

A RELAÇÃO ENTRE O TRANSTORNO BIPOLAR E O ALCOOLISMO EM ADULTOS JOVENS

Aline Vience Michels¹

Amanda Machado¹

Michele Miglioli¹

Talyta Laila Paitra¹

Luiz Arthur Rangel Cyrino²

Resumo: O transtorno afetivo bipolar é uma disfunção psiquiátrica com oscilações de humor variando entre a fase maníaca e a depressiva. Esses estados de mania são caracterizados como estados de euforia, isto é, alegria intensa, enquanto o estado depressivo apresenta sentimento de tristeza, pessimismo e culpa. Tal transtorno inicia-se no princípio da vida adulta (na faixa dos 18 a 22 anos), período característico pela curiosidade em relação ao novo e o desejo de correr riscos. Nessa circunstância, alguns indivíduos passam a apresentar o uso de substâncias químicas, sendo o álcool a de maior prevalência. O álcool por si só causa danos catastróficos no organismo, em conjunto com um transtorno psiquiátrico, podendo influenciar os sintomas de forma que os agrave, e, pode acabar contribuindo para o suicídio que ocorre em maior incidência por sintomas depressivos.

Palavras-chave: *Transtorno Bipolar, Alcoolismo, Comorbidade.*

Abstract: Bipolar disorder is a psychiatric disorder with mood swings ranging from manic to depressive phase. These states of mania are characterized as states of euphoria (intense happiness) and depressive state (where there are feelings of sadness, pessimism and guilt). This disorder starts principle of adulthood (18-22 years), period characteristic by curiosity about the new and the desire to take risks. This circumstance, some individuals start to show the use of chemical substances, being the alcohol most prevalent. Alcohol itself causes catastrophic damage in our body, together with a psychiatric, disorder can influence, the symptoms, so that the worse and can end up contributing to suicide, in which occurs at higher incidence of depressive symptoms.

Keywords: *Bipolar disorder, Alcoholism, Comorbidity.*

¹Acadêmicas da 2ª série do Curso de Psicologia da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE).

²Mestre em Neurociência e Professor do Departamento de Psicologia da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). Contato: josi.barbosa10@bol.com.br.

INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos por si mesmos já têm grande complexidade tanto com relação ao diagnóstico, quanto com relação ao tratamento e ao prognóstico. Dessa forma, quando os indivíduos estão envolvidos com comorbidades, essa se conduz de forma a envolver mais responsabilidades quanto aos fatores citados acima (diagnóstico, tratamento e prognóstico). Assim, é de grande necessidade o trabalho de anamnese que deve ser feito pelo médico ao entrar em contato com o paciente com o transtorno, para que se descubram tanto as questões genéticas, e não menos importantes questões ambientais envolvidas no caso.

Alves *et al.* (2004, p. 51) confirma os pontos anteriores dizendo que “(...) o surgimento de uma doença adicional é capaz de alterar a sintomatologia, interferindo no diagnóstico, tratamento e prognóstico de ambas”. O Transtorno Bipolar (TB) é conceituado como um transtorno psiquiátrico com alterações de humor contrastantes chamadas de mania e depressão (DIAS, *et al.* 2006, p.81). Para diagnosticar o TB, é preciso ter cuidado com relação aos sintomas, que podem de alguma maneira confundir-se com os sintomas de outras patologias, como por exemplo, o sintoma de desatenção. Este, também pode ser identificado no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH, e do mesmo modo observado em pacientes com TB. As questões sintomatológicas podem tornar difícil a diferenciação entre os transtornos em alguns casos, o que torna mais difícil é quando há uma comorbidade associada, que modifica a ocorrência e a intensidade dos sintomas, tornando ainda mais complicado o diagnóstico preciso (MATTOS *et al.*, 2006, p.56).

Desta forma, a classificação do Transtorno Bipolar está assim denominada: TB tipo I - pacientes caracterizados por um ou mais episódios maníacos ou episódios mistos; e TB tipo II - característico pela sucessão de um ou acima de um episódio depressivo maior que é acompanhado por, pelo menos, um episódio hipomaníaco, caracterizando-se por uma perturbação crônica e inconstante do humor. Nesta classificação também se encontra o TB sem outras especificações

(SOE), na qual se encontra a exposição do espectro bipolar (SANTIN *et al.*, 2005, p. 106).

Segundo Del-Porto *et al.* (2005, p.9), os estados de mania são identificados por exaltação do humor, fuga de ideias e intensificação da atividade motora. Enquanto no estado de depressão há inibição dos pensamentos, humor triste e lentidão psicomotora. Porém, existem muitos outros sintomas relacionados.

Dentre os sintomas do TB, Rocca & Lafer (2006, p. 227), confirmam a existência de tendência suicida, afirmando que “o risco de suicídio é de 15%”. Caracterizando assim o THB como um problema de saúde pública, com prevalência 1,5%, pela associação a elevado risco de mortalidade; casos de tentativas de suicídio em alguma etapa da vida dos pacientes alcança um percentual de 25%, desses, 11% completam esta intenção.

