

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR RELACIONADO AO USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Uma Revisão Bibliográfica

Camila Safanelli¹
Jéssica Karolina Rodrigues²
Luiz Arthur Rangel Cyrino³

Resumo

Esta revisão bibliográfica apresenta a relação entre o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e o uso abusivo de substâncias psicoativas, além de prováveis tratamentos e formas que o cérebro encontra para reagir a essas mudanças. Destaca-se que o Transtorno Afetivo Bipolar é um transtorno de humor com forte associação ao uso abusivo de substâncias psicoativas, como os medicamentos, as drogas e outras substâncias químicas que distorcem o funcionamento cerebral – seja causando efeito depressor ou estimulante –, alterando, assim, a cognição e o comportamento. Fatores ambientais, químicos e psicológicos podem desencadear tal transtorno e tornar o indivíduo um portador vitalício. Vários pesquisadores defendem que se faz necessário um diagnóstico específico, pelo qual se pode reconhecer uma dependência química como comorbidade do transtorno, e eles esclarecem que há casos em que o paciente não consegue lidar com a doença, procurando, então, uma saída secundária: a droga ou algum medicamento com efeitos colaterais relevantes. Assim, para se obter sucesso no tratamento é de extrema importância que o paciente coopere com as orientações da equipe multidisciplinar, dedicando-se na busca por qualidade de vida, apesar de ser portador da doença.

Palavras-chave: Substâncias psicoativas. Comorbidade. Transtorno Afetivo Bipolar.

BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER RELATED TO THE ABUSE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES: A LITERATURE REVIEW

Abstract

This literature review presents the relation between Bipolar Affective Disorder (BAD) and excessive use of psychoactive substances, besides possible treatments and ways that the brain finds to respond to these changes. It points out that bipolar disorder is a mood disorder with a strong association with abuse of psychoactive substances such as medicines, drugs and other chemicals that distorts the brain functioning - either causing a depressant or stimulant effect - changing, thus the cognition and behavior. Environmental factors, chemical and psychological can unleash this disorder and make the individual a carrier lifetime. Several researches say that it is necessary a specific diagnosis, through which it can recognize addiction as a comorbidity disorder, and they clarify that there are cases where the patient can not handle with the disease, looking then for a secondary exit: drugs or any medication with significant side effects. So, for a successful treatment, it is extremely important that patient cooperates with the guidelines of the multidisciplinary team, devoting himself in the pursuit for life quality, despite being a carrier of the disease.

Keywords: Psychoactive substances. Comorbidity. Bipolar Affective Disorder.

^{1,2} Acadêmicas do curso de Psicologia da Universidade da Região de Joinville — Univille.

³ Professor de Psicofarmacologia e Neurofisiologia do Departamento de Psicologia da Universidade da Região de Joinville — Univille.

O abuso de substâncias psicoativas por pessoas portadoras de transtornos mentais graves acaba sendo uma comorbidade que se mostra como regra, e não como exceção. Esse fato tem incitado inúmeros pesquisadores da área da saúde mental a aprofundarem seus estudos em relação ao uso abusivo de substâncias em portadores de transtornos mentais, posto que atualmente tal fenômeno tem sido atribuído a uma maior disponibilidade de álcool e drogas para a população em geral (Zaleski et al., 2006).

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é um transtorno mental caracterizado por alterações do humor, com recorrência de episódios depressivos e maníacos ao longo da vida (Michelon; Vallada, 2005). Os sintomas de mania abarcam alterações de humor, como agitação, irritação, nervosismo, entre outros, e alterações comportamentais, como a fala rápida, fácil distração, sono escasso, comportamento impulsivo, entre outros (United States, 2009). Já os sintomas de depressão são caracterizados principalmente por rebaixamento do humor, redução de energia e atividade cerebral diminuída (Lima, 2004).

Essas alterações simples, advindas de experiências boas e ruins ocorridas ao longo da vida, contudo, afetam o cotidiano de forma perceptível, trazendo consequências para o indivíduo, seja por intermédio dos sintomas depressivos ou dos episódios de mania (Berk, 2011).

Há uma associação de alguns possíveis fatores de risco para a manifestação de TAB, como: demográficos, relacionados ao nascimento e a antecedentes pessoais, sociais, quanto a antecedentes familiares e à história médica precursora. Também existe uma associação entre o Transtorno Afetivo Bipolar e uma condição socioeconômica desfavorável, como desemprego ou baixa renda, bem como o estado civil solteiro (Michelon, Vallada, 2005).

