

ARTIGO CIENTÍFICO

ESTUDO DE CASO: RUE BENNETT E A PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DE USO DE SUBSTÂNCIAS EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

CASE STUDY: RUE BENNETT AND THE PREVALENCE OF THE SUBSTANCE USE DISORDER IN DIAGNOSED BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER PATIENTS

Michael Antonio Andreola¹; Matheus Gorone de Abreu²; Perci Klein³

¹Acadêmico do Curso de Psicologia, Centro Universitário Unicuritiba, Rua Chile, 238, CEP 82.010-330, Curitiba, PR. ²Acadêmico do Curso de Psicologia, Centro Universitário Unicuritiba, Rua Chile, 238, CEP 82.010-330, Curitiba, PR. ³Professor, Mestre, Psicólogo, Centro Universitário Unicuritiba, Rua Chile, CEP, Curitiba, PR.

RESUMO

O presente artigo teve como objetivo compreender se há a prevalência do Transtorno de Uso de Substâncias (TUS) em pessoas diagnosticadas com o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) por meio de uma pesquisa bibliográfica. A princípio, se fora discutido a respeito da sintomatologia e de possíveis causas do TAB e do TUS, utilizando-se prioritariamente de critérios diagnósticos encontrados no DSM-V e de informações vinculadas em artigos científicos. Na sequência, foram apresentados alguns dados relativos à coocorrência, que apontaram para uma prevalência do diagnóstico de TUS, com números variando entre 21,7% e 59%, nos pacientes com TAB. Tais dados nos permitiram concluir que sua coexistência é algo de caráter comum. Por fim, com objetivo de exemplificar tal fenômeno, fora realizado um estudo de caso acerca da personagem Rue Bennett, da série Euphoria, que apontaram para o diagnóstico simultâneo de Transtorno de Uso de Substâncias e do Transtorno Afetivo Bipolar da personagem.

Palavras-chave: Transtornos de Humor. Uso de Substâncias. Coocorrência. Diagnóstico. DSM-V. Euphoria.

ABSTRACT

The present article aimed to comprehend the prevalence of Substance Use Disorder (SUD) among individuals diagnosed with Bipolar Disorder (BD) through a bibliographic inquiry. Initially, an exposition concerning the symptomatology and potential causes of BD and SUD was expounded, primarily utilizing diagnostic criteria outlined in the DSM-V, alongside information linked to scholarly articles. Subsequently, certain data pertaining to their co-occurrence were presented, revealing a prevalence of SUD diagnosis ranging from 21.7% to 59% among patients with BD. These data led us to conclude that their coexistence is a commonly observed phenomenon. Lastly, to illustrate this, a case study focusing on the character Rue Bennett from the series Euphoria was conducted, revealing a simultaneous diagnosis of Substance Use Disorder and Bipolar Affective Disorder in the character.

Keywords: Mood Disorder. Substance Use. Co-Occurrence. Diagnosis. DSM-V. Euphoria.

1. Introdução

Euphoria (2019) é uma série de TV produzida pela HBO, que conta a história da jovem Rue Bennett, de 17 anos. Desde a tenra idade, ela lutava diariamente contra suas emoções e sentimentos. Ainda na infância, em uma consulta psiquiátrica, fora levantada a hipótese de que tivesse, em meio a outras psicopatologias, o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) – diagnóstico que fora confirmado alguns anos depois. Após a morte do pai, devido a um câncer, passara a usar drogas e desenvolvera também o Transtorno de Uso de Substâncias (TUS). Devido ao vício, sofrera uma overdose e ficara internada por alguns meses em uma clínica de reabilitação, até receber alta. Após isso, passara a frequentar grupos de apoio, mas ainda assim sofria com as recaídas. Rue via nas drogas um escape de sua dura realidade provinda das complicações da vida de adolescente e, especialmente, dos sintomas do TAB. Chegara a dizer que somente sob efeito de substâncias é que conseguia se sentir como “ela mesma”. E, a exemplo de Rue, milhares de pessoas no mundo também sofrem com esses transtornos mentais.

Segundo dados de 2019 da Organização Mundial da Saúde (OMS), o TAB atinge cerca de 140 milhões de pessoas no mundo, sendo 6 milhões delas no Brasil. O Relatório Mundial sobre Drogas 2021 produzido pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODOC) apontou que 275 milhões de pessoas tiveram algum contato com drogas e cerca de 36 milhões sofreram transtornos associados ao uso de drogas, no mundo todo. No Brasil, os atendimentos a pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas aumentaram 11%, no Sistema Único de Saúde (SUS), durante o ano de 2021. Segundo o Ministério da Saúde, a rede pública realizou 400,3 mil atendimentos em virtude de transtornos causados pelo consumo de substâncias químicas.

Apesar de ser uma personagem ficcional, Rue pode nos ajudar a conceber hipóteses acerca das relações entre o TAB e o TUS. Será que, assim como a jovem, existem pessoas no mundo real que sofrem com eles concomitantemente? Qual será a prevalência do Transtorno por Uso de Substâncias em pacientes diagnosticados com TAB? O presente artigo buscará responder esses questionamentos.

Nossa pesquisa será dividida em três etapas. A primeira delas focará em uma pesquisa bibliográfica, a fim de discorrer acerca dos transtornos que norteiam nosso trabalho, de forma separada, buscando configurá-los e compreendê-los de forma mais ampla.

