the BRESQ that were close to being one standard deviation above the normative data reported in the validation study [(i.e. 22.33 (10.65) vs. 17.4 (8.0) and 22.83 (8.8) vs. 18.3 (6.0), respectively]. Similarly, albeit to a lesser extent, total BRSEQ scores were also higher than those described in Parr et al. ³⁴ sample of BZDs users [63.36 (24.5) vs. 55.6 (18.1), respectively]. In contrast, scores on the "Cognitive and Social Change" and "Sleep Assistance" subscale were quite similar to those described in the original validation study [13.75 (5.4) vs. 13.9 (4.5) and 4.55 (3.5) vs. 5.9 (3.4), respectively].

In terms of BEQ responses, our patients taking BZDs reported mean total and partial scores on subscale assessing expectancy for "Positive Emotional and Cognitive Change" that were actually above one standard deviation of the mean values described in the validation study [i.e. 46.30 (10.7) vs. 31.6 (7.9) and 29.8 (7.8) vs. 16.8 (6.1), respectively], but similar "Negative Emotional and Cognitive Change" expectancy scores to those described originally [16.00 (5.5) vs. 14.9 (5.5)]. However, when OCD, SAD, and PD groups were compared to each other in terms of BRSEQ and BEQ total and partial scores, no significant difference emerged between them (see table 4).

INSERT TABLE 4 ABOUT HERE

3.3 Correlates and predictors of benzodiazepine use

Patients using BZD were older, both at assessment ($t=4.63$; $df=95$; $p<.0001$) and when first seen by a psychiatrist ($t=2.64$; $df=92.4$; $p=0.01$), had a later age at onset ($t=3.2$; $df=91.3$; $p=0.002$), were under psychiatric treatment for longer periods ($t=2.54$; $df=92.1$, $p=0.013$); had greater BAI ($t=2.75$, $df=92.27$; $p=0.007$), ASI ($t=2.37$; $df=73.6$; $p=0.02$) and PAS scores ($t=3.2$; $df=90.17$; $p=0.002$), increased lifetime rates of major depressive disorder ($\chi^2=4.66$; $df=1$; $p=0.03$) and PD ($\chi^2=9.38$; $df=1$; $p=0.002$), and decreased rates of OCD ($\chi^2=8.08$; $df=1$, $p=.004$). However, a binary logistic regression disclosed both the duration of psychiatric treatment and a lifetime history of PD as the only variables independently associated with current BZD use (see table 5). Intra-group exploratory analyses showed duration of psychiatric treatment to correlate strongly and positively with duration of BZD use ($\rho=0.54$; $p<0.001$).

INSERT TABLE 5 ABOUT HERE

We were also interested in the variables associated with continued vs. discontinued BZD use. Patients who were on BZDs were typically older at the moment of assessment ($t=2.68$; $df=70$, $p=0.009$) and when firstly seen in our AD clinic ($t=2.92$; $df=2.93$; $p=0.004$), had a later age at onset ($t=2.78$; $df=39.1$, $p=0.008$), greater scores on PAS agoraphobia and avoidance behavior ($Z=-2.49$; $p=0.01$) and lower self-efficacy in terms of using BZD for sleep assistance (i.e. lower BRSEQ_4 scores; $t=-2.48$; $df=65$; $p=0.01$). In contrast to our expectations, however, ASI scores were not higher among patients who continued vs. discontinued BZD use ($t=1.70$; $df=23.50$; $p=0.29$).

Despite the low numbers, we also performed exploratory analysis investigating socio-demographic and clinical differences between patients who were on BZD at the moment of the assessment vs. those who use to be on BZD within each diagnostic group (OCD, SAD, and PD). Accordingly, compared to previous BZD users, OCD patients who were currently on BZD were more depressed according to the BDI ($z=-2.01$; $p=0.04$); had greater agoraphobic and avoidant behaviors according to PAS ($Z=-2.88$; $p=0.003$), displayed more severe inappropriate and unacceptable thoughts according to DOCS ($z=-2.34$; $p=0.01$); and exhibited lower

BRSEQ factor 4 scores, indicating less self-efficacy to avoid BZD use for sleep assistance ($z=-2.52$; $p=0.01$).

In contrast, compared to previous BZD SAD users, patients with SAD who were using BZD currently were older when firstly assessed in our center ($z=-2.24$; $p=0.02$). Unfortunately, low numbers (just one SAD patient who was a previous BZD user with valid data to be analyzed) precluded us from comparing BRSEQ scores between current and previous BZD SAD patients. Finally, compared to PD patients who used to be on BZD, PD patients who were currently using BZD had higher fear scores on the SPIN ($z=-2.16$; $p=0.03$) but did not differ between each other in terms of self-efficacy or expectancy (data not shown).

4. DISCUSSION

In this cross-sectional observational study, we found BZDs to be frequently prescribed to patients attending an ADs clinic (55.7%), often on a long-term basis (95.8% for at least 6 continuous months). We have also noted that the duration of psychiatric treatment and a lifetime history of PD (regardless of the main diagnosis presented by the patients attending the clinic) were independent risk factors for current BZD prescription. Self-efficacy levels in terms of BZDs use and expectancy of positive emotional and cognitive change due to BZDs were surprisingly high. Finally, patients who continued to use BZDs differed from patients who stopped them by being older (both currently and when firstly seen in the clinic), by having a later age at onset of their most significant AD, by being more agoraphobic/avoidant, and by believing to be less capable of stopping their BZDs for the fear of not being able to sleep.

The rates of current (55.7%) and lifetime use of BZDs (74.5%) among our patients were quite high, being greater in PD and lower in OCD subjects, similarly to what has been found in a North American treatment-seeking sample.⁵⁰ In addition, most of our patients used BZDs on a long-term basis. These findings are consistent with data from a naturalistic multisite follow-up study that reported rates of BZD use to be 63.8% among PD,⁵¹ 56% among SAD,⁵² and 61% among GAD⁵² patients. Of note, these rates tended to be relatively stable over time, with non-significant decreases. Even among older (>55 and < 70 years) subjects, the rates of BZD didn't change much, i.e. from 53% at baseline to 41% by the end of 9 years.⁵³ Importantly, this relative stability took place in the presence of heavy SSRI and venlafaxine marketing and corresponding changes in therapeutic guidelines.⁵¹⁻⁵³ Other studies found significant increases in antidepressant use paralleled by a trend towards decreased BZD use.⁵⁴

Although not officially recommended as a treatment for OCD in most treatment guidelines,²³⁻²⁹ BZDs were being taken by 34.3% of our OCD patients at the time of their assessment, consistently with reports from the US (35.5%⁵⁵ to 37.8%⁵⁰), but also substantially higher than most specialized centers in the world (10.1% in South Africa to 28.3% in India).⁵⁶ Predictably, our rates are also similar to the ones reported by an independent and expanded sample of almost one thousand OCD patients from the Brazilian Research Consortium for Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (41.1%).⁵⁶ Increased rates of BZD use by our OCD patients

may have resulted from increased comorbidity with other ADs that may be treatable with BZDs themselves⁵⁶ and to the fact that research groups within our clinic often refer patients to one another. One study found BZD use in OCD patients to be associated with higher age, anxiety levels and number of additional medications for OCD taken over time.⁵⁷

Results of our univariate analysis showed patients on BZD to display a different sociodemographic profile, including greater age and a later onset of disorder. While being older dovetails with our predictions,^{9,30} late onset of symptoms may coincide with a decrease of social support that commonly occurs later in life. It is difficult to establish, though, whether greater anxiety, anxiety sensitivity, and severity of PD symptoms and increased lifetime rates of major depression are causes of greater prescriptions/increased use of BZDs or actually detrimental consequences of BZD, which may interfere negatively with fear extinction.^{7,8} It is also interesting to note that, despite being prescribed at greater rates from many specialized centers worldwide, BZD use within our sample was negatively associated with a diagnosis of OCD, thus suggesting that clinicians are more parsimonious when prescribing BZD to OCD patients as compared to PD or SAD patients. Importantly, our BZD users were also under psychiatric treatment for longer periods.

In contrast, our multivariate analysis showed that the duration of psychiatric treatment and a lifetime history of PD (regardless of the main diagnosis) were the only independent risk factors for current BZD prescription. However, for being cross-sectional, our study doesn't allow us to establish causative relationships between BZDs and treatment duration. For instance, it may be that a prescription of BZD increases "treatment adherence", as BZDs are now heavily controlled medications whose dispensation depends on authorization by doctors and, therefore, regular medical appointments. Whether this phenomenon translates into better outcomes can only be answered by prospective studies though. Alternatively, our findings may be interpreted as evidence that BZD are prescribed mostly for patients who have been under treatment for longer periods. Nevertheless, we doubt that this is the case, as psychiatrists are generally mindful about the consequences of prescription of BZD to older patients.⁵⁸

One interesting phenomenon among our patients was their relatively high levels of self-efficacy and greater expectancies of positive emotional and cognitive change due to BZDs use, which were almost one standard deviation above the normative data obtained from Australian, British and North-American subjects using BZDs for longer than three months and recruited primarily via the internet.³⁴ These findings are difficult to interpret, but may be related to (i) greater rates and severity of BZDs related problems among Parr et al. subjects, as 74% of their sample met the criteria for BZD dependence (according to the Severity of Dependence Scale—Benzodiazepines) compared to 0% of our sample (diagnosed by the M.I.N.I.) and/or (ii) greater severity of PD, SAD, and OCD within our sample. Although Parr et al. reported that BZD "were primarily prescribed for panic and anxiety" in 52% of their subjects, they seem to have

relied on their subject's self description, rather than on any systematic assessment for diagnosis or severity of symptoms.