Há, ainda, a genética, na qual os genes do indivíduo aumentam a sua probabilidade de desenvolver TAB, mas esse não é o único fator que contribui para a doença. Gêmeos univitelinos partilham exatamente os mesmos genes. Se o TAB fosse 100% genético, era de se esperar que, se um gêmeo fosse portador dessa doença, o outro também a desenvol-

veria. Embora exista um risco aumentado de o outro gêmeo desenvolver a doença, isso nem sempre ocorre (Kelsoe, 2003).

No tratamento, Alves, Kessler e Ratto (2004) exaltam a necessidade de uma equipe multidisciplinar formada por psiquiatras com experiência sobre drogas, profissionais especializados em dependência química e especialistas clínico-laboratoriais.

De acordo com Ribeiro, Laranjeira e Cividanes (2005), 25% dos pacientes que são usuários abusivos de álcool e drogas apresentam algum transtorno do humor associado, porém ainda é difícil saber se essa é uma conexão do tipo “agregação” ou “causação”, cabendo ao clínico identificar essa questão, que é particular para cada paciente.

Ballone (2005) explica a respeito:

Um Transtorno do Humor Induzido por Substância é diferenciado de um Transtorno do Humor primário mediante a consideração do início, curso e outros fatores. Para drogas de abuso, deve haver evidências de intoxicação ou abstinência a partir da história, exames físicos ou achados laboratoriais.

Assim como as primeiras crises bipolares tendem a se manifestar mais cedo nos pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas, o contrário também pode acontecer. Pessoas que sofrem do transtorno podem sentir uma maior necessidade de usar determinadas substâncias para alcançar um alívio em suas crises (Alves; Kessler; Ratto, 2004), o que se trata de uma tática de automedicação inconsciente já descrita em outros transtornos (Vieira, 1998). Esse consumo abusivo de drogas faz com que o transtorno evolua rapidamente para um prognóstico cada vez mais negativo (Alves; Kessler; Ratto, 2004).

Estudos têm mostrado que a regulação do humor envolve uma interação de múltiplos sistemas. A maioria das drogas efetivas não atua sobre um sistema de neurotransmissão particular isoladamente, mas sim modularia a função entre diversos sistemas que interagem entre si (Kapczinski; Frey; Zannatto, 2004).

Fazendo a relação entre o curso do TAB em pacientes que carregam a comorbidade pelo uso de álcool e pacientes que têm apenas o TAB, verifica-se um pior curso, com sintomas agravados, em pacientes que trazem consigo a comorbidade. Ratifica-se, assim, a interferência negativa que o abuso de drogas, tanto ilícitas quanto lícitas (nesse caso, o álcool) tem no andamento do tratamento e no prognóstico do TAB (Vieira, 1998).

O objetivo deste estudo é a apresentação de pesquisas e considerações feitas sobre o uso de substâncias psicoativas associadas ao Transtorno Afetivo Bipolar, o curso da doença com a comorbidade e também os tratamentos utilizados para melhorar a qualidade de vida do paciente portador da doença. A metodologia adotada para a realização deste trabalho foi a revisão bibliográfica, os dados e achados das pesquisas foram retirados de revistas eletrônicas científicas e o período em que ocorreram as publicações das obras contidas nesta revisão foi a partir dos anos 90 até os dias atuais.

O Transtorno Afetivo Bipolar

Antes do conceito de Transtorno Afetivo Bipolar ser utilizado, muitas palavras o descreviam: loucura, tristeza, melancolia, psicose maníaco-depressiva, bruxaria, demência (Alcantara et al., 2003).

Como é descrito no livro “A Fantástica Fábrica do Cérebro: o funcionamento do cérebro humano”, o primeiro caso relatado de TAB ocorreu no século 17, chamado de Psicose Maníaco-Depressiva:

Em junho de 1650, o médico Thomas Willis escreveu que “uma camponesa de 45 anos, há muito melancólica, foi acometida de mania no dia 29 de junho, e de forma tal que foi necessário amarrá-la com cordas e correntes à cama. No quinto dia, retirou-se um quarto de litro de sangue de sua veia basílica. Na hora de dormir, ministraram-lhe cento e vinte miligramas de lúidano, misturado à cevada em um chá de papoulas adoçado com xarope para o coração. Naquela noite ela dormiu três horas. De manhã cedo, ela teve três evacuações em resposta ao enema aplicado na noite anterior. Por volta do meio-dia, adormeceu no-

vamente. Visitei-a à noite. Em um momento ela gritava enlouquecida, numa hora cantava, noutra chorava.” No dia seguinte, a mulher morreu. Willis relatou o primeiro estudo clínico de psicose maníaco-depressiva de que se tem notícia (Zimmer, 2004, p. 125)

O Transtorno Afetivo Bipolar é considerado uma doença, porém muitos pacientes e familiares não aceitam facilmente o diagnóstico vindo dos médicos e podem questionar o *status* de doença do transtorno bipolar. Afinal, o paciente expõe reações acentuadas comuns, habituais também no cotidiano de pessoas consideradas normais. Em determinados momentos, qualquer um pode desencadear um comportamento de raiva diante de uma frustração ou de uma injustiça; já o paciente bipolar tem uma maior predisposição a se deprimir ou ficar agressivo (Tung, 2007).