A segunda etapa terá também como base a bibliografia, visando buscar dados científicos acerca da prevalência do Transtorno de Uso de Substâncias em pessoas bipolares.

A terceira e última etapa será a de realizar um estudo de caso da personagem Rue Bennett, a fim de relacioná-la com aquilo que fora encontrado nas duas etapas anteriormente citadas da pesquisa.

2. Referencial teórico

A literatura mostra que o diagnóstico de TUS em pessoas portadoras de transtornos mentais graves é uma comorbidade que se mostra como regra, e não como exceção. Resultados da National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions mostraram que a coocorrência de TUS fora maior entre os pacientes diagnosticados com TAB do que com qualquer outro transtorno mental incluído na pesquisa. Estudos indicam que a coocorrência do TUS em pacientes com TAB está entre 21,7 e 59 por cento. Dias et al. (2006, apud Safanelli et al. 2012) 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%). Esses achados são compatíveis com a hipótese de que existe uma vulnerabilidade aditiva em pacientes com transtornos mentais.

Pesquisadores tem oferecido várias possíveis explicações para a coocorrência. Swann (2010, apud SAMHSA, 2016) argumenta que o TAB e o uso indevido de substâncias podem ser vistos como transtornos de sobreposição dos sistemas cerebrais que regulam impulsividade, motivação e sentimento de recompensa. Os componentes exatos dessa correlação permanecem inexplicados e várias possíveis causas são apontadas. Primeiramente, parece haver associações genéticas entre os dois transtornos. Estudos recentes estimam que entre 47 e 57 por cento da variância genética que predispõe o TAB está conectada ao TUS, o que dá suporte a ideia de que os transtornos estejam geneticamente conectados. Segundamente, os transtornos compartilham caminhos neurológicos em comum e a sensibilização do comportamento pode ser um mecanismo em comum. A exposição repetida ao álcool e drogas sensibiliza os neurônios e está associada com o aumento de efeitos reforçadores e, de forma peculiar, o curso do TAB segue um padrão similar, relacionado a sensibilização do episódio.

Indivíduos com tais comportamentos possuem grandes chances de desenvolver ambos os transtornos de forma simultânea.

2.1 – Transtorno Afetivo Bipolar

Segundo Elia (2021) e Bosaipo et al. (2017), o Transtorno Afetivo Bipolar é uma patologia psicológica caracterizada por períodos alternados de humor elevado (mania ou hipomania) e períodos de depressão (podem ser mais frequentes), que podem durar semanas ou meses. Os sintomas relacionados a ele geralmente surgem no início da adolescência e podem se manifestar até os 20 anos. Entre crianças, seu diagnóstico é raro, porém há a possibilidade.

2.1.1 – Critérios Diagnósticos

Segundo Elia (2021) e Bosaipo et al. (2017), os sintomas são explícitos com base na constante oscilação do estado do humor, que muitas vezes se alternam por conta de fatores sociais. Insônia é algo recorrente em pacientes com TAB e os episódios maníacos podem assumir proporções psicóticas, delírios também são frequentes. No caso de o diagnóstico ser positivo em uma criança, ela tende a ter episódios depressivos mais curtos que em adultos.

Para melhor compreensão dos subtipos que serão percorridos na sequência, devemos compreender os critérios diagnósticos de alguns sintomas que são fundamentais para entender e diferenciar os subtipos dentro de seus episódios particulares.

2.1.1.1 – Mania

Segundo o DSM-V (2014), a característica essencial de um episódio maníaco é um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento persistente da atividade ou da energia, com duração de pelo menos uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias. Os sintomas e definições a seguir são utilizados para identificar um episódio maníaco:

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:

- Autoestima inflada ou grandiosidade.
- Redução da necessidade de sono (exemplo: sente-se descansado com apenas três horas de sono);
- Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
- Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
- Distrabilidade (exemplo: a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
- Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (exemplo: atividade sem propósito não dirigida a objetivos).
- Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (exemplo: envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.

D. O episódio não é atribuível a aos efeitos fisiológicos de uma substância (exemplo: droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica.

2.1.1.2 – Hipomania

Segundo o DSM-V (2014), os sintomas e definições a seguir são utilizados para identificar um episódio hipomaníaco:

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia com duração

mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos sintomas do critério B para episódio Maníaco (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo.

C. O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático.

D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.

E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.

F. O episódio não é atribuível a aos efeitos fisiológicos de uma substância (exemplo: droga de abuso, medicamento, outro tratamento).

2.1.1.3 – Episódio Depressivo Maior

Segundo o DSM-V (2014), os sintomas e definições a seguir são utilizados para identificar um episódio depressivo maior:

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda de interesse ou prazer.

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
- Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
- Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)

- Insônia ou hipersonia quase diária.
- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriação ou culpa por estar doente).
- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
- Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideiação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

2.1.2 – Subtipos

Segundo Elia (2021) e Bosaipo et al. (2017), o diagnóstico geralmente é baseado em critérios clínicos e tem como objetivo identificar sintomas dos episódios maníacos. Porém, o diagnóstico se dá especificamente pelo subtipo de TAB do paciente, iremos discorrer acerca de três subtipos: Transtorno Bipolar - Tipo I, Transtorno Bipolar - Tipo II e Transtorno Ciclotímico.

