

**Bernardo Carramão Gomes**

**Estudo controlado de terapia cognitivo comportamental em grupo  
no tratamento de pacientes com transtorno bipolar**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Beny Lafer

São Paulo

2010

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gomes, Bernardo Carramão

Estudo controlado de terapia cognitivo comportamental em grupo no tratamento de  
pacientes com transtorno bipolar / Bernardo Carramão Gomes. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.  
Programa de Psiquiatria.

Orientador: Beny Lafer.

Descritores: 1.Transtorno bipolar 2.Terapia comportamental cognitiva  
3.Efetividade 4.Psicoterapia de grupo

USP/FM/DBD-179/10

## **Dedicatória**

**À minha esposa Paula e aos meus pais Ana e Vance que me apoiaram em todas as fases deste projeto, me inspirando sempre a tentar algo novo.**

## **Agradecimentos**

Ao Prof. Dr. Beny Lafer, por ter acreditado e orientado este projeto desde o seu início em 2003 e por, ao longo destes anos, ter me ensinado tanto sobre pesquisa em clínica.

A todos os professores de quem tive a oportunidade de ser aluno, especialmente ao Prof. Bernard Pimentel Rangé por ter me apresentado a Terapia Cognitivo Comportamental, e ao professor Nilton Pinto Ribeiro Filho que me despertou o interesse pela pesquisa científica.

A todos os membros do PROMAN, sem os quais este projeto não poderia nunca ter sido realizado, particularmente à Lená Nabuco de Abreu, pela co-autoria do protocolo e pela ajuda com as sessões de terapia, à Sheila Cavalcante Caetano e a Ana Kleinman, pela realização incansável das entrevistas de seguimento e a Fabiano Nery pela revisão detalhada do artigo produzido. Um agradecimento especial à Karla Mathias de Almeida e ao Rodrigo Dias, amigos e colegas de Pós e a Taís Albuquerque e à Camila Moreira que em muito ajudaram no desenvolvimento desse trabalho.

À Eliza Sumie Sogabe Fukushima pela ajuda em um momento tão importante da minha mudança para São Paulo e pelos inúmeros esclarecimentos ao longo de todo o caminho da Pós graduação.

A todos os nossos pacientes por terem aceitado participar de modo tão espontâneo e colaborativo e, dessa forma, me estimulado ainda mais a pesquisar.

## SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas

Lista de Figuras e Tabelas

Resumo

Abstract

<b>1.INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1 Breve histórico .....	2
1.2 Aspectos clínicos.....	3
1.3 Impacto da doença.....	6
1.4 Tratamento medicamentoso do TB.....	8
1.5 Tratamento psicoterápico do TB.....	8
1.5.1 Abordagens psicoterápicas para o TB.....	10
1.5.2 Psicoeducação individual.....	11
1.5.3 Psicoeducação em grupo.....	11
1.5.4 Psicoeducação em família.....	14
1.5.5 Terapia Interpessoal e Terapia de Regulação de Ritmos Circadianos.....	17
1.5.6 Terapia Cognitivo-Comportamental.....	18
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
2.1 Objetivo geral.....	27
2.2 Objetivos específicos.....	27
2.3 Hipóteses.....	27
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>28</b>
3.1 Aspectos éticos.....	28
3.2 Desenho do estudo.....	28

3.3 Procedimento.....	29
3.3.1 Instrumentos de avaliação.....	30
3.3.2 Casuística.....	31
3.3.3 Protocolo de tratamento de TCC em grupo.....	37
3.3.4 Análise estatística.....	43
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
4.1 Tempo até recaída.....	45
4.2 Presença de episódios.....	49
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>63</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>64</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>158</b>

## **Lista de Abreviaturas e Siglas:**

APA	American Psychiatry Association
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CaPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Versão
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - Quarta Edição
ECT	Eletroconvulsoterapia
HAMD-17	Escala de Depressão de Hamilton 17 itens
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IPQ-HC-FMUSP	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
PMV	Programa de Metas de Vida
PROMAN FMUSP	Programa de Transtorno Bipolar do Instituto de Psiquiatria do HC-
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Transtorno Bipolar
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TFF	Terapia Focada na Família
TIP	Terapia Interpessoal
TP	Tratamento Padrão
WHOQOL-bref breve	Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, versão
YMRS	Escala de Young para Mania

### **Lista de Figuras:**

- Figura 1- Curvas de sobrevivência para primeiro episódio de humor
- Figura 2- Curvas de sobrevivência para episódio de mania, hipomania ou misto
- Figura 3- Curvas de sobrevivência para episódio de depressão

### **Lista de Tabelas:**

- Tabela 1- Distribuição dos pacientes em fase ativa no estudo segundo tempo máximo de observação
- Tabela 2- Características sociodemográficas dos pacientes total e por grupo de acompanhamento
- Tabela 3- Características clínicas dos pacientes na entrada da fase ativa do estudo
- Tabela 4- Tratamento medicamentoso dos pacientes na fase de entrada do estudo
- Tabela 5- Presença de episódios de humor



## RESUMO

Gomes BC. *Estudo Controlado de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo no Tratamento de pacientes com Transtorno Bipolar* [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 167p.

A Terapia Cognitivo-Comportamental é o tratamento de primeira linha para uma série de quadros dentro da Psiquiatria e é hoje a abordagem psicoterápica que reúne o maior número de ensaios controlados no tratamento do Transtorno Bipolar. Seu uso em formato de grupo para o Transtorno Bipolar já foi testada anteriormente em ensaios abertos que demonstraram boa aplicabilidade. Tal formato não foi aplicado em um ensaio controlado até o momento. Este foi um estudo realizado em duas fases. Inicialmente, ingressaram pacientes com Transtorno Bipolar do tipo I e II, com escores inferiores ou iguais a 8 na Escala de Hamilton para Depressão-17 itens, e inferiores ou iguais a 6 na Escala de Young para Mania. Os mesmos foram distribuídos randomicamente para receber tratamento padrão medicamentoso para Transtorno Bipolar (N = 27) ou a este acrescido Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo (N = 23). A Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo foi constituída de 18 sessões de 90 minutos cada, com duração total de seis meses, baseada em um protocolo experimental desenvolvido para este estudo. Na segunda fase, iniciada após o tratamento, todos os pacientes foram avaliados por entrevista telefônica, que foi repetida a cada três meses. As medidas de desfecho foram o intervalo de tempo até o primeiro episódio de humor e a presença de novos episódios no seguimento, de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - Quarta Edição (DSM-IV). Oitenta e um pacientes foram incluídos neste estudo, sendo que 50 já completaram a fase de intervenção e doze meses de acompanhamento e seus dados são apresentados neste estudo. A análise de intenção de tratar mostrou que não houve diferença entre os grupos para tempo até a primeira recaída (Wilcoxon = 0,667, p = 0,414). Quando considerada a polaridade da primeira recaída, este resultado manteve-se tanto para mania (Wilcoxon = 1,498, p = 0,221), quanto para depressão (Wilcoxon = 3,328, p = 0,068). A presença de episódios também não diferiu entre os grupos ( $\chi^2 = 0,28$ , p = 0,6). Neste estudo pioneiro, não conseguimos demonstrar aumento significativo na profilaxia de novos episódios de humor quando incluímos sessões de Terapia Cognitivo Comportamental em grupo ao tratamento usualmente oferecido a pessoas com Transtorno Bipolar.

Descritores: 1.Transtorno Bipolar 2.Terapia Comportamental Cognitiva 3.Efetividade 4.Psicoterapia de Grupo

## ABSTRACT

Gomes BC. *Controlled Study of Cognitive Behavioral Therapy in Group Format for the treatment of patients with Bipolar Disorder* [Dissertation] São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2010. 167p.

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is the first-line treatment for a wide number of psychiatry disorders and it is, nowadays, the psychotherapeutic approach with the largest number of controlled trials for the treatment of bipolar disorder. Its use in group format for bipolar disorder has already been tested in open trials, demonstrating good feasibility. Such format has not yet been applied in a controlled trial. This is a two-phase study. For the initial phase, we selected bipolar I and II patients, with scores equal or lower to 8 in the Hamilton Depression Rating Scale – 17 items, and equal or lower to 6 in the Young Mania Rating Scale. They were then randomly selected for receiving pharmacological treatment alone (N = 27), or added to 18 sessions of group CBT (N = 23). The sessions were based on an experimental manual developed for this study and lasted 90 minutes each, for a total of six months. The second phase, initiated after the treatment was completed, all patients were evaluated by telephone interview, repeated every three months. The outcome measures were the interval until the first new episode and the presence of new episodes following the treatment, according to the criteria defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM IV). Eighty one patients were included in this study, of which fifty have completed the intervention phase and a twelve-month follow-up. Their results are presented in this study. Intention-to-treat analysis showed that there was no difference between groups in terms of time until the first relapse (Wilcoxon = 0.667; p= 0.414). When considering the polarity of the first relapse, this result remained the same for both depressive (Wilcoxon = 3.328; p=0.068), and mania (Wilcoxon =1.498; p=0.221) episodes. The presence of episodes was not statistically different between groups ( $\chi^2 = 0.28$ , p= 0.6) either. In this pioneer study, we could not demonstrate a significant improvement in the prophylaxis of new mood episodes when adding group CBT sessions to the treatment commonly offered to people with bipolar disorder.

Descriptors: 1.Bipolar Disorder 2.Cognitive Therapy 3.Effectiveness 4.Psychotherapy, group

## 1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar (TB) vem sendo reconhecido cada vez mais como uma grave e séria condição médica que compromete em muito a vida daqueles acometidos, seus familiares e a sociedade como um todo (Hirschfeld e Vornik, 2005). Esta é uma doença grave e crônica caracterizada por oscilações de humor, que apresentam duração e intensidade variável, podendo chegar aos chamados episódios de mania e depressão. Quando não tratada corretamente, a doença tende a se tornar incapacitante, com a presença de episódios de humor ainda mais graves e frequentes. Estudos recentes demonstram que pessoas com este quadro podem apresentar sintomas mesmo fora dos episódios da doença, dificultando a recuperação dos mesmos (Judd et al., 2002).

Considerando todo o seu impacto ocupacional, social e familiar (Magliano et al., 2009), o TB vem sendo projetado como uma das dez maiores causas de incapacitação dentre todas as doenças no ano de 2020 (Murray e Lopez, 1997). Um reflexo disso pode ser observado nos estudos que visam medir a qualidade de vida destas pessoas. Pesquisando uma amostra brasileira, Brissos et al. (2008) encontraram reduções significativas para os quatro domínios da Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, versão breve (WHOQOL-bref), quando compararam pacientes com TB fora de episódio com controles sem a doença. O TB tem sido considerado uma doença multidimensional (Sanchez-Moreno et al., 2009), envolvendo uma combinação complexa de fatores biológicos e psicossociais.

Os últimos anos vêm sendo acompanhados por um aumento exponencial no número de estudos dedicados a entender e a tratar o TB (Malhi et al., 2009). No Brasil, uma rápida consulta ao banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) constata a existência de, ao menos, 56 teses e dissertações que abordam diretamente

este tema. O aumento neste número de estudos tem se refletido na criação de novas opções de tratamento para estas pessoas (Simon, 2009).

Tratamentos psicoterápicos que melhorem o prognóstico da doença têm sido sugeridos (APA, 2002b). A psicoterapia, que por muitos anos foi considerada como coadjuvante no tratamento medicamentoso, hoje já demonstra ter um papel vital em diversos aspectos do tratamento efetivo do TB (Vieta et al., 2009). Dentro do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que avalia a efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para pessoas com TB em nosso meio.

### **1.1 Breve histórico**

Relatos de quadros semelhantes ao que hoje reconhecemos como TB podem ser encontrados em diversos períodos históricos: “Conceitos médicos de mania e depressão são tão antigos como a própria medicina” (Goodwin e Jamison, 2007). Para Hipócrates, a melancolia seria uma condição médica associada à aversão a comida, desânimo, insônia, irritabilidade e agitação. Distanciando-se de uma visão sobrenatural da doença, Hipócrates atribuía o quadro a uma causa orgânica e cerebral, integrado à visão de saúde como um resultado do equilíbrio dos quatro humores: sangue, bile amarela, bile negra e fleuma. De acordo com esta visão, a depressão seria o resultado de um excesso de bile negra e, a mania, de um excesso de bile amarela. Aristóteles, por outro lado, acreditava que haveria uma predisposição em algumas pessoas para acumular um excesso de bile negra e, por conseguinte, desenvolver melancolia (Goodwin e Jamison, 2007).

Por muito tempo, porém, os episódios de mania e melancolia foram caracterizados como doenças distintas por diversos autores, como Sorano de Efeso. Foi Araeteus da

Capadócia o primeiro a unificar as síndromes gregas em uma única doença e a entender a mania como um estágio da depressão (Marneros, 2001).

A sobreposição de sintomas, principalmente durante episódios, fez com que durante muitos anos o TB fosse caracterizado como um transtorno psicótico. A sistematização do quadro feita por Kraepelin possibilitou a separação definitiva da insanidade maníaco-depressiva da demência precoce, quadro hoje conceituado como Esquizofrenia. Na oitava edição de seu tratado, Kraepelin destacou os principais aspectos da insanidade maníaco-depressiva que a diferenciavam da demência precoce: o curso episódico, o prognóstico mais benigno e a forte presença de um histórico familiar de doença maníaco-depressiva. O grande mérito de Kraepelin foi a descrição dos estados de mania e depressão por meio da observação direta e do exame clínico detalhado. Sua síntese foi rapidamente difundida, sendo a primeira descrição de doença na Psiquiatria seguindo o modelo médico (Goodwin e Jamison, 2007). Em seu modelo, Kraepelin incluiu também fatores sociais e psicológicos, descrevendo predisposições pessoais para o desenvolvimento da doença e incluindo formas mais brandas da mesma (Del Porto, 2004).

## **1.2 Aspectos clínicos**

A principal característica do TB, conforme dito anteriormente é a presença de episódios recorrentes de humor. Os episódios de mania são marcados por períodos de elevação do humor ou irritabilidade, nos quais o paciente pode apresentar aceleração de discurso (logorréia) e pensamento, ideias delirantes e aumento na atividade motora e dirigida a objetivos. Também marcante neste período é a redução na necessidade de sono, que pode levar alguns pacientes a deixar de dormir por dias seguidos, levando-os à exaustão. Os

sintomas de mania podem ainda incluir sintomatologia psicótica, sendo frequentes alucinações (APA, 2002a).

Os episódios de hipomania são definidos como uma manifestação mais branda de mania, tendo uma duração e uma intensidade menores. Segundo um dos principais sistemas classificatórios atuais, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - Quarta Edição (DSM-IV), durante o episódio hipomaníaco, a pessoa deve apresentar um humor expansivo ou irritável por um período mínimo de quatro dias. Quando do humor expansivo, três dos seguintes sintomas precisam estar presentes: autoestima inflada ou grandiosidade (não-delirante); necessidade de sono diminuída; pressão da fala; fuga de ideias; distratibilidade; maior envolvimento em atividades dirigidas a objetivos ou agitação psicomotora; e envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolorosas. Se o humor neste período é predominantemente irritável, quatro desses sintomas precisam estar presentes (APA, 2002a).

Os estados depressivos são caracterizados por uma redução em todos os aspectos da emoção e do comportamento: pensamento, fala, energia, sexualidade e habilidade de sentir prazer. Há ampla variedade de manifestações dos sintomas, que podem partir de uma leve redução na velocidade física e mental, com poucas distorções na cognição e percepção, chegando ao estupor depressivo, alucinações e delírios (APA, 2002a).

Os estados mistos apresentam sintomas de depressão e mania simultaneamente. Seguindo a classificação do DSM-IV, para ser caracterizado como um episódio misto, todos os critérios para episódio de depressão e mania precisam ser preenchidos, exceto a duração de cada um deles. Para muitos, os episódios mistos revelam algumas das principais falhas de um sistema classificatório categorial (Goodwin e Jamison, 2007).

A presença dos diferentes episódios da doença irá definir o subtipo diagnóstico do TB. Assim, no TB do tipo I, ocorre ao longo da vida pelo menos um episódio de mania ou misto,

conforme definido acima. Já no diagnóstico do TB tipo II, é necessária a presença de ao menos um episódio de hipomania e um episódio depressivo maior ao longo da vida.

A ciclotimia é uma doença caracterizada por oscilações do humor persistentes durante um período de dois anos, que, nunca, preenchem critérios para episódio maníaco ou depressivo. O diagnóstico do tipo clínico de TB só é feito quando os episódios são primários, ou seja, não são atribuíveis a abuso de álcool ou drogas, ou a uma condição médica geral.

A prevalência de qualquer doença está diretamente ligada aos critérios diagnósticos aplicados para seu reconhecimento na população (Rouquayrol, 2003). Utilizando os critérios descritos anteriormente, a estimativa de prevalência da doença bipolar situa-se entre 1 e 3% na população americana (Narrow et al., 2002; Angst, 1998; Kessler et al., 2009). Outro estudo recente com 9282 pessoas que utilizou os critérios da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Versão (CID 10), encontrou uma prevalência de 1% para TB tipo I e 1,1% para TB tipo II (Merikangas et al. 2007). A maioria dos estudos epidemiológicos com amostras populacionais não encontrou diferenças para distribuição entre gêneros no TB (Goodwin e Jamison, 2007), embora um estudo retrospectivo tenha mostrado aumento da prevalência entre mulheres (Chengappa et al., 2003). Alguns autores propõem a inclusão de novos subtipos clínicos do TB (Akiskal e Mallya, 1987); contudo, tais diagnósticos ainda requerem validação por estudos epidemiológicos (Lima et al., 2005).

A idade de início da doença é hoje um dos focos principais do debate entre os pesquisadores que trabalham com o TB. A maioria dos estudos indica uma idade de início em torno de 20 anos, tanto para o TB I como II, não havendo diferença entre homens e mulheres. É sabido, porém, que muitas vezes a pessoa pode apresentar os primeiros sintomas mais precocemente. Contudo, ainda não existe um consenso sobre as razões desta redução e o mesmo pode ser dito sobre os critérios para o diagnóstico das formas infantis do TB (Danner et al., 2009).

A comorbidade com outras doenças, em especial aquelas psiquiátricas, é a regra em se tratando de TB. Dentre os transtornos psiquiátricos mais frequentemente encontradas, estão os quadros ansiosos e de abuso e dependência de substâncias. Um estudo epidemiológico norte-americano observou taxas de 46% de comorbidade entre TB I e abuso e dependência de álcool, e de 41% para abuso e dependência de substâncias. Considerando todos os quadros psiquiátricos, estas foram as mais altas taxas de comorbidades encontradas (Regier et al., 1990). A presença de transtornos de uso de substâncias determina uma piora significativa no prognóstico no TB (Kilbourne et al., 2009).

### **1.3 Impacto da doença**

A presença de um único episódio de humor acarreta uma interrupção no curso de vida de qualquer indivíduo. Os gastos envolvidos com o tratamento e o tempo necessário para recuperação do mesmo causam um grave prejuízo na vida funcional, com implicações pessoais, profissionais e familiares. Soma-se a isso o fato de que apenas uma pequena proporção dos pacientes procura atendimento imediato e recebe tratamento correto (Schaffer et al., 2006), e que os estudos mais recentes com amostras representativas da população (N = 9.282) encontraram uma mediana de 3,1 episódios de humor em um período de 12 meses de acompanhamento (Nierenberg et al., 2009).

Tal impacto tem sido expresso em estudos que avaliam o custo total desta doença. Estes trabalhos têm encontrado um custo em torno de até U\$ 625.000 ao longo da vida por pessoa (Begley et al., 2001). Assumido desta forma, o TB pode ser considerado um problema de saúde pública. Uma recente metanálise avaliou os achados clínicos, epidemiológicos e econômicos do TB em países europeus (Fajutrao et al., 2009). Segundo este estudo, estima-se



que o gasto com TB no Reino Unido seja de 4,59 bilhões de libras, entre custos diretos (internações psiquiátricas, por exemplo) e indiretos (desemprego, por exemplo).

O relacionamento interpessoal também é outra área afetada em pessoas com TB. Os poucos estudos que existem nesta área demonstram a dificuldade encontrada por estas pessoas em manter relacionamentos íntimos. Um estudo envolvendo 261 pessoas, em sua maior parte com TB I (n = 211), encontrou 24% de pessoas divorciadas ou separadas e 31% de pessoas solteiras (Suppes et al., 2001). Ainda não se sabe se a dificuldade das pessoas com TB em manter relacionamentos interpessoais é devido aos sucessivos episódios de humor ou a algum déficit de habilidades sociais. Contudo, um estudo piloto brasileiro encontrou que, quando comparado a pessoas sem doença psiquiátrica, pacientes com TB em fase eufímica apresentaram escores reduzidos em certos domínios de habilidades sociais, mais especificamente manter uma conversa neutra e lidar com novas situações e novas pessoas (Rocca et al. 2009). O tipo e a qualidade de relacionamento podem afetar diretamente o prognóstico de pessoas com TB. Por exemplo, sabe-se que um ambiente com alto nível de emoções expressas está relacionado à piora do prognóstico do TB (Miklowitz et al., 2009). Emoções expressas são definidas como comentários emocionalmente intrusivos ou hostis feitos por membros da família a pacientes com transtornos e foi uma das primeiras variáveis ambientais que demonstraram influência no curso do TB (Johnson e Meyer apud Johnson e Leahy, 2004).

O suicídio é, sem dúvida, o desfecho mais dramático do TB. Entre 20 e 50% dos pacientes com TB tentam suicídio pelo menos uma vez ao longo da vida (Jamison, 2000). Alguns autores colocam que, mesmo quando comparado a outras doenças psiquiátricas, o TB apresenta maior frequência de tentativas de suicídio (Oquendo et al., 2000). Dentre uma amostra de 1.556 pessoas com TB, estes autores compararam as características clínicas e demográficas daqueles que durante um seguimento de dois anos cometeram ou tentaram o suicídio (N = 57 ou 3,66%). As principais características preditivas dos pacientes que

cometeram ou tentaram o suicídio foram história prévia de tentativa (Odds Ratio = 4,52,  $p < 0,0001$ ) e porcentagem de dias deprimidos no último ano (Odds Ratio = 1,16,  $p = 0,036$ ) (Marangell et al., 2006).