Calcula-se que aproximadamente 0,4% da população mundial é portadora de TAB (Almeida; Fenner, 2002). Na década de 90, dados da Organização Mundial da Saúde demonstraram que o TAB foi a sexta causa de incapacitação no mundo, sendo considerado um grande problema para a saúde pública, prejudicando tanto o desempenho social como ocupacional dos pacientes.

O nível de mortalidade dos portadores de transtorno afetivo de humor é bem elevado. A taxa de prevalência é de 3-5%, e o ímpeto ao suicídio é de 15%, principalmente em indivíduos mais jovens (Brasil, 2005).

A partir do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), o TAB geralmente tem início entre os 20 e 30 anos de idade, podendo começar tanto pela fase depressiva quanto pela fase maníaca, porém o início do transtorno não está limitado à entrada na fase adulta (Almeida, 2004). Segundo o estudo de Almeida e Fenner (2002), de 6.182 pacientes observados na pesquisa, 491 tiveram o início da doença aos 65 anos ou mais, o que representa 8% de toda a amostra.

Após muitos estudos, Akiskal e Pinto (1999) sugerem que o espectro TAB seja constituído por oito categorias, as quais englobam a combinação de hipomania (variações que já trazem alguma con-

sequência, pequena mania) e hipertímia (variações de humor e atos que não chegam a atrapalhar), depressão com mania, transtorno esquizoafetivo e os quadros provindos do uso de antidepressivos e do abuso de substâncias psicoativas.

Além disso, é clinicamente importante definir qual tipo de TAB o paciente apresenta. Quatro tipos TAB podem ser descritos: os tipos I, II, III e IV. No tipo I, os pacientes exibem tanto episódios depressivos quanto de mania bem delineados; no tipo II, o episódio depressivo se apresenta bem acentuado, enquanto o episódio maníaco (a hipomania) não aparece bem delimitado; no tipo III, há hipomania associada ao uso de antidepressivos e no tipo IV, há depressão hipertímica (Alcantara et al., 2003).

Com base em alguns estudos da neuropsicologia, é possível afirmar que há alterações cognitivas no Transtorno Afetivo Bipolar, e essas são bem delimitadas durante os episódios depressivos ou maníacos. Ainda segundo estes mesmos estudos, é evidente que pacientes bipolares que se encontram na fase eufórica, ou seja, quando o indivíduo encontra-se normal, em plena consciência, ainda acabam apresentando lesão na memória viso-espacial e verbal, o que se manifesta quando se requer o uso de estratégias (Rocca; Laffer, 2006).

Esclarece Tung (2007) que

a principal característica dessa doença é a instabilidade, geralmente de várias funções cerebrais ou de outras funções do corpo, que pode ser percebida no humor e variar de uma tristeza profunda a uma alegria excessiva, ou do humor ansioso ou irritável excessivo, e se tornar apatia. Pode ocorrer instabilidade no funcionamento do cérebro, tanto para armazenar informações (memória), como no controle da atenção (distração excessiva) (p.18).

Para o diagnóstico do TAB é necessário que sejam seguidos alguns critérios, os quais são apresentados no DSM-IV. Um deles é que o paciente exiba um período distinto de humor atípico, de maneira expansiva ou irritável, por no mínimo uma semana. Deve apresentar, ainda, durante a desordem do humor, de três a quatro sintomas de hipomania, como redução da jornada de sono, autoestima muito subli-

mar (com muita ou pouca confiança em si mesmo), com a atenção desviada por mínimos estímulos, fuga de ideias, entre outros (Tasman; Kay, 2002).

Além disso, conforme decreto da própria Organização Mundial da Saúde, para ser considerada “doença”, a sintomatologia deve acarretar danos significativos nas atividades de cunho social, no funcionamento ocupacional e nos relacionamentos do paciente. Em alguns casos, a hospitalização se faz necessária a fim de evitar que esses mesmos danos ocorram (Brasil, 2012). O diagnóstico de transtorno bipolar pode impactar negativamente o indivíduo, prejudicando a saúde e a qualidade de vida, inclusive o emprego e a produtividade do trabalho (Martinez et al., 2007). Existem duas preocupações que normalmente acometem o portador da doença e sua família: a primeira tem relação com os gastos do tratamento do paciente e a segunda diz respeito ao tempo necessário para sua recuperação efetiva, fatores esses que acabam por causar prejuízos na vida pessoal, profissional e familiar (Schaffer et al., 2006).