Finally, we have also investigated how AD patients who are still using BZDs differed from other patients who have stopped taking these drugs. We interpret our findings regarding the whole AD sample as indicating that continued use of BZD might be determined by an "avoidant style" of dealing with distress that may characterize the so-called "vulnerable" individuals. In contrast, we believe that the most notable result regarding an specific AD was found in OCD patients who remained on BZD, i.e. not only they showed lower levels of self-efficacy due to sleep problem concerns, but they also were more depressed and avoidant and also displayed more severe unacceptable thoughts than their counterparts who had stopped their BZDs. Continued BZDs may help alleviating depression, avoidant behaviors and or sexual/religious thoughts of OCD patients or discontinuation of BZDs actually lead to withdrawal-like depression, avoidant or OCD symptoms, as previously reported.⁵⁹⁻⁶¹ Alternatively, this particular OCD phenotype may be more vulnerable to the detrimental effects of BZDs use, for its greater interference with fear extinction mechanisms.⁸

Besides being a cross-sectional study with small sample sizes, our study suffer from other significant limitations. Firstly, it doesn't allow us to disentangle the act of prescribing BZDs by the attending psychiatrist from the act of taking the BZDs by the patients. In other words, readers should borne in mind that patients can either continue to have or interrupt BZD use in clear disagreement with medical advice, a fact that may limit our interpretation of "BZDs use" as corresponding integrally to the prescription of BZDs by the attending physician. Secondly, increased rates of BZD prescription within our clinic may have resulted from "a carry on" effect, i.e. ADs patients may simply remain on drugs have been prescribed outside of our center, often a "knee-jerk" reaction by busy primary care physicians or other non psychiatrists facing anxious or "neurotic" patients.⁶²⁻⁶⁵

Further, someone could argue that our findings are not completely reliable, as BZD prescription may reflect different treatment practices by different doctors in different clinics. However, attending physicians from our clinics have similar levels of training and are supervised by clinicians who had similar academic background themselves (de Menezes, Freire, and Fontenelle). Finally, there is evidence that the continuous usage of BZDs may be contingent on other factors that were not addressed by our study, such as their availability by health systems/insurance plans, BZD pills supply,⁶⁶ and first prescription of long-acting BZDs.⁶⁶ For instance, in an increase in the use of BZD by older patients with ADs was seen between 2004 and 2009 in US, partly due to insurance coverage changes.⁶⁷ However, by having all these factors under controlled conditions, our study would probably loose its naturalistic fashion.

To wrap up, we conclude prescriptions of BZDs (i) to be commonly provided to AD patients attending a specialized tertiary clinic; (ii) to be strongly associated with duration of psychiatric treatment and a lifetime history of PD; (iii) to be related to higher self-efficacy levels and greater expectancy of positive emotional

and cognitive change than initially hypothesized; and (iv) to be more likely to be discontinued by younger, early onset AD patients, specially those that are less concerned about not being able to sleep in case BZDs use are interrupted. Although the tolerability of BZDs has been questioned for decades, we believe that its frequency of use justifies further study of its efficacy and tolerability, particularly in patients with treatment resistant ADs. It is curious that, despite the campaign against its use, BZDs remain one of the leading treatments for ADs.⁶⁸

5. ACKNOWLEDGEMENTS

Prof. Leonardo F Fontenelle is currently receiving the grant #303846/2008-9 from Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) and the grant # E-26/103.252/2011 from and Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

6. REFERENCES

1. Fujii K, Uchida H, Suzuki T, Mimura M. Dependence on benzodiazepines in patients with panic disorder: a cross-sectional study. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2015;69(2):93-99.
2. Shih HI, Lin MC, Lin CC, et al. Benzodiazepine therapy in psychiatric outpatients is associated with deliberate self-poisoning events at emergency departments-a population-based nested case-control study. *Psychopharmacology*. 2013;229(4):665-671.
3. Pariante A, de Gage SB, Moore N, Begaud B. The Benzodiazepine-Dementia Disorders Link: Current State of Knowledge. *CNS drugs*. 2016;30(1):1-7.
4. Parker GB, Graham RK. Determinants of Treatment-Resistant Depression: The Salience of Benzodiazepines. *The Journal of nervous and mental disease*. 2015;203(9):659-663.
5. Westra HA, Stewart SH. As-needed use of benzodiazepines in managing clinical anxiety: incidence and implications. *Current pharmaceutical design*. 2002;8(1):59-74.
6. Westra HA, Stewart SH, Conrad BE. Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behavioral therapy outcome in panic disorder with agoraphobia. *Journal of anxiety disorders*. 2002;16(3):233-246.
7. Fava GA, Grandi S, Belluardo P, et al. Benzodiazepines and anxiety sensitivity in panic disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 1994;18(7):1163-1168.
8. Hart G, Panayi MC, Harris JA, Westbrook RF. Benzodiazepine treatment can impair or spare extinction, depending on when it is given. *Behaviour research and therapy*. 2014;56:22-29.
9. Manthey L, van Veen T, Giltay EJ, et al. Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *British journal of clinical pharmacology*. 2011;71(2):263-272.

10. Starcevic V. The reappraisal of benzodiazepines in the treatment of anxiety and related disorders. *Expert review of neurotherapeutics*. 2014;14(11):1275-1286.
11. Starcevic V. Reconsidering benzodiazepines in the treatment of panic disorder. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2012;46(3):271-272.
12. Fava GA, Balon R, Rickels K. Benzodiazepines in Anxiety Disorders. *JAMA psychiatry*. 2015;72(7):733-734.
13. Bandelow B, Reitt M, Rover C, Michaelis S, Gorlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*. 2015;30(4):183-192.
14. Berney P, Halperin D, Tango R, Daeniker-Dayer I, Schulz P. A major change of prescribing pattern in absence of adequate evidence: benzodiazepines versus newer antidepressants in anxiety disorders. *Psychopharmacology bulletin*. 2008;41(3):39-47.
15. Offidani E, Guidi J, Tomba E, Fava GA. Efficacy and tolerability of benzodiazepines versus antidepressants in anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2013;82(6):355-362.
16. Davidson JR, Ford SM, Smith RD, Potts NL. Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *The Journal of clinical psychiatry*. 1991;52 Suppl:16-20.
17. Mueller TI, Pagano ME, Rodriguez BF, Bruce SE, Stout RL, Keller MB. Long-term use of benzodiazepines in participants with comorbid anxiety and alcohol use disorders. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2005;29(8):1411-1418.
18. Freire RC, Amrein R, Mochcovitch MD, et al. A 6-Year Posttreatment Follow-up of Panic Disorder Patients: Treatment With Clonazepam Predicts Lower Recurrence Than Treatment With Paroxetine. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2017.
19. Nardi AE, Freire RC, Valenca AM, et al. Tapering clonazepam in patients with panic disorder after at least 3 years of treatment. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2010;30(3):290-293.
20. Otto MW, McHugh RK, Simon NM, Farach FJ, Worthington JJ, Pollack MH. Efficacy of CBT for benzodiazepine discontinuation in patients with panic disorder: Further evaluation. *Behaviour research and therapy*. 2010;48(8):720-727.
21. Posternak MA, Mueller TI. Assessing the risks and benefits of benzodiazepines for anxiety disorders in patients with a history of substance abuse or dependence. *The American journal on addictions*. 2001;10(1):48-68.
22. Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA. Combination of psychotherapy and benzodiazepines versus either therapy alone for panic disorder: a systematic review. *BMC psychiatry*. 2007;7:18.
23. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *The world journal of biological psychiatry : the*

- official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. 2008;9(4):248-312.
24. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2012;16(2):77-84.
 25. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*. 2014;28(5):403-439.
 26. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*. 2014;14 Suppl 1:S1.
 27. Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME. The German guidelines for the treatment of anxiety disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2015;265(5):363-373.
 28. Hood SD. Latest guidelines for the management of the anxiety disorders - a report from The International Anxiety Disorders Society Conference, Melbourne 2014. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 2015;23(4):388-391.
 29. NICE. Anxiety Disorders. Quality Standard (QS53). 2014, 2017.
 30. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, et al. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). *Journal of affective disorders*. 2008;110(1-2):84-93.
 31. Manthey L, Giltay EJ, van Veen T, Neven AK, Zitman FG, Penninx BW. Determinants of initiated and continued benzodiazepine use in the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2011;31(6):774-779.
 32. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Worth Publishers; 1997.
 33. Ten Wolde GB, Dijkstra A, Van Empelen P, Neven AK, Zitman FG. Social-cognitive predictors of intended and actual benzodiazepine cessation among chronic benzodiazepine users. *Addictive behaviors*. 2008;33(9):1091-1103.
 34. Parr JM, Kavanagh DJ, Young RM, Connor JP. Development of self-efficacy and expectancy measures for benzodiazepines. *Addictive behaviors*. 2009;34(9):751-756.
 35. Lader M, Kyriacou A. Withdrawing Benzodiazepines in Patients With Anxiety Disorders. *Current psychiatry reports*. 2016;18(1):8.
 36. Salkovskis PM. The Importance of Behaviour in the Maintenance of Anxiety and Panic: A Cognitive Account. *Behavioural Psychotherapy*. 2009;19(1):6-19.
 37. Thwaites R, Freeston MH. Safety-Seeking Behaviours: Fact or Function? How Can We Clinically Differentiate Between Safety Behaviours and Adaptive Coping Strategies Across Anxiety Disorders? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2005;33(2):177-188.