Segundo Alves *et al.* (2004, p. 51), “(...) em algum momento de suas vidas, cerca de 50% dos pacientes com transtornos mentais graves desenvolvem problemas relativos ao consumo de álcool/drogas”. Conforme Sanches *et al.* (2005, p.72), comorbidades em pacientes com TB são bem frequentes, chegando a índices de 30% a quase 100%. Em resultado à alta frequência de comorbidades associadas, o ponto que será discorrido neste artigo será relativo à relação estabelecida entre o transtorno bipolar e o alcoolismo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Vieira *et al.* (2005, p. 29) contextualiza o TB como sendo “(...) uma doença grave, incurável e de distribuição cosmopolita, afetando cerca de 1,5% dos homens e mulheres em todo o mundo”. O mesmo autor explana que essa patologia envolve diversas alterações na função cerebral. Dentre elas, alterações neuroquímicas, que envolvem aumento nos níveis de noradrenalina, diminuição no ácido gama-aminobutílico, disfunção no metabolismo de dopamina e elevação no sistema serotoninérgico, que induz ao aumento do cálcio intracelular.

Tratando ainda das alterações de funções cerebrais, quando observados estudos de neuroimagem funcional, o encéfalo dos bipolares ainda apresenta na maioria das pesquisas, diminuição no córtex pré-frontal, alargamento dos ventrículos, alteração no volume do hipocampo e da amígdala, e hiperintensidades na substância branca subcortical, que amplia o risco em três vezes dos pacientes apresentarem lesões hiperintensas. Estudos por neuroimagem ainda demonstram alterações estruturais e funcionais, exibindo “(...) disfunção do circuito de regulação do humor, que compreende o córtex pré-frontal, o complexo amígdala-hipocampo, tálamo, gânglios da base e suas interconexões” (VIEIRA *et al.*, 2005, p. 31). Para Nery *et al.* (2011, p.136), ao se investigar a estrutura cerebral de pacientes bipolares tanto alcoólicos quanto não alcoólicos, tornou-se possível constatar que pacientes bipolares alcoólicos apresentam menor volume de matéria cinzenta em áreas do lobo frontal. Onde áreas mais afetadas são o giro frontal medial esquerdo e giro do cíngulo anterior direito.

Essas modificações podem alterar fatores de transcrição do DNA que envolvem “(...) neuropeptídeos, neurotrofinas, receptores, fatores de transcrição e enzimas que estão envolvidas na neuroplasticidade” (VIEIRA *et al.* 2005, p.31). Portanto, compreender quais são os efeitos do ambiente e suas influências, como a exposição ao consumo inadequado de álcool, contribui no entendimento da modulação dos genes envolvidos, e dos demais processos, podendo ajudar na compreensão dos comportamentos e da evolução da doença nos indivíduos com TB (MICHELON & VALLADA, 2005, p.26).

Essas alterações podem ser revertidas ou suavizadas a cerca de alguns casos com o uso de medicações psicoativas em concentrações terapêuticas, tal como o lítio, a olanzapina e o valproato. Michelon & Vallada (2005, p.35), acrescentam que o uso contínuo dos estabilizantes do humor, preserva o humor estável e evita o surgimento de modificações relacionadas aos danos cerebrais. Santin (2005 p.105) consente afirmando que o ácido valproílico, a carbamazepina e o lítio, são os estabilizadores de humor mais usados. Nos casos de tratamentos prolongados, como ocorre no TB, uma das maiores dificuldades é a pouca adesão

dos pacientes aos medicamentos. Quando aos medicamentos, Huguelet *et al.* (2005, p.392), colabora nessa perspectiva, sustentando a ideia de que o topiramato permite reduzir a ingestão de álcool quando este é combinado aos sintomas bipolares, e permite uma melhor eficácia da medicação psicoativa para o transtorno, sem o aparecimento de efeitos secundários.

Moreno (2004, p. 37), acrescenta que nos últimos anos, o tratamento de indivíduos portadores TB alterou-se pela prescrição regular de outros medicamentos, como valproato, carbamazepina, lamotrigina e outros anticonvulsivantes em associações ou em substituição ao lítio. Lacerda *et al.* (2002, p.40) contribui para a discussão, mostrando que o abuso de substâncias químicas como o álcool, representam um viés de pesquisa em sujeitos com TB, e indicam um fator preditor de um prognóstico pior. Bolton *et al.* (2009, p.367) corrobora, salientando que o ingerir álcool e drogas para amenizar os sintomas afetivos é prática habitual de indivíduos com TB e este quadro acompanha a comorbidade psiquiátrica substancial.