Esclarecem Moreno, Moreno e Ratzke (2005) que no TAB o episódio que mais se evidencia é a mania, além de ser incapacitante e frequente. Durante um episódio maníaco clássico, há uma abjeção na necessidade de sono, o humor se torna eufórico, a energia se mostra revigorada, há um aumento das atividades que geram prazer, além de o indivíduo iniciar vários projetos ao mesmo tempo, sempre com inquietação e até mesmo agitação psicomotora.

É bom enfatizar que no TAB não ocorrem apenas alterações no humor. Já foi identificada, em estudos de neuroimagem, uma série de outras funções orgânicas que também ficam alteradas nesses pacientes, tais como as relacionadas com ritmos biológicos do sono e do apetite, além do equilíbrio e das funções de memória e concentração, a motivação, a volição e o prazer sexual. Há comprometimento de regiões específicas do cérebro, como: córtex pré-frontal e temporal, cerebelo, gânglios da base e sistema límbico (Tung, 2007; Frey et al., 2004).

Dependência Química

A dependência química, segundo Ballone (2005), é um aglomerado de fenômenos que afetam desde a conduta, a fisiologia corporal e até mesmo a cognição como consequência do consumo impensado de uma ou mais substâncias psicoativas, sendo a tolerância o primeiro critério relacionado à dependência química.

A tolerância é definida como a necessidade exacerbada que o indivíduo sente de usar determinada substância para atingir a intoxicação, o efeito cobijado ou o efeito que já é mais reduzido, mesmo utilizando a mesma quantidade de substância continuamente (DSM-IV-TR, 2000).

Há um padrão de uso mal-adaptativo, conforme Costa e Valerio (2008), que acaba gerando diversos prejuízos clinicamente relevantes na dependência, principalmente ligados aos sistemas: cognitivo, fisiológico e comportamental do indivíduo.

O uso abusivo de substâncias psicoativas que leva à dependência química é um dos maiores focos da saúde pública na sociedade atual. A discussão para a compreensão efetiva do problema deve permear não só as questões orgânicas e psicológicas, mas também os prejuízos causados para o próprio indivíduo, como as consequências físicas, psíquicas e sociais (Occhini, Teixeira, 2006).

Segundo Szupszynski e Oliveira (2008), o fato de haver mudança nos padrões do uso de drogas, por conta de todas as substâncias novas lançadas no mercado e pelo próprio tráfico, existe o risco de os prejuízos causados pela dependência serem agravados ainda mais.

Relação com o Uso Abusivo de Substâncias Psicoativas

O uso de substâncias psicoativas, segundo Silva et al. (2010), é uma prática antiga que está presente em várias culturas, desde a pré-histórica, fazendo parte da trajetória da humanidade. Alguns povos

faziam uso dessas substâncias para fins terapêuticos, outros as empregavam em seus ritos religiosos. O uso de substâncias psicoativas, porém, está cada vez mais disseminado na sociedade moderna. Geralmente causam prejuízos importantes e complicações graves, resultando em deterioração da saúde geral do indivíduo e produzindo efeitos negativos nos contextos social, pessoal e profissional (Rangé; Marlatt, 2008).

Além disso, o uso de substâncias psicoativas por um portador de TAB traz características especiais, como maior taxa de estados mistos (sintomas depressivos que se alteram simultaneamente com sintomas maníacos) e a ciclagem rápida (quando uma pessoa tem quatro ou mais episódios de depressão, hipomania, mania ou estado misto dentro do período de um ano), gerando, assim, mais hospitalizações, recuperação lenta, tentativas de suicídio e início mais precoce do TAB (Costa; Valerio, 2008).

Os pacientes portadores do TAB se automedicam usando substâncias psicoativas com o intuito de alterar seus sintomas de humor e estabilizá-los (Vieira, 1998). Além disso, o abuso e a dependência do álcool podem tanto precipitar quanto perpetuar esses episódios.

Dados da ABTB (Brasil, 2005) mostram que a dependência de drogas agrava o curso e o prognóstico do transtorno de humor afetivo. Estima-se que 41% dos casos estão relacionados à dependência de álcool e 12% a alguma droga ilícita.