38. Wells A, Clark DM, Salkovskis P, Ludgate J, Hackmann A, Gelder M. Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*. 1995;26(1):153-161.
39. Deacon B, Maack DJ. The effects of safety behaviors on the fear of contamination: an experimental investigation. *Behaviour research and therapy*. 2008;46(4):537-547.
40. Reiss S. Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*. 1991;11(2):141-153.
41. Olatunji BO, Wolitzky-Taylor KB. Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychological bulletin*. 2009;135(6):974-999.
42. Laposa JM, Collimore KC, Hawley LL, Rector NA. Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of anxiety disorders*. 2015;33:8-14.
43. Alkozei A, Cooper PJ, Creswell C. Emotional reasoning and anxiety sensitivity: associations with social anxiety disorder in childhood. *Journal of affective disorders*. 2014;152-154:219-228.
44. Taylor S, Cox BJ. An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of anxiety disorders*. 1998;12(5):463-483.
45. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000;22:106-115.
46. Cunha JA. *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
47. Bandelow B. Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *International clinical psychopharmacology*. 1995;10(2):73-81.
48. Vilete L, Figueira I, Coutinho E. Adaptação transcultural para o português do Social Phobia Inventory (SPIN) para utilização entre estudantes adolescentes. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2006;28:40-48.
49. Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, et al. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological assessment*. 2010;22(1):180-198.
50. Sorsdahl K, Blanco C, Rae DS, et al. Treatment of anxiety disorders by psychiatrists from the American Psychiatric Practice Research Network. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. 2013;35(2):136-141.
51. Bruce SE, Vasile RG, Goisman RM, et al. Are benzodiazepines still the medication of choice for patients with panic disorder with or without agoraphobia? *The American journal of psychiatry*. 2003;160(8):1432-1438.
52. Vasile RG, Bruce SE, Goisman RM, Pagano M, Keller MB. Results of a naturalistic longitudinal study of benzodiazepine and SSRI use in the treatment of generalized anxiety disorder and social phobia. *Depression and anxiety*. 2005;22(2):59-67.
53. Benitez CI, Smith K, Vasile RG, Rende R, Edelen MO, Keller MB. Use of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors in middle-

- aged and older adults with anxiety disorders: a longitudinal and prospective study. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2008;16(1):5-13.
54. Olfson M, Marcus SC, Wan GJ, Geissler EC. National trends in the outpatient treatment of anxiety disorders. *The Journal of clinical psychiatry*. 2004;65(9):1166-1173.
 55. Blanco C, Olfson M, Stein DJ, Simpson HB, Gameroff MJ, Narrow WH. Treatment of obsessive-compulsive disorder by U.S. psychiatrists. *The Journal of clinical psychiatry*. 2006;67(6):946-951.
 56. Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, et al. International prescribing practices in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Human psychopharmacology*. 2016;31(4):319-324.
 57. Starcevic V, Berle D, do Rosario MC, et al. Use of benzodiazepines in obsessive-compulsive disorder. *International clinical psychopharmacology*. 2016;31(1):27-33.
 58. Olfson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA psychiatry*. 2015;72(2):136-142.
 59. Matthews HP, Drummond LM. Obsessive-compulsive disorder--a complication of benzodiazepine withdrawal. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1987;150:272.
 60. Drummond LM, Matthews HP. Obsessive-compulsive disorder occurring as a complication in benzodiazepine withdrawal. *The Journal of nervous and mental disease*. 1988;176(11):688-691.
 61. Cardoso F, Vargas AP. Persistent dyskinesia and obsessive-compulsive behavior following alcohol withdrawal. *Neurology*. 1996;47(3):844.
 62. Kapczinski F, Amaral OB, Madruga M, Quevedo J, Busnello JV, de Lima MS. Use and misuse of benzodiazepines in Brazil: a review. *Substance use & misuse*. 2001;36(8):1053-1069.
 63. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo JO, Lima-Costa MF, Uchoa E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambui Health and Aging Study (BHAS). *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. 2008;30(1):7-11.
 64. Brunoni AR, Nunes MA, Figueiredo R, et al. Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged adults. the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *Journal of affective disorders*. 2013;151(1):71-77.
 65. Quintana MI, Andreoli SB, Peluffo MP, et al. Psychotropic Drug Use in Sao Paulo, Brazil--An Epidemiological Survey. *PloS one*. 2015;10(8):e0135059.
 66. Bushnell GA, Sturmer T, Gaynes BN, Pate V, Miller M. Simultaneous Antidepressant and Benzodiazepine New Use and Subsequent Long-term Benzodiazepine Use in Adults With Depression, United States, 2001-2014. *JAMA psychiatry*. 2017.
 67. Wu CH, Wang CC, Katz AJ, Farley J. National trends of psychotropic medication use among patients diagnosed with anxiety disorders: results from medical expenditure panel survey 2004-2009. *Journal of anxiety disorders*. 2013;27(2):163-170.

BZD use in PD, SAD, and OCD

16

68. Stahl SM. Don't ask, don't tell, but benzodiazepines are still the leading treatments for anxiety disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2002;63(9):756-757.

Table 1: Comparisons of the sociodemographic features between the studied groups

| Sociodemographic features | Obsessive-compulsive disorder (n=38) | Social anxiety disorders (n=28) | Panic disorder (n=36) | Statistical tests |
|----------------------------------|---|--|------------------------------|--------------------------------|
| Age (in years) | 39.37 (12.71) | 44.89 (14.33) | 43.89 (11.97) | F(2,99)= 1.80; p= 0.17 |
| Sex (women) | 18 (47.4%) | 14 (50%) | 21 (58.3%) | $\chi^2=0.95$; df =2; p=0.62 |
| Marital status | | | | $\chi^2=9.40$; df =8; p=0.31 |
| Single | 23 (60.5%) | 15 (53.6%) | 15 (41.7%) | |
| Married | 12 (31.6%) | 10 (35.7%) | 11 (30.6%) | |
| Separated | 2 (5.3%) | 2 (7.1%) | 7 (19.4%) | |
| Widowed | - | 1 (3.6%) | 2 (5.6%) | |
| Other | 1 (2.6%) | - | 1 (2.8%) | |
| Education | | | | $\chi^2=0.399$;df =1; p=0.53 |
| Incomplete basic | 1 (2.6%) | 1(3.6%) | 4 (11.1%) | |
| Basic | 5 (13.2%) | 1 (3.6%) | 4 (11.1%) | |
| Intermediate | 17 (44.7%) | 13 (46.4%) | 14 (38.9%) | |
| Superior | 11 (28.9%) | 10 (35.7%) | 10 (27.8%) | |
| Post-graduation | 4 (10.5%) | 3 (10.7%) | 4 (11.1%) | |
| Occupation | | | | $\chi^2=0.89$; df = 4; p=0.92 |
| Not active | 14 (36.8%) | 10 (35.7%) | 14 (38.9%) | |
| Active | 23 (60.5%) | 16 (57.1%) | 20 (55.6%) | |
| Other | 1 (2.6%) | 2 (7.1%) | 2 (5.6%) | |

Table 2: Comparison of the clinical features between the studied groups

| Clinical features | Obsessive-compulsive disorder (n=38) | Social anxiety disorder (n=28) | Panic disorder (n=36) | Statistical tests |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Age at 1 st attendance (in years): | | | | |
| In our center * | 33.81(11.92) | 34.07 (10.03) | 39.49 (10.12) | F (2,96) = 3.011; p = 0.054 |
| By a psychiatrist | 26.76 (10.23) | 29.18 (10.61) | 36.37 (10.61) | F (2,97) = 8.044; p = 0.001 |
| By a psychologist | 25.80 (13.44) | 27.40 (12.95) | 33.18 (11.90) | F (2,85) = 2.724; p = 0.071 |
| Currently seen by a psychologist | 14 (37.8%) | 5 (17.9%) | 5 (14.7%) | $\chi^2=6.029$; df = 2; p= 0.05 |
| Age at onset (in years) | 19.61 (12.30) | 16.00 (8.94) | 34.05 (11.07) | F (2,96) = 24.912; p< 0.001 |
| Duration of illness (in years) | 19.85 (14.55) | 28.48 (15.50) | 9.88 (9.43) | F (2,96) =15.525; p< 0.001 |
| Duration of treatment (in years) | 12.10 (11.63) | 15.71 (12.07) | 7.88 (8.18) | F (2,97) = 4.22; p = 0.01 |
| Type of onset | | | | $\chi^2=23.92$; df = 2; p< 0.001 |
| Insidious | 29 (82.9%) | 22 (81.5%) | 11 (32.4%) | |
| Abrupt | 6 (17.1%) | 5 (18.5%) | 23 (67.6%) | |
| BAI | 14.87 (12.80) | 14.71 (11.98) | 24.92 (16.15) | F (2,99) = 6.185; p = 0.003 |
| BDI | 14.79 (10.38) | 13.64 (10.72) | 14.92 (11.19) | F (2,99) = 0.129; p = 0.879 |
| ASI | 32.84 (31.63) | 44.71 (38.34) | 54.03 (37.46) | F (2,77) = 2.394; p = 0.098 |
| DOCS | 24.03 (16.74) | 11.54 (11.48) | 19.47 (14.49) | F (2,99) = 5.879; p = 0.004 |
| SPIN | 18.63 (17.07) | 31.93 (18.65) | 18.08 (16.00) | F (2,99) = 6.355; p = 0.003 |
| PAS | 4.70 (7.81) | 8.32 (11.61) | 13.77 (11.70) | F (2,97) = 6.895; p = 0.002 |