2.1.2.1 – Transtorno Afetivo Bipolar Tipo I

Segundo Bosaipo et al. (2017), o transtorno bipolar tipo I é um distúrbio de humor em que se verifica a ocorrência de pelo menos um episódio maníaco, que pode ter sido precedido ou sucedido de episódios hipomaníacos ou depressivos maiores. A idade média do primeiro episódio é de 18 anos.

Segundo o DSM-V (2014), fatores genéticos e fisiológicos possuem influência no transtorno bipolar e ele é mais comum em países com pessoas com renda elevada do que com renda mais baixa (1,4 vs. 0,7%). Pessoas separadas, divorciadas ou viúvas têm

taxas mais altas de transtorno bipolar tipo I do que aquelas casadas ou que nunca se casaram, mas o sentido em que a associação se modifica não é clara. História familiar de transtorno bipolar é um dos fatores de risco mais fortes e mais consistentes para transtornos dessa categoria. Há, em média, risco 10 vezes maior entre parentes adultos de indivíduos com transtornos bipolar tipo I e tipo II.

A pessoa portadora do tipo I pode se envolver em vários projetos novos ao mesmo tempo. Os projetos costumam ser iniciados com pouco conhecimento do tópico, sendo que nada parece estar fora do alcance do indivíduo. Os níveis de atividade aumentados podem se manifestar em horas pouco habituais do dia. Autoestima inflada costuma estar presente, variando de autoconfiança sem críticas a grandiosidade acentuada, podendo chegar a proporções delirantes. Apesar da falta de qualquer experiência ou talento particular, o indivíduo pode dar início a tarefas complexas, como escrever um romance ou buscar publicidade por alguma invenção impraticável. (DSM-V, 2014).

Uma das características mais comuns é a redução da necessidade de sono, que difere da insônia, ele pode dormir pouco, se conseguir, ou pode acordar várias horas mais cedo que o habitual, sentindo-se repousado e cheio de energia. Humor expansivo, otimismo excessivo, grandiosidade e juízo crítico prejudicado costumam levar a envolvimento imprudente em atividades como surtos de compras, doação de objetos pessoais, direção imprudente, investimentos financeiros insensatos e promiscuidade sexual incomuns ao indivíduo, mesmo quando essas atividades podem levar a consequências catastróficas. (DSM-V, 2014).

O episódio maníaco deve provocar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou necessitar de hospitalização para a prevenção de dano a si ou a outras pessoas (p. ex., perdas financeiras). (DSM-V, 2014).

2.1.2.2 – Transtorno Afetivo Bipolar Tipo II

Segundo Bosaipo et al. (2017), o transtorno bipolar tipo II é um distúrbio de humor recorrente, constituído por um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco. A idade média do primeiro episódio é em torno dos 25 anos. Particularmente, é comum os indivíduos apresentarem inúmeros episódios de depressão maior antes da ocorrência do primeiro episódio de hipomania. Esses casos ilustram a dificuldade de diagnosticar o tipo II, e 12% dos pacientes com diagnóstico

inicial de Transtorno Depressivo Maior são reclassificados como tendo tipo II após a identificação de um episódio hipomaníaco.

Segundo o DSM-V (2014), o transtorno bipolar tipo II caracteriza-se por um curso clínico de episódios de humor recorrentes, consistindo em um ou mais episódios depressivos maiores. O episódio depressivo maior deve ter duração de pelo menos duas semanas, e o hipomaníaco, de, no mínimo, quatro dias, para que sejam satisfeitos os critérios diagnósticos.

Em geral, os episódios hipomaníacos não causam prejuízo por si mesmos. Em vez disso, o prejuízo é consequência dos episódios depressivos maiores ou do padrão persistente de mudanças e oscilações imprevisíveis de humor e da instabilidade do funcionamento interpessoal ou profissional. Os indivíduos com transtorno bipolar tipo II podem não encarar os episódios hipomaníacos como patológicos ou prejudiciais, embora outras pessoas possam se sentir perturbadas por seu comportamento errático. (DSM-V, 2014).

O risco de transtorno bipolar tipo II tende a ser mais elevado entre parentes de pessoas com essa condição, em oposição a pessoas com transtorno bipolar tipo I ou transtorno depressivo maior. Pode haver fatores genéticos influenciando a idade do início de transtornos bipolares. (DSM-V, 2014).

O risco de suicídio no transtorno bipolar tipo II é elevado. Cerca de um terço dos indivíduos com o transtorno relata história de tentativa de suicídio ao longo da vida. As taxas de prevalência de suicídios tentados durante a vida, nos transtornos bipolar tipo I e tipo II, parecem assemelhar-se (32,4 e 36,3%, respectivamente). A letalidade das tentativas, entretanto, definida por uma proporção menor de tentativas até suicídios consumados, pode ser maior em indivíduos com transtorno bipolar tipo II comparados àqueles com transtorno bipolar tipo I. (DSM-V, 2014).

2.1.2.3 – Transtorno Afetivo Bipolar Ciclotímico

Segundo Bosaipo et al. (2017), o transtorno bipolar ciclotímico é um distúrbio de humor flutuante, envolvendo períodos com sintomas hipomaníacos que não preenchem os critérios para um episódio hipomaníaco; e períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior.