Para Keila (1998), a relação entre o uso de substâncias psicoativas, transtorno de personalidade e tentativas de suicídio é mais comum do que se pensa em se tratando de Transtorno Afetivo Bipolar. Adotando essa perspectiva, a agressão de cunho físico não é vista comumente no TAB. Está mais frequentemente relacionada com abuso de álcool ou drogas, perturbações de personalidade e ocasionalmente com psicoses (Arseneault, et al, 2000), contudo uma pessoa que está com episódio maníaco ou misto, muito zangada e com sintomas psicóticos pode agir de acordo com suas emoções.

Dias et al. (2006) relata que o abuso de drogas é mais frequente em pacientes com transtorno bipolar (mulheres: 18,3%; homens: 40,3%) se comparado à população em geral (mulheres: 2,6%; homens: 4,6%). O risco de alcoolismo seria maior entre as mulheres bipolares (7,35%) do que entre os homens (2,77%).

Dentre outros efeitos, as substâncias psicoativas fornecem também a regulação imediata dos estados de humor do indivíduo, como mau humor e redução de tensão, e, em muitos casos, facilitam o processo de sociabilidade (Liese; Frank, 2004; Rangé; Marlatt, 2008).

Tratamento

O tratamento para os pacientes com TAB relacionado ao abuso de substâncias psicoativas deve ser planejado e estruturado, e é fundamental que haja a participação ativa do paciente e seus familiares nesse planejamento (Ribeiro; Laranjeira; Cividanes, 2005). Segundo o National Institute of Mental Health (United States, 2002), é interessante que se aborde um modelo de atenção multidisciplinar no tratamento, sendo este dividido em quatro etapas: engajamento, motivação para a mudança, tratamento ativo e prevenção da recaída com treinamento de habilidades sociais.

Pessoas com TAB tangenciado ao uso de substâncias psicoativas apresentam um pior prognóstico do que pessoas que possuem o transtorno de humor isoladamente, além de apresentarem maior dificuldade na recuperação (Cornelius et al., 2003; Sanches; Assunção; Hetem, 2005).

De acordo com Silva et al. (2009), é provável que a procura pelo tratamento de indivíduos com transtornos psiquiátricos se dê, em grande parte, pela comorbidade que acaba ocorrendo, a qual traz diversos sintomas evidentes.

Segundo Pulcherio et al. (2008), uma investigação minuciosa, juntamente com o diagnóstico realizado corretamente das comorbidades nos transtornos psiquiátricos, são de grande importância para

se obter bons resultados no tratamento. O reconhecimento precoce da comorbidade favorece tanto a receptividade ao tratamento quanto a precaução das recaídas, proporcionando, assim, uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

Como certificam Knapp e Isolan (2005),

a compreensão do transtorno bipolar tem sido focada, principalmente, nos aspectos genéticos e biológicos e a psicofarmacoterapia tem se constituído como um componente essencial do manejo desse transtorno (p. 2).

Em geral, o uso de substâncias psicoativas em pessoas acometidas com transtornos afetivos de humor parece estar associado a diversas características negativas, como dificuldade na recuperação, maior número de internações, piora na adesão ao tratamento, maior risco de suicídio (15%), entre outros (Sanches; Mazzoncini, 2010).

A comorbidade associada ao emprego abusivo de substâncias faz com que os pacientes apresentem um ritmo mais lento de melhora. Devido a isso, o clínico precisa estar atento e envolvido do início ao fim. É demasiadamente importante que haja uma boa aliança terapêutica entre o profissional e o paciente, pois assim o andamento do tratamento e o seu sucesso serão mais bem promovidos (Alves; Kessler; Ratto, 2004), e antigos debates defendem que o modelo ideal de tratamento seria uma equipe multidisciplinar trabalhando com o indivíduo (Machado-Vieira; Santin; Soares, 2004). Há evidências, também, de que eventos estressantes ou traumáticos da vida podem precipitar episódios ou interferir na capacidade de recuperação do paciente (Justo; Calil, 2004).

Existem tratamentos psicológicos que demonstram proporcionar melhores resultados, como a terapia-cognitivo-comportamental, a terapia interpessoal de cunho social, bem como a terapia familiar. Os benefícios dessas terapias, além de incluírem a redução de recorrências bipolares, também permitem um menor tempo de hospitalização e melhoras na execução de atividades cotidianas (Colom, et al., 2009; Otto, Reilly-Harrington; Sach, 2003).

É interessante salientar que o tratamento psicológico pode trazer diversos ganhos para o paciente quando a pessoa se encontra relativamente bem e deseja encontrar formas de prevenir ocorrências e de lidar com a doença (Miklowitz, 2008). A psicoterapia, em combinação com o tratamento via fármacos, produz melhores resultados do que intervenções realizadas individualmente (Miklowitz, 1996).