Footnote: BAI=Beck Anxiety Inventory; BDI=Beck Depression Inventory; ASI=Anxiety Sensitivity Index; DOCS=Dimensional Obsessive-Compulsive Scale; SPIN=Social Phobia Inventory; PAS= Panic and Agoraphobia Scale; * Anxiety disorders clinics at the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro

Table 3: Comparisons between delivered treatments between the groups

| Treatment factors | Obsessive-compulsive disorder (n=38) | Social anxiety disorder (n=28) | Panic disorder (n=36) | Statistical tests |
|------------------------------|---|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Current use of BZDs | 12 (34.3%) | 17 (60.7%) | 25 (73.5%) | $\chi^2=11.168$; df= 2; p= 0.004 |
| Type of BZD | n = 12 | n = 17 | n = 25 | $\chi^2=4.005$; df= 4; p= 0.40 |
| Clonazepam | 12 (100%) | 15 (88.2%) | 22 (91.7%) | |
| Diazepam | - | 1 (5.9%) | 2 (8.3%) | |
| Clozapolam | - | 1 (5.9%) | - | |
| Duration of BZD use | | | | $\chi^2=11.021$; df= 8; p= 0.2 |
| ≤ 1 month | 1 (8.3%) | - | - | |
| > 6 months and ≤ 1 year | 2 (16.7%) | 2 (12.5%) | 1 (5.3%) | |
| > 1 month and ≤ years | 6 (50%) | 7 (43.8%) | 15 (78.9%) | |
| > 10 years ≤ 20 years | 3 (25%) | 5 (31.3%) | 3 (15.8%) | |
| > 20 years | - | 2 (12.5%) | - | |
| Other psychotropics | | | | $\chi^2=24.625$;df= 10; p = 0.006 |
| None | 3 (8.1%) | 3 (11.1%) | - | |
| SSRI | 24 (64.9%) | 21 (77.8%) | 17 (50%) | |
| Tricyclics | 7 (18.9%) | 3 (11.1%) | 5 (14.7%) | |
| Venlafaxine | 2 (5.4%) | - | 6 (17.6%) | |
| Bupropion | - | - | 1 (2.9%) | |
| Others | 1 (2.7%) | - | 5 (14.7%) | |
| Rates of lifetime BZD use | 24 (63.2%) | 21 (75.0%) | 31 (86.1%) | $\chi^2= 5.13$; df= 2; p = 0.07 |
| Types of BZD during lifetime | n= 21 | n= 20 | n= 30 | $\chi^2= 7.27$; df= 6; p = 0.30 |
| Clonazepam | 20 (95.2%) | 17 (85%) | 25 (83.3%) | |
| Diazepam | - | 1 (5%) | 4 (13.3%) | |
| Clozapolam | - | 1 (5%) | - | |

| | | | | |
|-----------------------------|----------|------------|------------|---------------------------------------|
| Alprazolam | 1 (4.8%) | 1 (5%) | 1 (3.3%) | |
| Type of BZD during lifetime | n= 20 | n= 19 | n= 29 | $\chi^2= 2.607$; df= 4; p= 0.62 |
| Regularly | 12 (60%) | 10 (52.6%) | 21 (72.4%) | |
| Ocasionalmente | 6 (30%) | 7 (36.8%) | 5(17.2%) | |
| Both | 2 (10%) | 2 (10.5%) | 3(10.3%) | |
| Last BZD use | n= 20 | n= 16 | n= 30 | $\chi^2= 17.131$; df= 6; p= 0.009 |
| ≤ 1 week | 8 (40%) | 11 (68.8%) | 24 (80%) | |
| > 1 week e ≤ 4 weeks | - | 1 (6.3%) | - | |
| > 1 month e ≤ 6 months | - | 1 (6.3%) | 2 (6.7%) | |
| > 6 months | 12 (60%) | 3 (18.8%) | 4 (13.3%) | |

Nota: BZD=Benzodiazepines; SSRI=Selective serotonin reuptake inhibitors

Table 4: Comparison of clinical features, self-efficacy and expectancies about BZDs between the BZD user from different studied groups

| Features | Obsessive-compulsive disorder (n= 12) | Social anxiety disorder (n=17) | Panic disorder (n= 25) | Statistical tests |
|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------|------------------------------|
| BAI | 22.17 (16.49) | 14.47 (12.19) | 26.60 (17.03) | F (2.51) = 3.081; p = 0.055 |
| BDI | 19. 17 (9.40) | 15. 12 (11.78) | 15.72 (11.32) | F (2.51) = 0.532; p = 0.591 |
| ASI | 44.78 (37.64) | 50.93 (46.62) | 59.05 (40.64) | F (2.41) = 0.402; p = 0.672 |
| DOCS | 31.17 (19.56) | 11.12 (13.83) | 22.04 (14.70) | F (2.51) = 5.978; p = 0.005 |
| SPIN | 20.58 (17.87) | 31.24 (19.20) | 19.00 (15.17) | F (2.51) = 2.768; p = 0.072 |
| PAS | 9.18 (10.74) | 9.00 (12.23) | 15.92 (12.33) | F (2.49) = 2.105; p = 0.133 |
| BRSEQ | 63.36 (24.53) | 72.06 (21.02) | 60.71 (26.66) | F (2.48) = 1.050; p = 0.358 |
| Emotional relief | 22.33 (10.65) | 24.75 (7.33) | 20.32 (10.69) | F (2.50) = 1.001; p = 0.375 |
| Opportunistic | 22.83 (8.87) | 25.31 (7.29) | 21.63 (9.31) | F (2.49) = 0.879; p = 0.422 |
| Cognitive and social change | 13.75 (5.43) | 14.25 (4.76) | 13.28 (6.04) | F (2.50) = 0.150; p = 0.861 |
| Sleep assistance | 4.55 (3.56) | 7.75(3.95) | 5. 84 (3.91) | F (2.49) = 2.409; p = 0.101 |
| BEQ | 46.30 (10.74) | 44.64 (10.45) | 43.00 (8.01) | F (2.45) = 0.465; p = 0.631 |
| Positive expectancy | 29.80 (7.81) | 27.57 (6.57) | 27. 42 (6.71) | F (2.45) = 0.451; p = 0. 640 |
| Negative expectancy | 16.00 (5.57) | 17.50 (6.32) | 15.80 (4.30) | F (2.49) = 0.544; p = 0.584 |

Nota: BZD= Benzodiazepines; BAI= Beck Anxiety Inventory; BDI= Beck Depression Inventory; ASI=Anxiety Sensitivity Index; DOCS=Dimensional Obsessive-Compulsive Scale; SPIN= Social Phobia Inventory; PAS= Panic and Agoraphobia Scale;BRSEQ= Benzodiazepine Refusal Self-Efficacy Questionnaire; BEQ= Benzodiazepine Expectancy Questionnaire

Table 5: Binary logistic regression having current benzodiazepine use as the dependent variable

| | | | | | | | | 95% I.C. forExp (B) | |
|--------|-----------------------------------|-------|------|-------|------|------|--------|---------------------|----------|
| | | B | E.P. | Wald | D.F. | Sig. | Exp(B) | Inferior | Superior |
| Step 1 | Duration of psychiatric treatment | .099 | .037 | 6.992 | 1 | .008 | 1.104 | 1.026 | 1.187 |
| | BAI | -.008 | .036 | .051 | 1 | .821 | .992 | .923 | 1.065 |
| | PAS | .023 | .042 | .292 | 1 | .589 | 1.023 | .942 | 1.112 |
| | ASI | -.004 | .013 | .120 | 1 | .729 | .996 | .971 | 1.020 |
| | MDE | 1.270 | .662 | 3.682 | 1 | .055 | 3.560 | .973 | 13.020 |
| | PD | 1.642 | .792 | 4.299 | 1 | .038 | 5.166 | 1.094 | 24.399 |
| | OCD | -.928 | .708 | 1.721 | 1 | .190 | .395 | .099 | 1.582 |
| | Constant | -2.07 | .887 | 5.442 | 1 | .020 | .126 | | |