Segundo o DSM-V (2014), os tópicos abaixo referem-se as características diagnósticas de um episódio ciclotímico:

A. Por pelo menos dois anos (um ano em crianças e adolescentes), presença de vários períodos com sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para episódio hipomaníaco e vários períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para episódio depressivo maior.

B. Durante o período antes citado de dois anos (um ano em crianças e adolescentes), os períodos hipomaníaco e depressivo estiveram presentes por pelo menos metade do tempo, e o indivíduo não permaneceu sem os sintomas por mais que dois meses consecutivos.

C. Os critérios para um episódio depressivo maior, maníaco ou hipomaníaco nunca foram satisfeitos.

D. Os sintomas do Critério A não são mais bem explicados por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno fisiológico não especificado.

E. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).

F. Os sintomas causam sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Segundo o DSM-V (2014), o transtorno ciclotímico tem como característica essencial a cronicidade e a oscilação do humor, envolvendo vários períodos de sintomas hipomaníacos e períodos de sintomas depressivos distintos entre si. Os sintomas hipomaníacos têm número, gravidade, abrangência ou duração insuficientes para preencher a todos os critérios de um episódio hipomaníaco; e os sintomas depressivos têm número, gravidade, abrangência ou duração insuficientes para preencher a todos os critérios de um episódio depressivo maior.

O diagnóstico de transtorno ciclotímico não é feito se o padrão de mudanças do humor é mais bem explicado por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado, caso em que os sintomas de humor são considerados características associadas ao transtorno psicótico. O prejuízo pode se desenvolver em decorrência de períodos prolongados de mudanças cíclicas do humor, frequentemente imprevisíveis. (DSM-V, 2014).

O transtorno ciclotímico costuma ter início na adolescência ou no início da vida adulta, normalmente tem início insidioso e curso persistente. Há risco de 15 a 50% de um indivíduo com transtorno ciclotímico desenvolver posteriormente transtorno bipolar tipo I ou transtorno bipolar tipo II. O transtorno ciclotímico pode ser mais comum em parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com transtorno bipolar tipo I do que na população em geral. (DSM-V, 2014).

2.1.3 – Causas

Segundo Elia (2021) e Bosaipo et al. (2017), sua origem está atrelada tanto a fatores genéticos quanto ambientais, relacionando ao seu despertar e evolução, podendo ocorrer devido a um trauma, eventos aversivos significativos e abuso de álcool ou drogas.

Segundo Coryell (2021), a causa exata do transtorno bipolar é desconhecida, A hereditariedade tem papel significativo. Há também evidências de desregulação de neurotransmissores serotoninérgicos, noradrenérgicos e dopaminérgicos. Fatores psicossociais também podem estar envolvidos. Eventos de vida estressantes estão muitas vezes associados ao desenvolvimento inicial dos sintomas e exacerbações posteriores, ainda que relações de causa e efeito não tenham sido estabelecidos, relacionando ao seu despertar e evolução, pode ocorrer devido a um trauma, eventos aversivos significativos e abuso de álcool ou drogas.

Segundo Elia (2021), o prognóstico varia, porém, pode-se afirmar que piora a cada episódio. Fatores que elevam o risco de recorrência são idade precoce de início, gravidade, psicopatologia familiar e falta e/ou baixa adesão ao tratamento.

2.2 – Transtorno por Uso de Substâncias

2.2.1 – Critérios Diagnósticos

Segundo o DSM-V (2014), a característica essencial de um transtorno por uso de substâncias consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Uma característica importante dos transtornos por uso de substâncias é uma alteração básica nos circuitos cerebrais que pode persistir mesmo após a desintoxicação, especialmente em indivíduos com transtornos mentais graves. Os efeitos comportamentais dessas alterações cerebrais podem ser exibidos nas recaídas constantes e na fissura intensa por drogas quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados a elas.

Segundo Khan (2020), as substâncias que geralmente estão conectadas ao TUS fazem parte das 10 classes de fármacos que normalmente causam transtornos relacionados a substâncias: álcool, cafeína, Cannabis e canabinoides sintéticos, alucinógenos (LSD, fenciclidina, psilocibina), inalantes (solvente de tinta e certas colas), opioides (fentanil, morfina, oxicodona), sedativos, hipnóticos e ansiolíticos (lorazepam e secobarbital), estimulantes (anfetaminas e cocaína) e, por fim, tabaco e outras substâncias – como esteroides anabolizantes. Elas ativam diretamente o sistema de recompensa do cérebro e produzem sensações de prazer. Esse processo pode ser tão intenso que os pacientes anseiam cada vez mais pela substância e negligenciam as atividades cotidianas para obtê-la e usá-la.