No artigo *Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar*, Moreno, Moreno e Ratzke (2005) elucidam:

O tratamento medicamentoso visa restaurar o comportamento, controlar sintomas agudos e prevenir a ocorrência de novos episódios. Não se limita apenas à administração de medicamentos e sim ao gerenciamento de uma doença complexa, que abarca fatores biológicos, psicológicos e sociais (p. 5).

A psicoeducação – uma das etapas iniciais da psicoterapia – é fundamental para a família do acometido e principalmente para o próprio paciente, pois é por meio dessa metodologia que o profissional irá instruí-los quanto às causas, à evolução e à forma mais adequada de lidar com a sintomatologia do transtorno (Moreno; Moreno; Ratzke, 2005; Colom; Vieta, 2004). Esse processo reduz significativamente a chance de desistência do tratamento.

A respeito do tratamento desse tipo de paciente, é aconselhável que se inicie apenas após a abstinência absoluta da substância da qual ele depende, pois a grande maioria dessas substâncias interfere diretamente nos níveis séricos dos medicamentos, e isso pode ser de grande risco para os usuários (Cornelius et al., 2003).

Percebeu-se que a medicação psicotrópica, ou seja, antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores do humor e psicoestimulantes melhoram substancialmente o tratamento e o prognóstico dos pacientes (Boarati, Cavalcanti, Fu-I, 2006). Já em relação às sequelas psicológicas e sociais da doença, tais como: suicídio, violência, alcoolismo, abuso de drogas, desestruturação familiar e hospitalizações psiquiátricas, não houve alteração (Keila, 1998). Sugerir aos pacientes que participem de grupos te-

rapêuticos também é uma estratégia aconselhável. Uma das terapias que tem possibilitado aos usuários a vivência de suas dificuldades, conflitos, medos e angústias de um modo menos sofrido é a arteterapia (Coqueiro; Vieira; Freitas, 2010).

Baldessarini et al. (2006) relata que mesmo quando a pessoa se encontra relativamente bem é necessário que ela continue tomando a medicação por tempo indefinido, pois isso poderá ajudar a prevenir recaídas, diminuir as hospitalizações e o risco de suicídio. Grupos de autoajuda também são de suma importância no auxílio ao tratamento.

Segundo Suto et al. (2010), seria interessante para os portadores de TAB o desenvolvimento de boas redes de apoio. Assim, é importante para os indivíduos com Transtorno Afetivo Bipolar (com relação ao uso abusivo de substâncias psicoativas) que os grupos de autoajuda tenham menor intensidade e poucas confrontações, pois a tendência que esse tipo de paciente tem de abandonar o tratamento é maior comparando com aqueles que têm apenas alguma dependência química (Cornelius, 2003).

Também pode ocorrer a não adesão ao tratamento, e essa atitude é responsável pelo maior número de recaídas (Pellegrinelli; Roso; Moreno, 2010); por isso, Santin, Ceresér e Rosa (2005) elucidam que muitos fatores tentam explicar tal fenômeno: fatores pessoais, como crenças e posturas em relação ao tratamento; falta de conhecimento sobre a doença; idade; personalidade; história familiar de transtornos psiquiátricos; estrutura familiar; e até mesmo fatores ligados ao médico, como o que será feito em relação à doença e a interação que ele terá com o paciente.

Para a prevenção de recaídas, a psicoterapia deve ser utilizada em associação com o tratamento farmacológico (Dewes, et al., 2010). As intervenções psicoterápicas, conforme Knapp e Isolan (2005), oferecem diversos benefícios, entre eles a diminuição na duração e na frequência dos episódios de humor, expandindo a aderência à medicação e diminuindo as recaídas. Além disso, é relevante para o sucesso do tratamento a utilização da terapia familiar e motivacional, o treinamento de habilidades sociais, a grupoterapia e, caso haja insucessos

ambulatoriais, a existência de residências terapêuticas para o auxílio dos pacientes (Diehl; Cordeiro; Laranjeira, 2010).

Neste caso, independentemente da metodologia adotada, o foco do tratamento deve ser o controle do uso da substância de que o paciente é dependente e a estabilização do humor (Sanches; Mazzoncini, 2010), intervindo gradualmente na diminuição dos sintomas, na melhora dos relacionamentos social e familiar e na reinserção do indivíduo em seu meio social (Moggi et al., 1999).

Considerações Finais

Ao se elencar um curso, prognóstico, visando a um controle e a uma melhora satisfatória, partindo da recuperação do paciente, cabe salientar que o esperado é que as pessoas vivam e desfrutem de uma vida saudável e o mais produtiva possível, a qual não ofereça impedimentos pela presença do TAB.