Footnote: BAI=Beck Anxiety Inventory; Panic and Agoraphobia Scale; ASI= Anxiety Sensitivity Index; MDE= Major depressive episode; PD= Panic disorder; OCD=Obsessive-compulsive disorder

Supplementary Material

Comorbidities table: Comparisons of psychiatric comorbidities between the studied groups

| Lifetime diagnosis | Obsessive-compulsive disorder (n=32) | Social anxiety disorder (n=28) | Panic disorder (n=28) | Statistical tests |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Major depressive episode | 18 (56.3%) | 19 (67.9%) | 18 (64.3%) | $\chi^2= 0.91$; df= 2; p= 0.63 |
| Dysthymia | 5 (15.6%) | 3 (10.7%) | - | $\chi^2= 6.81$; df= 2; p= 0.03 |
| Suicide risk | 3 (9.4%) | 3 (10.7%) | 4 (14.3%) | $\chi^2= 0.36$; df= 2; p= 0.83 |
| Manic episode | 2 (6.3%) | - | - | $\chi^2= 4.13$; df= 2; p= 0.13 |
| Hypomanic episode | 2 (6.3%) | - | 1 (3.6%) | $\chi^2= 2.58$; df= 2; p= 0.27 |
| Panic disorder | 3 (9.4%) | 7 (25%) | 28 (100%) | $\chi^2= 55.52$; df= 2; p < 0.001 |
| Partial panic attacks | 1 (3.1%) | - | 1 (3.6%) | $\chi^2= 1.56$; df= 2; p= 0.46 |
| Agoraphobia | 5 (15.6%) | 3 (10.7%) | 18 (64.3%) | $\chi^2= 23.98$; df= 2; p < 0.001 |
| Social phobia | 7 (21.9%) | 28 (100%) | - | $\chi^2= 65.17$; df= 2; p < 0.001 |
| GAD | 8 (25%) | 10 (35.7%) | 7 (23.3%) | $\chi^2= 1.30$; df= 2; p = 0.52 |
| OCD | 32 (100%) | 1 (3.6%) | 3 (10.7%) | $\chi^2= 72.93$; df= 2; p < 0.001 |
| PTSD | 1 (3.1%) | - | - | $\chi^2= 2.04$; df=2; p = 0.36 |
| Alcohol dependence | - | 3 (10.7%) | - | $\chi^2= 7.1$; df= 2; p = 0.03 |
| Alcohol abuse | 1 (3.1%) | 2 (7.1%) | - | $\chi^2= 2.86$; df= 2; p = 0.24 |
| Non-alcoholic substance dependence | 1 (3.1%) | - | - | $\chi^2= 2.04$; df= 2; p = 0.36 |
| Bulimia Nervosa | - | 1 (3.6%) | - | $\chi^2= 2.31$; df= 2; p = 0.31 |

Footnote: GAD= Generalized anxiety disorder; OCD= Obsessive-compulsive disorder; PTSD= Post traumatic stress disorder.

ANEXO 3**INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Escala Dimensional de Obsessões e Compulsões

*Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS) **

1

Neste questionário, vamos perguntar sobre 4 tipos diferentes de preocupações que você pode ter ou não. Para cada categoria existe uma descrição dos tipos de pensamentos (às vezes chamados de obsessões) e comportamentos (às vezes chamados de rituais ou compulsões) típicos de uma preocupação. Cada uma destas preocupações são seguidas por 5 questões sobre suas experiências com esses pensamentos e comportamentos. Por favor, leia cada descrição cuidadosamente e responda às questões para cada categoria com base em suas experiências no último mês.

Categoria 1: Preocupações sobre germes e contaminação

Exemplos ...

- Pensamentos ou sentimentos de que você está contaminado porque você entrou em contato com (ou esteve próximo a) certos objetos ou pessoas.
- O sentimento de ser contaminado porque você esteve num determinado local (como um banheiro).
- Pensamentos sobre germes, doenças ou a possibilidade de espalhar contaminação.
- Lavar suas mãos utilizando gel desinfetante, tomar banho, mudar as roupas ou limpar objetos devido a suas preocupações sobre contaminação.
- Seguir uma certa rotina (e.g. no banheiro ou ao vestir-se) devido à contaminação.
- Evitar determinadas pessoas, objetos ou locais devido à contaminação.

As próximas questões são sobre suas experiências com pensamentos e comportamentos relacionados à contaminação **no último mês**. Mantenha em sua mente que as experiências podem ser diferentes dos exemplos listados acima. Por favor, circule o número ao lado de sua resposta.

1. Quanto tempo você gastou por dia pensando sobre contaminação e realizando comportamentos de lavagem ou limpeza devido a pensamentos sobre contaminação?
 0. Nenhum.
 1. Menos de 1 h por dia.
 2. Entre 1 e 3 h por dia.
 3. Entre 3 a 8 h por dia.
 4. Mais de 8 h por dia.

2. Até que ponto você evitou situações de forma a prevenir preocupações com contaminação ou a não gastar tempo lavando, limpando ou tomando banho?
 0. Não evitei nem um pouco.
 1. Tive pouca evitação.
 2. Tive uma evitação moderada.
 3. Tive uma evitação grande.
 4. Tive uma evitação extrema de quase todas as coisas.

3. Se você teve pensamentos sobre contaminação mas não pôde lavar, limpar ou tomar banho (ou, caso contrário, remover a contaminação), o quanto você ficou incomodado(a) ou ansioso?
 0. Não fiquei nem um pouco incomodado/ansioso.
 1. Fiquei levemente incomodado/ansioso.
 2. Fiquei moderadamente incomodado/ansioso.
 3. Fiquei bastante incomodado/ansioso.
 4. Fiquei extremamente incomodado/ansioso.

4. Até que ponto sua rotina diária (trabalho, escola, cuidados pessoais, vida social) foi prejudicada por preocupações sobre contaminação e lavagem, banhos, limpeza ou comportamentos de evitação excessivos?
 0. Não tive nenhum prejuízo.
 1. Tive um pequeno prejuízo, mas eu consegui fazer as coisas bem na maioria das vezes.
 2. Muitas coisas foram prejudicadas, mas eu ainda consegui lidar com elas.
 3. A minha vida está prejudicada de muitas formas e eu tenho problemas em lidar com ela.
 4. A minha vida está completamente prejudicada e eu não consigo fazer quase nada.

5. O quanto foi difícil para você ignorar pensamentos sobre contaminação e desistir de comportamentos como lavar, tomar banho, limpar ou outras rotinas de descontaminação quanto você tentou fazê-lo?
 0. Nem um pouco difícil.
 1. Um pouco difícil.
 2. Moderadamente difícil.
 3. Muito difícil.
 4. Extremamente difícil.

* Instrumento original de autoria de Abramowitz et al (2010). Versão em Português de Fontenelle et al. (2013)

Escala Dimensional de Obsessões e Compulsões

*Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS) **

2

Categoria 2: Preocupações sobre ser responsável por danos, ferimentos, ou azar.

Exemplos ...

- Uma dúvida de que você pode ter cometido um engano que causou algo terrível ou danoso a alguém.
- O pensamento de que um acidente terrível, desastre, ferimento ou outro azar tenha ocorrido e você não foi cuidadoso o suficiente para prevenir.
- O pensamento de que você poderia ter prevenido um dano ou azar se fizesse as coisas de uma determinada forma, contasse até um certo número ou evitasse certos números ou palavras ruins.
- O pensamento de ter perdido uma coisa importante que você provavelmente não perderia normalmente (e.g. carteira de dinheiro, carteira de identidade, papéis).
- Checar as coisas como maçanetas, interruptores ou sua carteira mais freqüentemente do que o necessário.
- Perguntar ou checar repetidamente para reasssegurar-se que alguma coisa ruim não aconteceu ou não acontecerá.
- Rever mentalmente eventos passados para se certificar que você não fez algo de errado.
- A necessidade de seguir uma rotina especial porque ela prevenirá danos ou desastres de ocorrerem.
- A necessidade de contar até um certo número ou de evitar certos números de azar, devido ao medo de dano.

As próximas questões são sobre suas experiências com pensamentos e comportamentos relacionados a dano e desastres **no último mês**. Mantenha em sua mente que as experiências podem ser discretamente diferentes dos exemplos listados acima. Por favor, circule o número ao lado de sua resposta.

6. Quanto tempo você gastou por dia pensando sobre a possibilidade de dano ou desastres e realizando checagens ou esforços para se reasssegurar que estas coisas não ocorreram ou não ocorrerão?
 0. Nenhum.
 1. Menos de 1 h por dia.
 2. Entre 1 e 3 h por dia.
 3. Entre 3 a 8 h por dia.
 4. Mais de 8 h por dia.

7. Até que ponto você evitou situações para não ter que checar ou para não ter que se preocupar com possíveis danos ou desastres?
 0. Não evitei nem um pouco.
 1. Tive pouca evitação.
 2. Tive uma evitação moderada.
 3. Tive uma evitação grande.
 4. Tive uma evitação extrema de quase todas as coisas.

8. Quando você pensou sobre a possibilidade de dano ou desastres, ou se você não pôde checar ou solicitar que lhe assegurassem sobre essas coisas, o quanto você ficou incomodado ou ansioso?
 0. Não fiquei nem um pouco incomodado/ansioso.
 1. Fiquei levemente incomodado/ansioso.
 2. Fiquei moderadamente incomodado/ansioso.
 3. Fiquei bastante incomodado/ansioso.
 4. Fiquei extremamente incomodado/ansioso.