#### **1.4 Tratamento medicamentoso do TB**

O uso de psicofármacos está estabelecido como uma condição necessária no tratamento do TB durante todas as fases da doença (APA, 2002a). Isto quer dizer que existem evidências consistentes de que o uso continuado de psicofármacos favorece o prognóstico destes pacientes (Malhi et al., 2009). Este tratamento tem entre seus objetivos: reduzir a intensidade dos sintomas de humor visando a remissão, prevenir novos episódios da doença, reduzir a duração de cada episódio e diminuir o risco de suicídio, especialmente elevado durante episódios mistos (Fountoulakis e Vieta, 2008).

Alguns autores têm buscado formas de classificar as fases do tratamento farmacológico do TB, levando em consideração a polaridade do episódio índice. Assim, o tratamento seria iniciado pela Fase de Resposta, sendo seguida pelas fases de Remissão, quando da recuperação do paciente; Recaída, quando do retorno da polaridade anterior; e de Virada, quando da mudança de polaridade da doença. Em seguida, haveria a Fase de Recuperação e, por fim, dada a natureza da doença, a Fase de Recorrência. (Tohen et al., 2009).

#### **1.5 Tratamento psicoterápico do TB**

A pesquisa com abordagens psicoterápicas é muito recente, e isto se deve a uma série de fatores. Tradicionalmente, os primeiros terapeutas da escola psicanalítica sempre apresentaram uma grande ambivalência quanto à viabilidade de psicoterapia com estas

pessoas (Scott, 1995). Embora possam ser encontrados registros de diversos relatos de caso de pacientes tratados com variadas técnicas psicoterápicas desde muito tempo (Wilson, 1954), alguns autores apontavam para a dificuldade de manejo destes pacientes: a inclusão de um paciente com TB em uma terapia de grupo chegou a ser descrita como a “pior das calamidades” por influentes autores (Yalom, 1995).

Com a introdução do lítio como uma opção de tratamento eficaz para estes pacientes, começou a haver uma redução ainda maior na indicação destes para qualquer forma de terapia. O otimismo gerado por uma opção de tratamento eficaz para boa parte destes pacientes, aliado à visão de que estes pacientes se recuperariam plenamente fora dos episódios, podem ser apontados como dois dos fatores principais para isso. Uma agenda de pesquisa que contemplava apenas os fatores biológicos relacionados à doença ajudava a compor este cenário (Scott, 1995).

Tal visão começou a ser modificada a partir de estudos longitudinais que investigavam o curso da doença e a contrapor a visão de uma recuperação plena entre episódios (Angst, 1986). Além disso, uma variável importante começou a ser verificada mesmo na presença da melhor combinação medicamentosa: a chamada adesão ao tratamento. Os fatores que mantêm a adesão ao tratamento ainda são pouco estudados no TB, mas um dos raros trabalhos sobre o tema mostrou uma diferença significativa entre os principais motivos alegados por psiquiatras e pacientes para interromper o tratamento com lítio (Pope e Scott, 2003). Assim, considerando a importância da adesão ao tratamento, não é estranho, portanto, que algumas das primeiras abordagens psicoterápicas fossem formuladas para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso (Cochran, 1984).

A partir da década de 90, um número maior de estudos com psicoterapia começou a ser realizado em pacientes com TB, tendo como objetivo alterar outros componentes que não apenas a adesão ao tratamento medicamentoso. Simultaneamente, já havia abordagens

psicoterápicas estruturadas que permitiam a observação de desfechos clínicos específicos, como número de sintomas pré e pós-tratamento, e que vinham sendo utilizadas em diversos quadros (Beck, 1989).

A seguir, são descritas as principais formas de psicoterapia estruturadas em manuais e que possuem ao menos um estudo controlado que avalie sua eficácia quando utilizadas no TB. Como se pode notar, em sua ampla maioria os estudos são dedicados a tratar da doença de modo ambulatorial. São escassos os estudos que tratam de pacientes durante a fase de internação (Haas et al., 1988).

### **1.5.1 Abordagens psicoterápicas para o TB**

As abordagens testadas podem ser agrupadas de diversas formas, já que há um número crescente de estudos sendo realizados com psicoterapia em pessoas com TB, tanto adultos como crianças. Ainda não é sabido qual modelo é mais indicado nas diferentes fases da doença, bem como a qual subtipo clínico de pacientes. Mas em comum a todas estas abordagens podem ser apontados os seguintes objetivos:

- Reduzir prejuízo acarretado pela doença
- Prevenir novas recorrências
- Aumentar o engajamento da família
- Ajudar na compreensão da doença
- Ensinar estratégias de manejo de problemas e sintomas
- Aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso.

Qualquer divisão entre as diferentes abordagens mostra-se até certo ponto arbitrária, uma vez que as técnicas muitas vezes se repetem. Neste trabalho, será utilizada a organização proposta por Miklowitz (2008) e incluídos modelos de tratamento para adultos com TB.

### **1.5.2 Psicoeducação individual**

A premissa básica da psicoeducação sobre uma doença é a de que o paciente se envolve mais com seu tratamento na medida em que o conhece melhor. Ao mesmo tempo, reduzir o estigma relacionado à doença e promover práticas mais saudáveis, que aumentem a eficácia do tratamento, também são objetivos desta abordagem. Tal modelo tem sido usado em diferentes quadros, até mesmo fora da Psiquiatria (Bogart et al., 2007). Em TB, o único estudo com psicoeducação individual envolveu 69 pacientes com TB I em eutímia, que foram aleatoriamente divididos em tratamento medicamentoso de rotina ou sessões de psicoeducação individual aliadas a este. O grupo de psicoeducação participava de 7 a 12 sessões sobre a doença e identificava três ou mais sintomas prodrômicos, com o intuito de adotar medidas precoces de intervenção, que, em sua maioria, envolviam alterações no uso da medicação. Após 18 meses, o grupo que participou das sessões de psicoeducação apresentou uma porcentagem muito menor de novos episódios de mania quando comparado ao grupo de tratamento padrão (27% e 57%, respectivamente). O tempo até o primeiro episódio de mania também foi significativamente maior entre aqueles que participaram de psicoeducação, bem como seu funcionamento social. Não houve diferença para número de episódios depressivos, talvez indicando que haja uma diferença na percepção dos pacientes para os pródromos de mania e depressão (Perry et al., 1999).

### **1.5.3 Psicoeducação em grupo**

A psicoeducação sobre uma doença, quando realizada em grupo, favorece a troca de diferentes experiências, o que pode reduzir o estigma a ela associado. Tal troca já demonstrou eficácia desde os primeiros estudos controlados de psicoterapia em grupo para TB (van Gent

et al., 1988; Peet e Harvey, 1991). Os programas de psicoeducação em grupo oferecem ainda a vantagem de, em geral, requererem menos treinamento formal por parte dos terapeutas, o que pode torná-la uma opção mais acessível em sistemas de saúde. Os estudos mais recentes de psicoeducação em grupo descritos na literatura são de dois tipos: 1) envolvem psicoeducação estruturada comparada a uma intervenção não estruturada também em grupo, ou 2) envolvem psicoeducação combinada a um sistema de cuidados sistemáticos, comparando-os a um tratamento especializado de TB. O grupo de Barcelona criou um protocolo estruturado de 21 sessões de psicoeducação em grupo que foi comparada a uma intervenção não estruturada com o mesmo número de sessões, nas quais os pacientes poderiam falar livremente sobre o que quisessem (Colom et al. 2003). A intenção dos autores em criar esta condição controle era diminuir os efeitos não específicos encontrados quando da reunião de pessoas com o mesmo problema. Em seu estudo controlado, randomizado, duplo-cego, inicial, envolvendo 120 pessoas com TB I e II, os autores encontraram um maior período sem recorrências de episódios de humor e um menor número de episódios de humor dentre aqueles pacientes que participaram da psicoeducação estruturada após dois anos (Colom et al., 2003). Após cinco anos de seguimento, a diferença entre os grupos não apenas se manteve significativa como o tamanho do efeito (*effect size*) aumentou em favor do grupo submetido à psicoeducação (Vieta et al., 2009). Interessante notar que o número de abandono entre os pacientes que se submeteram à intervenção estruturada foi maior do que na intervenção não estruturada (26,6% vs. 11,6%, respectivamente); porém, os autores não descrevem as possíveis razões para tal fato. Recentemente, este grupo também publicou um manual no qual é descrita sua abordagem (Colom et al. 2006).

Um grupo de pesquisa americano desenvolveu outra forma de abordagem terapêutica em grupo para o TB chamada Programa de Metas de Vida (PMV), que se encontra em sua segunda edição (Bauer e McBride, 2003). O PMV é dividido em duas fases: uma inicial, de

seis sessões semanais de psicoeducação estruturada, e outra opcional, não estruturada, de sessões mensais que envolvem estratégias de solução de problemas que são orientadas para melhorar a recuperação funcional do indivíduo (Bauer apud Johnson e Leahy, 2004). Ao longo dos anos, este grupo documentou detalhadamente os passos para o desenvolvimento de seus protocolos de tratamento em psicoterapia (Bauer et al., 1998; Callahan e Bauer, 1999). Além disso, cabe ressaltar que este é um dos poucos grupos de pesquisa em psicoterapia para TB a realizar estudos multicêntricos.

O estudo até aqui que envolveu o maior número de participantes (N = 441) incluiu esta abordagem em um programa de cuidados sistemáticos, que envolvia monitoramento telefônico mensal do uso de medicações e de sintomas de humor e contato constante com a equipe de saúde (Simon et al., 2006). Tal abordagem foi comparada ao tratamento medicamentoso padrão, sendo permitido aos pacientes manterem seu tratamento psicoterápico externo, desde que este não fosse dedicado especificamente ao tratamento profilático do TB. Após 12 meses de seguimento, os pacientes que participaram do programa de cuidados sistemáticos apresentaram menor probabilidade de ter um novo episódio de mania ou hipomania, bem como passaram significativamente menos tempo em episódios de mania ou hipomania. Para sintomas de depressão não houve diferença entre os grupos, tanto para gravidade da depressão, tempo em depressão ou ainda episódios de depressão.

Um estudo com desenho muito semelhante foi realizado com 306 pacientes com TB I que, em sua maioria (87%), encontravam-se internados no início do estudo (Bauer et al., 2006 a e b). Durante os três anos de seguimento, o grupo de cuidados sistemáticos apresentou, em média, 6,2 menos semanas em episódios de humor, sendo 4,5 dessas semanas atribuíveis à duração de episódios de mania. Interessante notar que os grupos só diferiram estatisticamente após dois anos de seguimento, o que pode sugerir um atraso no efeito dos grupos de psicoeducação. O último estudo publicado por este grupo procurou avaliar os efeitos que o

PMV pode provocar na adesão ao tratamento (Sajatovic et al., 2009). Um total de 164 pacientes foi dividido em PMV e tratamento padrão, e avaliado na entrada do estudo e a três, seis e 12 meses desta. Após um ano, não foram encontradas diferenças entre os grupos em nenhuma das duas medidas que avaliavam adesão ao tratamento. Contudo, cabe destacar que apenas 41,5% dos participantes do grupo experimental participaram da maioria das sessões do PMV e que 37% não participaram de nenhuma sessão. Em uma análise secundária, os pesquisadores encontraram que aqueles que participaram de ao menos uma sessão do PMV melhoraram sua atitude frente à medicação nos intervalos de três e seis meses, mas não após 12 meses.

#### **1.5.4 Psicoeducação em família**

Considerando a dificuldade do manejo clínico destes pacientes em algumas fases da doença é absolutamente desejável envolver seus familiares no tratamento. Mais do que isso, algumas atitudes destes familiares podem influenciar sobremaneira o desfecho clínico destes pacientes (Kim e Miklowitz, 2004). Por esta razão, algumas abordagens terapêuticas desenvolvidas para estes pacientes procuram envolver a família durante todo o tratamento (Miklowitz e Goldstein, 1997). Um estudo controlado envolvendo pacientes com TB em uso de medicação e seus cônjuges comparou o efeito de 25 sessões de psicoeducação em casal ao tratamento medicamentoso isolado. Após os 11 meses de intervenção, os pacientes que participaram da intervenção em casal (N = 19) obtiveram maior adesão ao tratamento medicamentoso e funcionamento, embora não diferissem do grupo controle (N = 23) para sintomatologia de humor (Clarkin et al., 1998).

A Terapia Focada na Família (TFF) é hoje uma das formas mais avaliadas e testadas no tratamento de pessoas com TB. Sua origem pode ser encontrada na observação de altos



níveis de emoções expressas relacionados a maiores taxas de recaídas em pacientes com Esquizofrenia (Falloon, 1986). Conforme dito anteriormente, emoções expressas são atitudes de rejeição, hostilidade ou envolvimento excessivo por parte dos familiares frente à pessoa doente. Assim, a TFF é uma intervenção psicoterápica de 21 sessões que aborda três temas centrais: psicoeducação sobre TB; treino para melhorar a comunicação em família; e Solução de Problemas. Nas palavras de um de seus autores, “a TFF enfatiza estratégias para regular a emoção do próprio indivíduo e melhorar a comunicação interpessoal quando diante de conflitos (por meio de escuta reflexiva e requerendo ativamente suporte dos membros da família, por exemplo)” (Miklowitz apud Johnson e Leahy, 2004). Um problema desta abordagem apontado por alguns pesquisadores de área é que ela requer uma estrutura familiar razoavelmente funcional para ser implementada, coisa muitas vezes difícil de ser encontrada em pacientes com TB (Bauer et al., 1998).

Apesar desta limitação, a TFF apresenta hoje um número bastante expressivo de estudos demonstrando sua eficácia. Em um primeiro ensaio controlado, 101 pacientes com TB I que haviam acabado de sair de um episódio de humor e em uso de medicação foram distribuídos aleatoriamente em TFF (N = 31) ou duas sessões de terapia de família para manejo de crises (N = 70) (Miklowitz et al., 2003). Após dois anos, o grupo de TFF apresentou um número menor de recaídas, um maior período de remissão de episódios da doença, maior redução na sintomatologia de humor e melhor adesão ao tratamento. Os efeitos da TFF foram mais fortes sobre sintomas de depressão do que de mania. Um segundo estudo procurou investigar a diferença de efeitos terapêuticos entre as 21 sessões da TFF e uma intervenção individual com mesmo conteúdo e duração (Rea et al., 2003). Foram incluídos 53 pacientes com TB que haviam tido um episódio recente de mania e que estavam parcialmente estabilizados. Após um e dois anos pós-tratamento, pacientes do grupo de TFF apresentaram uma taxa de 28% de recorrência de episódio de humor e de 12% de hospitalizações, diante de

60% e 60% do grupo de intervenção individual, respectivamente. Os intervalos de sobrevida prévios às recorrências também foram maiores no grupo de TFF.

Reunir diferentes famílias de pacientes ao mesmo tempo tem sido uma das formas mais testadas na literatura de psicoterapia para TB (van Gent e Zwart, 1991; Honig et al., 1997). Miller et al. (2008) compararam o efeito de duas abordagens familiares associadas à medicação durante a fase aguda do TB. Um grupo recebeu 12 sessões de terapia familiar, outro participou de seis sessões de psicoeducação com múltiplas famílias e um último foi mantido sob medicação unicamente. Após 28 meses, não houve diferença significativa entre os três grupos para número e duração de episódios de humor. Contudo, os pacientes oriundos de famílias nas quais havia alto conflito e baixa habilidade de solução de problemas no início do estudo, e que participaram de uma das duas formas de terapia familiar, tiveram menos episódios depressivos por ano e passaram menos tempo em depressão quando comparados àqueles mantidos no grupo de tratamento medicamentoso. Uma análise separada realizada pelo mesmo grupo procurou investigar dentre aqueles pacientes que haviam se recuperado do episódio de humor qual abordagem fora mais efetiva na prevenção de novos episódios (Solomon et al. 2008). Os autores encontraram que aqueles pacientes que haviam sido submetidos a intervenção de múltiplas famílias diferiam significativamente dos demais para número de novas internações psiquiátricas. Outro estudo do grupo de Barcelona procurou avaliar o efeito de 12 sessões de psicoeducação em grupo de cuidadores de pacientes com TB I e II, que não contavam com a participação dos pacientes (Reinares et al., 2008). Ao todo foram incluídos 107 cuidadores de 113 pacientes eutímicos mantidos em uso de medicação padrão. Uma parte dos cuidadores participava da intervenção psicoeducacional e a outra foi mantida sem intervenção. A intervenção psicoeducativa era muito semelhante àquela proposta pela TFF, envolvendo treino de habilidades de manejo da doença, adesão à medicação,

comunicação efetiva e estratégias de solução de problemas. Após o seguimento de 12 meses, os pacientes cujos cuidadores participaram da psicoeducação permaneceram mais tempo sem apresentar episódios de mania e hipomania do que aqueles cujos cuidadores não participaram dos grupos psicoeducação. Tal diferença não foi observada para episódios de depressão ou mistos.

### **1.5.5 Terapia Interpessoal e Terapia de Regulação de Ritmos Circadianos**

Originalmente, a Terapia Interpessoal (TIP) foi desenvolvida para o tratamento da depressão unipolar (Klerman et al., 1984) e possui hoje vasta literatura atestando sua eficácia em diversos quadros (Weissman et al., 2007). Sua premissa básica é de que toda doença ocorre em um contexto de relações interpessoais. Assim, a terapia não se dedica a formar teorias a respeito da origem da doença, mas sim a estabelecer conexões entre o início dos sintomas e os atuais problemas interpessoais. Na sua forma original, ela é descrita como uma forma de terapia individual com 12 sessões estruturadas, inicialmente dedicadas à psicoeducação e à avaliação interpessoal. Em uma segunda fase, ao menos uma das quatro áreas-problema devem ser trabalhadas: luto; disputas interpessoais; transição de papeis; sensibilidade (déficit) interpessoal. No tratamento do TB, algumas modificações foram realizadas observando que estas pessoas apresentam pobre funcionamento social e que o rompimento de ciclos de sono e vigília pode precipitar novos episódios de mania (Frank et al., 1997). Por estas razões, foram incluídos no tratamento original da TIP uma quinta área-problema - luto pela perda do “self” saudável (assumindo que esta é uma doença crônica) -, e a regularização dos ritmos circadianos - quando é ensinado ao paciente estratégias para criação de rotinas, monitoramento da intensidade e frequência de interações sociais e seu humor (Frank apud Leahy e Johnson, 2004).

O maior ensaio clínico avaliando a eficácia da TIP incluiu 175 pacientes com TB I em episódio da doença (depressão, mania ou misto) na entrada do estudo (Frank et al., 2005). O estudo era composto de duas fases (aguda e de manutenção) e o paciente podia receber TIP ou manejo clínico intensivo, que envolvia psicoeducação sobre a doença e formas de prevenir novos episódios. Assim, os pacientes poderiam participar de quatro condições distintas: fase aguda e de manutenção com TIP; fase aguda com TIP e fase de manutenção com manejo clínico intensivo; fase aguda com manejo clínico intensivo e fase de manutenção com TIP; ou ainda fase aguda e de manutenção com manejo clínico intensivo. Tal desenho de estudo já havia sido aplicado por este grupo anteriormente (Frank et al., 2000). Após dois anos de seguimento, não foram encontradas diferenças entre as duas estratégias para tempo de estabilização da doença durante a fase de manutenção. Contudo, aqueles pacientes que receberam TIP na fase aguda permaneceram mais tempo sem um novo episódio de humor (Frank et al., 2005).

### **1.5.6 Terapia Cognitivo-Comportamental**

A TCC foi originalmente desenvolvida para o tratamento da depressão unipolar (Beck et al., 1979), e é atualmente a forma de terapia que reúne o maior número de estudos que atestam sua eficácia nos mais variados quadros (Beck, 2005). Baseado em observações clínicas, inicialmente conduzidas com pacientes deprimidos, Beck propôs que os sintomas de depressão poderiam ser entendidos como interpretações enviesadas do próprio indivíduo em relação a si mesmo, ao mundo e ao futuro, a chamada Tríade Cognitiva (Knapp e Beck, 2008). Portanto, na visão original de Beck, os pensamentos, além de sintomas do processo da depressão, desempenham um papel central na manutenção do quadro. Estes pensamentos são originados no que Beck inicialmente chamou de “Regras Pessoais” (Beck, 1976) e que

posteriormente foram descritos na literatura como suposições e crenças. A forte influência do pensamento Piagetiano pode ser observada na formulação a respeito da origem destas crenças. Para Beck, o hiato de tempo entre a formação de conceitos concretos e abstratos no desenvolvimento dos indivíduos é, em grande parte, responsável pela criação de crenças disfuncionais e irracionais. Durante as primeiras fases da infância, uma grande quantidade de conceitos é aprendida, mas como ainda não há o desenvolvimento pleno dos conceitos lógico-abstratos, a criança recebe passivamente estas informações, formando os chamados esquemas cognitivos (Greenberg e Padesky, 1995). Em algum momento posterior, tais esquemas são acionados como uma forma de resposta ao meio. Em determinadas situações, como na depressão, estes esquemas favoreceriam a manutenção e o agravamento do quadro. Assim, em todo tratamento com TCC, o terapeuta busca de modo colaborativo identificar com o paciente os esquemas cognitivos envolvidos em seu quadro. Em seguida, por meio de variadas técnicas comportamentais e cognitivas, o terapeuta busca de modo ativo e diretivo facilitar uma abordagem racional ao pensamento do paciente frente aos problemas por ele apresentados.