É de grande importância enfatizar que o tratamento psicológico traz ganhos para o indivíduo, porém a psicoterapia, em combinação com o tratamento medicamentoso, produz melhores resultados para esse indivíduo portador de TAB.

As pessoas que possuem a doença se automediam usando as substâncias psicoativas com o intuito de diminuir seu sofrimento; de outra maneira, essas substâncias fornecem uma imediata regulação do humor, ajudando muitas vezes no processo de sociabilidade.

Um fator relevante para que aconteça um atendimento apropriado para pacientes com transtornos afetivos com comorbidade é a estreita interação entre os membros de uma equipe multidisciplinar, em uma tentativa de elevar o alcance e a qualidade do apoio a essas pessoas. Também é importante que esses profissionais estejam sempre atualizados no que diz respeito ao aprimoramento de técnicas de avaliação dos pacientes, como também o conhecimento de medicações, buscando tratamentos mais eficazes.

Apesar de ainda existirem muitas lacunas acerca do entendimento do TAB associado ao uso indevido de substâncias psicoativas, está se investindo no desenvolvimento de técnicas diagnósticas e terapêuticas mais precisas e eficazes para tratar esta comorbidade cada vez mais comum na sociedade.

Que este material possa incentivar futuras releituras e novas pesquisas, a fim de tornar mais acessíveis aos acadêmicos e profissionais da área da saúde temas tão atuais e de relevante importância, principalmente para a Psicologia aplicada ao dia a dia.

Referências

- AKISKAL, H. S.; PINTO, O. The Evolving Bipolar Spectrum: Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America*, San Diego, v. 22, n. 3, p. 517-534, sep. 1999.
- ALCANTARA, I. et al. Avanços no diagnóstico do transtorno de humor bipolar. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 22-32, abr. 2003.
- ALMEIDA, O. P. Transtorno bipolar de início tardio: uma variedade orgânica do transtorno de humor? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 27-30, out. 2004.
- _____; FENNER, S. Bipolar disorder: similarities and differences between patients with illness onset before and after 65 years of age. *Int. Psychogeriatr*, Perth, v. 14, n. 3, p. 311-22, sep. 2002.
- ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 51-53, maio 2004.
- ARSENEALT, L. et al. Mental disorders and violence's in a total birth cohort: results from the Dunedin study. *Archives of General Psychiatry*, Denmark, Hill, v. 57, n. 10, p. 979-986, oct. 2000.
- BALDESSARINI, R.J. et al. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, Boston, v. 8, n. 5, p. 625-639, oct. 2006.

- BALLONE, G. J. Transtorno do humor induzido por substância. *PsiquWeb*, Campinas, 2005. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=3>>. Acesso em: 8 set. 2011.
- BERK, L. *Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar*. São Paulo: Segmento Farma, 2011.
- BOARATI, M. A. ; Cavalcanti, A.R.; Fu-I, L. Uso de quetiapina em transtorno de humor bipolar de início precoce. *Revista de Psiquiatria*, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 346-351, set./dez. 2006.
- BRASIL. *Associação Brasileira de Transtorno Bipolar*. Disponível em: <<http://www.abtb.org.br/transtorno.php>>. Acesso em: 10 mar. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília, DF, 2005.
- COLOM, F.; VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 47-50, 2004.
- _____. et al. Psychoeducation for stabilized bipolar disorders: 5-year outcome of a randomized clinical Trial. *British Journal of Psychiatry*, Barcelona, v. 194, n. 3, 260-265, mar. 2009.
- COQUEIRO, N. F.; VIEIRA, F. R. R.; FREITAS, M. M. C. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paul Enferm.*, v. 23, n. 6, p. 859-862, abr. 2010.
- CORNELIUS, J. R. et al. Alcohol and psychiatric comorbidity. *Recent. Dev. Alcohol*, Pennsylvania, v. 16, p. 361-374, 2003.
- COSTA, J.; VALERIO, N. Transtorno de personalidade anti-social e transtornos por uso de substâncias: caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, 2008.
- DEWES, D. et al. Efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental para os Transtornos do Humor e Ansiedade: Uma revisão de revisões sistemáticas. *Revista de Psicologia da Imed*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 385-397, 2010.
- DIAS, R. et al. Transtorno bipolar do humor e gênero. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 80-91, mar. 2006.
- DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Abuso de *cannabis* em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 41-45, maio 2010.
- DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 2000.
- FREY, B. et al. Anormalidades neuropatológicas e neuroquímicas no transtorno afetivo bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 180-188, jan. 2004.
- JUSTO, L.; CALIL, H. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Revista Psiquiátrica Clínica*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 91-99, out. 2004.
- KAPCZINSKI, F.; FREY, B. N.; ZANNATTO, V. Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 17-21, 2004.
- KEILA, S. Aspectos psicológicos do transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 26, n. 6, art. 297, nov./dez. 1998.
- KELSOE, J. R. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *Journal of Affective Disorders*, San Diego, v. 73, n. 1-2, p. 183-197, jan. 2003.
- KNAPP, P.; ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 98-104, jan. 2005.
- LIESE, B. S.; FRANK, R. A. Tratamento dos transtornos por uso de substâncias com a Terapia Cognitiva: Lições Aprendidas e Implicações para o Futuro. In: SALKOVSKIS, P. M. (Ed.). *Fronteiras da terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, Brasília, v. 80, n. 2, p. 11-20, 2004.
- MACHADO-VEIRA, R.; SANTIN, A.; SOARES, J. C. O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 51-53, out. 2004.