Nos diagnósticos dos casos de TB associado ao alcoolismo, podem ser aplicadas intervenções psicossociais, nas quais podem ser utilizados os processos individuais, familiares e grupais, e processos psicoterápicos. Neste último pode-se especificar como sendo psicoeducativos. No entanto estes processos citados podem ser aplicados de forma combinada (JUSTO & CALIL, 2004, p. 94), favorecendo o processo, à medida que contribui para diminuir a comorbidade, para auxiliar o paciente diagnosticado a encerrar a patologia e bem como o uso dos medicamentos.

Pelos estudos já realizados sobre a biologia do Transtorno Bipolar, existem poucas evidências conclusivas associadas aos achados neurobiológicos e as alterações comportamentais observadas na doença. Todavia, descobertas neuroquímicas relacionadas à mania, é uma alternativa de ser utilizadas com o objetivo de identificar informações para associar as alterações em funções cerebrais, como a neurotransmissão, neuroplasticidade, transdução de sinal intercelular e expressão gênica (CUNHA, 2008, p. 13).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Lima *et al.* (2004, p.35), cita estudos feitos com famílias bipolares, os quais apontam que a maior frequência de pessoas bipolares, podem ter origens na herdabilidade da patologia. O mesmo autor ainda acrescenta que 10% a 20% dos bipolares apresentam seus primeiros episódios como quadro depressivo, quadro indicativo de prejuízo nos cuidados com o transtorno, quando este é confundido com a depressão propriamente dita, ainda mais quando se leva em consideração que não existe uma definição para a idade inicial dos quadros do TB. O início é registrado depois do primeiro episódio ou internamento do paciente, relatando características da patologia. Contudo, pesquisas da área de captação epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental – ECA indicam para os casos de bipolar do Tipo I é mais comum o início do transtorno aos 18 anos de idade, e os casos de bipolar do Tipo II é mais comum o início aos 22 anos.

Para os casos dignificados em mulheres a maior frequência de casos iniciais possui sintomatologia depressiva, o que pode correlacionar-se com a diátese depressiva neste gênero (CARVALHO *et al.*, 2011, p. 145). Já, Lima *et al.* (2005, p. 19), elucida que a maioria dos grandes estudos não encontram diferenças significativas entre gênero e a patologia aqui citada, porém, existem divergências. Alguns estudos sugerem que a prevalência é de 1,5 mulheres para cada homem. Com base em novos conhecimentos neurobiológicos da bipolaridade, as pesquisas recentes corroboraram que os meninos, enquanto pré-púberes, possuem uma maior propensão ao diagnóstico de TB.

Para Alcântara *et al.* (2003, p.25), suas análises em relação ao gênero, mostra que pacientes com depressão atípica no TB são corriqueiros, e entre eles, a maior parte são mulheres e com idade de início precoce (adolescência ou início da vida adulta). Rocca & Lafer (2006, p.230), pontuam que em ambos os gêneros, a existência déficit de atenção em tarefas que exigem maior concentração nos quadros do transtorno mistos ou de mania. Desta forma, nos casos mistos associa a um prejuízo cognitivo mais acentuado. Reinhardt & Reinhardt (2013, p.127),

apontam que existe realmente “[...] uma associação entre TB e suicídio, [...] especialmente em homens jovens, porém [o risco é maior] em pacientes com comorbidades”.

O Transtorno Bipolar por si só já apresenta “(...) episódios depressivos [...] dificuldades (...) [no] funcionamento executivo (...) e [na] mania (...) dificuldade no controle inibitório, no processamento de informação visuo-espacial e na fluência verbal” (ROCCA & LAFER, 2006, p.236), quando esses fatores são associados ao alcoolismo, os sintomas tendem a intensificar-se ou até mesmo originar outros.

Para Goldstein & Levitt (2006 p. 1635), relata em pesquisa realizada com indivíduos com TB, o início do quadro foi prevalente no começo da infância. Os transtornos por uso de drogas foram predominantes entre início da infância e a adolescência precoce, neste caso quando comparado com os indivíduos no início da fase adulta. Porém, a prevalência de casos compostos ou irritabilidade não foram significativamente relevantes entre os grupos citados.

É importante salientar a dificuldade em diagnosticar o TB, principalmente no uso de substância. Os sujeitos com estas características, não devem ser abordados sem a comprovação do diagnóstico inserido nos mais variados contextos. É preciso elaborar uma anamnese, armazenar e recolher informações dos sintomas e confirmar os dados, como o intuito de reunir a retrospectiva da situação (OSTACHER, 2011, p. 429).

Os avanços de pesquisas na área de abordagem do alcoolismo promovem discussões e elaboração de políticas relacionadas à disponibilidade de consumo do álcool no Brasil. Para Duailibi & Laranjeira (2007, p. 841), o barateamento da bebida, proporciona o intenso consumo e por consequência crescem os problemas de saúde associados. Santos (2008, p.620), compatibiliza essas ideias relatando que o consumo de álcool continua crescendo, e quanto ao uso pesado, a juventude tende a beber com mais frequência.