O estudo dos esquemas cognitivos tem sido conduzido em diversos quadros (Clark, 1986), ajudando na compressão da psicopatologia e na estruturação de tratamentos psicoterápicos mais efetivos. No TB, a pesquisa de esquemas cognitivos ainda é muito escassa (Scott e Pope, 2003). Um dos mais recentes estudos sobre este tema comparou o estilo cognitivo de 118 indivíduos com TB I com o de 265 pacientes com depressão unipolar e 268 controles sem doença psiquiátrica (Jones et al., 2005). Seus autores observaram que os pacientes com transtornos de humor apresentavam uma pior autoestima e mais atitudes disfuncionais do que os controles. Por outro lado, o estudo não conseguiu identificar um estilo cognitivo específico do TB. Cabe destacar que parte dos pacientes estava sintomática no momento da avaliação, o que dificulta a interpretação dos achados.

Outro estudo publicado no mesmo ano avaliou o quanto uma visão “hiperpositiva” de si mesmo afetaria o curso da doença em pacientes bipolares tipo I. Os participantes avaliavam, por meio de uma escala desenvolvida para este estudo, o quanto sentiam-se “confiantes”, “dinâmicos”, “adoráveis” etc. durante uma leve elevação do humor, que não preenchia critérios para hipomania (*Mania Rating Scale* < 9). Aqueles pacientes que mais pontuaram na escala de senso hiperpositivo apresentavam uma chance maior de recaídas após seis meses de seguimento, mesmo quando controlados escores de humor, níveis de funcionamento social prévio e número total de episódios de humor prévios (Lam et al. 2005c). Na realidade, este trabalho é uma análise de um estudo maior que busca avaliar a eficácia de TCC para TB, que será descrito a seguir (Lam et al., 2003). Os autores concluíram que pessoas com TB que atribuíam sintomas leves de mania a uma característica pessoal e normal própria seriam menos beneficiadas com o uso de TCC. O estudo destes dos padrões cognitivos pode ajudar a compreender melhor aspectos ainda pouco esclarecidos sobre a doença, como, por exemplo, o comportamento de recaída. O modelo de recaída do TB é calcado no modelo biopsicossocial, que tem sido apontado como altamente eclético e inespecífico por parte de alguns autores (Ghaemi, 2009). Novos modelos integrativos podem ser observados na literatura (Mansell et al., 2005) e poderão contribuir até mesmo no desenvolvimento de outras estratégias e técnicas psicoterápicas no TB.

A TCC é uma das formas de terapia mais testadas com TB, demonstrando resultados encorajadores por meio dos estudos conduzidos até aqui. Contudo, as pesquisas não aplicaram os mesmos protocolos de tratamento, apresentaram duração de tratamento variável e critérios distintos para entrada no estudo. Talvez até mesmo por isso os resultados encontrados até aqui sejam tão diferentes. Deste modo, até o momento não é claro qual ou quais elementos ou estratégias da TCC podem ajudar no tratamento de pessoas com TB. É possível que modelos

diferentes de TCC, mais do que as técnicas empregadas, apresentem resultados diferentes. São objetivos da TCC para o TB (Neto, 2004):

1. Educar pacientes, familiares e amigos sobre o TB, seu tratamento e dificuldades associadas à doença
2. Ajudar o paciente a ter um papel mais ativo no seu tratamento
3. Ensinar métodos de monitoração da ocorrência, gravidade e curso dos sintomas maníaco-depressivos
4. Facilitar a cooperação com o tratamento
5. Oferecer técnicas não farmacológicas para lidar com pensamentos, emoções e comportamentos problemáticos
6. Ajudar a controlar sintomas leves sem a necessidade de modificar a medicação
7. Ajudar a enfrentar fatores de estresse que podem interferir no tratamento ou precipitar episódios de mania ou depressão
8. Estimular que o paciente aceite a doença
9. Diminuir trauma e estigmas associados
10. Aumentar o efeito protetor da família
11. Ensinar habilidades para lidar com problemas, sintomas e dificuldades

Em sua maioria, os protocolos de tratamento de TCC para TB são aplicados quando o paciente está em fase eufímica, ou seja, fora de um episódio da doença. Esta é uma diferença crucial com relação a outros quadros tratados pela TCC (Basco e Rush, 2007). Assim, as técnicas aplicadas são destinadas a evitar a recorrência de novos episódios da doença, como, por exemplo, a prevenção de recaídas. A solução de problemas é outra técnica muito útil em diversos momentos da doença, podendo ser aplicada para lidar com as consequências de um episódio grave, ou mesmo para atenuar a constante dificuldade destes pacientes em estabelecer uma rotina regular, favorável a um bom prognóstico. Melhorar as habilidades de

comunicação, por outro lado, pode ser um foco importante para reduzir o estresse vivido por estes pacientes em diversos ambientes, reduzindo a probabilidade de novos episódios.

Boa parte das técnicas descritas anteriormente são também aplicadas por outras formas de psicoterapia (Miklowitz e Goldstein, 1997). Contudo, o que irá diferir a TCC das demais abordagens é o papel destacado às avaliações ou aos pensamentos produzidos pelos pacientes (Miklowitz e Scott, 2009). Estratégias cognitivas tradicionais como, por exemplo, o questionamento socrático, através do qual por meio de perguntas sucessivas o terapeuta visa promover reestruturação cognitiva do paciente, são aplicadas, embora alguns autores proponham alterações em seu formato original (Scott, 2001). Possivelmente, as técnicas empregadas muitas vezes precisarão acompanhar o estado clínico apresentado pelo paciente.

O primeiro estudo controlado com psicoterapia no TB objetivava avaliar os efeitos de sessões de TCC na adesão ao tratamento com medicação. Com este intuito, 28 pacientes com TB I, II e ciclotimia foram distribuídos ao acaso, participando uma parte de seis sessões de TCC individual e outra de tratamento padrão (TP), e todos em uso de lítio. Após seis meses de seguimento, o grupo que participou da intervenção psicoterapêutica apresentou, em relação ao grupo de TP, maior adesão ao tratamento, menos hospitalizações (14% vs. 57%) e menor proporção de novos episódios de humor (Cochran, 1984).

Em um ensaio controlado randomizado com pacientes bipolares tipo I, Lam et al. (2003) utilizaram um protocolo próprio de 12 a 18 sessões de TCC individual com duração de seis meses e o compararam ao uso de estabilizadores de humor isoladamente. Todos os participantes estavam eutímicos na entrada do estudo e não apresentavam comorbidades com outros transtornos psiquiátricos. Os resultados mostraram que, durante o período de 12 meses, o grupo que participou das sessões de TCC experimentou um número significativamente menor de episódios (44% do grupo experimental vs. 75% do grupo controle), bem como um número menor de dias dentro do episódio, média de 27 dias para o grupo de TCC e 88 dias



para o controle. O grupo de TCC obteve um número reduzido de internações hospitalares (15% vs. 33%) em relação ao grupo que somente recebeu estabilizadores de humor. Além disso, os autores assinalam uma diferença significativa no funcionamento social do grupo de TCC em comparação ao grupo que somente utilizou estabilizadores de humor, aferida por meio das escalas preenchidas pelos pacientes e por seus familiares. Em uma segunda avaliação após 30 meses (Lam et al., 2005 a), a diferença nos intervalos até uma nova recaída entre o grupo controle e o experimental foi mantida significativa apenas para episódios depressivos. O número de dias em episódio depressivo, bem como os escores de depressão, foi significativamente menor entre aqueles que participaram da TCC.

Um estudo australiano envolveu 52 pacientes com TB I ou II que estavam em eutimia ou levemente sintomáticos (Ball et al., 2006). Os pacientes poderiam de modo aleatório, receber breve psicoeducação e tratamento medicamentoso, ou este somado a 20 sessões de TCC individual. Importante destacar que os autores formularam manual próprio de TCC que enfatizava técnicas emotivas apoiadas na Gestalt terapia. No período de seis meses após a intervenção, o grupo de TCC apresentou escores de depressão significativamente menores do que os do grupo de TP. O grupo de TCC demonstrou uma tendência ( $p = 0,06$ ) à diferença para intervalo até uma nova recaída no período de 18 meses, mas não diferiu do grupo de TP para número total de recaídas neste intervalo. Em relação ao período de 18 meses prévio ao tratamento, o grupo de TCC apresentou uma melhora significativa para sintomas de depressão.

Nem todos os achados da pesquisa de TCC são favoráveis à sua aplicação no TB. Um ensaio randomizado controlado com cinco centros do Reino Unido não observou diferença significativa na recorrência de episódios de humor entre os grupos que realizaram a terapia cognitiva individual e aquele que somente recebeu tratamento farmacológico (Scott et al., 2006b). Há de se destacar que este estudo utilizou uma amostra muito heterogênea ( $N = 253$ ), composta de pacientes que estavam em episódio da doença (32%) e que apresentavam

comorbidades com outros quadros psiquiátricos (como abuso de substâncias), o que pode explicar, em parte, seus resultados. Uma análise *post hoc* revelou que a terapia fora eficaz para adiar novas recorrências da doença naqueles pacientes que haviam experimentado menos de 12 episódios prévios de humor.

Como certos elementos da TCC se confundem em grande parte com aqueles conduzidos em programas de psicoeducação, alguns autores têm procurado comparar estas duas modalidades de tratamento diretamente no TB. Um estudo canadense incluiu 79 pacientes com TB I e II, total ou parcialmente remitidos (Zaretsky et al., 2007 e 2008). Todos os pacientes passavam por um programa de sete sessões de psicoeducação estruturada e metade passava por 13 sessões de TCC individual, seguindo o modelo proposto por Basco e Rush (2007). Não houve diferenças entre os grupos para o número de novas hospitalizações e recaídas durante um ano de seguimento, mas os pacientes que participaram da TCC apresentaram 50% menos dias de humor deprimido e menores elevações de medicação antidepressiva do que aqueles que participaram apenas da psicoeducação.

Estudos com variações da TCC têm sido propostos, procurando testar novas abordagens no TB. Contudo, tais estudos ainda se encontram em fase piloto (Williams et al., 2008). Outros autores têm desenvolvido abordagens a partir da TCC, objetivando tratar populações normalmente excluídas de ensaios clínicos clássicos, como é o caso da frequente comorbidade entre TB e abuso de substâncias (Weiss et al., 2009).

Analisando criticamente a literatura da TCC para o TB, é notável que os resultados ainda sejam inconclusivos. É possível que a TCC possua maior efetividade entre aqueles pacientes que apresentam menor número de episódios prévios da doença e que seus efeitos se concentrem no tratamento agudo e na profilaxia da depressão bipolar (Miklowitz, 2008).

A comparação direta entre duas ou mais abordagens ativas no tratamento do TB pode ser uma forma de entender melhor as diferentes respostas encontradas nos estudos de terapia

no TB. Um grande estudo americano envolvendo 15 locais diferentes (N = 293) procurando avaliar a efetividade de três abordagens diferentes no tratamento de pacientes com TB em fase depressiva e medicados (Miklowitz et al., 2007a ). As três formas de terapia avaliadas são a TCC, a TFF e a TIP e, além delas, o estudo envolve uma condição controle de três sessões de psicoeducação, chamada de cuidado colaborativo. Durante um ano, estar em qualquer uma das três modalidades de terapia favoreceu uma recuperação mais rápida do que aquela ocorrida com a psicoeducação (169 vs. 279 dias, respectivamente). As taxas de recuperação entre as três formas de terapia intensiva não diferiram significativamente: TFF = 77%, TIP = 65% e TCC = 60%. Os pacientes do grupo de TIP apresentaram melhores ganhos funcionais, como satisfação com a vida, por exemplo, quando comparados ao grupo de psicoeducação (Miklowitz et al., 2007b). Mais estudos comparando abordagens ativas no TB serão necessários para confirmar estes achados.

A TCC no formato em grupo tem sido extensamente aplicada em uma ampla diversidade de quadros psiquiátricos (Bechdolf et al. 2010; Dorrepaal et al. 2010). Os últimos anos têm sido acompanhados por um aumento bastante significativo desta forma de empregar a TCC inclusive no Brasil (Meyer et al. 2010; Holdefer et al. 2010). Boa parte dos estudos demonstra uma boa aplicabilidade deste formato de TCC, muitas vezes uma eficácia equivalente ou mesmo superior ao formato individual (Piet et al. 2010). Dois ensaios abertos recentes aplicaram o formato de TCC em grupo no tratamento de pessoas com TB. Um estudo canadense com 38 pacientes encontrou um aumento significativo no funcionamento psicossocial após 14 semanas de TCC em grupo (Patelis-Siotis et al. 2001). Um grupo dinamarquês aplicou 14 sessões de TCC em grupo adicionadas a duas sessões de psicoeducação familiar (Bernhard et al. 2006). Após um ano os 62 pacientes do estudo demonstraram aumento significativo no conhecimento a respeito do TB. Apesar de encorajadores, nenhum dos estudos observou diferença para sintomatologia clínica do TB, e a

ausência de condição controle dificulta a generalização dos achados. Um estudo piloto recentemente publicado (n=20) utilizou a TCC em formato de grupo adicionada ao tratamento medicamentoso padrão comparado a este isoladamente (González-Isasi et al. 2010). Seus autores observaram um aumento significativo na qualidade de vida do grupo de TCC em comparação ao grupo controle após um período de 12 meses. Importante destacar que uma parcela significativa dos participantes deste estudo não estava em eutímia no período de inclusão e que a análise de variância por medidas repetidas não encontrou diferença significativa entre os grupos para as escalas de humor aplicadas.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Este estudo procurou avaliar a efetividade de uma intervenção psicoterápica em grupo em pacientes com TB, com base na TCC, em um ambulatório terciário inserido no Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS). O projeto poderá contribuir para o desenvolvimento de futuras intervenções psicoterapêuticas para pessoas com TB que procurem o sistema público de saúde.

### 2.2 Objetivos específicos

O estudo buscou verificar se a inclusão de sessões estruturadas de TCC em grupo ao tratamento farmacológico padrão aumenta o tempo de remissão da doença e diminui o número de recaídas de episódios de humor quando comparado ao tratamento padrão isoladamente.

### 2.3 Hipóteses

Em função do exposto anteriormente, foram formuladas as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1 – O intervalo de tempo até a primeira recaída de episódio de humor será significativamente maior entre os pacientes do grupo recebendo TCC.
- Hipótese 2 – A presença de episódios de humor será significativamente menos frequente entre aqueles pacientes do grupo de TCC.
- Hipótese 3 – A terapia apresentará maior efeito profilático na prevenção de episódios depressivos do que maníacos ou mistos.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Aspectos éticos**

Este projeto foi devidamente aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CaPPesq, protocolo nº 0261/07) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Todos os procedimentos envolvendo esta pesquisa foram cuidadosamente descritos a todos os participantes envolvidos durante entrevista inicial, quando foi realizado o convite para sua participação. Ao término desta era assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, também aprovado pela comissão supracitada. Este projeto foi desenvolvido no Programa de Transtorno Bipolar (PROMAN) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

#### **3.2 Desenho do estudo**

Este estudo foi um ensaio clínico controlado randomizado com avaliação cega das medidas de desfecho. A condição experimental foi constituída por sessões estruturadas de TCC conduzidas em formato de grupo em pacientes que recebiam tratamento farmacológico padrão para TB. A condição controle constituiu-se de tratamento farmacológico padrão. As duas condições de pesquisa foram iniciadas sequencialmente para ambos os grupos e seguidas paralelamente por até 22 meses. O estudo foi dividido em duas fases. Na fase ativa, os pacientes do grupo experimental participavam da TCC em grupo e recebiam tratamento medicamentoso, enquanto que o grupo controle recebia apenas este último. A fase inicial teve duração de seis meses. Na segunda fase, de seguimento, foram conduzidas avaliações

telefônicas por duas psiquiatras cegas à condição dos pacientes, bem como a checagem dos prontuários médicos destes pacientes. Esta fase teve início logo após o término da fase ativa e apresentou duração de até 16 meses.

### **3.3 Procedimento**

Após ter aceitado participar e assinado o termo de consentimento do estudo, o paciente era alocado em uma das duas modalidades de pesquisa. Esta alocação foi feita pelos estatísticos do grupo, sendo posteriormente comunicada ao pesquisador executante do projeto. Cada novo participante recebia um número randomizado entre zero e um, que seguiu uma distribuição homogênea. Quando este número foi igual ou superior a 0,5, o participante era alocado no grupo experimental (TCC). Sua alocação no grupo controle (TP) era feita quando o número recebido era inferior a 0,5. As escalas de avaliação clínica foram aplicadas em entrevista individual realizada pelos psiquiatras do nosso grupo no dia de entrada no estudo e repetidas em caso de demora superior a um mês de entrada na fase ativa (início dos grupos de terapia). Foram considerados como dados de entrada sempre as últimas avaliações realizadas. O autor desta pesquisa, após treinamento, conduziu algumas das entrevistas psiquiátricas e a aplicação das escalas de entrada no estudo. Todos os participantes também foram entrevistados pelo autor da pesquisa para avaliação de experiência atual e prévia com psicoterapia.

Uma vez que os grupos de terapia precisavam ser formados gradativamente, os intervalos de avaliação foram contados sempre a partir do início da fase ativa, comparando um grupo controle com um grupo experimental por vez. Todos os pacientes foram mantidos sob uso de medicação (TP) e podiam escolher seguir com seu tratamento psicoterápico fora do estudo. No entanto, sempre foi registrado quando o paciente iniciava uma nova psicoterapia. Não foi controlado o uso de medicação padrão, embora toda modificação neste

tratamento tenha sido registrada em prontuário médico e cuidadosamente verificada pela psiquiatra co-autora do protocolo. Os grupos foram reavaliados após seis meses da entrada na fase ativa e em intervalos trimestrais a partir de então.

### **3.3.1 Instrumentos de avaliação**

Para avaliação inicial do diagnóstico de TB foi aplicada a Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV – Transtornos do Eixo I (SCID-I/P) (First et al., 1995). A gravidade dos sintomas foi medida por meio da Escala de Hamilton para Depressão 17 itens (HAM-D) de Hamilton (1960) e Williams (1988), adaptada por Moreno e Moreno apud Goreinstein et al. (2000); e a Escala de Young para Mania (*Young Mania Rating Scale*, YMRS) (Young et al., 1978), adaptada por Vilela et al. (2005). Para aferir a qualidade de vida foi utilizada a Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde versão breve – WHOQOL (Fleck et al., 2000). As escalas e entrevistas são descritas em detalhe abaixo.

- SCID-I/P: entrevista semiestruturada aplicada por avaliadores treinados que busca identificar diagnósticos de comorbidades psiquiátricas do Eixo I seguindo o modelo classificatório do DSM-IV. A entrevista avalia transtornos atuais, referindo-se ao último mês, ou ao longo da vida.
- YMRS: avalia a gravidade dos sintomas de mania, tomando como referência a última semana. A escala é composta de 11 itens que descrevem diferentes aspectos da mania, tais como humor e afeto elevado (item 1) e sono (item 4). A escala é administrada por avaliador treinado, que deve pontuar cada um dos itens de acordo com a gravidade dos sintomas.
- HAM-D: avalia a gravidade dos sintomas de depressão, tomando como referência a última semana. Foi aplicada a versão com 17 itens que mensuram a gravidade dos sintomas de depressão. A escala também é administrada por avaliador treinado.



- WHOQOL-bref: mensura a qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental. A escala é autoadministrada e toma como referência as duas últimas semanas.

Para avaliar a efetividade do tratamento foram conduzidas análises de sobrevivência utilizando o primeiro episódio de humor segundo os critérios do DSM-IV como evento de desfecho. A presença de episódios foi determinada segundo os critérios do DSM-IV nos diferentes intervalos de observação (seis, nove, 12, 15, 18 e 22 meses).

Os dados de sobrevivência foram obtidos por meio da reaplicação do módulo do humor da SCID e de entrevista clínica realizada por contato telefônico. A avaliação tinha como objetivo específico observar:

- 1) Presença de episódios
- 2) Polaridade da primeira recaída
- 3) Número total de episódios de humor
- 4) Número de internações psiquiátricas
- 5) Tentativas de suicídio

A todos os participantes foi solicitado não informar a qual grupo pertencia para que as avaliadoras permanecessem cegas ao tratamento. As medidas de sobrevivência foram obtidas nos intervalos supracitados.

### **3.3.2 Casuística**

Os participantes do estudo foram triados entre os pacientes matriculados regularmente no PROMAN e em seguimento de tratamento ambulatorial com uso de farmacoterapia padrão.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- A) Diagnóstico de Transtorno do Humor Bipolar do tipo I e tipo II, definidos segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV (APA, 2002a)
- B) Apresentar entre 18 e 60 anos de idade, na data da entrevista inicial
- C) Apresentar eutímia na data da entrevista inicial, definida por um escore total inferior a oito na HAM-D-17 e seis na YMRS; e
- D) Cinco anos de escolaridade concluída.

Foram excluídos do estudo pacientes que apresentavam:

- A) Transtornos do uso de álcool ou drogas nos últimos seis meses; e
- B) Transtorno mental orgânico.