9. Até que ponto sua rotina diária (trabalho, escola, cuidados pessoais, vida social) foi prejudicada por pensamentos sobre dano ou desastres ou checagem ou solicitações de reassseguramento excessivos?
 0. Não tive nenhum prejuízo.
 1. Tive um pequeno prejuízo, mas eu consegui fazer as coisas bem na maioria da vezes.
 2. Muitas coisas foram prejudicadas, mas eu ainda consegui lidar com elas.
 3. A minha vida está prejudicada de muitas formas e eu tenho problemas em lidar com ela.
 4. A minha vida está completamente prejudicada e eu não consegui fazer quase nada.

10. O quanto foi difícil para você ignorar pensamentos sobre danos ou desastres possíveis e desistir de comportamentos como checar ou solicitar reassseguramento aos outros quanto você tentou fazê-lo?
 0. Nem um pouco difícil
 1. Um pouco difícil
 2. Moderadamente difícil.
 3. Muito difícil.
 4. Extremamente difícil.

* Instrumento original de autoria de Abramowitz et al (2010). Versão em Português de Fontenelle et al. (2013)

Escala Dimensional de Obsessões e Compulsões
*Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS)**

3

Categoria 3: Pensamentos inaceitáveis

Exemplos ...

- Pensamentos desagradáveis sobre sexo, imoralidade ou violência vêm a sua mente contra sua vontade.
- Pensamentos sobre fazer algo terrível, impróprio ou embaraçoso que você não quer realmente fazer.
- Repetir uma ação ou seguir uma rotina especial devido a um pensamento mau.
- Realizar uma ação mentalmente ou rezar para se livrar de um pensamento indesejável ou desagradável.
- Evitar certas pessoas, lugares ou situações ou outros gatilhos que pensamentos indesejáveis ou desagradáveis.

As próximas questões são sobre suas experiências com pensamentos indesejáveis que vêm a sua mente contra sua vontade e comportamentos realizados para lidar com esses tipos de pensamentos no último mês. Mantenha em sua mente que as experiências podem ser discretamente diferentes dos exemplos listados acima. Por favor, circule o número ao lado de sua resposta.

11. Quanto tempo você gastou por dia com pensamentos indesejáveis e desagradáveis e com comportamentos ou outros pensamentos para lidar com eles?
 0. Nenhum.
 1. Menos de 1 h por dia.
 2. Entre 1 e 3 h por dia.
 3. Entre 3 a 8 h por dia.
 4. Mais de 8 h por dia.

12. Até que ponto você evitou situações, locais, objetos e outras lembranças (e.g. números ou pessoas) de forma a não ter pensamentos indesejáveis e desagradáveis?
 0. Não evitei nem um pouco.
 1. Tive pouca evitação.
 2. Tive uma evitação moderada.
 3. Tive uma grande evitação.
 4. Tive uma evitação extrema de quase todas as coisas.

13. Quando pensamentos indesejáveis ou desagradáveis vieram a sua mente contra sua vontade, o quanto você ficou incomodado ou ansioso?
 0. Não fiquei nem um pouco incomodado/ansioso.
 1. Fiquei levemente incomodado/ansioso.
 2. Fiquei moderadamente incomodado/ansioso.
 3. Fiquei bastante incomodado/ansioso.
 4. Fiquei extremamente incomodado/ansioso.

14. Até que ponto sua rotina diária (trabalho, escola, cuidados pessoais, vida social) foi prejudicada por pensamentos indesejáveis e desagradáveis e esforços para evitar ou lidar com tais pensamentos?
 0. Não tive nenhum prejuízo.
 1. Tive um pequeno prejuízo, mas eu consegui fazer as coisas bem na maioria da vezes.
 2. Muitas coisas foram prejudicadas, mas eu ainda consegui lidar com elas.
 3. A minha vida está prejudicada de muitas formas e eu tenho problemas em lidar com ela.
 4. A minha vida está completamente prejudicada e eu não consigo fazer quase nada.

15. O quanto foi difícil para você ignorar pensamentos indesejáveis ou desagradáveis e desistir de usar comportamentos ou atos mentais para lidar com esses pensamentos quando você tentou fazê-lo?
 0. Nem um pouco difícil
 1. Um pouco difícil
 2. Moderadamente difícil.
 3. Muito difícil.
 4. Extremamente difícil.

Escala Dimensional de Obsessões e Compulsões
*Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS) **

4

Categoria 4: Preocupações sobre simetria, completude e a necessidade das coisas estarem "legais".

Exemplos ...

- A necessidade de simetria, equilíbrio, balanço ou exatidão.
- Sentimentos de que alguma coisa "não está legal".
- Repetir uma ação de rotina até sentir-se "legal" ou balanceado.
- Contar coisas sem sentido (e.g. tijolos da parede, palavras em uma frase).
- Arrumar as coisas desnecessariamente em ordem.
- Ter que falar algo de novo e de novo da mesma forma até que se sinta "legal".

As próximas questões são sobre suas experiências com sentimentos de que algo não está "legal" e comportamentos realizados para obter ordem, simetria ou balanceio **no último mês**. Mantenha em sua mente que as experiências podem ser discretamente diferentes dos exemplos listados acima. Por favor, circule o número ao lado de sua resposta.

16. Quanto tempo você gastou por dia com pensamentos indesejáveis sobre simetria, ordem ou balanceamento e com comportamentos realizados para obter simetria, ordem ou balanceamento?
 0. Nenhum.
 1. Menos de 1 h por dia.
 2. Entre 1 e 3 h por dia.
 3. Entre 3 a 8 h por dia.
 4. Mais de 8 h por dia.

17. Até que ponto você evitou situações, locais, objetos associados com sentimentos de que algo não é simétrico ou "legal"?
 0. Não evitei nem um pouco.
 1. Tive pouca evitação.
 2. Tive uma evitação moderada.
 3. Tive uma evitação grande.
 4. Tive uma evitação extrema de quase todas as coisas.

18. Quando você teve o sentimento de que algo não está "legal", o quanto você ficou incomodado ou ansioso?
 0. Não fiquei nem um pouco incomodado/ansioso.
 1. Fiquei levemente incomodado/ansioso.
 2. Fiquei moderadamente incomodado/ansioso.
 3. Fiquei bastante incomodado/ansioso.
 4. Fiquei extremamente incomodado/ansioso.

19. Até que ponto sua rotina diária (trabalho, escola, cuidados pessoais, vida social) foi prejudicada por sentimentos de que as coisas não estão legais, esforços para colocar as coisas em ordem ou fazê-las ficarem "legais"?
 0. Não tive nenhum prejuízo.
 1. Tive um pequeno prejuízo, mas eu consegui fazer as coisas bem na maioria das vezes.
 2. Muitas coisas foram prejudicadas, mas eu ainda consegui lidar com elas.
 3. A minha vida está prejudicada de muitas formas e eu tenho problemas em lidar com ela.
 4. A minha vida está completamente prejudicada e eu não consigo fazer quase nada.

20. O quanto foi difícil para você ignorar pensamentos sobre falta de simetria e ordem e desistir de colocar as coisas em ordem ou repetir certos comportamentos quando você tentou fazê-lo?
 0. Nem um pouco difícil
 1. Um pouco difícil
 2. Moderadamente difícil.
 3. Muito difícil.
 4. Extremamente difícil.

Referência original: Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D, Timpano KR, McGrath PB, Riemann BC, Adams T, Björgvinsson T, Storch EA, Hale LR. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychol Assess*. 2010;22(1):180-98.

Inventário de Fobia Social (SPIN)

1

Nome: _____ Data: _____

INSTRUÇÕES: Por favor, indique quanto os seguintes problemas incomodaram você durante a **ÚLTIMA SEMANA**. Marque somente um item para cada problema, e verifique se respondeu a todos os itens.

| | Nada | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|--|------|----------|---------------|----------|--------------|
| 1) Tenho medo de autoridades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Incomodo-me por ficar vermelho na frente das pessoas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Festas e eventos sociais me assustam | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Evito falar com pessoas que não conheço | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Fico muito assustado ao ser criticado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Transpirar na frente das pessoas me incomoda | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Evito ir a festas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Evito atividades nas quais sou o centro das atenções | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) Conversar com estranhos me assusta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) Evito falar com uma plateia ou dar discursos (ex. apresentações em sala de aula) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) Faço qualquer coisa para não ser criticado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13) Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14) Tenho receio de fazer coisas quando posso estar sendo observado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15) Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16) Evito falar com qualquer autoridade | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17) Tremer ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Paciente:

Data:

Visita:

Escala para Pânico e Agorafobia (PAS)

(B. Bandelow, 1999)

Este questionário foi desenvolvido para pessoas que sofrem ataque de pânico e agorafobia. Avalie a gravidade dos seus sintomas na última semana.