Além das questões hereditárias envolvidas no abuso de álcool, Oliveira (2007, p.211) discute resultados de um estudo em que se observaram pais consumidores de álcool, influenciando no consumo de seus filhos. O autor ainda relata que

indivíduos com padrão baixo de consumo, têm pais com o mesmo grau de consumo. O mesmo apresentava-se com sujeitos que consumiam de maneira demasiada, isto é, possuíam pais que tinham alto grau de consumo de álcool.

Segundo Azorin (2010, p.37), os sujeitos bipolares, 50% apresentam problema de abuso de álcool em algum momento de sua vida. Cardoso *et al.* (2008, p.451), coloca que ingerir álcool é predominante em pacientes com TB, e está associada com morbidade e mortalidade significativas. Barbosa (2011, p.273), alega que aparentemente esta comorbidade no TB é mais regra do que uma exceção. No entanto, a comparação de pacientes bipolares não alcoolistas aos pacientes bipolares alcoolistas mostra-se com maior probabilidade de início precoce do TB e apresentação de sintomas psicóticos na fase inicial. Além, de maior número de sintomas depressivos e maior número de tentativas de suicídio (NERY, 2009, p. 14).

Cardoso (2008, p.6), afirma que o abuso e dependência do álcool estão associados ao gênero masculino, educação incompleta, início mais precoce de TB, psicose no primeiro episódio, sintomas depressivos e piora na funcionalidade. Casos de doenças psiquiátricas relacionadas com transtornos e o consumo de álcool são muito comuns. Reinhardt, Reinhardt (2013, p.127), complementam dizendo que o gênero masculino é o mais acometido de ideação suicida no início da fase adulta.

Salloum *et al.* (2005, p.79), afirma que estimativas epidemiológicas mostram que mais da metade das pessoas com o diagnóstico de TB, têm o transtorno por uso de álcool ou drogas. Stephen *et al.* (2005, p. 851), em seu estudo referente ao abuso de álcool no curso do TB, elucida que 46% dos pacientes com o tipo I do transtorno tinham históricos de vida relacionados ao abuso de álcool. Sendo que Ostacher (2011, p. 428), diz que esse percentual é ainda mais elevado, ocorrendo em cerca de 42% a 60% nos tipos I e II.

Kupfer (2000, p.191), esclarece que de acordo com estudos populacionais e epidemiológicos hospitalares, registros voluntários de desordem bipolar sugerem uma elevada ocorrência de comorbidades com consumo de álcool e/ou dependência de substâncias. Os indivíduos bipolares I parecem ter taxas mais elevadas dessas comorbidades do que os indivíduos bipolares II. Assim Frye (2003, p.883), explica

que a prevalência da duração no abuso e dependência do álcool em pacientes com TB, tem sido relatada como sendo maior do que em todos os outros diagnósticos psiquiátricos do eixo I.

Concordando com a visão levantada até agora pelos autores, Ribeiro *et al.* (2005, p.78), argumenta que “(...) o transtorno bipolar e o abuso de substâncias psicoativas são doenças com elevada característica de limitação de autonomia, tornando-se ainda mais sérios quando relacionados”. Stephen *et al.* (2005, p. 857), ainda comenta que quando o transtorno antecede o uso de substâncias alcoólicas, com o tempo as comorbidades tendem a piorar, dificultando ainda mais a vida social, familiar e ocupacional dos pacientes, “(...) não somente pelas comorbidades da doença como também pelas deficiências no desempenho cognitivo” (ROCCA & LAFER, 2006, p. 236).

Cardoso (2008, p.5), também coloca que o consumo de álcool é altamente prevalente em pacientes com TB. Sendo o transtorno de eixo I associado com elevado risco de co-ocorrência com transtornos por consumo de substâncias, integrando os transtornos por uso de álcool, especificamente. Os efeitos deletérios de um dos transtornos são potencializados pela presença do outro. Nos padrões de abuso e de dependência de álcool, há consequências no curso do transtorno quanto à funcionalidade, qualidade de vida e gravidade clínica, com elevado número de tentativas de suicídio nos pacientes com a comorbidade.

Alves *et al.* (2004, p.51), ainda relata que o surgimento de uma comorbidade pode alterar a sintomatologia, interferindo conseqüentemente no diagnóstico e prognóstico. Quando o paciente ainda está saindo da fase da adolescência e entrando na fase adulta, podem existir alguns comportamentos de risco, justificados pela busca do novo e de desafios, piorando a situação quando o sujeito possui o TB e o associa com álcool.

Comorbidade com abuso de álcool tem sido relacionada com aumento da gravidade dos sintomas e risco de suicídio, as taxas mais elevadas de mania mista e ciclo curto, aumento de busca de novidades e hostilidade, abandono do tratamento,

baixas taxas de resposta ao lítio, e elevadas taxas de recaídas (HOLMES *et al.*, 2009, p. 38).

Nessa perspectiva Sanches *et al.* (2005, p.72), apoia relatando que casos de comorbidade em pacientes com TB são bastante frequentes. As principais comorbidades encontradas são os transtornos de ansiedade e abuso de substâncias psicoativas, sendo elas um fator prejudicador do diagnóstico.