Foram convidados a participar do estudo 97 pacientes com diagnóstico confirmado de TB tipo I ou II e em acompanhamento ambulatorial no PROMAN. Destes, 16 não aceitaram participar. As razões alegadas para a recusa foram:

- Horário incompatível com os encontros do grupo: 9 (56,25%)
- Não tem interesse em fazer terapia: 4 (25%)
- Não se sente à vontade por ser em grupo: 3 (18,75%)

Assim, 81 pacientes aceitaram participar do estudo, sendo distribuídos aleatoriamente nas duas condições de pesquisa: 37 no grupo controle e 44 no grupo experimental. Até este momento, 50 pacientes iniciaram a fase ativa do estudo, 21 aguardam a formação de novos grupos de seguimento e 10 foram excluídos. Os motivos para exclusão dos 10 pacientes se encontram abaixo:

- Perda de interesse: 4 (40%)
- Interrupção do tratamento medicamentoso: 1 (10%)
- Mudança de residência: 1 (10%)
- Encaminhamento para outro serviço: 2 (20%)
- Alteração diagnóstica: 2 (20%)

Dentre os 50 pacientes que iniciaram a fase ativa do estudo, 27 são do grupo controle e 23 são do grupo experimental. Quatro pacientes não participaram de ao menos nove sessões de terapia em grupo (50%). As razões alegadas para o não comparecimento mínimo nas sessões de terapia foram: um paciente não conseguia chegar a tempo para as sessões de terapia, um apresentava quadro fóbico específico e não conseguia sair de casa em dias de chuva, um iniciou novo trabalho, o que o impossibilitou de frequentar o horário do grupo e o último nada alegou. Dois pacientes não foram contatados por telefone em nenhum dos intervalos e uma paciente faleceu devido a quadro de embolia pulmonar, sendo excluídos das análises de seguimento. Desta forma, o estudo conta com 47 pacientes em seguimento de ao menos doze meses no momento, 25 no grupo controle de TP e 22 no grupo experimental de TCC em grupo. A Tabela 1 mostra os 47 pacientes distribuídos de acordo com o tempo de observação.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes em fase ativa no estudo segundo tempo máximo de observação

	12 meses	15 meses	17 meses	20 meses	23 meses
TCC**	22	20	15	12	7
TP**	25	22	17	9	4
Total	47	42	32	21	11

\* TCC: Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo

\*\* TP: Tratamento Padrão

A maioria dos participantes da fase ativa do estudo era do sexo feminino (76%), possuía o ensino médio completo (48%) e estava trabalhando quando da entrada do estudo (46%). A maior parte dos pacientes também era casada ou vivia com companheiro (40%). A média etária da amostra foi de 39,2 anos. Clinicamente, a maioria dos participantes era portadora do TB I (76%), apresentou sintomatologia psicótica ao longo da vida (68%) e cerca de 20% histórico de ciclagem rápida. Uma parcela grande dos pacientes apresentava

ao menos uma comorbidade psiquiátrica, sendo as mais frequentes os transtornos de ansiedade (55,1%), os transtornos de uso de substância ao longo da vida (26%) e os transtornos alimentares (14%). Quase metade da amostra (46%) já havia passado por ao menos uma internação psiquiátrica atribuída à doença e a idade de início da doença em média se deu em torno dos 20 anos. Uma parcela grande dos pacientes já havia feito alguma forma de psicoterapia no passado (78%) e uma menor parte (12%) fazia psicoterapia na entrada do estudo. Não houve diferença significativa entre os grupos para nenhuma destas características, exceto para psicoterapia passada, mais frequente entre o grupo de TCC (Fisher = 0,046). Da mesma forma, não houve diferença na entrada do estudo para as escalas de humor e de qualidade de vida. Na entrada da fase ativa os pacientes não diferiram também para uso de nenhum dos principais grupos de medicamentos aplicados no TB. As Tabelas 2 e 3 descrevem as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes que concluíram a fase ativa do estudo, e a tabela 4 descreve quais os principais medicamentos em uso pelo pacientes nesta fase.

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos pacientes total e por grupo de acompanhamento

	TCC		TP		Total		Estatística	
	N	%	N	%	N	%	Teste	p-valor
<b>Gênero</b>							$\chi^2 = 0,119$	0,73
Masculino	5	21,7	7	25,9	12	24		
Feminino	18	78,3	20	74,1	38	76		
<b>Anos de escolaridade</b>							$\chi^2 = 4,37$	0,497
5	1	4,3	1	3,7	2	4		
9	1	4,3	2	7,4	3	6		
11	10	43,5	14	51,9	26	48		
13	3	13	3	11,1	6	12		
15	5	21,7	1	3,7	6	12		
16	3	13	6	22,2	9	18		
<b>Ocupação atual</b>							$\chi^2 = 7,861$	0,248
Trabalhando	8	34,8	15	55,6	23	46		
Estudando	2	8,7	0	0	2	4		
Afastado/licença médica	3	13	3	11,1	6	12		
Desempregado	3	13	5	18,5	8	16		
Aposentado por invalidez	2	8,7	0	0	2	4		
Dona de casa	5	21,7	3	11,1	8	16		
Nunca trabalhou	0	0	1	3,7	1	2		
<b>Estado civil</b>							$\chi^2 = 3,08$	0,544
Solteiro	7	30,4	12	44,4	19	38		
Casado/amasiado	9	39,1	11	40,7	20	40		
Separado/divorciado	7	30,4	4	14,8	11	22		
	TCC		TP		Total		Estatística	
	Mediana		Mediana		Média	DP	Teste	p-valor
<b>Idade atual</b>	41		36		39,2	9,04	Z = -1,51	0,131

Tabela 3 - Características clínicas dos pacientes na entrada da fase ativa do estudo

	TCC		TP		Total		Estatística	
	N	%	N	%	N	%	Teste	p-valor
<b>Tipo de TB</b>							$\chi^2 = 0,119$	0,73
Tipo I	18	78,3	20	74,1	38	76		
Tipo II	5	21,7	7	25,9	12	24		
<b>Psicoterapia no passado</b>	21	91,3	18	66,7	39	78	Fisher = 0,046	Fisher = 0,046
<b>Psicoterapia atual</b>	2	8,7	4	14,8	6	12	Fisher = 0,674	Fisher = 0,674
<b>Comorbidade uso de substâncias</b>	5	21,7	8	29,6	13	26	$\chi^2 = 0,402$	0,747
<b>Comorbidade transtornos de ansiedade</b>	12	52,2	15	57,7	27	55,1	$\chi^2 = 0,15$	0,778
<b>Comorbidade transtornos alimentares</b>	4	17,4	3	11,1	7	14	Fisher = 1,00	Fisher = 1,00
<b>Sintomatologia psicótica</b>	15	65,2	19	73,1	34	68	$\chi^2 = 0,355$	0,551
<b>Ciclagem rápida</b>							$\chi^2 = 1,644$	0,44
Não	17	73,9	21	80,8	39	78		
Sim	6	26,1	4	15,4	10	20		
Dado perdido	0	0	1	3,8	1	2		
	TCC		TP		Total		Estatística	
	Mediana		Mediana		Média	DP	Teste	p-valor
<b>Idade de início do TB</b>	18		19		21,2	8,3	Z = -0,08	0,938
<b>WHOQOL</b>								
Físico	53,57		64,29		56,57	16,36	Z = -0,674	0,501
Psíquico	62,5		62,5		58,83	18,91	Z = -0,147	0,883
Social	58,33		58,33		52,83	26,12	Z = -0,451	0,652
Ambiental	56,25		56,25		56,63	15,6	Z = -0,225	0,822
<b>YMRS</b>	1		0		1	1,36	Z = -0,277	0,782
<b>HAM-D-17</b>	2		2		2,74	2,23	Z = -0,425	0,671
<b>Número de hospitalizações psiquiátricas prévias</b>	0		1		1,29	2,3	-0,844	0,399

Tabela 4 - Tratamento medicamentoso dos pacientes na fase de entrada do estudo

	TCC		TP		Total		Estatística	
	N	%	N	%	N	%	Teste	p-valor
<b>Em uso de lítio</b>	8	34,8	11	40,74	19	38	$\chi^2 = 0,164$	0,685
<b>Em uso de anticonvulsivante</b>	15	65,2	22	81,48	37	74	Fisher = 0,264	Fisher = 0,264
<b>Em uso de antipsicótico</b>	11	47,8	11	40,74	22	44	$\chi^2 = 0,321$	0,571
<b>Em uso de antidepressivo</b>	4	17,4	5	18,52	9	18	Fisher = 1,00	Fisher = 1,00

### 3.3.3 Protocolo de tratamento de TCC em grupo

Os pacientes do grupo experimental participaram em um total de 18 sessões de TCC em grupo com duração de 90 minutos, sendo as 16 primeiras semanais e as duas últimas intervaladas por 15 e 30 dias, respectivamente. As sessões obedeciam a protocolo-piloto desenvolvido pelo autor do projeto que seguiu o modelo de TCC para TB proposto por Scott (2001), adaptado para formato de grupo. Os participantes acompanhavam as sessões por meio de manual escrito para este projeto que descrevia cada sessão e continha textos e exercícios para serem realizados entre as sessões (Anexo I). O grupo controle não realizou nenhuma intervenção psicoterápica, sendo mantido apenas sob uso de medicação (TP).

O protocolo de TCC foi dividido em quatro módulos complementares: Psicoeducação; Manejo de Sintomas; Problemas Específicos; Prevenção de Recaídas e Revisão. A seguir, encontra-se a sequência de sessões, incluindo a agenda de temas abordados. O protocolo completo segue em anexo na dissertação (Anexo I).

Conteúdo das sessões da TCC:

- Sessão 1: Apresentação dos membros e entrega do material
  - ❖ Apresentação do projeto de pesquisa, dos terapeutas e dos participantes.
  - ❖ Definição de regras de participação no grupo (contrato psicológico) e do tempo de duração da terapia.
  - ❖ Entrega do material e breve descrição das sessões.
  - ❖ Discussão de metas de terapia.
  - ❖ Tarefa de casa - Leitura do texto 1: “Introdução à Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento do TB” do Manual de Terapia.
  
- Sessão 2: Introdução à TCC no TB
  - ❖ Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas na leitura do texto para casa.
  - ❖ Apresentação da TCC no TB.
  - ❖ Os pensamentos na regulação do nosso humor.
  - ❖ Comportamentos aprendidos.
  - ❖ Tarefa de casa - Leitura do texto 2: “O Papel dos Pensamentos na Regulação do Nosso Humor” e do texto 3: “Comportamentos Aprendidos”.
  
- Sessão 3: O que é TB?
  - ❖ Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas na leitura dos textos para casa.
  - ❖ Definições sobre o TB: início da doença, prevalência na população, classificação atual.



- ❖ Possíveis causas do transtorno.
  - ❖ O Modelo de Vulnerabilidade ao Estresse.
  - ❖ Tarefa de casa - Leitura do texto 4: “O que é Transtorno Bipolar”.
- Sessão 4: Tratamento farmacológico
    - ❖ Revisão da sessão anterior e dúvidas.
    - ❖ Principais grupos de medicação, ECT e efeitos colaterais.
    - ❖ Vantagens e desvantagens de seguir o tratamento prescrito.
    - ❖ Adesão ao tratamento.
    - ❖ Pensamentos e medicação.
    - ❖ Tarefa de casa: leitura do manual com exercícios.
- Sessão 5: Ritmos circadianos e monitoria do humor
    - ❖ Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas na leitura dos textos para casa.
    - ❖ Os ritmos circadianos e seu papel no TB.
    - ❖ Histórico pessoal e construção do cartão de vida.
    - ❖ Gráfico do humor.
    - ❖ Tarefa de casa - Gráfico do humor e leitura do texto 5: “Os Ritmos Circadianos e a Rotina”.
- Sessão 6a: Pensamentos depressivos
    - ❖ Revisão da última semana e dúvidas que possam ter restado sobre medicação e a decisão de tomar medicamentos.
    - ❖ Discussão sobre o exercício prático.

- ❖ Iniciar discussão sobre o papel que os pensamentos exercem por meio dos exemplos coletados desde a sessão 2.
  - ❖ Distorções cognitivas típicas da fase depressiva.
  - ❖ Tarefa de casa: leitura do manual e identificação das distorções mais comuns ocorridas na semana.
- Sessão 6b: Reestruturação cognitiva
    - ❖ Respondendo às próprias distorções.
    - ❖ Construindo respostas alternativas a partir dos pensamentos da semana.
    - ❖ Tarefa de casa: identificar e responder às distorções ocorridas na semana.
- Sessão 7: Comportamentos depressivos
    - ❖ Revisão da semana e dúvidas quanto ao exercício de identificar pensamentos automáticos.
    - ❖ Comportamentos depressivos e ciclo de letargia.
    - ❖ Sinais de início deste episódio para cada um dos membros.
    - ❖ Registro de atividades e técnicas de domínio e prazer.
    - ❖ Tarefa de casa: completar o ciclo comportamental da fase depressiva e leitura do manual.
- Sessão 8: Pensamentos de mania
    - ❖ Revisão da última semana e da tarefa de construção do próprio ciclo letárgico.
    - ❖ Discussão sobre o registro de atividades desta semana avaliadas em termos de domínio e prazer.
    - ❖ Pensamentos típicos da fase maníaca.

- ❖ “Fissura maníaca”.
  - ❖ Distração e adiamento.
  - ❖ Outros confiáveis e sua importância na tomada de decisões.
  - ❖ Quantidade e qualidade de ações.
  - ❖ Tarefa de casa: completar a lista de pensamentos na fase maníaca. Eleger outros confiáveis e, preferencialmente, falar com eles.
- Sessão 9: Comportamentos em mania
    - ❖ Revisão da semana e da lista de pensamentos na fase maníaca.
    - ❖ Elegendo outros confiáveis e comunicando-os.
    - ❖ Comportamentos típicos da fase maníaca.
    - ❖ Sinais e sintomas próprios de início da mania.
    - ❖ Lista de diferenciação entre comportamentos maníacos vs. depressivos.
    - ❖ Tarefa de casa: leitura do manual.
- Sessão 10: Solução de problemas
    - ❖ Identificando situações potencialmente solucionáveis.
    - ❖ Pensamentos que podem atrapalhar.
    - ❖ Estratégias de solução de problemas.
    - ❖ Tarefa de casa: leitura do manual e seleção de problemas atuais.
- Sessão 11a: Estresse e TB
    - ❖ Revisão da semana e das estratégias de solução de problemas.
    - ❖ O que é estresse?
    - ❖ Higiene do sono.

- ❖ Solução de problemas para higiene do sono.
- ❖ Tarefa de casa: leitura do manual.
  
- Sessão 11b: Aprendendo a relaxar
  - ❖ Revisão da semana e das medidas de higiene do sono.
  - ❖ Exercício de relaxamento.
  - ❖ Tarefa de casa: leitura do manual e praticar relaxamento.
  
- Sessão 12: Comunicação assertiva
  - ❖ Revisão da semana e das estratégias de solução de problemas.
  - ❖ Relação entre comunicação e prognóstico de TB.
  - ❖ Estresse e comunicação.
  - ❖ Conceito de assertividade.
  - ❖ Exercício assertivo.
  - ❖ Tarefa de casa: leitura do manual e permanecer atento a respeito de momento em que possa ser assertivo.
  
- Sessão 13: O papel da família e da sociedade
  - ❖ Revisão da semana e do conceito de assertividade.
  - ❖ Momentos assertivos durante a semana.
  - ❖ Rever exercício assertivo.
  - ❖ Discussão aberta sobre estigma.
  - ❖ Tarefa de casa: leitura do manual e tentar ser assertivo de modo voluntário ao menos uma vez nesta semana.

- Sessão 14: Revisão das sessões anteriores
  - ❖ Dúvidas sobre o tratamento.
  - ❖ Tornando-se o seu próprio terapeuta.
  
- Sessão 15: Prevenção de recaídas 1ª parte
  - ❖ Prevenção de recaídas – O que fazer?
  - ❖ Cartão de Enfrentamento de Recaídas de Humor.
  - ❖ Tarefa de casa: leitura do manual e completar o Cartão de Enfrentamento de Recaídas de Humor.
  
- Sessão 16: Prevenção de recaídas 2ª parte
  - ❖ Prevenção de recaídas - O que pensar?
  - ❖ Mitos sobre recaídas.
  - ❖ Manejo de pensamentos sobre recaídas.
  - ❖ Planejando o futuro.

### **3.3.4 Análise estatística**

Foram conduzidas análises de intenção ao tratar (*“intention to treat analysis”*), nas quais são considerados todos os dados dos pacientes alocados nos grupos, mesmo que estes tenham abandonado o tratamento e, nestes casos, levado em conta a última observação realizada (*“last observation carried forward”*).

A distribuição dos dados contínuos na entrada do estudo foi analisada por meio do teste de Kolmogorov Smirnov. Os dados que apresentaram uma distribuição normal foram analisados pelo teste *t-Student*. O teste de Mann-Whitney foi aplicado como alternativa aos

dados que não acompanharam distribuição normal. Os testes Qui-quadrado e exato de Fisher foram utilizados para avaliação dos dados discretos.

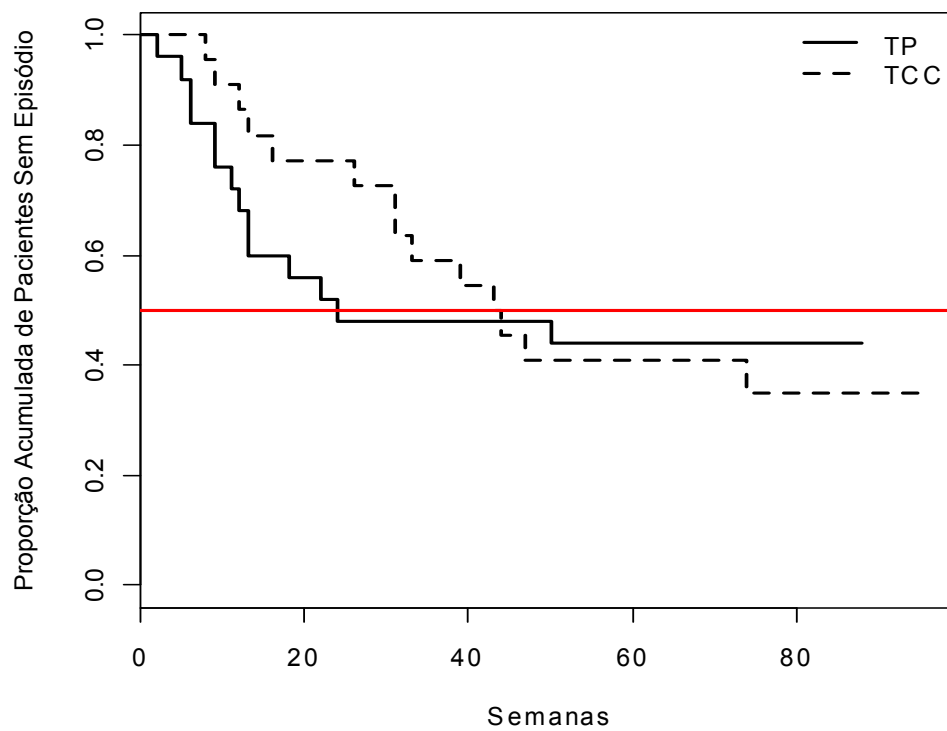
A análise de sobrevivência foi aplicada para determinação da efetividade do tratamento no longo prazo. Foi assumido como evento o primeiro episódio de humor primário, seguindo os critérios do DSM-IV, ocorrido após início da fase ativa para cada indivíduo. O método de Kaplan-Meier foi utilizado a fim de construir as curvas de sobrevivência e o teste de Wilcoxon foi empregado para analisar a diferença observada entre os dois grupos. A mesma análise foi posteriormente empregada considerando o tipo de primeiro episódio. Nesta análise, foram reunidos os episódios de hipomania, misto e de mania como evento de mania. A presença de episódios foi analisado por meio do teste do Qui-quadrado

Para todas as análises estatísticas, o nível de significância alfa foi estabelecido em 5%. Elas foram realizadas com o uso do programa SPSS, versão 14 (SPSS, Inc., Chicago, IL), e as curvas de sobrevivência foram construídas por meio do R (R Development Core Team, 2009).

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 Tempo até recaída**

O intervalo de tempo até o primeiro episódio de humor não diferiu significativamente entre aqueles pacientes que realizaram a intervenção de TCC em grupo e aqueles que seguiram em TP medicamentoso (Wilcoxon = 0,667,  $p = 0,414$ ). Como pode ser visto na curva de sobrevivência abaixo (Figura 1), o tempo de até recaída foi maior no grupo experimental até próximo da 40<sup>a</sup> semana do estudo, quando se iguala à curva do grupo controle. A mediana do grupo que participou da TCC foi atingida em torno da 43<sup>a</sup> ao passo que no TP ela ocorreu na 24<sup>a</sup> semana.

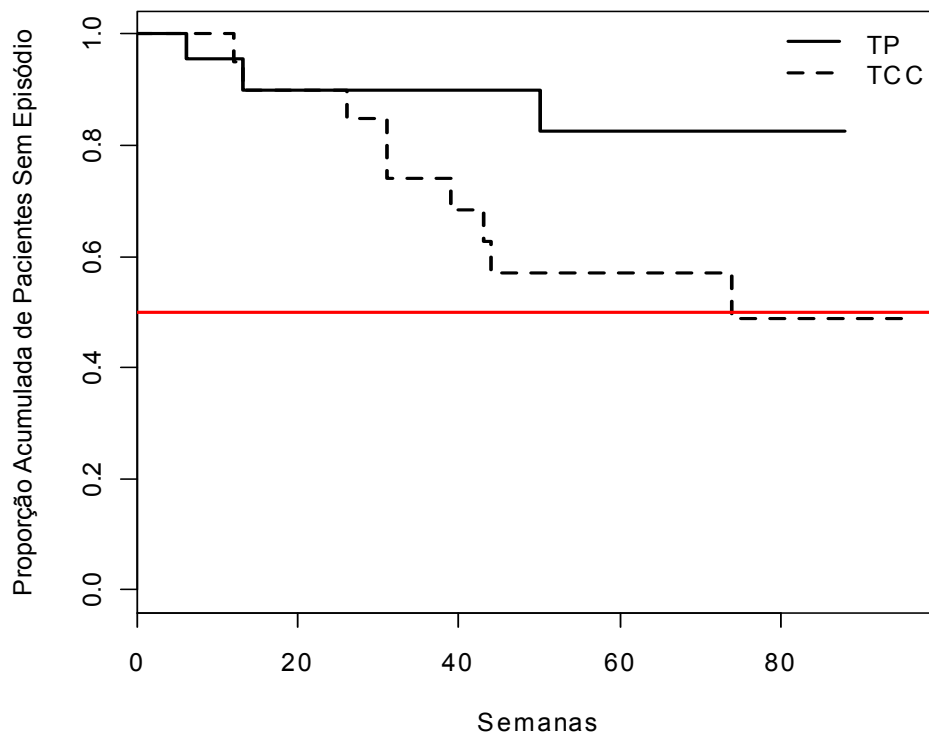


Legenda: TP: Tratamento padrão medicamentoso; TCC: Terapia Cognitivo Comportamental em grupo.