De acordo com o DSM-V (2014), de modo geral, o diagnóstico do TUS baseia-se em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao seu uso. O baixo controle sobre o uso da substância é o primeiro grupo de critérios (Critérios 1-4). O indivíduo pode consumir a substância em quantidades maiores ou ao longo de um período maior do que pretendido originalmente (Critério 1). Pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e pode relatar vários esforços malsucedidos para diminuir ou descontinuar o uso (Critério 2). Pode gastar muito tempo para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos (Critério 3). Em alguns casos mais graves, praticamente todas as atividades diárias do indivíduo giram em torno do comportamento aditivo. A fissura (Critério 4) se manifesta por meio de um desejo ou necessidade intensos de usar a droga que podem ocorrer a qualquer momento, mas com maior probabilidade quando se está em um ambiente onde a droga foi obtida ou usada anteriormente. Demonstrou-se também que a fissura envolve condicionamento clássico e está associada à ativação de estruturas específicas de recompensa no cérebro. Investiga-se a fissura ao perguntar se alguma vez o indivíduo teve uma forte necessidade de consumir a droga a ponto de não conseguir pensar em mais nada. A fissura atual costuma ser usada como medida de resultado do tratamento porque pode ser um sinal de recaída iminente.

O prejuízo social é o segundo grupo de critérios (Critérios 5-7). O uso recorrente de substâncias pode implicar no fracasso em cumprir obrigações no trabalho, escola ou lar (Critério 5). O indivíduo pode continuar o uso da substância apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados por seus efeitos (Critério 6). Atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa podem ser abandonadas ou reduzidas devido à adição (Critério 7). O sujeito

pode afastar-se de atividades em família ou passatempos a fim de usar a substância. (DSM-V, 2014).

O uso arriscado da substância é o terceiro grupo de critérios (Critérios 8 e 9). Pode tomar a forma de uso recorrente da substância em situações que envolvam risco à sua integridade física (Critério 8). O indivíduo pode continuar o uso apesar de estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente fora causado ou exacerbado pela substância (Critério 9). (DSM-V, 2014).

Os critérios farmacológicos são o grupo final (Critérios 10 e 11). A tolerância (Critério 10) é sinalizada quando uma dose acentuadamente maior da substância é necessária para obter o efeito desejado ou quando um efeito acentuadamente reduzido é obtido após o consumo da dose habitual. O grau em que a tolerância se desenvolve apresenta grande variação de um indivíduo para outro, assim como de uma substância para outra, e pode envolver uma variedade de efeitos sobre o sistema nervoso central. A tolerância deve ser diferenciada da variação individual na sensibilidade inicial aos efeitos de substâncias específicas. Por exemplo, algumas pessoas que consomem álcool pela primeira vez apresentam pouquíssimas evidências de intoxicação com três ou quatro doses, enquanto outras com o mesmo peso e história de consumo de álcool apresentam fala arrastada e incoordenação. (DSM-V, 2014).

Por fim, a abstinência (Critério 11) é uma síndrome que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem em um indivíduo que manteve uso intenso prolongado. Após desenvolver sintomas de abstinência, o indivíduo tende a consumir a substância para aliviá-los. Os sintomas de abstinência apresentam grande variação de uma classe de substâncias para outra, e conjuntos distintos de critérios para abstinência são fornecidos para as classes de drogas. Sinais fisiológicos marcados são comuns com álcool, opioides e com sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. Os sinais e sintomas de abstinência de estimulantes, bem como de tabaco e Cannabis, costumam estar presentes, mas são menos visíveis. Não são necessárias tolerância nem abstinência para um diagnóstico de transtorno por uso de substância. Contudo, na maioria das classes de substâncias, uma história prévia de abstinência está associada a um curso clínico mais grave. Indivíduos cujos únicos sintomas são os decorrentes de tratamento médico, isto é, tolerância e abstinência como parte de assistência médica quando os medicamentos são usados conforme prescritos, não devem ser diagnosticados unicamente com base nesses sintomas. Contudo, medicamentos com

receita podem ser usados de forma inadequada, e pode-se diagnosticar corretamente um transtorno por uso de substância quando houver outros sintomas de comportamento compulsivo de busca por drogas. (DSM-V, 2014).

2.2.2 – Causas

Segundo Kahn (2020), são três as predisposições que podem levar ao desenvolvimento do TUS: características físicas, pessoais e circunstâncias e transtornos.

As prováveis características físicas incluem fatores genéticos e, embora pesquisadores há muito tempo tentem identificar fatores específicos, encontraram-se poucas diferenças bioquímicas ou metabólicas entre pessoas que desenvolvem ou não o TUS.

Características pessoais não são um fator preponderante, porém pessoas com baixos níveis de autocontrole e que sempre estão buscando por novidades podem ter maior risco de desenvolver o transtorno.

Por fim, algumas circunstâncias e patologias coexistentes parecem aumentar as probabilidades. Por exemplo, pessoas tristes, em sofrimento emocional ou socialmente alienadas, podem achar que esses sentimentos serão temporariamente aliviados por um fármaco. Além disso, pacientes com outros transtornos psiquiátricos não relacionados têm maior risco de desenvolver o TUS.

Para além disso, fatores culturais e sociais exercem componente importante no desenvolvimento da condição. Pessoas que estão tentando parar de usar uma substância consideram muito mais complicado de fazê-lo se conviverem com outras pessoas que também a usam. Há também de se considerar que alguns médicos podem, inadvertidamente, contribuir para o uso nocivo de fármacos psicoativos ao prescrevê-los por excessivo cuidado aos seus pacientes.

2.3 – A prevalência

Swann (2010, apud SAMHSA, 2016) argumenta que o TAB e o TUS podem ser vistos como transtornos de sobreposição dos sistemas cerebrais que regulam impulsividade, motivação e sentimento de recompensa. Khantzian (1985, apud SAMHSA, 2016) formulou a hipótese da automedicação, que propunha que as pessoas usavam substâncias de forma indevida para aliviar seus sofrimentos psicológicos – impulsividade, estratégias de manejo ruins e excessiva busca por prazer associada com

os episódios maníacos e hipomaníacos – e que tais medicamentos eram usados de forma específica para cada tipo de sofrimento.