Pacientes com comorbidade, particularmente aqueles com transtornos psiquiátricos sérios “(...) apresentam elevadas taxas de comportamentos agressivos, detenção por atos ilegais, suicídio, recaídas, gastos com tratamento, falta de moradia, reinternações, maiores períodos de hospitalização e maior utilização de serviços médicos” (ALVES *et al.* 2004, p.51).

Salloum *et al.* (2006 p.677), acrescenta que a co-ocorrência de abuso ou dependência de álcool no TB fenomenologicamente muda a manifestação da doença, com taxas mais elevadas de mania mista ou disfórica, ciclagem rápida, aumento da gravidade dos sintomas, e níveis mais elevados de novidade que procuram, suicídio, agressividade e impulsividade.

Sanches *et al.* (2005, p.72), segue essa mesma linha de pensamento colocando como consequências das comorbidades um diagnóstico mais complicado, sintomatologia mais grave, evolução crônica com maior morbidade, menos adesão ao tratamento, risco de suicídio, maior prejuízo funcional e laborativo, aumento do uso dos convênios de saúde/hospitalização mais comum e pior prognóstico. Corroborando com a visão de Salloum *et al.* (2005, p.79), de que quando combinada com TB, a dependência de álcool apresenta desafios clínicos, que aumentam a responsabilidade social, familiar e a disfunção profissional, dificultando a participação e progresso do tratamento. Nesse sentido, Reinhardt & Reinhardt (2013, p.128), também discutem que as comorbidades representam um número maior de pacientes “(...) sem tratamento medicamentoso e aparecimento de outros fatores de risco, como inadequação em estrutura parental, ambientes sociais e familiares adversos e estresse psicossocial”.

Sendo assim, as relações de causa e efeito entre o uso de substâncias e o efeito entre o TB ainda não estão completamente esclarecidas podendo variar para cada paciente (BRADY *et al.* 1999, apud RIBEIRO *et al.* 2005, p.81). Segundo Rubio (2006, p.289), o TB é significativamente associado aos transtornos por uso de álcool. Medicamentos anticonvulsivos são utilizados no tratamento do transtorno bipolar e também têm sido usados para o tratamento da dependência do álcool.

Já Brown (2008, p.701), afirma que a dependência do álcool é muito comum em pacientes com TB, e está associada com desfechos desfavoráveis, como o abandono do tratamento, comportamentos violentos e comprometimento cognitivo, ocasionando em interações medicamentosas que não favorecem o quadro sintomático. Branco *et al.* (2012, p. 65), concorda com essa visão, acrescentado que “(...) é comum ocorrer com indivíduos que estejam sofrendo com sintomas de humor alterado (mania ou depressão), na tentativa de automedicação, procurem no álcool e/ou tabaco a atenuação para seu desconforto”, o que pode gerar outras complicações, em um ciclo vicioso.

Quando o diagnóstico é realizado, deve-se estar atento para casos em que existam comorbidades associadas, para tanto, se faz necessário avaliar o histórico clínico do paciente, buscando encontrar, se caso houver, o início do abuso alcoólico, e o início do quadro sintomático. Averiguando se nos períodos de abstinência houve melhoras dos sintomas. Essa avaliação se torna necessária, para comparar se todos os sintomas psiquiátricos possam ter ocorrido por conta do uso do álcool. Além de avaliar ainda a frequência e a quantidade do uso do álcool (ALVES *et al.* 2004, p.52). Visto que esta substância “[...] também pode produzir sintomas de depressão, ansiedade, agitação e hipomania/mania durante a intoxicação e a abstinência” (op.cit.). Desencadeando os mesmos sintomas de uma crise de mania.

Chrome (1999 *apud* RIBEIRO *et. al.*, 2005, p.81), demonstra um roteiro para a investigação de hipóteses que contribuem para designar a correlação entre o abuso de álcool e a patologia observada:

1. O consumo de substâncias (ainda que uma única vez) desencadeou o transtorno bipolar do humor;
2. A falta do consumo (síndrome de abstinência) causou ou exacerbou o transtorno bipolar do humor;
3. O transtorno bipolar do humor levou o indivíduo ao uso indevido de substâncias;
4. O transtorno bipolar do humor levou ao uso indevido de substâncias, que, por sua vez, repercutiu negativamente na evolução do primeiro.

Assim, independente das circunstâncias, não se pode pensar no TB com comorbidade de uso de álcool sem atuar diretamente sobre esse consumo.

No Brasil, estudos revelam que os pacientes internados com o diagnóstico de TB correspondem a 35% das doenças psiquiátricas em geral. Desses 35%, observa-se que 90% dos diagnósticos de TB são devidos ao abuso de álcool (SCHEFFER *et al.*, 2010, p. 534). Em um estudo apresentado por Ostacher (2011, p. 432), o autor acrescenta a discussão que o abuso de substâncias químicas favorece a mortalidade nesse público, e a ocorrência de comorbidades também. Todavia, Ostacher complementa que o diagnóstico do TB desencadeado por substâncias, deve ser realizado com muito cuidado, devido aos preconceitos sociais que podem rotular o sujeito, levando-o em muitos casos a inclinações.