Figura 1 - Curvas de sobrevivência para primeiro episódio de humor

Como dito anteriormente, consideramos separadamente os episódios de mania e depressão para melhor analisar o efeito da intervenção proposta. Assim, avaliando a curva de sobrevivência para episódio de mania, hipomania ou misto, é possível observar que o intervalo de tempo sem episódio foi maior entre os pacientes de TP, embora esta diferença também não tenha sido estatisticamente significativa (Wilcoxon = 1,498,  $p = 0,221$ ).

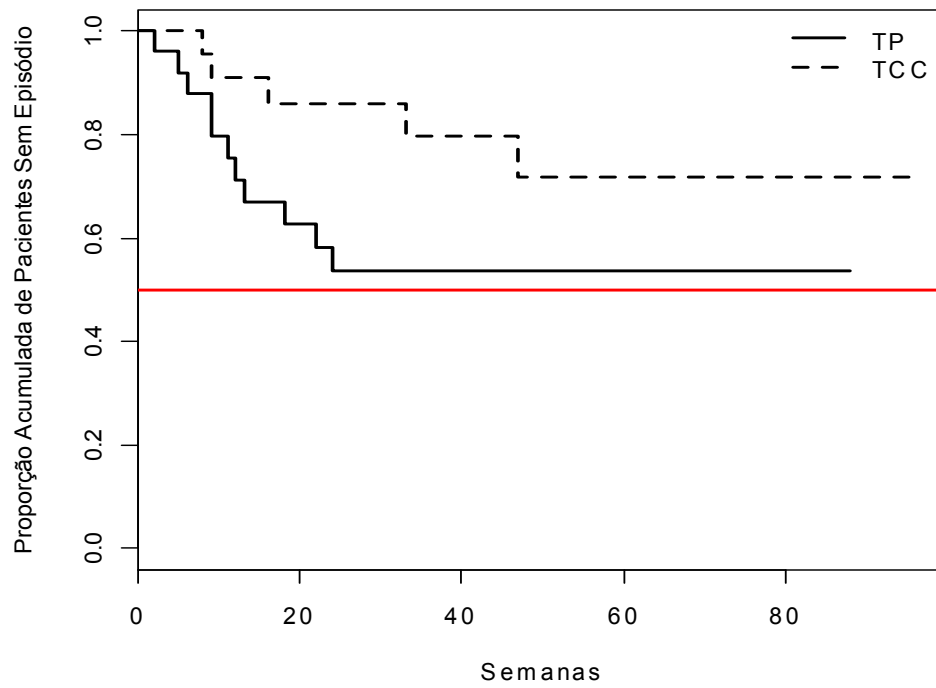




Legenda: TP: Tratamento padrão medicamentoso; TCC: Terapia Cognitivo Comportamental em grupo.

Figura 2 - Curvas de sobrevivência para episódio de mania, hipomania ou misto

O mesmo pôde ser observado para o intervalo de tempo até o episódio de depressão (Wilcoxon = 3,328,  $p = 0,068$ ). Como apresentado na Figura 3, o intervalo de tempo até o episódio depressivo foi maior entre aqueles pacientes que realizaram a intervenção em grupo.



Legenda: TP: Tratamento padrão medicamentoso; TCC: Terapia Cognitivo Comportamental em grupo.

Figura 3 - Curvas de sobrevivência para episódio de depressão

## 4.2 Presença de episódios

A presença de episódios de mania e hipomania foram maiores no grupo que participou da intervenção de TCC em grupo. Ao todo, oito pacientes apresentaram ao menos um episódio de mania ao passo que no grupo de TP, cinco pacientes apresentaram um episódio de mania ou hipomania ao longo do estudo. A presença de episódios mistos também foi maior no grupo de TCC, com dois pacientes apresentando um evento vs. um evento ocorrido no grupo de TP. Houve uma presença ligeiramente maior de episódios de depressão no grupo de TP, embora em termos percentuais esta diferença tenha sido maior no grupo de TCC, seguindo as anteriores. Nenhuma destas observações atingiu significância estatística, como pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5 - Presença de episódios de humor

	TCC	TP	Total	Estatística	
	N (%)	N (%)	N (%)	Teste	p-valor
<b>Mania/hipomania</b>	8 (36,4)	5 (20)	13 (27,7)	$\chi^2 = 1,57$	0,21
<b>Misto</b>	2 (9,1)	1 (4)	3 (6,4)	Fisher = 1,00	Fisher = 1,00
<b>Depressão</b>	10 (45,5)	11 (44)	21 (44,7)	$\chi^2 = 0,01$	0,92

## 5. DISCUSSÃO

O objetivo inicial deste estudo foi verificar se a adição de um protocolo de TCC em grupo ao tratamento usualmente oferecido a pacientes com TB aumentava o tempo de remissão para qualquer episódio da doença. O aumento da demanda por atendimento psicoterápico por parte destes pacientes, associado às vantagens únicas proporcionadas pela psicoterapia de grupo, justificou nossa opção por esta nova modalidade de tratamento, ainda não testada para estes pacientes em ensaios controlados. Buscamos, assim, criar e testar uma opção de tratamento psicoterápico efetiva, segura e acessível, que poderia servir a outros ambulatórios de assistência integrados dentro do SUS. Com este intuito, foi formulado um ensaio clínico controlado com medidas de desfecho bastante pragmáticas, ou seja, o intervalo de remissão da doença e o número total de episódios foram observados utilizando toda a informação produzida.

Os resultados obtidos não confirmaram a hipótese inicial de que a intervenção de TCC em grupo aumentaria o intervalo de remissão para qualquer episódio de humor, bem como a de que a presença de episódios seria significativamente menor nos pacientes que participassem dos grupos de TCC. Quando analisada separadamente a polaridade do primeiro episódio de humor apresentado, nota-se uma diferença entre depressão e mania. Os pacientes do grupo de TCC permaneceram mais tempo até recaírem de depressão. O oposto foi notado com relação ao intervalo até o episódio de mania, hipomania e mistos, sempre superiores no grupo de TP. Nenhuma destas diferenças, contudo, se mostrou significativa estatisticamente.

Na literatura, os estudos controlados com TCC individual têm encontrado que o efeito desta psicoterapia se concentra na redução da intensidade ou no aumento da profilaxia dos episódios depressivos da doença (Ball et al., 2006; Zaretsky et al., 2008). Apenas um estudo comparando a adição de TCC individual ao tratamento individual isolado encontrou menores

taxas de recaída de mania ou hipomania entre os pacientes que realizavam psicoterapia e, mesmo assim, tal efeito somente se manteve até o primeiro ano de seguimento (Lam et al., 2003 e 2005a).

Até o momento, o estudo que demonstrou resultados profiláticos mais duradouros para pacientes com TB que envolveu psicoterapia foi aquele desenvolvido pelo grupo de Barcelona envolvendo psicoeducação em grupo estruturado comparada a uma intervenção não estruturada também em formato de grupo. No estudo longitudinal de cinco anos publicado recentemente, o grupo que participou das sessões de psicoeducação em grupo apresentou um número significativamente menor de episódios de humor, tanto de mania como de depressão (Vieta et al., 2009). Muitas das abordagens utilizadas nesta intervenção são também aplicadas na TCC individual, como a prevenção de recaída. De fato, livros de referência na área classificam a intervenção espanhola como dentro das intervenções cognitivo-comportamentais (Goodwin e Jamison, 2007), embora analisando o protocolo proposto pelo grupo pouco é dedicado às intervenções cognitivas (Colom et al., 2003).

Um aspecto importante que merece destaque é que este efeito profilático obtido com esta intervenção provavelmente não se deveu ao simples aumento do uso de psicofármacos por parte daqueles pacientes do grupo psicoeducado, uma vez que não houve diferenças entre os grupos para adesão medicamentosa após cinco anos (Colom et al. 2009). Ou seja, possivelmente algum elemento ativo da psicoeducação está relacionado a este aumento no aumento da profilaxia de novos episódios.

As diferenças encontradas entre os resultados deste estudo e o do grupo de Barcelona podem se dever à seleção amostral, já que o estudo espanhol excluiu qualquer tipo de comorbidade psiquiátrica de eixo I (desordens clínicas psicopatológicas, como transtornos ansiosos e alimentares, por exemplo), ao passo que em nossa amostra mais de 65% dos pacientes apresentavam ao menos uma comorbidade de eixo I. A presença de comorbidades,

conforme visto anteriormente, embora freqüente, está relacionado a uma piora do prognóstico clínico de pacientes com TB. Além disso, o estudo espanhol incluiu pacientes que estavam em remissão da doença a, pelo menos, 6 meses. Tal condição se mostrou impraticável dentro de nossa amostra ambulatorial. É provável que outros centros de atendimento para pacientes com TB também apresentem esta dificuldade.

Tradicionalmente os ensaios clínicos controlados buscam avaliar a eficácia de uma nova intervenção proposta adotando uma série de medidas que permitam concluir que seus achados não se deveram ao acaso ou a fatores confundidores como a passagem do tempo, por exemplo, (Chambless e Hollon, 1998). Entre estas medidas estão a adoção de critérios de inclusão e exclusão que buscam assegurar a validade interna e que permitam ao investigador descrever adequadamente o que ocorreu ao longo do estudo. Ocorre, no entanto, que ao fazer isso estes ensaios podem comprometer a validade externa dos achados, ou seja, o grau que em estas conclusões apresentadas são aplicáveis em um universo externo ao estudo. Por esta razão têm sido cada vez mais desenvolvidos estudos que busquem medir a efetividade e a eficiência das intervenções terapêuticas (Miklowitz e Scott, 2009).

Os estudos de efetividade, por outro lado, buscam aumentar a validade externa de seus achados restringindo minimamente a entrada de pacientes para assemelhá-los ao máximo daqueles observados na prática clínica. A inclusão de amostras mais heterogêneas e a adoção de medidas mais pragmáticas, por exemplo, são comuns nesse tipo de estudo. Possível reflexo disso, o tamanho do efeito encontrado nestes estudos é menor do que aqueles observados em estudos de eficácia (Scott et al. 2006). Como o intuito deste estudo desde o seu início foi o de desenvolver um protocolo de sessões que pudesse ser aplicado na prática clínica observada em ambulatórios públicos do Brasil, buscamos empregar medidas de avaliação de sua efetividade e excluir ao mínimo os pacientes que pudessem ser candidatos a ele. No entanto, os estudos de efetividade, em geral são gerados após alguns estudos de eficácia comprovarem

a validade de uma determinada intervenção. Talvez não exista um número razoável da eficácia da TCC em TB e ainda seja precoce a implementação de estudos de efetividade.

Outro aspecto que diferencia este estudo do de Vieta et al. (2009) é o protocolo de psicoterapia proposto. Nosso protocolo apresenta um número menor de sessões e um número maior de temas a serem discutidos. Embora nosso protocolo não difira em duração de outros presentes na literatura de TCC em grupo (Braga et al., 2005), pode ser que os pacientes precisassem de mais tempo para aprender e mesmo utilizar as estratégias propostas. Originalmente, havíamos imaginado um total de 16 sessões; no entanto, algumas delas, como a que apresenta as distorções cognitivas presentes nos episódios depressivos, precisaram ser divididas em duas para melhor compreensão dos pacientes. É possível que, mesmo assim, nosso número de sessões tenha sido algo escasso e precise ser revisto no futuro.

A dificuldade de prevenir novos episódios de mania já foi encontrada em outros estudos envolvendo psicoterapia, não apenas dentro da TCC (Miklowitz et al., 2003). Alguns autores apontam que a prevenção destes episódios está relacionada à regularização de rotinas (em especial as de sono e vigília) e à adesão ao tratamento medicamentoso (Miklowitz, 2008). Tal ponto de vista é reforçado por estudos que compararam o tratamento padrão isolado com intervenções psicoterápicas criadas especificamente para aumento da adesão (Cochran, 1984; Perry et al., 1999). Em nosso protocolo, duas sessões foram dedicadas à regularização de rotinas e duas dedicadas à adesão ao tratamento. Outros protocolos dedicam mais sessões a estes temas (Colom et al., 2003). Programas de psicoterapia com um número menor de sessões estruturadas, mas que envolveram uma fase mais duradoura de manutenção e monitoria, estão entre aqueles que obtiveram os melhores resultados na profilaxia de novos episódios de mania (Simon et al., 2006). Assim, um número maior de sessões dedicadas à regularização de rotinas saudáveis se mostra necessário em futuros estudos.

A diferença encontrada para a profilaxia de episódios depressivos entre este e outros estudos na literatura (Lam et al. 2005) pode ser atribuída a uma série de fatores. De fato o número de episódios depressivos foi quase igual entre os grupos: 12 no de TCC e 16 no de TP. Inicialmente pode ser apontado, mais uma vez, que as três sessões dedicadas especificamente ao manejo de sintomas depressivos não foram suficientes para a adequada aprendizagem e generalização das técnicas cognitivo comportamentais. Ao mesmo tempo a psicoeducação a respeito da doença parece ser um elemento ativo que contribui tanto com a adesão ao tratamento medicamentoso como com a identificação dos sinais prodrômicos de novos episódios de humor (Colom e Vieta, 2004a). Este último elemento é apontado como relacionado à prevenção de novos episódios de depressão (Miklowitz, 2008). Diante dos resultados do estudo é possível inferir que os pacientes não aprenderam adequadamente sobre a doença a ponto de manejar os pródromos de um novo episódio depressivo, o que pode indicar que as cinco sessões iniciais dedicadas a psicoeducação sobre o transtorno não foram suficientes. Outros autores, por exemplo, dedicaram sete sessões para o módulo de psicoeducação em seus estudos (Zaretsky et al, 2008).

Uma forma de medir o efeito específico da psicoeducação sobre o quadro clínico é comparar o nível de conhecimento sobre o TB dos pacientes antes e após o tratamento, e como eles lidariam com uma nova recaída. Poucos estudos adotaram esta medida (Fristad et al., 2002), sendo este também o caso do presente trabalho. Futuramente, uma avaliação padronizada deste conhecimento pode ajudar até mesmo a avaliar se o número de sessões dedicadas à psicoeducação foi suficiente. Algumas escalas inclusive já foram desenvolvidas com esta finalidade, embora ainda não validadas para nossa realidade (Gavazzi et al. 1997).

Com o intuito de entender melhor os resultados obtidos no estudo analisamos ao longo do seguimento os prontuários dos pacientes a fim de observar as mudanças medicamentosas ocorridas neste período. Nesta análise foi computada toda e qualquer alteração



medicamentosa atribuída ao quadro de TB, excluindo-se mudanças necessárias por efeito colateral intolerável ou quadros comórbidos. Esta análise encontrou uma diferença significativa para uso de antipsicóticos, que foi maior entre os pacientes que participaram dos grupos de TCC ( $\chi^2 = 7,1$ ,  $p = 0,008$ ). Esta diferença possivelmente reflete o número de episódios de mania e hipomania, encontrados mais frequentemente entre os pacientes do grupo experimental. Tal fato pode apontar para uma maior gravidade clínica do quadro de TB entre os pacientes do grupo experimental. Não foram encontradas diferenças significativas para nenhuma das outras classes de medicação. No entanto, no grupo de TCC houve maior introdução de novas classes de medicamentos psiquiátricos ( $Z = -2,015$ ,  $p = 0,044$ ). Considerando que não houve diferença entre os grupos para as medidas de desfecho, este fato corrobora a hipótese de maior gravidade clínica do grupo experimental, já que estes pacientes precisaram de maiores ajustes medicamentosos ao longo do seguimento.

É bem possível que a TCC tenha efeitos diferentes quando consideradas as características individuais dos pacientes com TB. O estudo de Scott et al. (2006b) encontrou que a TCC somente foi superior ao TP quando os pacientes apresentavam menos do que 12 episódios prévios. Contudo, como argumentam alguns autores, este estudo admitiu pacientes em diferentes fases da doença e com elevadas taxas de comorbidades, o que pode ter dificultado a avaliação dos resultados obtidos (Lam, 2006). Ao admitir pacientes em diferentes fases da doença e com muitos quadros comórbidos, os estudos pragmáticos ou de efetividade podem confundir os efeitos das intervenções propostas mediados por uma população muito heterogênea, e, desta forma comprometer a validade interna dos achados. Simultaneamente, os pacientes encontrados na prática clínica apresentam de fato mais de uma comorbidade e, na maioria das vezes, sintomas de TB. O estudo dos elementos ativos que envolvem o processo terapêutico pode ajudar a identificar quais subgrupos de TB podem se beneficiar de determinada abordagem em uma fase da doença ou na presença de certas

comorbidades. Novas abordagens dedicadas a tratar simultaneamente comorbidades comumente encontradas no TB, como o abuso de substâncias, têm apresentado resultados muito promissores e podem apontar uma proposta interessante para novos métodos em psicoterapia (Weiss et al., 2007).

Algumas variáveis novas têm sido apontadas como importantes no tratamento psicoterápico do TB. O estudo dos estilos cognitivos destes pacientes é um exemplo destas novas medidas. Lam et al. (2005 c) investigaram se a percepção dos pacientes com TB eutímicos quanto a atributos pessoais, tais como dinamismo, produtividade e persuasão (comumente associados a períodos de elevação do humor, mesmo que subclínico), estava relacionada à piora na resposta à TCC individual. Estes autores encontraram que as altas taxas de percepção destes atributos estavam significativamente relacionadas a maiores chances de recaída durante a terapia. Estudos como este são fundamentais na criação e avaliação de novos programas de psicoterapia para estes pacientes, indicando novas áreas de abordagem para estas intervenções.

Outro aspecto que diferencia fundamentalmente a aplicação da TCC no TB quando comparada a outros quadros psiquiátricos é seu caráter preventivo. Por esta razão, em sua maioria, os estudos que envolvem psicoterapia para TB admitem pacientes em remissão ou levemente sintomáticos. Contudo, muitas das técnicas empregadas com estes pacientes derivam da TCC original proposta para pacientes com Depressão Unipolar. Estas técnicas foram desenvolvidas para pacientes sintomáticos, ou seja, para serem aplicadas durante o episódio depressivo, e ao longo da terapia. Isto pode aumentar as chances de revisão das estratégias por parte do terapeuta e, mais ainda consolidar a aprendizagem por parte do paciente. Há uma dificuldade inerente neste sentido quando se trabalha com pacientes fora de episódios do humor, uma vez que não é possível precisar quando ele precisará utilizar aquilo que aprendeu na terapia. Nosso protocolo procurou oferecer material escrito extenso de modo

a ser aplicado quando o paciente precisasse. Contudo, não aferimos se, de fato, ele aplicou o que aprendeu na terapia neste momento e de que maneira. Ao mesmo tempo, quando falamos de TB cabe lembrar que durante os episódios de mania muitas vezes a crítica do paciente se encontra prejudicada, o que novamente pode atrapalhar a utilização de alguma estratégia efetiva. Em nosso protocolo procuramos envolver ao menos uma pessoa de confiança do paciente para ajudá-lo durante o um episódio de elevação do humor por esta razão. Contudo, uma parcela razoável de pacientes não conseguiu indicar esta pessoa. A dificuldade de se aplicar uma intervenção familiar nestes pacientes encontra a mesma dificuldade muitas vezes. Novas estratégias específicas para o TB precisarão ser desenvolvidas para melhor prevenção de episódios, especialmente os de mania e depressão, considerando estas dificuldades.

Neste sentido, pode ser imaginada uma aproximação da TCC dos princípios daquela descrita para pacientes com Esquizofrenia, outro quadro no qual também se objetiva, entre outras coisas, modificar pensamentos e comportamentos para reduzir a sintomatologia psicótica e no qual o paciente também pode apresentar rebaixamento de crítica (Tarrier, 2005). A derivação de estratégias aplicadas originalmente em pacientes com quadros esquizofrênicos não é nova na literatura com TB e está na origem da TFF proposta por Miklowitz e Goldstein (1997). Cabe lembrar que programas de reabilitação cognitiva, originalmente aplicados em pacientes com Esquizofrenia e que procuram responder a algumas das dificuldades encontradas por estes pacientes mesmo fora de episódios, já são imaginados como futuras intervenções no TB (Miklowitz, 2008). Tais programas poderão ajudar no desenvolvimento de novas estratégias que considerem a especificidade das pessoas com TB.

A adaptação de um protocolo individual para o tratamento de grupo pode ter sido outro elemento complicador em nosso estudo. De fato o protocolo de Lam (2003) é aquele que apresenta os melhores achados em TCC e ele foi desenvolvido para o tratamento individual. Ao mesmo tempo, na data de desenvolvimento deste projeto não havia disponível

na literatura um protocolo estruturado para TCC em grupo, o que também estimulou o desenvolvimento de um protocolo próprio apoiado no modelo auto-explicativo de Scott (2001). Este modelo foi acrescido por textos especialmente no módulo de psicoeducação (ANEXO I) o que parecia favorecer uma melhor compreensão por parte dos pacientes, principalmente da tarefa de casa. Esta formulação pode não ter sido efetiva o suficiente para melhorar o desempenho profilático do tratamento padrão. Só recentemente a literatura sugeriu modelos de TCC em grupo para pessoas com TB (Bieling et al. 2008), contudo, são raros os estudos que comparam um mesmo protocolo no formato individual com o de grupo (Cabedo et al., 2010). Até o nosso conhecimento no momento não existem estudos comparando a eficácia ou a efetividade do tratamento individual com o de grupo para pessoas com TB.