A. Ataques de Pânico são definidos como súbitas explosões de ansiedade, acompanhados de alguns dos sintomas abaixo:

- Palpitações ou coração acelerado;
- Suor;
- Tremedeira;
- Boca seca;
- Dificuldade de respirar;
- Sensação de sufocamento;
- Dor ou desconforto no peito;
- Náusea ou desconforto na barriga;
- Sensação de tontura, desmaio ou cabeça leve;
- Sensação de que objetos não são reais (como num sonho), ou que está distante e "não estar realmente ali";
- Medo de perder o controle, enlouquecer ou desmaiar;
- Medo de morrer;
- Ondas de calor ou calafrios;
- Dormência ou formigamento;

Ataques de pânico acontecem de repente e aumentam em intensidade dentro de cerca de dez minutos

A1. Com que frequência você teve ataques de pânico?

- 0 nenhum ataque de pânico na última semana
- 1 1 ataque de pânico na última semana
- 2 2 ou 3 ataques de pânico na última semana
- 3 4-6 ataques de pânico na última semana
- 4 mais que 6 ataques de pânico na última semana

A2. Qual foi a intensidade dos ataques de pânico na última semana?

- 0 nenhum ataque de pânico na última semana
- 1 os ataques de pânico em geral foram muito leves
- 2 os ataques de pânico em geral foram moderados
- 3 os ataques de pânico em geral foram graves
- 4 os ataques de pânico em geral foram extremamente graves

A3. Qual foi a duração média dos ataques de pânico na última semana?

- 0 nenhum ataque de pânico na última semana
- 1 1 a 10 minutos
- 2 de 10 a 60 minutos
- 3 de 1 a 2 horas
- 4 mais que 2 horas

U. A maioria dos ataques foi previsível (ocorreram em situações de medo) ou inesperados (espontâneos)?

- 9 nenhum ataque de pânico na última semana
-
- 0 a maioria foi inesperada
- 1 mais inesperados do que previsíveis
- 2 alguns inesperados, alguns previsíveis
- 3 mais previsíveis que inesperados
- 4 a maioria foi previsível

B1. Na última semana, você evitou certas situações por medo de ter ataques de pânico ou sensação de desconforto?

- 0 não houve evitação (ou meus ataques não ocorrem em certas situações)
- 1 raramente eu evito situações temidas
- 2 eu evito ocasionalmente situações temidas
- 3 evito com frequência situações temidas
- 4 evito com muita frequência as situações temidas

B2. Por favor, marque as situações que você evitou ou nas quais você teve ataque de pânico ou sensação de desconforto quando não estava acompanhado:

- Avião
- Metrô
- Ônibus ou trem
- Navio

- Teatro ou cinema
- Supermercado
- Esperando em fila
- Auditório ou estádio
- Festas ou encontros sociais
- Multidões ou lugares cheios
- Restaurante
- Museu
- Elevador
- Lugares fechados (ex: túnel)
- Sala de aula ou anfiteatro
- Dirigir (ex: engarrafamentos)
- Salas grandes
- Andar na rua
- Campos, ruas largas, pátios
- Lugares altos
- Atravessar pontes
- Viajar pra longe de casa
- Ficar em casa sozinho/a

Outras situações

- _____
- _____
- _____

B3. Qual a importância das situações que você evitou ou evita?

- 0 sem importância (ou não há agorafobia)
- 1 não muito importantes
- 2 moderadamente importantes
- 3 muito importantes
- 4 extremamente importantes

C1. Na semana passada, você sofreu com o medo de ter ataques de pânico (ansiedade antecipatória ou medo do medo)?

- 0 não tenho nenhum medo de ter ataques de pânico
- 1 raramente tenho medo de ter ataques de pânico
- 2 algumas vezes tenho medo de ter ataques de pânico
- 3 tenho medo freqüente de ter ataques de pânico
- 4 tenho medo constante de ter ataques de pânico

C2. O quão forte foi este "medo do medo"?

- 0 nenhum
- 1 leve
- 2 moderado
- 3 acentuado
- 4 extremo

D1. Na última semana, seus ataques de pânico ou agorafobia levaram a prejuízo no funcionamento familiar (esposa, filhos etc.)?

- 0 nenhum prejuízo
- 1 leve prejuízo
- 2 moderado prejuízo
- 3 acentuado prejuízo
- 4 extremo prejuízo

D2. Na última semana, seus ataques de pânico ou agorafobia levaram a prejuízo no relacionamento social e no lazer (eventos sociais como cinema, festas, etc.)?

- 0 nenhum prejuízo
- 1 leve prejuízo
- 2 moderado prejuízo
- 3 acentuado prejuízo
- 4 extremo prejuízo

D3. Na última semana, seus ataques de pânico ou agorafobia levaram a prejuízo no trabalho (considere o trabalho em casa também)?

- 0 nenhum prejuízo
- 1 leve prejuízo
- 2 moderado prejuízo
- 3 acentuado prejuízo
- 4 extremo prejuízo

E1. Na última semana você se preocupou em ter danos à saúde por causa de seus sintomas de ansiedade (ex: sofrer ataque cardíaco ou desmaiar e se machucar)?

- 0 não é verdadeiro
- 1 raramente verdadeiro
- 2 parcialmente verdadeiro
- 3 quase sempre verdadeiro
- 4 sempre verdadeiro

E2. Você as vezes pensa / acredita que seu médico está errado quando lhe diz que seus sintomas como palpitações, tontura, formigamento, falta de ar tem causa psicológica? Você acredita que, na realidade, existe uma causa somática (física, corpórea) por trás destes sintomas que ainda não foi descoberta?

- 0 não é verdadeiro
- 1 raramente verdadeiro
- 2 parcialmente verdadeiro
- 3 quase sempre verdadeiro
- 4 definitivamente verdadeiro, é um transtorno somático

Escore total: some todos os itens com exceção de U.

| |
|--|
| INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI) |
|--|

Nome: _____ Data: _____

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante **A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Marque com um **X** os espaços correspondentes a cada sintoma.

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|-----------------------------------|----------------|---|---|---|
| | <u>Ausente</u> | <u>Leve,</u> não me incomoda muito | <u>Moderado,</u> é desagradável mas consigo suportar | <u>Grave,</u> quase não consigo suportar |
| 1. dormência ou formigamento | | | | |
| 2. sensações de calor | | | | |
| 3. tremor nas pernas | | | | |
| 4. incapaz de relaxar | | | | |
| 5. medo de acontecimentos ruins | | | | |
| 6. confuso ou delirante | | | | |
| 7. coração batendo forte e rápido | | | | |
| 8. inseguro(a) | | | | |
| 9. apavorado(a) | | | | |
| 10. nervoso(a) | | | | |
| 11. sensação de sufocamento | | | | |
| 12. tremor nas mãos | | | | |
| 13. trêmulo(a) | | | | |
| 14. medo de perder o controle | | | | |
| 15. dificuldade de respirar | | | | |
| 16. medo de morrer | | | | |
| 17. assustado(a) | | | | |
| 18. indigestão | | | | |
| 19. desmaio / "cabeça leve" | | | | |
| 20. rosto quente / enrubescido | | | | |
| 21. suor frio / quente | | | | |

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Nome: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que **descreve melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

| | |
|---|---|
| <p>1 0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enjoado de mim 3 Eu me odeio</p> | <p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p> |
|---|---|

| | |
|---|---|
| <p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo de 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite</p> | <p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais com dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo</p> |
|---|---|

_____ Subtotal da Página 1

_____ Subtotal da Página 2

_____ Total

Escala de Sensibilidade à Ansiedade - Revisada (ASI-R/ESA-R)

Para cada afirmativa abaixo, marque um X na coluna que julgar mais apropriada.