Ostacher concorda com a visão de Scheffer *et al.* (2010), sendo que este último ainda complementa que o abuso de substâncias químicas que acabam por desencadear algumas espécies de transtorno mental ou do comportamento, já vem sendo estudado a muito tempo. Sendo comprovado à correlação entre o alcoolismo e a presença de traços depressivos nos sujeitos avaliados Nesse entendimento, Bau (2002, p.186), descreve que talvez nos sistemas neurofisiológicos da dependência, estejam associados os efeitos depressores do álcool no sistema nervoso central, com as vias relacionadas ao prazer e a recompensa.

O uso crônico do álcool e/ou cocaína/crack podem ocasionar consequências similares. Estes indícios concluem que podem ser fatores desencadeantes ou consequentes de quadros psiquiátricos, especialmente TB. No entanto, o estudo de Scheffer *et al.* (2010, p. 534), ressalta que pode haver influência do consumo de

álcool na presença de Transtornos de Personalidade, incluindo a história familiar precedente de abusos químicos.

Autores relatam que certos tipos de personalidades podem estar predispostos ao abuso alcoólico, são as que possuem traços de regressão e instabilidade emocional, imaturidade, fraqueza do ego, insegurança e ansiedade de forma geral (NASCIMENTO, 2000, p. 530).

Com relação às diferenças de gênero, estudos sugerem que mulheres com TB podem ter transtornos ligados ao consumo de álcool e outras drogas se comparado a mulheres na população geral, assim como os homens. Ambos os sexos possuem riscos de suicídio semelhantes, que são agravados na presença da mania mista. Porém, existe maior incidência de abuso feminino quando associados aos transtornos de ansiedade e do pânico, assim como transtornos alimentares, obesidade e enxaqueca. (CARVALHO *et al.*, 2011, p. 152 -153).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que devido à grande quantidade de materiais acessíveis sobre o transtorno, a sua discussão é facilitada quando é dirigida para um determinado tópico, onde neste caso foi o alcoolismo. Notou-se certa escassez de artigos publicados relacionando o prejuízo do alcoolismo no TB, e as questões desencadeadas pelo álcool quando o paciente já está diagnosticado, porém, existe certo número de produções científicas que alinhava o alcoolismo ao tema proposto.

Pelo que pode ser observado nos trabalhos dos autores analisados, o alcoolismo influencia de forma direta no TB. Dentro disso, grande parte dos indivíduos com o transtorno desenvolvem ao longo do percurso do quadro comorbidades, sendo a mais comum o abuso do álcool. Quando observado as diferenças de gênero, nota-se que os homens são os mais acometidos pelo abuso do que as mulheres. Fato que por sua vez, influência no percurso do transtorno

bipolar de forma negativa, acentuado no público masculino, que com a piora do quadro sintomático passa a apresentar situações depressivas, com risco de suicídio.

Para Pulcheriol *et al.* (2008, p. 155), os indivíduos usuários de álcool que apresentavam algum transtorno, corresponderam a 18,85% para TB e 17,05% para transtornos de ansiedade. Observa-se então, que dentro da amostra dos usuários de álcool que apresentavam transtornos psíquicos, os portadores de TB foram em maior número. Podendo correlacionar o aumento da prevalência dos sintomas com a maior oferta social de substâncias químicas, como por exemplo, o álcool. Quando observado pelo prisma oposto, ou seja, dentro dos pacientes diagnosticados com TB, quantos são os que abusam de álcool, chegou-se ao percentual de 85%, seguidos pelos pacientes com transtorno de ansiedade, com relação ao uso de substâncias psicoativas.

O TB está geralmente associado ao final da adolescência e ao início da vida adulta. Tendo a propensão dos sintomas aflorarem, prevalecendo entre os 18 aos 22 anos. Desta forma, identifica-se nos adultos jovens, a possibilidade de desenvolverem a dependência ao álcool, uma vez que esta é a fase em que ele vivencia as experiências com o fulgor da idade, sem ao menos saber ou desconfiar de sua exposição ao perigo da associação do TB com o álcool (ALMEIDA, 2004, p. 27).

Sugerem-se novas pesquisas que relacionem o álcool ao transtorno bipolar, devido à escassez de material que demonstre quanto o alcoolismo influencia no indivíduo com o transtorno. Dessa forma, pode-se concluir e demonstrar ao público interessado, que o TB não é só o que se está acostumado a observar no dia a dia, ou seja, somente oscilações de humor sem nenhum agravante, mas que os comportamentos dos indivíduos acometidos podem ser influenciados pelos seus comportamentos e práticas. Demonstrando que existe algo muito mais amplo para ser descoberto e propagado, mostrando a necessidade de uma avaliação cuidadosa e detalhada, focando nos aspectos individuais de cada paciente.