É notório observar que quase todos os pacientes que recaíram no estudo o fizeram ainda no primeiro ano de segmento, ou seja, logo após seis meses do fim da fase ativa. Isto replica os achados encontrados na literatura (Colom e Vieta et al.) e sugere que futuros estudos devem adotar ao menos um período de doze meses para observar estas medidas de desfecho em pacientes com TB. Simultaneamente, observando as curvas é possível observar que há uma diferença entre as medianas dos grupos. Enquanto metade dos pacientes do grupo TP já havia recaído em torno da vigésima quarta semana, metade dos pacientes do grupo de TCC somente o fez ao redor quadragésima quinta semana. Quando analisadas separadamente apenas os intervalos de tempo dos pacientes que recaíram houve diferença significativa entre os grupos em favor dos pacientes de TCC em grupo ( $Z = -2,554$ ,  $p = 0,011$ ). Assim, embora o número de pacientes que recaiu de cada condição do estudo tenha sido o mesmo ( $n = 14$ ) a análise de sobrevivência pode não ter demonstrado esta diferença uma vez que um número maior de pacientes do grupo TP não recaiu. Cabe lembrar que os pacientes não foram todos seguidos pelo mesmo período e, por isso, é possível que esta diferença apareça na análise de sobrevivência em um seguimento mais prolongado.

Este aumento de recaída no grupo de TCC observado em torno da vigésima oitava semana do estudo pode indicar uma série de aspectos. Este período corresponde a cerca de um mês após o fim dos grupos de terapia, e é possível supor que os pacientes destes grupos tenham sentido falta do apoio proporcionado pela psicoterapia, e que para manutenção da profilaxia de novos episódios fosse necessário um número maior de sessões com espaçamento maior de tempo. Ao mesmo tempo talvez a própria reunião de grupo possa ter funcionado como uma estratégia de prevenção de recaídas já que eram revisados os sintomas apresentados entre os diferentes membros do grupo ao longo das semanas. Por ser uma doença crônica o TB necessita de cuidado extenso e contínuo e isto pode significar a aplicação de psicoterapia mais duradoura. Simultaneamente a aprendizagem de estratégias de manejo de episódios e de problemas relacionados à doença pode requerer algumas sessões de revisão após algum tempo. Alguns protocolos, por exemplo, já incluem sessões de reforço (“booster sessions”) com este objetivo (Lam et al., 2003). Futuros estudos devem considerar a inclusão de tais sessões de modo a ampliar e manter os aprendizados e ganhos da psicoterapia para estas pessoas. Este estudo procurou investigar de modo pragmático o efeito da TCC no TB, utilizando desfechos restritos, quais sejam, o tempo até a primeira recaída e o número total de recaídas. A literatura de psicoterapia para estes pacientes mostra efeitos significativos para outros desfechos importantes deste tratamento, como o funcionamento social (Perry et al., 1999) e a qualidade de vida (Bauer et al., 2006 a e b). A inclusão destas medidas tem se dado de modo bastante heterogêneo na literatura. Muitas escalas de avaliação, por exemplo, são aplicadas poucas vezes e apenas pelos autores originais, raramente sendo validadas para amostras diferentes. Este trabalho se preocupou em avaliar medidas de desfecho presentes na maioria dos estudos de psicoterapia para o TB, podendo, assim, ser mais facilmente comparável a eles. Contudo, falta de medidas de funcionalidade e social e de bem-estar podem ser assumidas como uma limitação importante deste estudo.

Outra limitação importante foi a falta de dados sobre o número de episódios prévios de cada paciente. Os pacientes que procuram assistência no ambulatório do PROMAN apresentam muitas vezes um histórico extenso de episódios e tentativas de tratamento da doença, não sabendo realmente especificar o número de episódios que ocorreram ao longo na vida. É esperado que tal fato ocorra em um centro de atendimento terciário dedicado ao atendimento de casos com alta complexidade junto ao SUS. No entanto, com a falta deste dado é difícil avaliar individualmente o efeito que o protocolo pode ter produzido nos pacientes e se isso foi diferente entre os grupos. Uma forma de atenuar tal efeito seria acompanhar longitudinalmente estes pacientes por um período significativo antes de sua entrada na fase ativa do estudo, contudo se tal medida fosse aplicada neste estudo dificilmente seriam cumpridos os prazos exigidos para conclusão da dissertação.

Nossa opção por uma entrevista de sobrevivência realizada por telefone pode ser descrita como outra limitação importante do estudo. Originalmente havíamos imaginado trazer os pacientes para uma entrevista ao vivo com as psiquiatras, porém um grande número de participantes demonstrou dificuldade comparecer a estas entrevistas nos intervalos determinados logo no início dos estudos, o que nos fez adotar as entrevistas telefônicas como uma alternativa. Estas, todavia, podem não ter sido efetivas para detecção de um episódio.

Os intervalos adotados para a realização das entrevistas também pode não ter sido ideal fazendo com que, por exemplo, os pacientes apenas mencionassem os episódios de maior duração e intensidade. Um intervalo mais curto de avaliação poderia aumentar a sensibilidade da entrevista a novos episódios de forma a reduzir este tipo de viés de memória. Além disso, o próprio fato dos pacientes do grupo experimental terem participado de psicoeducação sobre a doença pode também ter gerado um viés importante neste estudo. Uma vez que podem ter aprendido a identificar e nomear sintomas de humor, estes pacientes podem ter relatado mais acuradamente seus sintomas do que aqueles que não participaram da

psicoterapia. Uma forma de reduzir este viés talvez fosse realizar psicoeducação nos dois grupos, como já foi feito na literatura (Zaretsky et al. 2008).

Este protocolo de psicoterapia apresentou uma grande aceitação por parte dos pacientes. Apenas quatro deles (16,7%) participaram de menos da metade do protocolo de sessões. Este percentual é inferior ao de outros estudos de psicoterapia para TB (Miklowitz et al., 2003). Infelizmente, embora tenha sido informalmente coletado, não possuímos uma avaliação sistemática do que os pacientes acharam das sessões da terapia. O ponto de vista do usuário é de fundamental importância para guiar a intervenção proposta e tem sido alvo de alguns estudos-piloto como este (Fristad et al., 2003). A ausência desta avaliação pode ser também apontada como uma das limitações deste trabalho.

Por fim, cabe ressaltar uma limitação deste e de outros protocolos de tratamento psicoterápico para TB. Não houve sessões dedicadas à avaliação e à prevenção do risco de suicídio e duas pessoas (8,7%) apresentaram tentativa de suicídio no grupo de TCC durante a fase de tratamento. Dentre todas as doenças psiquiátricas, o TB é aquela que está mais fortemente associada a tentativa de suicídio e ao suicídio completo ao longo da vida (Abreu et al. 2009). Apesar disso, pouco ainda se sabe sobre a eficácia de intervenções clínicas que possam reduzir este risco. Uma recente revisão sistemática com meta-análise incluiu 28 estudos controlados que testaram uma intervenção cognitivo comportamentais dedicada a reduzir o risco de suicídio (Tarrier et al. 2008). Seus autores concluíram que as abordagens cognitivo comportamentais mostraram maiores efeitos quando aplicadas na população adulta, no formato individual e quando comparadas a condições de lista de espera, nenhum tratamento ou tratamento placebo. Cabe ressaltar que nenhum dos estudos incluídos foi dedicado a avaliar especificamente abordagens cognitivo comportamentais na prevenção de suicídio em pessoas com TB. Seria, portanto, altamente recomendável a inclusão de sessões

que tratem diretamente deste tema e que discutam estratégias de manejo, preferivelmente desde as primeiras sessões de terapia.

Sem dúvida que em relação a trabalhos anteriores (Gomes e Lafer, 2007) houve um aumento muito significativo e encorajador no número de estudos dedicados à psicoterapia do TB. Novos grupos de pesquisa nesta área têm surgido (Even et al., *in press*) e diversos ensaios controlados estão em andamento. Contudo, algumas dificuldades ainda se mostram presentes e precisarão ser superadas. Por exemplo, pouco se sabe sobre qual o melhor momento para o início da terapia: logo após episódio, inicial ou não, durante um episódio depressivo, ou mesmo na fase de remissão da doença. Ao mesmo tempo características do próprio indivíduo, como o número de episódios de humor prévios ao início da terapia ou mesmo padrões cognitivos individuais podem influenciar no resultado da terapia (Scott et al. 2006, Lam et al. 2005). A duração do efeito protetivo da terapia também precisará ser investigado, embora estudos indiquem que com o passar do tempo este efeito pode ser aumentado (Vietá et al. 2009). Boa parte destas dúvidas, no entanto, surge sempre que há uma nova intervenção sendo incorporada a prática clínica (Scott e Colom, 2008) e podem significar que o papel da psicoterapia no TB tem se tornado cada vez mais claro. A qualidade das perguntas que estão sendo feitas nas pesquisas refletem este novo estado da arte dentro dessa linha de pesquisa terapêutica.



## 6. CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos, concluiu-se que a TCC em grupo, quando combinada ao tratamento farmacológico padrão e comparada a este isoladamente no longo prazo em um estudo de efetividade:

- 1) Não aumenta o intervalo de remissão da doença, quando considerada qualquer polaridade de episódio;
- 2) não reduz a presença de episódios de humor; e
- 3) não aumenta o intervalo de remissão da doença, considerando as polaridades de mania e depressão isoladamente.

**7. ANEXO A**

Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo  
no Transtorno do Humor Bipolar

Manual de Terapia

**Bernardo Carramão Gomes**

**Lená Nabuco de Abreu**

**2007**

## Informações Iniciais:

- 1- **Horário das Reuniões:** As reuniões do grupo de Terapia Cognitivo Comportamental para Transtorno Afetivo Bipolar serão realizadas SEMPRE às \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, das \_\_\_\_: \_\_\_\_ às \_\_\_\_: \_\_\_\_.
- 2- **Número de Sessões:** Será realizado um total de 14 sessões semanais, além de duas sessões de reforço, após 15 dias e após um mês.
- 3- **Escalas de Avaliação:** Este é um protocolo de pesquisa que está em desenvolvimento. Por isso, a fim de avaliar o tratamento, serão realizadas avaliações através do uso de escalas. Estas avaliações serão semelhantes àquelas realizadas antes do início do tratamento em grupo. Elas ocorrerão fora do horário das sessões, **após três, seis, doze e vinte e quatro meses do início da terapia**. Lembre-se que não é você que está sendo avaliado, e sim o tratamento, por isso é fundamental comparecer às sessões de aplicação de escalas.
- 4- **Ausências:** Cada uma das sessões deste protocolo tratará de um tema diferente sobre o tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar. Por isso a sua presença em todas as sessões é muito importante. Caso precise faltar, procure avisar com antecedência a equipe através do telefone (Proman: 3069-7928). Pessoas com mais de cinco faltas terão de ser desligadas do grupo. Procure respeitar o horário agendado, mas não deixe de comparecer se estiver atrasado. Caso precise contatar a equipe utilize o número acima.
- 5- **Manual de Terapia:** Não esqueça de trazer seu manual de terapia em todas as sessões. Nele estão contidos exercícios e textos que serão trabalhados ao longo das sessões. Após o fim do tratamento este material será seu, portanto procure mantê-lo da melhor forma possível. Ele poderá servir como um futuro material de consulta.

## Introdução:

O transtorno do bipolar é também conhecido popularmente por doença maníaco-depressiva, doença bipolar, transtorno afetivo bipolar ou psicose maníaco-depressiva. É uma doença reconhecida há milhares de anos, embora ainda existam muitas dúvidas sobre ela. Contudo, inegavelmente nos últimos anos vêm ocorrendo uma verdadeira revolução no seu tratamento, com o aumento de opções comprovadamente eficazes, que melhoraram em muito o prognóstico e a evolução das pessoas que apresentam este quadro. Hoje sabemos, por exemplo, que o uso de estabilizadores de humor é um componente fundamental do tratamento e da prevenção de recaídas. Por outro lado, a pesquisa sobre a eficácia de psicoterapia no tratamento do transtorno bipolar é bem mais recente e, portanto, ainda há menos achados sobre isso. Apesar disso, já são conhecidos alguns elementos importantes que favorecem um melhor resultado para o tratamento.

Embora o tratamento eficaz do transtorno bipolar envolva necessariamente medicação, sabe-se hoje que boa parte dos pacientes recai em novos episódios, mesmo quando estão tomando a medicação prescrita corretamente. Parece também que a maioria dos pacientes não se recupera completamente após um episódio depressivo ou maníaco. Além disso, os pacientes podem apresentar sintomas isolados de mania ou depressão, sem estar dentro do que é classificado de episódio da doença. Soma-se a tudo isso o fato de que grande parte dos pacientes não aderem integralmente ao tratamento, alterando a rotina de tomada de medicação, por exemplo. Por todas essas razões tem sido cada vez mais recomendado pelos especialistas no assunto que estes pacientes procurem os chamados acompanhamentos psicossociais (psicoterapias, encontros psicoeducacionais), de forma

auxiliar no seu tratamento. É importante salientar logo aqui que nenhuma intervenção psicoterápica substitui o tratamento medicamentoso padrão! Como será visto ao longo de nossos encontros, estas intervenções se complementam.

A Terapia Cognitivo-Comportamental vem sendo aplicada em uma grande variedade de quadros hoje em dia. No tratamento do transtorno bipolar ela vem sendo utilizada no formato individual e em grupo, alcançando alguns resultados promissores. A terapia cognitivo-comportamental em grupo além de se mostrar eficaz, favorece algumas vantagens quando comparada ao tratamento individual, além do óbvio fato de tratar de um maior número de pessoas ao mesmo tempo:

- Cria um clima colaborativo entre os membros do grupo que favorece uma maior aceitação do transtorno, aumentando a adesão ao tratamento. Alguns autores têm colocado este elemento como central na melhora destes pacientes.
- Troca de estratégias pessoais entre os membros do grupo. Cada pessoa se adapta de forma diferente ao Transtorno Bipolar e a troca destas experiências pode ser benéfica para os demais membros.
- Aquisição de habilidades específicas. A maior parte dos tratamentos em pesquisa hoje aborda temas que podem ser mais bem trabalhados em grupo, como o treino em assertividade, por exemplo.

Por outro lado, quando realizamos terapia em grupo precisamos estar atentos a alguns detalhes, como, por exemplo, a questão do uso do tempo. Será solicitado que cada um dos membros fale na sua vez, e que isso seja respeitado por todos. Além disso, é pedido que todos tenham atenção à agenda das sessões, que foi construída dentro de uma ordem lógica. Cada uma das sessões abordará um tema específico sobre o transtorno bipolar, **e por isso, mais uma vez, é importante que os membros não falem a elas.** Com a intenção de aumentar a eficácia da terapia, será solicitado em todas as sessões que os membros do grupo realizem tarefas em casa. Estas tarefas envolverão, por exemplo, a leitura de algum texto ou o preenchimento de uma folha de registro. O objetivo destas tarefas é tornar as habilidades e estratégias aprendidas no grupo em atividades diárias, de modo a torná-las parte do dia a dia do indivíduo. Dessa forma será FUNDAMENTAL tentar realizar as tarefas pedidas para a próxima sessão. Não se preocupe em fazê-las com exatidão: o importante aqui é TENTAR fazer. Traga, por favor, as dúvidas em sua próxima sessão, na qual sempre haverá um espaço de tempo para esclarecê-las.

Veja abaixo a seqüência de nossas sessões:

- **Sessão 1:** Apresentação dos membros e terapeutas. Algumas informações iniciais sobre o TB e sobre a Terapia Cognitivo Comportamental. Esclarecimento de dúvidas sobre o funcionamento do grupo e da terapia. Discussão sobre o que os membros esperam da terapia e sobre o que é esperado deles.
- **Sessão 2:** Introdução à Terapia Cognitivo Comportamental no TB. Definição de TCC e sua aplicação no TB. Importância dos pensamentos na regulação de nossos comportamentos e emoções. Comportamentos aprendidos.

- **Sessão 3:** O que é Transtorno Bipolar. Dados epidemiológicos sobre o TB. Classificação atual dos Transtornos Bipolares. Causas do transtorno. Modelo de tratamento e vulnerabilidade ao estresse.
- **Sessão 4:** O papel dos Ritmos Circadianos. Histórico pessoal (cartão de vida) e curso da doença. Quantificação do humor (Gráfico do humor).
- **Sessão 5:** O tratamento farmacológico do TB. Tratamento medicamentoso e ECT. Efeitos colaterais. Riscos de interrupção do tratamento. Vantagens e desvantagens de seguir medicação prescrita. Elaboração de lista sobre o que cada membro pensa sobre tomar medicamentos.
- **Sessão 6:** Pensamentos depressivos. Papel que os pensamentos exercem nos diferentes episódios. Formular problemas em termos de situação, pensamento e comportamento. Familiarização com estratégias cognitivas de identificação e reformulação de pensamentos. Distorções cognitivas típicas da fase depressiva.
- **Sessão 7:** Comportamento depressivo. Sinais que antecedem o início de episódio depressivo. Ciclo letárgico e sua importância no agravamento do quadro. Características dos episódios depressivos utilizando exemplos dos pacientes. Técnicas de Domínio e prazer. Prevenção de recaída para episódio depressivo.
- **Sessão 8:** Pensamentos Maníacos. “Fissura maníaca” e suas conseqüências. Técnicas de distração e de adiamento. A participação de outros confiáveis. Redução de impulsividade. “Sentir” como referencial para decisões. Quantidade X Qualidade de Ações.
- **Sessão 9:** Comportamentos Maníacos. Exemplos de comportamentos maníacos e suas conseqüências. A importância da rotina na manutenção da fase eutímica. Regulação de Ritmos circadianos. Criação de Lista de Comportamentos Depressivos/ Maníacos para cada membro do grupo. Elaboração de Cartão de enfrentamento em situações de mania/hipomania. Sinais iniciais de mania/ hipomania.
- **Sessão 10:** Estratégias de Solução de Problemas. Introdução à solução de problemas. Problemas futuros: Prevenção de Recaídas. Solução de Problemas para ritmos circadianos.
- **Sessão 11:** O Papel do Estresse no TB. Definição de Estresse. Retorno ao modelo de vulnerabilidade ao estresse. Criando estresse com o pensamento. Estratégias de manejo e prevenção. Gatilhos de estresse para cada um. Solução de Problemas para situações de estresse. Higiene do Sono.

- **Sessão 12:** Habilidades de Comunicação. Relação entre comunicação e estresse. Formas de comunicação diferente. Comunicação assertiva e ensaio assertivo. Problemas específicos de comunicação assertiva.
- **Sessão 13:** O papel da família e sociedade. Estigma social e familiar. O uso da assertividade e de solução de problemas na família.
- **Sessão 14:** Revisão das sessões anteriores. Avaliação do tratamento e prevenção de recaídas futuras. Possíveis dúvidas que tenham surgido.
- **Sessão 15 e 16:** Reforço das habilidades aprendidas. Possíveis problemas com o aumento do intervalo de sessão. Dificuldades futuras. Estabelecimento de metas após terapia.

**Sessão 1:****Agenda:**

- ❖ Apresentação do projeto de pesquisa, dos terapeutas e dos participantes;
- ❖ Definição de regras de participação no grupo (contrato psicológico) e do tempo de duração da terapia
- ❖ Entrega do material e breve descrição das sessões
- ❖ Discussão de metas de terapia
- ❖ Tarefa de Casa: Texto “Introdução à Terapia Cognitivo Comportamental no Tratamento do TB” do Manual de Terapia;

**Apresentação do Projeto de Pesquisa:**

Na primeira sessão é feita a apresentação dos participantes do grupo, o que inclui nome, profissão, idade, tempo em que apresenta o quadro de TB e um breve histórico de tratamentos anteriores. A seguir são apresentados os terapeutas e o projeto de pesquisa com uma breve explanação da ordem das sessões. São definidas então as regras de participação do grupo, tais como, respeito à vez do outro e confidencialidade do que for discutido. São distribuídos os manuais de terapia e brevemente explicado a seqüência de sessões e a duração do grupo.

**Duração do Grupo e das Sessões:**

O grupo se reunirá um total de 16 vezes, sendo 14 sessões semanais, seguidas de duas sessões de reforço, após 15 e 45 dias. Assim, a terapia de grupo terá duração de aproximadamente cinco meses. Em caso de feriados ou eventuais imprevistos, este tempo poderá ser alterado, sem modificar o número de sessões. As sessões em grupo terão duração de 90 minutos cada.

**Breve explicação da seqüência de sessões:**

Os terapeutas em seguida explicam a seqüência de sessões. Este protocolo em grupo foi organizado visando atender a áreas importantes no tratamento psicológico do TB. Dessa forma, durante as cinco primeiras sessões serão discutidos aspectos relevantes da doença, tais como definições importantes, tratamento farmacológico e dados da doença. Esta parte é também conhecida como psicoeducação. Em seguida as sessões se concentrarão na discussão e aprendizagem de estratégias para prevenção de oscilações de humor e manejo de eventuais crises. Na próxima etapa as sessões debaterão aspectos específicos de doença, tais como habilidades de comunicação e de manejo de estresse. Por fim, nas três últimas sessões serão revisadas todas as estratégias aprendidas durante o tratamento. Durante todas as sessões haverá espaço para o esclarecimento de dúvidas.

**O que se espera com a terapia:**

Esta primeira sessão se inicia com uma discussão sobre o que cada membro do grupo espera da terapia. Brevemente serão revistos o histórico de atendimentos

psicoterápicos anteriores e os terapeutas explicam os objetivos gerais da terapia cognitivo comportamental em grupo para TB, comparando com os objetivos de cada um.