Discorrendo a respeito dos impactos do diagnóstico conjunto, segundo Costa e Valério (2008, apud Safanelli et al., 2012) 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 e implicando numa recuperação lenta e em tentativas de suicídio.

2.3.1 – Tratamento da Coocorrência

O diagnóstico é o primeiro dos desafios no tratamento da coocorrência e seu tratamento é tão desafiador quanto. Não há uma única estratégia para o manejo, que visa unir intervenções medicamentosas e psicoterápicas.

Segundo Ma et al. (2018), um número grande de psicofármacos tem se mostrado eficaz no tratamento. Estudos mostram que o lítio, por exemplo, é eficaz na redução dos sintomas do TAB e diminui os níveis de necessidade do uso de substâncias. Além disso, estabilizadores de humor e fármacos auxiliares relacionados à adição também devem ser considerados para o tratamento. A Naltrexona mostrou redução significativa na diminuição da severidade de episódios maníacos e depressivos e na redução do uso de álcool em pacientes coocorrentes.

Além disso, a psicoterapia também deve ser incluída no plano de tratamento. As intervenções psicossociais são importantes para abordar questões como aceitação do diagnóstico, adesão ao tratamento e prevenção de recaídas. A terapia de grupo integrada, por exemplo, demonstrou ser eficaz na redução da gravidade de problema com drogas, incentivando a abstinência e diminuindo o risco de episódios de humor. Esse tipo de intervenção geralmente abarca de cinco a oito pacientes para sessões semanais e se concentra em temas comuns aos coocorrentes, como identificar e lidar com gatilhos. A terapia cognitivo-comportamental (TCC), que envolve a identificação e mudança de pensamentos e crenças tendenciosas, mostra-se também promissora no tratamento. Os pacientes que receberam tratamento com a TCC tiveram redução da gravidade dos sintomas, diminuição do uso de substâncias e períodos mais longos de abstinência.

A psicoeducação é eficaz para melhorar os sintomas de humor e reduzir a recaída em pacientes com doença bipolar, por permitir que eles desenvolvam uma compreensão mais objetiva do transtorno e aprendam estratégias para controlar os sintomas de humor. Uma abordagem focada no bem-estar e na recuperação é baseada em pontos fortes e inclui intervenções para ajudar os clientes a se tornarem proativos no gerenciamento de sua saúde e bem-estar geral.

2.4 – Estudo de Caso

Ruby “Rue” Bennett, interpretada pela atriz Zendaya, é a protagonista da série de TV da HBO, *Euphoria* (2019). A jovem tem 17 anos e mora com sua mãe, Leslie, e sua irmã, Gia, na cidade fictícia de East Highland. Desde seus primeiros anos de vida, Rue passara por dificuldades e eventos traumáticos, que foram desde transtornos mentais, à morte precoce do pai – devido a um câncer – e ao abuso de substâncias.

Logo no primeiro episódio, nossas hipóteses acerca da coocorrência de TAB e TUS em Rue encontram correspondência. No segundo minuto do episódio piloto, em uma consulta psiquiátrica, ainda em estágios iniciais do desenvolvimento, se é levantada a possibilidade do diagnóstico de TAB em Rue. Naquele momento, porém, nada se é confirmado, dado a dificuldade de se diagnosticar crianças e adolescentes como bipolares. Com relação ao TUS, o processo de identificação fora um pouco menos complexa. Como nos é apresentado no episódio piloto, Rue acabara de sair de uma clínica de reabilitação devido à uma overdose que tivera alguns meses antes, e que é mostrada no decorrer do episódio, num flashback onde sua irmã, Gia, a encontra desmaiada em seu quarto. Levantadas as hipóteses, cabe nos agora realizar um trabalho investigativo mais aprofundado a respeito delas.

Quando falamos a respeito do TAB, devemos levar em conta uma série de fatores que caracterizam mania, hipomania e episódios depressivos maiores. Rue alterna entre episódios hipomaniacos e episódios depressivos maiores e, devido a isso, pode ser diagnosticada dentro do quadro de TAB Tipo II.

A maior das diferenças entre o episódio hipomaniaco e o maniaco, encontra-se no fato de que o primeiro é mais controlado e não implica em uma perda significativa do senso de realidade. No episódio sete da primeira temporada, Rue fantasia que é uma policial que está conduzindo uma investigação para descobrir o que está acontecendo entre Jules – a garota pela qual está apaixonada – e um rapaz de sua escola, Nate.

Durante a sequência, alguns sintomas do quadro hipomaníaco, como humor anormal e aumento de energia, autoestima inflada e pensamento e fala acelerados, manifestam-se. O mesmo acontece quando, na sequência, ela conta acerca de sua teoria para seu amigo e fornecedor, Fezco.