REFERÊNCIAS:

ALCANTARA, Igor; SCHMITT, Ricardo; SCHWARZTHAUPT, Alexandre W.; CHACHAMOVICH, Eduardo; SULZBACH, Miréia F. V.; PADILHA, Rachel T. de L.; CANDIAGO, Rafael H., LUCAS, Renato M. Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, v. 25, n.1, p.22-32, 2003.

ALMEIDA, Osvaldo P. Transtorno bipolar de início tardio: uma variedade orgânica do transtorno de humor? **Revista Brasileira Psiquiatra**, v.26, p. 26-30. 2004.

ALVES, Hamer; KESSLER, Felix; RATTO, Lilian R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 51-53, 2004.

AZORIN, Jean- Michel. Possible new ways in the pharmacological treatment of bipolar disorder and comorbid alcoholism. **Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 06, p. 37-46, 2010.

BARBOSA, G. Izabela; HUGUET, Rodrigo Barreto; ROCHA, Fábio Lopes; SALGADO, João Vinícius; TEIXEIRA, Antônio Lúcio. Comorbidades clínicas e psiquiátricas em pacientes com transtorno bipolar do tipo I. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v. 60, n. 4, p. 271-6, 2011.

BAU, H. D. Claiton. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Revista Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n. 1, p. 183-90, 2002.

BOLTON, E James, ROBINSO, Jennifer; SAREEN, Jitender. Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Journal of Affective Disorders**, v. 115, p. 367–75, 2009.

BRANCO, C. Jerônimo; JANSEN, Karen; WIENER, Carolina; LOPEZ, Mariane; PORTO, Marcelo; SILVA, Ricardo. Prevalência da inatividade física e fatores associados ao transtorno de humor em adultos jovens. **Revista brasileira ciência e movimento**, Pelotas, v.20, n.4, p. 60-8, 2012.

BROWN, Sherwood E; GARZA, Mônica; CARMODY Thomas J. A randomized, double-blind, placebo-controlled add-on trial of quetiapine in outpatients with bipolar disorder and alcohol use disorders. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 69, p. 701-05, 2008.

CARVALHO, T. Daniel *et al.* Transtorno bipolar do humor: comorbidades e relações com etiopatogenia: idade e gênero. **Neurobiologia**, v. 74, n. 2, p. 145-162, abr. 2011.

CARDOSO, B. Mariante. **Associação entre consumo de álcool e tentativas de suicídio no transtorno de humor bipolar**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação de mestrado, Porto Alegre, fev. 2008.

ANDREAZZA, Ana Christina CARDOSO, B. Mariante; CERESÉR, Keila Maria; DIAS, Vasco Videira; SANT 'ANNA, Márcia Kauer; KAPCZINSKI, Flávio. The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. **Alcohol**, v. 42, p. 451-7, 2008.

CUNHA, Ângelo Batista Miralha da. **Marcadores biológicos nos episódios agudos do transtorno do humor bipolar**. 2008. (Doutora em Psiquiatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

DEL-PORTO, José Alberto; DEL PORTO Kátia Oddone. História da Caracterização nosológica do transtorno bipolar. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 32, n. 1 p. 7-14, 2005.

DIAS, Rodrigo da S.; CORRÊA, Florence K.; TORRESAN, Ricardo C.; SANTOS, Carlos H. R. dos. Transtorno Bipolar do humor e gênero. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v.33, n.2, p 80-91, 2006.

DUALIBI, Sérgio; LARANJEIRA, Ronaldo. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p. 839-48. 2007.

FRYE Mark A. *et al.* Gender Differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. **The American Journal of Psychiatry**, v 160 p. 883-9, 2003.

GOLDSTEIN, Benjamim I.; LEVITT, Anthony J. Further Evidence for a Developmental Subtype of Bipolar Disorder Defined by Age at Onset: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **The American Journal of Psychiatry**, v. 163, p. 1633-6, 2006.

BEARDEN, Carrie E, *et al.* Conceptualizing impulsivity and risk taking in bipolar disorder: importance of history of alcohol abuse. **Bipolar Disorders**, v. 11, p. 33-40, 2009.

HUGUELET, Philippe; MORAND, Sophie Collomb. Effect of topiramate augmentation on two patients suffering from schizophrenia or bipolar disorder with comorbid alcohol abuse. **Pharmacological Research**, v, 52, p. 392-4, 2005.

JUSTO, Luís Pereira; CALIL, Helena Maria. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 2, p.91-9, 2004.

; JOSEPH, Levine; GERSHON, Samuel; KUPFER, David J. Life time prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry. **Bipolar Disorders**, v. 2, p. 191-5, 2000.

LACERDA, Acioly L. T.; SOARES, Jair C.; TOHEN, Maurício. O papel dos antipsicóticos atípicos no tratamento do transtorno bipolar: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 1, p. 34-43, 2002.