- MARTINEZ, A. et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disorders*, Barcelona, v. 9, n. 1-2, p. 103-113, feb./mar. 2007.
- MICHELON, L.; VALLADA, H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 21-27, jan. 2005.
- MIKLOWITZ, D. J. Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: State of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*, Boulder, v. 165, n. 11, p. 1.408-1.419, nov. 2008.
- _____. Psychotherapy in Combination with Drug Treatment for Bipolar Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, Boulder, v. 16, n. 1-2, p. 56-66, apr. 1996.
- MOGGI, F. et al. Dual diagnosis patients in substance abuse treatment: relationship of general coping and substance-specific coping to 1-year outcomes. *Addiction*, California, v. 94, n. 12, p. 1.805-1.816, dec. 1999.
- MORENO, R.; MORENO, D.; RATZKE, R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 39-48, jan. 2005.
- OCCHINI, M. F.; TEIXEIRA, M. G. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 11, n. 2, p. 229-236, maio/ago. 2006.
- OTTO, M.; REILLY-HARRINGTON, N.; SACH, G. Psychoeducational and Cognitive-Behavioral Strategies in the management of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, Boston, v. 73, n. 1-2, p. 171-181, jan. 2003.
- PELLEGRINELLI, K. D. B.; ROSO, M. C.; MORENO, R. A. A relação entre a não adesão ao tratamento e falsas crenças de pacientes bipolares e seus familiares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 195-196, jan. 2010.
- PULCHERIO, G. et al. Transtorno de estresse pós-traumático em dependente de álcool. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 154-158, abr. 2008.
- RANGÉ, B. P.; MARLATT, G. A. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 88-95, 2008.
- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; CIVIDANES, G. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 78-88, jan. 2005.
- ROCCA, C. C. A.; LAFER, B. Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 226-237, mar. 2006.
- SANCHES, R.; ASSUNÇÃO, S.; HETEM, L. Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 71-77, jan. 2005.
- _____; MAZZONCINI, J. *Cannabis* e humor. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 173-180, jun. 2010.
- SANTIN, A.; CERESÉR, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 105-109, fev. 2005.
- SCHAFFER, A. et al. Use of treatment services and pharmacotherapy for bipolar disorder in a general population-based mental health survey. *The Journal of clinical psychiatry*, Toronto, v. 67, n. 3, p. 386-393, mar. 2006.
- SILVA, C. et al. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Revista Aletheia*, Canoas, n. 30, p. 101-112, abr. 2009.
- SILVA, L. et al. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Revista de Enfermagem*, Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 585-590, jul./set. 2010.
- SUTO, M. et al. What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts. *Journal of Affective Disorders*, Vancouver, v. 124, n. 1-2, p. 76-84, jul. 2010.
- SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 62-173, jun. 2008.

TASMAN, A.; KAY, J. *Psiquiatria: ciência comportamental e fundamentos clínicos*. São Paulo: Editora Manole, 2002.

TUNG, T. C. *Enigma bipolar: conseqüências, diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar*. São Paulo: MG Editores, 2007.

UNITED STATES. National Institute of Mental Health – NIMH. *Bipolar Disorder*. Bethesda, 2009. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/science-news/2009/index.shtml>>. Acesso em: 17 fev. 2012.

VIEIRA, R. Alcoolismo em transtorno bipolar: curso da doença e avaliação da relação familiar-genético na co-ocorrência e co-transmissão. *Psiquiatria Online Brasil*, v. 3, n. 6, jun. 1998.

ZALESKI, M. et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (Abead) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 142-148, jun. 2006.

ZIMMER, Carl. *A fantástica história do cérebro: o funcionamento do cérebro humano*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

Recebido em: 19/7/2012

Aceito em: 8/10/2013