Hoje sabemos que o TB é uma doença crônica e que a maioria das pessoas que dele sofre recaí, isto é, tem novos episódios de variação de humor mesmo sob uso de medicação. Além disso, como na ampla maioria de transtornos psiquiátricos, não existe uma causa única que justifique o aparecimento da doença e, por esta razão, vários modelos têm sido propostos para melhor explicar este quadro. Um deles, que será visto mais à frente, chama-se Modelo de Vulnerabilidade ao Estresse. Por estas razões NÃO É razoável admitir como meta a extinção da chance de se ter uma nova crise, embora isto fosse altamente desejável na maioria dos casos. Por outro lado, como veremos, existem várias formas de reduzir o impacto que esta doença representa. Uma meta mais razoável talvez fosse estar o mais bem preparado para futuras recaídas, aprendendo com os outros e com a sua própria experiência o que fazer para manejá-las melhor.

### **Tarefas de Casa:**

- 1- Ler atentamente o texto: “Introdução à Terapia Cognitivo Comportamental no Tratamento do TB”
- 2- Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia

### **Avaliação da sessão:**

Ao término deste e dos demais encontros algum tempo será dedicado à avaliação da sessão daquele dia. Em uma breve discussão de cinco a dez minutos, os participantes colocam que pontos mais lhe chamaram atenção, o que eles acreditam que poderia ser modificado e o que pode vir a ser útil para eles. É importante se ater ao tempo aqui, de modo a não se estender à duração da sessão. Esta será uma tarefa rotineira que fará parte de nossa agenda de sessões futuras. Após o término desta atividade a sessão será encerrada.

### **Texto 1: Introdução à Terapia Cognitivo Comportamental no Tratamento do TB**

A terapia cognitivo comportamental foi desenvolvida por Aaron Beck no início da década de 60 para tratar inicialmente quadros depressivos. Posteriormente ela demonstrou ser eficaz no tratamento dos mais diferentes quadros. Contudo, a pesquisa com terapia cognitivo comportamental no tratamento do transtorno bipolar é recente, se iniciando na década de 80. Ainda não se sabe definitivamente qual forma de intervenção psicoterápica é mais eficaz para cada caso, nem para cada etapa da doença. É bem possível também que não haja uma única forma de terapia que abarque todos os problemas relacionados a esta doença. Mas existem elementos em comum dentro das formas de terapia mais testadas ultimamente que mostraram ser eficazes e que serão utilizadas durante as sessões.

A terapia cognitivo comportamental é uma forma de terapia breve, estruturada e direcionada a objetivos específicos. É breve, posto que em média o tempo de duração, dependendo do caso, não ultrapassa seis meses. Estruturada, uma vez que segue uma



certa ordem de sessões, que obedecem a uma lógica interna. Ela se orienta em torno de um problema específico, aplicando estratégias e técnicas que ajudam o paciente a lidar melhor com seu problema. O objetivo final de toda terapia cognitiva é que o paciente torne-se seu próprio terapeuta.

Esta forma de terapia trabalha com um modelo de saúde chamado de biopsicosocial. Tal modelo, que será visto em detalhes futuramente em nossos encontros, defende que as doenças mentais são o resultado de uma interação entre vulnerabilidade genética (aspecto biológico), exposição ao meio e forma da pessoa responder a este (aspecto psíquico) e das conseqüências que estes trazem para vida do indivíduo (aspecto social). E este modelo parece ser especialmente útil para entender o que acontece no transtorno bipolar, englobando algumas das áreas mais afetadas por este quadro.

A terapia cognitivo comportamental se fundamenta na idéia de que as pessoas reagem ao meio a partir de interpretações que fazem dele. Ou seja, a forma como nós vemos o problema em muito determina nosso comportamento. Por esta razão na terapia cognitiva muita atenção é dada ao que os indivíduos pensam das situações.

São objetivos da terapia cognitivo comportamental (Adaptado de Neto, 2004):

- 1- Educar pacientes e seus familiares e amigos sobre o transtorno bipolar, seu tratamento e dificuldades associadas à doença;
- 2- Ajudar o paciente a ter um papel mais ativo no seu tratamento;
- 3- Ensinar métodos de monitoração da ocorrência, gravidade e curso dos sintomas maníacos-depressivos;
- 4- Facilitar a cooperação com o tratamento;
- 5- Oferecer técnicas não farmacológicas para lidar com pensamentos, emoções e comportamentos problemáticos;
- 6- Ajudar a controlar sintomas leves sem a necessidade de modificar a medicação;
- 7- Ajudar a enfrentar fatores de estresse que podem interferir no tratamento ou precipitar episódios de mania ou depressão;
- 8- Estimular o aceitar a doença;
- 9- Diminuir trauma e estigma associados;
- 10- Aumentar o efeito protetor da família;
- 11- Ensinar habilidades para lidar com problemas, sintomas e dificuldades;

A fim de atingir tais objetivos, a terapia cognitivo comportamental ensina aos pacientes uma variedade de estratégias como monitoramento do humor e registro de pensamentos, por exemplo. Mas para que cada uma destas técnicas seja efetiva ela precisará ser **testada** e **mantida** por algum tempo. Em outras palavras, a terapia cognitivo comportamental necessita de uma **participação ativa** dos indivíduos, tanto do terapeuta como do paciente. Ela incentiva, por exemplo, que os pacientes esclareçam suas dúvidas sobre medicação e que participem de seu tratamento. Ao longo de nossas sessões detalhes importantes sobre a terapia cognitivo comportamental serão apresentados, procurando aos poucos familiarizar os membros do grupo com a terapia.

## **Sessão 2: Introdução à Terapia Cognitivo Comportamental**

### **Agenda:**

- ❖ Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas na leitura do texto para casa.
- ❖ Apresentação da Terapia Cognitivo Comportamental no TAB
- ❖ O papel dos pensamentos na regulação do nosso humor
- ❖ Comportamentos aprendidos
- ❖ Tarefa de Casa: Leitura do Texto 2: “O Papel dos Pensamentos na Regulação do nosso Humor” e do texto 3: “ Comportamentos Aprendidos”

### **Revisão da Sessão Anterior:**

Os terapeutas abrem a sessão perguntando sobre dúvidas que possam ter ocorrido sobre a terapia e sobre o texto durante a semana. Como é a primeira vez em que serão esclarecidas tais dúvidas, um tempo maior é dedicado a esta atividade. A seguir se iniciará a discussão sobre os dois tópicos desta semana.

### **Apresentação da Terapia Cognitivo Comportamental**

Nesta sessão serão discutidos aspectos importantes da terapia. Como muitos participantes do grupo possivelmente nunca tiveram contato com terapia cognitivo comportamental, boa parte do tempo de sessão deve ser dedicada a explicá-la, preferencialmente através dos exemplos dos pacientes.

### **Texto 2: O Papel dos Pensamentos na Regulação do nosso Humor**

Em diversos momentos de um dia comum experimentamos alterações em nosso humor e, normalmente, não encontramos muita dificuldade em nomear tais sentimentos. Tristeza, alegria e raiva são sentimentos naturais em nosso cotidiano. Porém, comumente também, a duração e a intensidade de algumas de nossas emoções são maiores que outras. Algumas vezes também nos surpreendemos com nossa reação mais exaltada em alguma situação em que naturalmente não reagiríamos assim. Mas o que

acontece? Segundo a terapia cognitivo comportamental a possível resposta para entender estas reações intensas não está na situação ou no comportamento que apresentamos, mas no pensamento que ocorre entre estes eventos. Veja o exemplo abaixo:

<i>Situação</i>	→	<i>Pensamento</i>	→	<i>Emoção/Comportamento</i>
Você está a uma hora embora da		“Mas que folgado!!”		Irritado(a), vai
em pé uma fila, nada.		“Nem disse nada...”		fila, sem comprar
esperando a sua vez de pagar as compras e, subitamente, alguém passa a sua frente, sem nada alegar, paga e vai embora.		“Eu devia ter dito algo...” “Não compro mais aqui!”		

Pessoas diferentes reagem de formas diferentes a situações muito semelhantes. No exemplo acima o indivíduo poderia, por exemplo, agredir verbal ou fisicamente o sujeito que passou a sua frente e terminar por continuar na fila. Ou ainda, permanecer na fila, como se nada houvesse ocorrido, pagar a sua conta e ir embora. Provavelmente, nestes dois casos os pensamentos que ocorreram não seriam os mesmos que aqueles demonstrados pelo exemplo acima. Ocorre que nem sempre somos tão habilidosos em reconhecer o que acontece entre situação e emoção, ou seja, o que pensamos neste momento. Em alguns casos parece que as pessoas precisam de certo treino e prática no reconhecimento do pensamento que ocorreu. A principal dificuldade em geral é que tudo isto acontece de modo muito rápido! Exatamente por tal razão estes pensamentos em terapia cognitiva são chamados de Pensamentos Automáticos, quase como se eles ocorressem sem nosso controle, automaticamente. O primeiro passo para compreender e utilizar a terapia cognitivo comportamental é entender o que se passa em nossa cabeça nos momentos em que sentimos nosso humor se alterando.

Se naturalmente podemos observar exemplos deste tipo, quando uma pessoa sofre de algum problema específico, como TB, transtorno do pânico ou ansiedade generalizada, por exemplo, tais exemplos se tornam mais acentuados e numerosos. O problema começa quando estes pensamentos afirmam coisas distantes da realidade. Podemos chegar a conclusões fortes e convictas, sem termos provas de que nosso pensamento é verdadeiro. Nestes momentos ocorrem as chamadas distorções cognitivas, que são pensamentos aparentemente verdadeiros, absolutos, irreduzíveis e, na ampla maioria das vezes, sem racionalidade. E como as pessoas reagem a partir destes pensamentos distorcidos, é de se esperar que acabem por se comportar de modo inadequado, gerando mais sofrimento para si e para os outros.

Mais à frente em nosso tratamento utilizaremos com frequência a habilidade de reconhecer estes chamados pensamentos automáticos. Sua importância e utilidade ficarão mais claras na medida em que formos trabalhando. Por enquanto é necessário tentarmos pôr em prática esta idéia através de exercícios como o eu se segue.

### Exercício Prático:

Preencha as colunas abaixo com possíveis emoções e comportamentos que poderiam ocorrer em variadas situações. *Não há uma resposta certa para este exercício, portanto o importante é preencher de forma mais próxima possível.*

Situação	→	Pensamento	→	Emoção/Comportamento
Andando na rua encontra um cão raça pitbull sem dono e vindo na sua direção		_____		Ansiedade, medo, pavor Sair correndo no sentido

Situação	→	Pensamento	→	Emoção/Comportamento
Conversando com um amigo sobre política		“Ele não sabe nada disso!” “Que absurdo esta opinião!” “Não é possível algo assim.”		_____

Situação	→	Pensamento	→	Emoção/Comportamento
Apresentação de um trabalho para seu chefe que você acha que não está muito bom		_____		_____

**Resumindo:** Muitas vezes notamos alterações de humor em nosso cotidiano. Quando elas têm uma duração ou uma intensidade maior, podemos desconfiar da presença do que chamamos de pensamentos automáticos. Com algum treino as pessoas geralmente se tornam capazes de identificar que pensamentos são esses.

Lembre-se: Os pensamentos não são causa dos transtornos, como o TB, mas um efeito muito comum!!! Entendê-los ajudará a manejar situações em que estejam presentes.

### **Texto 3: Comportamentos Aprendidos**

Falemos agora um pouco do que entendemos por comportamento. De uma forma simples comportamento é tudo aquilo que pode ser observado diretamente. Neste sentido se diferem dos pensamentos ou cognições que vimos acima, já que estas precisam ser expressas para que sejam reconhecidas, ao contrário dos comportamentos que são observáveis. Dessa forma, andar, falar e comer são exemplos de comportamentos que aprendemos ao longo da vida e que realizamos diariamente, mesmo sem perceber. A grande maioria dos nossos comportamentos é aprendida na infância e refinada ao longo dos anos. Um aspecto interessante é que na sua maioria os comportamentos aprendidos não nos causam problemas significativos. Em terapia geralmente elegemos um grupo ou mais de comportamentos que nos causam problemas para serem trabalhados. Admitindo que a ampla maioria de nossos comportamentos foi aprendido é possível admitir que eles podem ser modificados em algum grau, mesmo que para isso seja necessário um certo esforço.

Uma vez que o ser humano vive em comunidades ou grupos de pessoas, a maior parte dos comportamentos que ele executa ocorre na presença de outros. Esta, na realidade é uma das vantagens de se fazer um tratamento em grupo! Em nossas sessões falaremos destes comportamentos sociais, com especial destaque para as habilidades de comunicação. Por fim, é importante estar claro a seguinte idéia: a grande maioria de nossos comportamentos, mesmo os mais complexos (como a leitura que você está fazendo neste momento, por exemplo) foram **aprendidos**.

#### **Tarefas de Casa:**

- 1- Leitura dos textos 2 e 3
- 2- Exercício Prático de reconhecimento de pensamentos, emoções e sentimentos
- 3- Tentar observar, durante a semana, momentos em que seu humor foi alterado, associando tal mudança ao pensamento relacionado.
- 4- Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia.

#### **Avaliação da sessão:**

Nesta semana vimos dois pontos centrais do tratamento, quais sejam, o papel dos comportamentos e dos pensamentos na Terapia Cognitivo Comportamental. Ao longo da terapia nos aprofundaremos nestes temas. Portanto é fundamental tê-los de modo claro. Caso tenha dúvidas, não deixe de esclarecê-las com seus terapeutas.

### **Sessão 3: O que é Transtorno Bipolar**

#### **Agenda:**

- ❖ Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas na leitura dos textos para casa.
- ❖ Definições sobre o TB: Início da doença, prevalência na população, classificação atual.
- ❖ Possíveis causas do transtorno.
- ❖ O Modelo de Vulnerabilidade ao Estresse.
- ❖ Tarefa de Casa: Leitura do texto 4.

#### **Metas da Sessão:**

Nesta semana serão discutidos pontos relevantes sobre o TB bem como suas possíveis causas e tratamento. A sessão se inicia, como de costume, com uma breve revisão da semana e com o esclarecimento de possíveis dúvidas sobre a sessão anterior e a leitura dos textos. Além disso, algum tempo será dedicado ao reconhecimento dos primeiros exemplos de alteração de humor descritos na última sessão. Tendo terminado este debate serão introduzidos os tópicos da semana.

#### **Algumas definições sobre TB:**

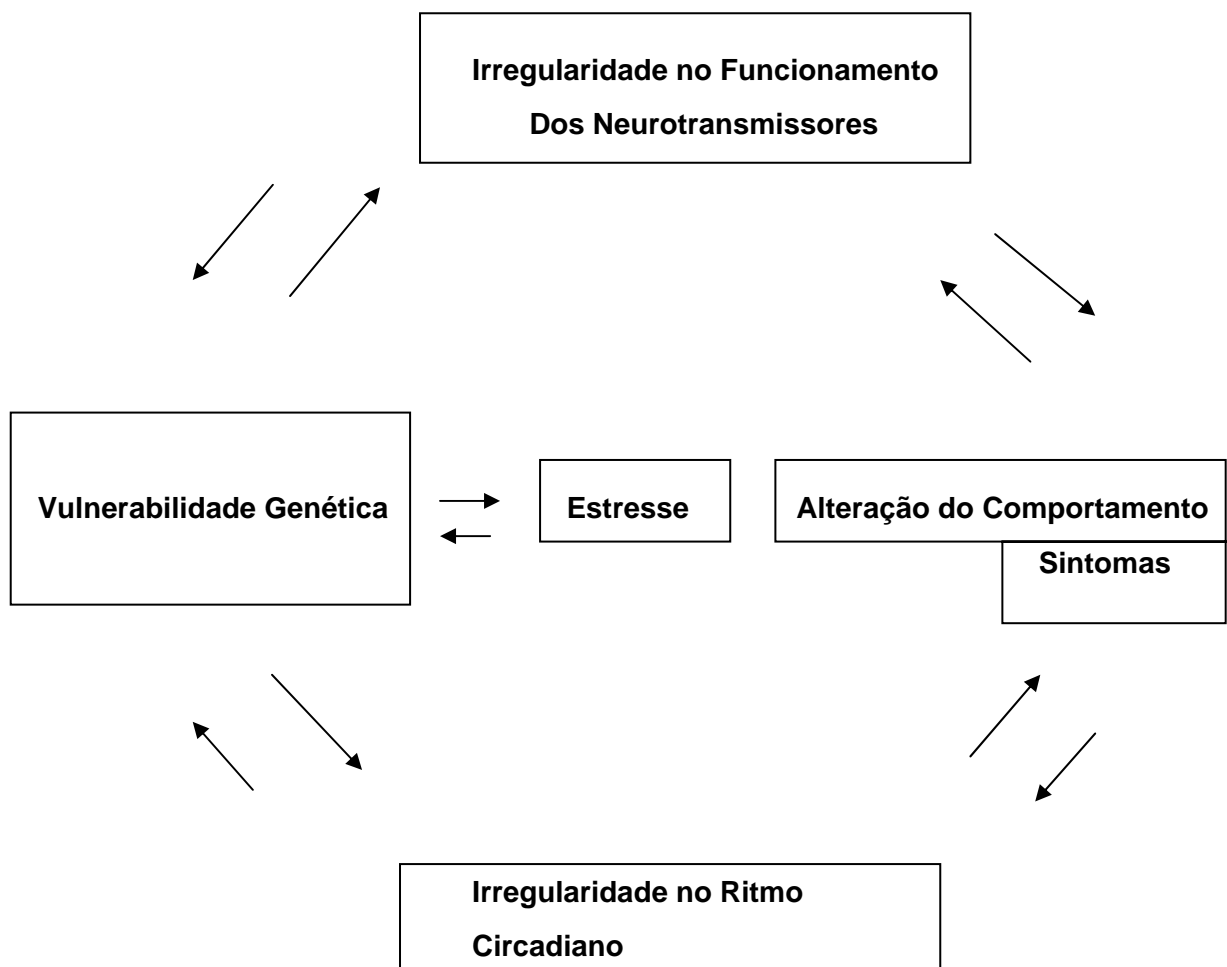
Já existe um considerável número de evidências sugerindo que o paciente informado sobre sua doença responde melhor ao tratamento, possuindo, conseqüentemente um melhor prognóstico. Tal fato parece ser especialmente verdadeiro no TB. Dessa forma, a psicoeducação sobre o quadro tem sido incorporada ao tratamento farmacológico padrão. Veremos a seguir algumas informações importantes sobre TB.

#### **Texto 4: O que é Transtorno Bipolar**

O transtorno bipolar é uma doença crônica caracterizada por recorrentes episódios de Hipomania/Mania e Depressão. É considerada por esta razão uma doença que merece cuidado constante, a fim de diminuir as chances de recaída de episódios. Possui enorme impacto na vida dos pacientes e por esta razão já é considerada a sexta maior causa de debilidade dentre todas as doenças, segundo a organização mundial de saúde (OMS). Sua prevalência é estimada em torno de 1,5% do total da população, o que a torna uma das doenças mais comuns, acometendo cerca de dois milhões e setecentos mil brasileiros. Alguns autores costumam fazer uma comparação entre ela e outras doenças igualmente crônicas, tais como diabetes e hipertensão. Ainda que o exemplo seja de alguma utilidade, existem diferenças significativas, conforme veremos abaixo.

Diferentemente de outras patologias, as doenças mentais, como é o caso do TB, não possuem uma origem definida ou um único agente que as provoque. Sendo assim, não se considera uma relação tipo causa-efeito, comum a outras doenças, como por exemplo bactérias no pulmão causando pneumonias. Em geral se imagina que elas sejam provocadas por um conjunto de fatores, uma interação entre aspectos herdados pela genética e experiências individuais. Ou seja, segundo esta hipótese, há uma predisposição genética, ou uma tendência maior ou menor para que a pessoa desenvolva o quadro. No caso do TB estima-se que há uma chance de **14%** de um filho herdar a doença quando um dos pais apresenta um transtorno de humor e de **33%** quando ambos apresentam. **A isto chamamos modelo biopsicosocial da doença.**

#### MODELO BIOPSISSOCIAL PARA O TB: Modelo de Vulnerabilidade ao Estresse



Ainda não se sabe quais são todos os mecanismos envolvidos na doença bipolar, porém é reconhecido que os neurotransmissores serotonina, noradrenalina e dopamina estão alterados nos transtornos de humor. Estas substâncias são reconhecidas por participar ativamente de nossos pensamentos e emoções, e, conseqüentemente do nosso comportamento. Tal processo ainda não foi completamente estabelecido, porém curiosamente se sabe que nosso comportamento também influencia a produção destas substâncias. Desta forma fica difícil estabelecer se tais alterações químicas são causa ou conseqüência dos comportamentos observados nos transtornos de humor.

O Transtorno Bipolar é classificado de acordo com a intensidade de seus episódios. Assim, de acordo com a classificação atual, existiriam dois tipos mais comuns de TAB, somados ao tipo Sem Outra Especificação. Observe os três tipos principais abaixo:

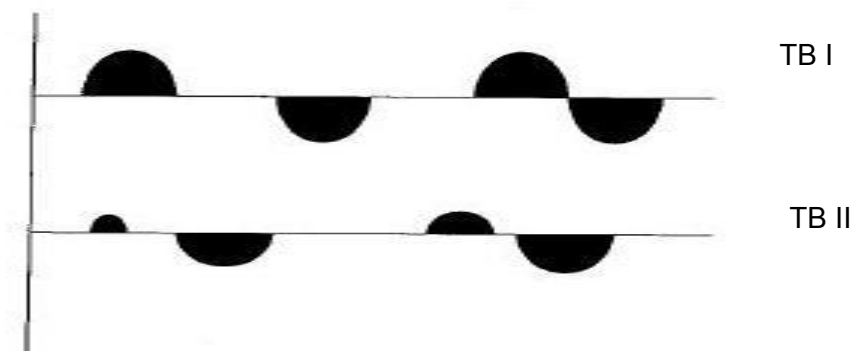


Figura 1: Tipos principais de TAB

Considere que as variações “para cima” representam episódios de mania/hipomania e as variações “para baixo” representam episódios depressivos. Assim, no TB tipo I ocorrem variações mais intensas, com a presença de **pelo menos** um episódio de mania ou misto (que é quando ocorrem sintomas de maníacos e depressivos ao mesmo tempo). Por outro lado, no TB tipo II os episódios “para cima” são menos intensos sendo chamados de hipomania. A classificação de TB Sem Outra Especificação ocorre quando existem sintomas de oscilação de humor que não satisfaz nenhuma das classificações acima. Por fim, quando a pessoa apresenta mais de 4 episódios no período de um ano com período de eutimia entre eles é feito o diagnóstico adicional de **ciclador rápido**, quando sempre deve ser verificado o uso ou abuso de substâncias, comorbidades clínicas (ex: hipertireoidismo) e comorbidades psiquiátricas que podem desestabilizar o curso da doença.