LIMA, Ivanor V. M.; SOUGEY, Everton B.; FILHO, Homero P. V. Genética dos Transtornos Afetivos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.1, p. 34-9, 2004.

LIMA, Maurício S. de; TASSI, Juliana; NOVO, Ingrid P.; MARI, Jair de J. Epidemiologia do Transtorno Bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.32, n. 1, p. 15-20, 2005.

MATTOS, Paulo; PAUMINI, André; SALGADO, Carlos A.; SEGENREICH, Daniel; GREVET, Eugênio; OLIVEIRA, Irismar R. de; ROHDE, Luiz A.; ROMANO, Marcos; LOUZÃ, Mário; ABREU, Paulo B. de; LIMA, Pedro P. Painel brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. **Revista de Psiquiatria RS**, Rio Grande do Sul, v. 28, n.1, p. 50-60, jan./abr. 2006.

MICHELON, Leandro; VALLADA, Homero. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. **Revista de psiquiatria clínica**, v. 32, n. 1, p. 31-7, jan. 2005.

MORENO, Ricardo Alberto. Anticonvulsivantes e antipsicóticos no tratamento do transtorno bipolar. **Revista Brasileira de psiquiatria**, v. 26, p. 37-43, 2004.

NASCIMENTO, Eurípedes Costa do; JUSTO, José Sterza. Vidas Errantes e Alcoolismo: Uma Questão Social. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.13, n.3, p.529-38, 2000.

NERY, Fabiano Gonçalves. **Estudo do córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo de pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar em comorbidade com alcoolismo através do uso de espectroscopia por ressonância magnética de**

hidrogênio. 2009. (Doutorado em Psiquiatria) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

HATCH, John P; LAFER, Beny MATSUO,Koji; MONKUL,E Serap; NERY, Fabiano G; NICOLETTI, Mark A; SOARES, Giovana B. Zunta;; SOARES, Jair C. Association between prior alcohol use disorders and decreased prefrontal gray matter volumes in bipolar I disorders patients. **Neuroscience Letters**, v. 3, p. 136–140.2011.

OLIVEIRA, S. Margarete; WERLANG, S. G. Blanca; WAGNER, F. Marcia. Relação entre o consumo de álcool e hábitos paternos de ingestão alcoólica. **Revista Boletim de psicologia**, v. 57, n. 127, p. 205-14, 2007.

OSTACHER, I. Michel. Bipolar and Substance Use Disorder Comorbidity: Diagnostic and Treatment Considerations. **Focus: the journal of lifelong learning in psychiatry**, v. 9, n. 4, p. 428-434, 2011.

PULCHEROL, G.; VERNETTI, C.; STREY, M. N.; FALLER, S. Transtorno de estresse pós-traumático em dependente. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 35, n.4, p. 154-58, 2008

REINHARDT, C. Marcelo; REINHARDT, A. U. Caciane. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, comorbidades e situações de risco. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, p. 124-30. 2013.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo; CIVIDANES, Giuliana. Transtorno Bipolar do Humor e o uso indevido de substâncias psicoativas. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 1, p. 78-88, 2005.

ROCCA, A. C. Cristiana; LAFER, Beny. Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 226-37, mar. 2006.

RUBIO, Gabriel; LÓPEZ, Munõs; CECILIO, Alamo. Effects of lamotrigine in patients with bipolar disorder and alcohol dependence. **Bipolar Disorders**, v.8, p. 289-93, 2006.

FRYE, Mark A; SALLOUM, Ihsan M. Bipolar disorder and comorbid alcoholism: prevalence rate and treatment considerations. **Bipolar Disorders**, v 8, p. 677-85, 2006.

SALLOUM, IM; CORNELIUS JM; DALEY DC. Valproate reduces alcohol consumption in people with comorbid alcohol dependency and bipolar disorder. **Evidence based mental health**, v.8, n.3, p.79,2005

SANCHES, F. Rafael. Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 32, n.1, p. 71-77, 2005.

SANTIN, Aínda; CERESÉR, Keila & ROSA, Adriane. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, p. 105-9, 2005.

SANTOS, S. D. Muriella; VELÔSO, M. G. Thelma. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. **Revista Interface: Comunicação, saúde, educação**, v.12, n.26, p.619-34, jul./set. 2008.

SCHEFFER, Morgana; PASA, Graciela G.; ALMEIDA, Rosa M. M. de. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. Ver. **Psicologia: Teoria e Pesquisa. Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 533-41, jul. 2010.

STEPHEN, M. Strakowski *et al.* Effects of Co-occurring Alcohol Abuse on the Course of Bipolar Disorder Following a First Hospitalization for Mania. **American Medical Association**, v. 62, p. 851-8, 2005.

VIEIRA, Rodrigo M.; BRESSAN, Rodrigo A.; FREY Benício; SOARES Jair C. *et al.* As bases neurobiológicas do transtorno bipolar. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 1, p. 28-33, 2005.