No mesmo episódio podemos também caracterizar o episódio depressivo maior. Rue permanece na cama por dois dias quase que ininterruptos, assistindo à uma série e passando vinte e quatro horas sem se levantar para ir banheiro, após Jules ir para outra cidade a fim de visitar alguns amigos. No caso da jovem, alguns sintomas significativos não podem ser apontados com exatidão, por não sabermos com precisão seu tempo de duração, mas, levando em conta seus comportamentos, podemos observar sentimento de tristeza, vazio e humor rebaixado, insônia – ela passara dois dias acordada – retardo psicomotor – após levantar-se, Rue mal consegue chegar ao banheiro –, fadiga ou falta de disposição – explicitado pela vontade de não sair da cama. Para além dessa sequência, em um episódio especial da primeira temporada, intitulado *Trouble Don't Last Always*, Rue, em uma conversa com seu amigo e mentor, Ali, fala a respeito de suas ideias suicidas – outro dos sintomas depressivos apresentados – e sobre o fato de que as drogas são a única coisa que a impedem de tirar a própria vida.

Discorrendo agora a respeito do TUS, como vimos anteriormente, são vários os critérios necessários para caracterizá-lo. Um dos pontos chave para o diagnóstico, segundo o DSM-V (2014), está nas recaídas constantes e na fissura intensa por drogas quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados a elas. Mesmo após o processo de reabilitação, Rue admite, no episódio piloto, que não tem intenção de parar com o uso de substâncias, tendo inclusive comprado alguns comprimidos na primeira oportunidade que teve para sair de casa. No minuto quarenta e dois do episódio, em uma conversa com Fezco, a jovem conta que, em um de seus episódios de crise de ansiedade, ao ser levada para o hospital, lhe ministraram Valium, a fim de que ela se acalmasse e a situação fosse contida. Ao sentir o efeito do medicamento, ela chegou à conclusão de que somente aquela sensação resolveria seus problemas e que apenas sob o efeito de drogas é que ela se sentiria segura em sua própria cabeça. Para além disso, há ainda uma série de outros comportamentos apresentados por Rue que corroboram com o diagnóstico. O quadro da jovem correlaciona-se com os onze critérios anteriormente descritos na seção 2.2.1. e, na sequência, explicitaremos como isso acontece.

Com relação ao primeiro grupo de critérios, relacionados ao controle do uso, sabemos, através dos relatos de Rue no episódio piloto, que ela iniciara o uso de

substâncias para lidar com suas mudanças de humor, como algo momentâneo e que tal comportamento acabara se estendendo por todo o percurso de sua adolescência (Critério 1). Apesar do discurso citado anteriormente acerca da vontade de seguir no vício, após apaixonar-se por uma colega de classe, Jules, Rue manifesta o desejo de interromper seus comportamentos de drogadição e até o conseguira por certo período, tendo uma recaída no episódio final da primeira temporada, depois um desentendimento com sua amada (Critério 2). No quinto episódio da segunda temporada, após uma crise de abstinência, Rue passa várias horas de seu dia a fim de conseguir qualquer tipo de substância. Ao ter sido impedida por Fezco de tomar alguns comprimidos, ela invade uma casa de sua vizinhança na busca por drogas ou por dinheiro que a possibilite adquiri-las. Sua tentativa desesperada dá errado, resultando em uma fuga da polícia e numa série de situações que colocam sua vida em risco e levando-a terminar na casa de outra fornecedora, que lhe dá acesso a uma injeção de morfina. (Critério 3). Em determinados momentos de sua narrativa, Rue demonstra pensar apenas quando conseguiria usar substâncias novamente (Critério 4). Com relação ao segundo grupo de critérios, relacionados ao prejuízo social, vemos que apesar de seus hábitos afetarem seus relacionamentos familiares e de amizade – distanciamento da mãe e da irmã e da melhor amiga de infância, Lexi – e de implicarem na degradação de sua vida escolar e recreativa, Rue continua a drogar-se (Critérios 5-7). Com relação ao terceiro grupo de critérios, relacionados ao uso arriscado da substância, para além do ocorrido citado anteriormente no critério 3, no episódio três da segunda temporada, Rue entra em contato direto a fornecedora citada anteriormente, dizendo a ela que tinha a intenção de revender 10 mil dólares de suas pílulas, quando o objetivo real era obter drogas para uso próprio, o que obviamente configuraria um perigo real a sua vida, dado que, ao não receber o pagamento, a mulher muito provavelmente iria atrás de Rue para cobrá-la (Critério 8). Além disso, como dito no episódio piloto, a jovem está ciente dos problemas que sua drogadição causa a ela e ainda assim continua com seu comportamento errático (Critério 9). Por fim, o último grupo de critérios está relacionado a farmacologia. Rue quer sempre doses maiores para aliviar suas dores e sentimentos negativos (Critério 10). Na cena de abertura do episódio cinco da segunda temporada, ao descobrir que Rue estava se drogando novamente, sua mãe jogara fora todas as pílulas que ela havia conseguido anteriormente com sua nova fornecedora. Por estar passando por um período de abstinência e não ter mais o que usar, Rue tem um

surto de violência e quebra vários cômodos da sua casa antes de sair a procura de medicamentos (Critério 11).