| | <u>Muito Pouco</u> | <u>Um Pouco</u> | <u>Moderadamente</u> | <u>Muito</u> | <u>Muitíssimo</u> |
|---|--------------------|-----------------|----------------------|--------------|-------------------|
| 1. Para mim, é importante não demonstrar nervosismo. | | | | | |
| 2. Quando não consigo me concentrar, tenho medo de estar ficando louco (a). | | | | | |
| 3. Fico assustado (a) quando me sinto trêmulo (a). | | | | | |
| 4. Fico assustado (a) quando me sinto tonto (a). | | | | | |
| 5. Fico assustado (a) quando meu coração bate muito rápido. | | | | | |
| 6. Fico assustado (a) quando sinto náuseas. | | | | | |
| 7. Quando percebo que meu coração está batendo rápido, tenho medo de estar tendo um infarto. | | | | | |
| 8. Fico assustado (a) quando sinto falta de ar. | | | | | |
| 9. Quando meu estômago está embrulhado, fico preocupado (a) que estou com uma doença séria. | | | | | |
| 10. Fico assustado (a) quando não consigo me concentrar no que estou fazendo. | | | | | |
| 11. Quando a minha cabeça esta latejando, fico preocupado (a) que se trate de um derrame. | | | | | |
| 12. Quando meu corpo começa a tremer na presença de outras pessoas, tenho medo do que elas vão pensar de mim. | | | | | |
| 13. Quando sinto que não estou respirando direito, tenho medo de sufocar. | | | | | |
| 14. Quando estou com diarreia, fico preocupado que existe algo de errado comigo. | | | | | |
| 15. Quando sinto um aperto no peito, tenho medo de não conseguir respirar direito. | | | | | |
| 16. Quando minha respiração fica irregular, fico achando que alguma coisa ruim vai acontecer. | | | | | |
| 17. Fico assustado (a) quando as coisas a minha volta parecem estranhas ou irreais. | | | | | |
| 18. Sensações de asfixia me assustam. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 19. Quando sinto dor no peito, tenho medo de vir a ter um infarto. | | | | | |
| 20. Acho que seria horrível se eu vomitasse em público. | | | | | |
| 21. Fico assustado (a) quando sinto que meu corpo está estranho ou diferente de alguma forma | | | | | |
| 22. Tenho medo de que as outras pessoas percebam a minha ansiedade. | | | | | |
| 23. Quando me sinto aéreo ou “fora do ar”, fico preocupado (a) em estar com alguma doença mental. | | | | | |
| 24. Fico assustado (a) quando fico vermelho na frente das outras pessoas. | | | | | |
| 25. Quando sinto uma dor forte no estômago, fico preocupado que seja um sinal de câncer. | | | | | |
| 26. Quando tenho dificuldade de engolir, tenho medo de engasgar. | | | | | |
| 27. Quando sinto alterações na batida do meu coração fico achando que existe algo de muito sério comigo. | | | | | |
| 28. Fico preocupado quando sinto minhas mãos dormentes. | | | | | |
| 29. Quando fico tonto, fico preocupado que existe algum problema no meu cérebro. | | | | | |
| 30. Quando começo a suar em situações sociais, fico preocupado que as pessoas pensem mal de mim. | | | | | |
| 31. Quando meus pensamentos parecem se acelerar, tenho medo de estar ficando louco. | | | | | |
| 32. Quando minha garganta fecha, tenho medo de morrer engasgado(a). | | | | | |
| 33. Quando meu rosto fica dormente, fico preocupado que estou tendo um derrame. | | | | | |
| 34. Quando não consigo pensar com clareza, fico achando que estou com algum problema. | | | | | |
| 35. Acho que seria horrível se eu desmaiasse em público. | | | | | |
| 36. Quando minha cabeça “dá um branco”, tenho medo de estar com algum problema muito sério. | | | | | |

Questionário sobre uso de benzodiazepínicos (BUQ)

Benzodiazepínicos (também conhecidos como calmantes) são as medicações que necessitam de prescrição na receita ou “chequinho” azul, como por exemplo: Rivotril®, Clonazepam, Valium®, Diazepam, Frontal®, Alprazolam, Olcadil®, Rohypnol®, dentre outros. Caso tenha dúvida pergunte ao pesquisador.

Nome: _____ Número: _____ Data: _____

1) Você usa ou já usou calmantes ou benzodiazepínicos(s)?

Sim

Não

Em caso positivo ...

Qual deles? _____

Em que dose (em mg)? _____

Aproximadamente há quanto tempo (em dias, semanas, meses, ou anos)? _____

Desde quando (dia, mês e ano, se possível)? _____

Quando foi a última vez que você usou? _____

2) Caso você use calmantes ou benzodiazepínicos, você o usa regularmente ou apenas de vez em quando?

Regularmente

De vez em quando

Nos dois casos

3) Por que você usa ou não usa calmante ou benzodiazepínicos? (pode ser mais de uma resposta)

Para não ter ataques de ansiedade

Para poder dormir melhor, por causa de insônia

Para dormir melhor pois penso em muitas coisas que me deixam ansioso antes de dormir

Para poder me sentir melhor antes de algumas situações

Não uso pois não gosto de tomar remédio

Não uso pois tenho medo de usar e ficar dependente

Não uso pois acho que posso ter um efeito colateral que não goste

Não uso pois nunca foi receitado para mim

4) Você acha necessário o uso do calmante ou do benzodiazepínicos?

Sim

Não

5) Caso você use o calmante ou benzodiazepínicos, você gostaria de deixar de usá-lo?

Sim

Não

Não faço uso (o questionário acaba aqui)

6) Caso você não queira deixar de usar o calmante ou benzodiazepínicos, qual o motivo?

Posso não conseguir dormir por insônia

Posso não conseguir dormir por não parar de pensar em muitas coisas

Posso começar a ter ataques de ansiedade

Posso não conseguir fazer coisas que são esperadas que eu faça

7) Caso você use o calmante ou benzodiazepínicos, o quanto você atribui sua melhora a seu uso?

Nada

Quase nada

Um pouco

Nem muito, nem pouco

Muito

Quase totalmente

Totalmente

PREENCHER SOMENTE SE USA OU JÁ USOU CALMANTE

Questionário de auto-eficácia e recusa de calmantes (BRSEQ)

Nome: _____ Data: _____

Este questionário contém situações nas quais as pessoas podem encontrar-se usando calmantes. A maioria das pessoas vai achar que é mais fácil resistir ao uso dos calmantes em algumas situações do que em outras. O objetivo deste questionário é descobrir seus pensamentos e sentimentos sobre o uso de calmantes. Por favor, avalie cada uma das situações abaixo e marque com um X as alternativas que melhor descrevem sua opinião sobre o calmante.

Veja o exemplo abaixo:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| | Eu tenho <u>certeza total que não resisto</u> ao uso de calmantes | Eu tenho <u>quase certeza que não resisto</u> ao uso de calmantes | Eu <u>provavelmente não resisto</u> ao uso de calmantes | Eu <u>provavelmente resisto</u> ao uso de calmantes | Eu tenho <u>quase certeza que resisto</u> ao uso de calmantes | Eu tenho <u>certeza total que resisto</u> ao uso de calmantes |
| 1. Quando eu estou estressado | | X | | | | |

Agora responda o que você realmente acha:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Eu tenho <u>certeza total que não resisto</u> ao uso de calmantes | Eu tenho <u>quase certeza que não resisto</u> ao uso de calmantes | Eu <u>provavelmente não resisto</u> ao uso de calmantes | Eu <u>provavelmente resisto</u> ao uso de calmantes | Eu tenho <u>quase certeza que resisto</u> ao uso de calmantes | Eu tenho <u>certeza total que resisto</u> ao uso de calmantes |
| 1. Quando eu estou com raiva | | | | | | |
| 2. Quando me sinto inquieto (a) | | | | | | |
| 3. Quando eu quero ser mais aceito pelos amigos | | | | | | |
| 4. Quando me sinto chateado (a) | | | | | | |
| 5. Quando estou nervoso (a) | | | | | | |
| 6. Quando estou entediado (a) | | | | | | |
| 7. Quando estou sozinho (a) | | | | | | |
| 8. Quando me sinto solitário (a) | | | | | | |
| 9. Quando estou sob pressão | | | | | | |
| 10. Antes de eu ir para a cama | | | | | | |
| 11. Quando eu estou levando comigo calmantes | | | | | | |
| 12. Quando vejo a caixa de remédio | | | | | | |
| 13. Quando estou estressado (a) | | | | | | |
| 14. Quando eu não consigo dormir (a) | | | | | | |
| 15. Quando estou envergonhado (a) | | | | | | |
| 16. Quando não consigo me concentrar | | | | | | |

PREENCHER SOMENTE SE USA OU JÁ USOU CALMANTE

Questionário de expectativas sobre os calmantes (*Benzodiazepine Expectancy Questionnaire / BEQ*)

Nome: _____

Número: _____ Data: _____

Este questionário contém uma série de afirmações sobre o efeito que calmantes (ou benzodiazepínicos) podem ter sobre você. Veja o exemplo abaixo:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| | Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
| Pequenas coisas me incomodam menos quando estou tomando calmantes | | X | | | |

Agora responda você mes mo:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| | Discordo totalmente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
| 1. Tenho ideias melhores quando estou usando calmantes | | | | | |
| 2. Os calmantes me ajudam a relaxar depois de um dia ou de uma semana de trabalho duro. | | | | | |
| 3. Pequenas coisas me incomodam menos quando eu tomo calmantes. | | | | | |
| 4. Tomar calmantes me faz sentir extrovertido (a) e amigável | | | | | |
| 5. Tomar calmantes me faz sentir tenso (a). | | | | | |
| 6. Tomar calmantes me deixa menos tenso (a). | | | | | |
| 7. Tomar calmantes atrapalha meu relacionamento com outras pessoas. | | | | | |
| 8. Eu me sinto inquieto (a) quando tomo calmantes. | | | | | |
| 9. Eu sou mais mau humorado(a) e deprimido(a) quando tomo calmantes. | | | | | |
| 10. Se eu estou tomando calmantes é mais fácil expressar meus sentimentos. | | | | | |
| 11. Tomar calmantes alivia a minha tensão. | | | | | |
| 12. Tomar calmantes não me ajuda a parar de me preocupar. | | | | | |
| 13. Tomar calmantes me deixa mais agressivo (a). | | | | | |
| 14. Tomar calmantes me faz sentir fracassado(a). | | | | | |
| 15. Tomar calmantes me ajuda a estar mais alerta mentalmente. | | | | | |
| 16. Tomar calmantes me deixa mais facilmente irritado (a). | | | | | |
| 17. Quando estou tomando calmantes é mais fácil de me abrir e expressar meus sentimentos. | | | | | |
| 18. Quando tomo calmantes evito pessoas ou situações por medo de passar vergonha. | | | | | |