3. Conclusões

Apresentado os argumentos que nos fizeram concluir o diagnóstico da coocorrência, nos cabe falar um pouco a respeito de seu tratamento nesse caso em específico. Na história de Rue, assim como em muitos casos reais, o uso de substâncias parece ter surgido como uma resposta aos sintomas relacionados a um transtorno de humor coocorrente, fato que, como vimos, é extremamente comum. O que nos parece faltar a jovem é um tratamento psicoterapêutico conjunto. O grupo de escuta que ela frequenta e as conversas com Ali são úteis, porém não são necessárias para que exponha completamente suas mazelas. A adolescência, por si só, é um período extremamente conturbado e, dado todos os componentes dessa complicada equação que a vida de Rue é, torna sua existência ainda mais difícil. Ela parece estar ciente dos motivos que a fazem se drogar, mas encontra muita dificuldade em buscar outras formas, que se não as drogas, para lidar com seus sentimentos. Sua rede de apoio dá o suporte, mas cabe a Rue tomar suas decisões. E ela só conseguirá enxergar com clareza toda a situação à medida que conheça melhor a si mesmo.

Referências

American Psychiatric Association. (2014). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5a ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.)**. Porto Alegre, RS: Artmed.

BOSAIPO, Nyanne Beckmann; BORGES, Vinicius Ferreira; JURUENA, Mario Francisco. **Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos**. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/plugins/generic/hypothesis/pdf.js/viewer/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Fmrp%2Farticle%2Fdownload%2F127541%2F124635%2F243305>>. Acesso em 08 mai. 2022.

CERULLO, Michael A.; STRAKOWSKI, Stephen M. **The Prevalence And Significance Of Substance Use Disorders In Bipolar Type I And II Disorder**.

Disponível em <<http://www.substanceabusepolicy.com/content/2/1/29>>. Acesso em 26 mar. 2022.

CORRYEL, William. **Transtornos bipolares.** Disponível em <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/transtornos-do-humor/transtornos-bipolares?query=transtorno%20afetivo%20bipolar>>. Acesso em 08 mai. 2022.

ELIA, Josephine. **Transtorno bipolar em crianças e adolescentes.** Disponível em <<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/pediatria/transtornos-mentais-em-crian%C3%A7as-e-adolescentes/transtorno-bipolar-em-crian%C3%A7as-e-adolescentes>>. Acesso em 08 mai. 2022.

KHAN, Mashal. **Transtornos por uso de substância.** Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/transtornos-relacionados-ao-uso-de-subst%C3%A2ncias/transtornos-por-uso-de-subst%C3%A2ncias>>. Acesso em 06 mai. 2022.

KHAN, Mashal. **Visão geral dos transtornos relacionados a substâncias.** Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/transtornos-relacionados-ao-uso-de-subst%C3%A2ncias/vis%C3%A3o-geral-dos-transtornos-relacionados-a-subst%C3%A2ncias>>. Acesso em 06 mai. 2022.

EUPHORIA. Direção de Sam Levinson; Augustine Frizzell; Jennifer Morrison; Pippa Bianco. EUA, HBO. 2019.

MA, Ming; COLES, Alexandria S.; GEORGE, Tony P. **Understanding and Treating Co-Occurring Bipolar Disorder and Substance Use Disorders.** Disponível em <<https://www.psychiatrytimes.com/view/understanding-and-treating-co-occurring-bipolar-disorder-and-substance-use-disorders>>. Acesso em 06 mai. 2022.

SAFANELLI, Camila; RODRIGUES, Jéssica Carolina; CYRINO, Luiz Arthur Rangel. **Transtorno Afetivo Bipolar Relacionado Ao Uso Abusivo de Substâncias Psicoativas: Uma Revisão Bibliográfica.** Disponível em <<https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/2014/02/292-12396-1-PB.pdf>>. Acesso em 06 mai. 2022.

An Introduction To Bipolar Disorder And Co-occurring Substance Use Disorders. Disponível em <<https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma16-4960.pdf>>. Acesso em 06 mai. 2022.

Atendimento a pessoas com transtornos mentais por uso de álcool e drogas aumenta 12% no SUS, diz Ministério da Saúde. Disponível em <<https://g1.globo.com/saude/noticia/2022/02/20/atendimento-a-pessoas-com-transtornos-mentais-por-uso-de-alcool-e-drogas-aumenta-12percent-no-sus-diz-ministerio-da-saude.ghtml>>. Acesso em 26 mar. 2022.

Dia Mundial do Transtorno Bipolar: problema atinge 140 milhões de pessoas. Disponível em <<https://j.pucsp.br/noticia/dia-mundial-do-transtorno-bipolar-problema-atinge-140-milhoes-de-pessoas>>. Acesso em 26 mar. 2022.

‘Euphoria’ se torna a segunda série mais assistida da HBO. Disponível em <<https://istoe.com.br/euphoria-se-torna-a-segunda-serie-mais-assistida-da-hbo/>>. Acesso em 26 mar. 2022.

Relatório Mundial sobre Drogas 2021 avalia que pandemia potencializou riscos de dependência. Disponível em <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2021-do-unodc_-os-efeitos-da-pandemia-aumentam-os-riscos-das-drogas--enquanto-os-jovens-subestimam-os-perigos-da-maconha-aponta-relatorio.html>. Acesso em 26 mar. 2022.

SUS: Atendimento a pessoas com transtornos mentais aumenta 11% em 2021. Disponível em <<https://exame.com/brasil/sus-atendimento-a-pessoas-com-transtornos-mentais-aumenta-11-em-2021/>>. Acesso em 26 mar. 2022.