Nos mais severos episódios de mania e depressão a pessoa pode perder o contato com a realidade, apresentando sintomas psicóticos. Tais sintomas incluem escutar vozes que ninguém mais ouve (alucinações) ou desenvolver crenças persistentes e anormais sobre ele e sobre o mundo (delírios) (ex: achar que esta sendo perseguido por outras pessoas). Estes sintomas normalmente regredem quando a pessoa retorna a seu estado normal de humor. Os sintomas psicóticos podem causar grande preocupação principalmente quando a pessoa tem dificuldade de aceitá-los como um produto de seu estado mental, aceitando-os como realidade.



Abaixo se encontra uma tabela com os sintomas mais comuns que conduzem os clínicos a diagnosticar um episódio de mania ou depressão.

**Tabela 1: Sintomas Característicos de Mania e Depressão**

Depressão	Mania
<p><u>Principal característica:</u> Humor deprimido, ou perda de interesse ou prazer em atividades que costumava fazer. Isto precisa ocorrer por pelo menos 14 dias, sendo acompanhada de, no mínimo, cinco dos seguintes sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interesse reduzido, fadiga ou agitação;</li> <li>▪ Insônia ou aumento do sono</li> <li>▪ Alteração de peso significativa</li> <li>▪ Apetite reduzido ou aumentado</li> <li>▪ Indecisão ou capacidade reduzida para pensar ou se concentrar</li> <li>▪ Sentimentos inutilidade</li> <li>▪ Pensamentos recorrentes de morte</li> </ul> <p>Tais sintomas precisam causar grande desconforto e/ou prejudicar a vida social, ocupacional ou outras importantes áreas da vida.</p>	<p><u>Principal característica:</u> Humor distintamente anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritado. Sua duração deve ser de no mínimo 7 dias acompanhada de três dos seguintes sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento em atividade dirigida a objetivos</li> <li>▪ Investimento excessivo em atividades prazerosas</li> <li>▪ Necessidade de sono reduzida</li> <li>▪ Mais falante que o habitual com uma pressão por continuar falando</li> <li>▪ Experiências subjetivas de <i>corrida de pensamento</i></li> <li>▪ Auto-estima aumentada</li> <li>▪ Idéias de grandiosidade</li> </ul> <p>Estes sintomas devem substancialmente danificar o funcionamento ou requerer hospitalização.</p>

Até pouco tempo atrás se acreditava que no período entre episódios as pessoas não apresentavam sintomas da doença bipolar. As pesquisas atuais vêm demonstrando, no entanto, que é possível que uma pessoa com TB apresente sintomas isolados, mesmo sem preencher os critérios diagnósticos para um episódio de mania, hipomania e depressão. Outra idéia que tem sido rejeitada cada vez mais é a de que os pacientes conseguiriam voltar ao seu nível de funcionamento social prévio, ou seja, retomariam sua vida como antes. Hoje se acredita que ocorre uma perda gradativa deste funcionamento, com freqüentes perdas de emprego e rompimento de relacionamentos. Além disso, hoje se sabe que quanto mais numerosos forem os episódios, mais difícil é o retorno ao funcionamento prévio na vida da pessoa e pior é a sua resposta ao tratamento. Não é de se estranhar que os últimos estudos sobre TB apontem para o enorme custo financeiro e social que este representa, tanto para o paciente como para a sociedade em geral.

Diante deste quadro, as últimas pesquisas têm demonstrado que o tratamento eficaz do TB deve envolver varias abordagens. Este tratamento pode ser dividido grosseiramente em duas fases: fase aguda e fase de manutenção. Em ambas as fases é necessário o uso de medicamentos que são específicos para cada fase em que o paciente está. O medicamento e a dose variarão de acordo com a resposta de cada paciente. Maiores detalhes sobre medicamentos serão discutidos em nossa quinta sessão.

A psicoterapia por outro lado é aplicada com maior chance de sucesso na fase de manutenção, quando a pessoa conta com maior capacidade de concentração. A psicoterapia também pode ser empregada quando a pessoa está em episódio depressivo e tem alguma aplicabilidade na hipomania, porém é reconhecido que é muito pouco eficaz em episódios de mania.

Algumas vezes o tratamento do TB envolve um período de internação hospitalar. Muito mais que a simples “prisão” do indivíduo, a internação pode ser pensada como um recurso terapêutico empregado em momentos críticos do tratamento aonde o paciente pode colocar-se em situações de risco. Isto porque a pessoa durante um episódio pode cometer tentativas de suicídio ou se tornar muito violenta. Dessa forma, embora seja uma idéia de difícil aceitação pelos pacientes com TB e seus familiares, pode ser um recurso que salva vidas. Contudo é sempre muito desejável que caso seja feita a internação, na medida do possível, conte com o consentimento do paciente e da família.

A eletroconvulsoterapia (ECT) não é um recurso de primeira escolha para o tratamento do TB, sendo empregada em situações específicas. São exemplos destas situações episódios muito graves de depressão ou casos de gestação quando a portadora de TB fica impedida de tomar a medicação estabilizadora do humor já que esta possui chance de prejudicar a formação do feto (efeito teratogênico). Uma outra indicação para o ECT acontece em quadros muito graves quando é necessária uma resposta mais rápida do que aquela que ocorre com a medicação ou quando o paciente não responde ao tratamento medicamentoso.

**Nota importante:** Todas estas informações estão disponíveis em outras fontes de comunicação. É possível que você já tenha tido contato com algumas delas ao longo de seu tratamento. Isto é normal e até certo ponto esperado uma vez que tem sido cada vez mais destacado a importância da educação dos pacientes. Além disso, muitas questões levantadas sobre o TB ainda não obtiveram respostas satisfatórias, estando ainda em estudo. Desta forma, muito está sendo dito e muito ainda será dito sobre este quadro. Cabe aqui uma ressalva, no entanto, sobre a **qualidade** da informação que está sendo divulgada! Muitas vezes uma reportagem, por exemplo, apresenta pontos de vista muito diferentes em uma mesma matéria, o que pode confundir o leitor/paciente sobre que caminho tomar em seu tratamento. Resumidamente podemos dizer que, no mínimo, uma informação equivocada ou mal fundamentada é tão nociva quanto nenhuma informação!

Por fim é importante destacar que se informar sobre a doença é fundamental para um bom tratamento, principalmente se temos como meta tornar a pessoa seu próprio terapeuta. No entanto, este é apenas um passo inicial para isto. Muito mais importante (e interessante!) será adaptar estas e as próximas informações ao seu cotidiano, de modo a ser útil para você. Ao longo do tratamento voltaremos em alguns dos pontos acima descritos de modo a tornar esta idéia mais clara.

#### Tarefas de Casa:

- 1- Leitura do texto 4.
- 2- Continuar perceber situações em que ocorrem variações de humor procurando relacioná-los a pensamentos e aos sentimentos/comportamentos que ocorrem.
- 3- Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia

**Avaliação da sessão:**A terceira sessão foi dedicada à psicoeducação geral sobre a doença bipolar. Este é o começo para entender melhor o que ocorre com as pessoas em geral e com você em particular. Neste sentido prosseguimos relacionando situações, pensamentos e sentimentos que tenham ocorrido entre as sessões, conforme visto na sessão 3. Estes momentos ajudam a entender melhor como você funciona quando o seu humor oscila.

## Sessão 4: Auto-monitoria do TB

### Agenda:

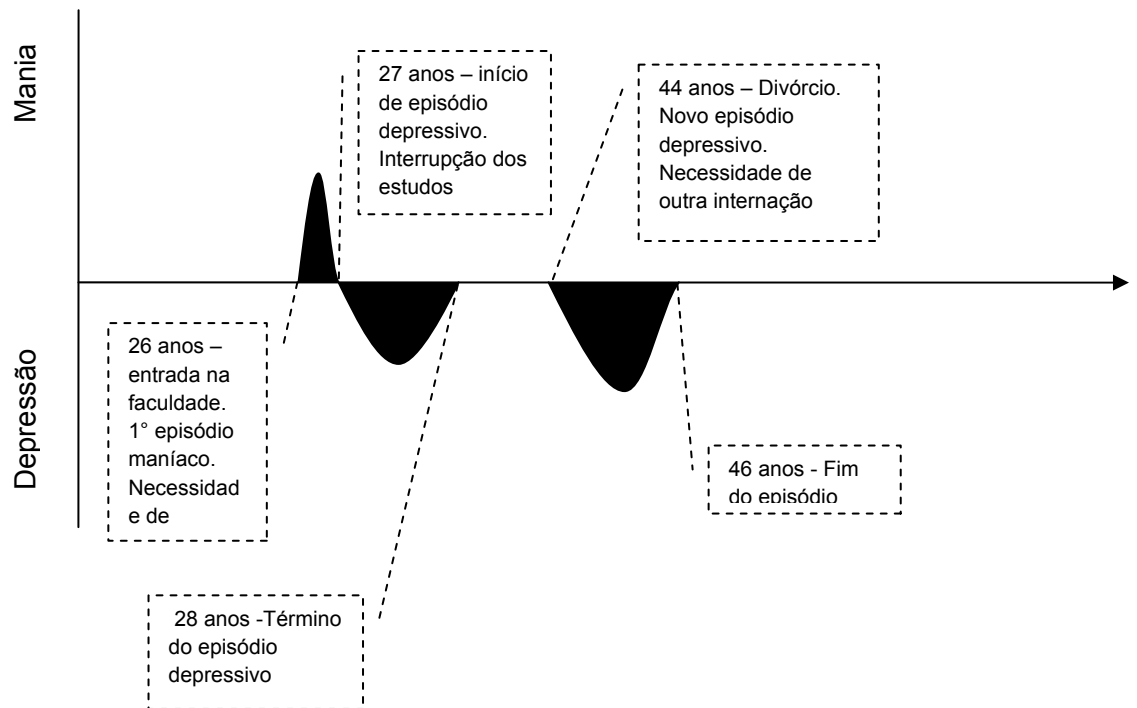
- ❖ Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas na leitura dos textos para casa.
- ❖ Os ritmos circadianos e seu papel no TB.
- ❖ Histórico Pessoal e construção do cartão de vida.
- ❖ Gráfico do Humor.

### Metas da Sessão:

Não é possível prever com exatidão quando uma pessoa vai iniciar um novo episódio de mania ou depressão, porém alguns sinais são marcantes como a insônia na mania/hipomania e a falta de energia na depressão, por exemplo. Outra constatação importante é que estes sintomas se apresentam de modo **gradativo** e **repetitivo**, ou seja, os sintomas surgem em etapas e possuem um certo padrão. Por esta razão o tratamento psicoterápico efetivo do TB envolve monitoria dos estados de humor e planos de ação para quando estes se iniciam. Nesta sessão discutiremos a monitoria do humor deixando para mais a frente a elaboração destes planos de ação. Além disso, veremos o importante papel dos chamados ritmos circadianos na doença bipolar. Como de hábito, iniciamos nossa sessão revendo a anterior e as dúvidas sobre o texto 4, bem como as situações em que ocorreram oscilação de humor. **Em seguida falaremos de formas registrar e prevenir oscilações de humor.**

### Histórico Pessoal com TB:

Conforme vimos anteriormente o TB é marcado por períodos de significativas oscilações de humor. Estes episódios têm duração variável, mas é mais comum que os episódios de depressão durem mais que os de mania. Uma forma de entendermos o histórico de cada pessoa é através da construção de um gráfico de linha de vida. Este gráfico representa os momentos ao longo dos anos em que ocorreram as mais destacadas oscilações de humor com você e é algo semelhante ao que vimos na figura 1 acima, Tipos de TB. Veja abaixo um exemplo dele construído e, no final da apostila, segue em anexo uma versão em branco para que você tente. Esta atividade faz parte desta sessão 4.



### O Gráfico do Humor:

Uma das principais metas para o tratamento psicoterápico do TB é que o paciente aprenda formas de monitorar suas próprias oscilações de humor. Isto porque se sabe que, na maioria das vezes, os episódios de humor acusam alguns sinais prévios, que são chamados de pródromos da doença. Dessa forma, uma das técnicas comumente utilizadas pelos terapeutas é uma representação gráfica do humor diário da pessoa com TB. A isto se dá o nome de Gráfico do Humor. Existe hoje em dia uma variedade de tipos e formas de gráficos do humor, algumas incluindo outros registros importantes como, por exemplo, o uso da medicação e a quantidade de horas dormidas naquele dia. Na página seguinte se encontra um modelo daquele que será empregado ao longo de nossas sessões daqui a diante. Em anexo podem ser encontrados alguns gráficos do humor em branco para serem feitos como tarefa de casa contínua daqui até o fim do tratamento.

É importante que se diga que algumas pessoas encontram dificuldade em preencher estes gráficos. De fato esta é uma medida artificial de variação do humor que pode ajudar você a compreender melhor o seu próprio funcionamento. Mas ninguém está acostumado a medir seu humor em severo, normal etc! Portanto é necessário algum treino para que isto fique mais fácil. Aqui vão algumas dicas para facilitar o preenchimento do Gráfico do Humor.

- Este gráfico representa um mês de 31 dias. Caso venha a ser preenchido em um mês com um número de dias menor que isto, complete até o último dia do mês.

- Procure representar como mais severo os momentos em que você se recorda ter estado pior em cada uma das oscilações (pode ter sido em um período prévio a alguma internação, por exemplo).
- Tente preencher seu gráfico do humor sempre no mesmo horário, preferencialmente no fim do dia, como se fosse um balanço de como foi seu humor naquele dia.
- Caso sinta que durante o dia seu humor foi alterado de modo significativo marque mais de uma vez o gráfico, não esquecendo de anotar ao lado a que horas seu humor variou.
- Faça as marcações de modo independente, ou seja, não compare irritabilidade com ansiedade, por exemplo. Marque aquilo que você sentiu no dia de modo independente.
- A linha de medicação pode servir como um registro tanto para você como para o médico que lhe acompanha. Para isso procure marcar os dias em que você conseguiu seguir a medicação prescrita.
- A linha de horas do sono deve ser preenchida com o horário em que você conseguiu dormir e não apenas na hora em que você se deitou. Caso você acorde à noite tente descontar as horas em que passou acordado.
- Caso se esqueça de preencher algum dia, passe para o próximo. Evite fazê-los de memória.

Observação: Algumas pessoas podem se sentir avaliadas ou desconfortáveis ao fazerem exercícios deste tipo. É importante lembrar que este material é confidencial e seu, sendo dividido apenas com outras pessoas que também farão parte do grupo. Além disso, esta atividade mede apenas oscilações de humor e comportamentos específicos (dormir e tomar medicação). Em última análise não é a pessoa que está sendo medida, apenas alguns de seus comportamentos. Por fim, este material, assim como todos os outros produzidos durante a terapia, somente será consultado por você e pelos terapeutas que lhe acompanham.

## Gráfico do Humor

Nome Joachim Mês Junho Ano 2007

Dias do Mês		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
<b>Elevado</b>	<b>Severo</b>																																			
	<b>Moderado</b>																																			
	<b>Leve</b>				X		X	X							X																					
	<b>Normal</b>	X	X	X					X			X				X	X																			
<b>Deprimido</b>	<b>Leve</b>																	X							X								X			
	<b>Moderado</b>																	X								X	X	X		X	X					
	<b>Severo</b>																																			
	<b>Severo</b>																																			
Ansiedade	Nenhum = 0	0	1	2	1	2	0	1	1	0	2	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	1	1	1	2	1	1	3	2	2	1				
Irritabilidade	Leve = 1 Moderado = 2 Severo = 3	0	0	2	0	2	1	2	2	1	1	1	1	0	1	1	0	2	0	0	0	1	1	1	1	2	2	1	3	2	2	3				
<b>Peso no dia 28</b>																																		75		
<b>Horas de Sono</b>		6	7	7	8	6	7	8	8	7	5	6	8	6	7	8	6	6	8	7	7	7	8	6	5	8	7	5	6	7	9	7				
<b>Medicação (nome/mg)</b>																																				
<u>Carbonato de Lítio ( )</u>		x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
<u>Ácido Valpróico ( )</u>		x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
_____																																				
_____																																				

## Texto 5: Os Ritmos Circadianos e a Rotina

A cada 24 horas nosso planeta apresenta dois períodos bastante distintos para todos os seres vivos, o dia e a noite. Ao longo do processo evolutivo a grande maioria dos organismos se especializou em funcionar em um destes períodos, deixando o outro para repouso. Para que isto ocorresse foi necessário que uma série de mudanças acontecessem dentro do organismo durante o processo evolutivo.

Os animais dispõem de uma espécie de relógio interno que responde a variações entre o dia e a noite. Assim, algumas funções vitais são alteradas ao longo de um dia, oscilando entre ciclos de atividade e repouso. A palavra “Circadiano” tem origem latina e significa “em torno” (circa) “de um dia” (diem). Ritmos circadianos, portanto, é o nome dado às mudanças internas do organismo que ocorrem dentro de um período de aproximadamente 24 horas.

Não é estranho concluir que o principal regulador deste relógio seja a luz solar. Através da percepção de variações na luz solar o organismo responde controlando a produção de hormônios e substâncias que regulam uma série de funções e comportamentos, como, por exemplo, o controle da pressão sanguínea e da temperatura corporal.

O mais claro exemplo de função vital que obedece a intervalos de aproximadamente 24 horas é o ciclo sono e vigília. O Homem, por exemplo, é um animal diurno, ou seja, adaptado ao longo de milhares de anos de evolução para estar acordado durante o dia e dormir durante a noite. Dessa forma, durante o dia apresentamos menos sono, estamos mais atentos e nossa temperatura corporal é maior, ocorrendo o inverso na medida em que chega a noite. Sabe-se que os ritmos circadianos persistem quando são mantidas condições razoavelmente constantes no ambiente. A quantidade de horas de sono por dia de uma pessoa, por exemplo, se mantém caso ela vá se deitar e se levante no mesmo horário. Embora a luz seja o mais potente regulador dos ritmos circadianos, outros fatores tais como atividade física, alimentação e algumas rotinas sociais afetam possivelmente os ritmos circadianos. De fato parece que o Homem moderno tem se tornado ao longo dos anos um especialista em alterar seus ritmos circadianos. Parece que um padrão de sono irregular é a regra e não a exceção entre as pessoas, por exemplo. Outros exemplos são atividades físicas e alimentação em horários alternados. Tais alterações afetam de modo muito negativo nosso desempenho, muitas vezes até mesmo em um curto espaço de tempo.

Existem evidências de que pessoas com transtornos de humor são particularmente sensíveis a variações nos seus ritmos circadianos. O aumento de sono em um episódio depressivo não é apenas sintoma desta fase, mas também um facilitador para que ela ocorra. A insônia, característico sintoma da fase maníaca também ajuda a promover seu início e sua manutenção. Assim, tentar regular os ritmos circadianos é um papel importante desta terapia. Esta regulação muitas vezes se faz através da criação de rotinas, ou seja, atividades realizadas em um mesmo horário, o que muitas vezes pode implicar em uma verdadeira mudança em hábitos longamente adquiridos.

Algumas pessoas, por outro lado, se queixam de que regular suas rotinas ou seus ritmos circadianos faria com que sua espontaneidade fosse perdida ou se sentem controladas ao se propor algo assim. De fato é comum que as pessoas relacionem a palavra rotina a algo chato e sem graça. Lembre-se, porém, que não estamos falando de TODAS as atividades que você faz, apenas de um certo número de atividades específicas, que possuem uma influência maior nos seus ritmos circadianos. Além disso, é sabido que certas rotinas favorecem o desempenho em atividades como treino em esportes e os estudos. Parece que o corpo verdadeiramente funciona melhor se souber quando será exigido para esta ou aquela atividade. Ao tentar regular seus ritmos circadianos através destas atividades a chance de surgirem novas recaídas diminui, o que pode possibilitar um maior controle em outras áreas de sua vida, algumas vezes até maiores e mais importantes, tais como relacionamentos afetivos e carreira profissional.

**Lembre-se:** Se entendermos que rotina é algo que fazemos sempre da mesma forma, continuamente, não ter rotinas e adotar um padrão desregrado de vida é apenas mais uma rotina que nós criamos!

**Tarefa de Casa:**

- 1- Leitura do texto 5.
- 2- Situações em que ocorrem variações de humor procurando relacioná-los a pensamentos e aos sentimentos/comportamentos que ocorrem.
- 3- Rever os pontos desta sessão
- 4- Preencher gráfico do humor desta semana.

**Avaliação da sessão:**

O objetivo da quarta sessão é começar a estabelecer algumas rotinas favoráveis ao bom prognóstico do TB. Além disso, visa introduzir uma importante ferramenta que é o gráfico do humor e buscar no histórico pessoal de oscilações dos pacientes dados que ajudem a entender o que antecedeu os episódios. Toda esta estratégia aliada às discussões ocorridas no grupo tem como finalidade começar a criar um sistema de aviso prévio para futuros episódios de humor. Mas a frente veremos técnicas mais específicas para o manejo preventivo de recorrências. Mas agora prossigamos com a última sessão dirigida a psicoeducação.



## Sessão 5: O Tratamento Farmacológico do TB

### Agenda:

- ❖ Revisão da sessão anterior e dúvidas.
- ❖ Principais grupos de medicação, ECT e efeitos colaterais.
- ❖ Vantagens e desvantagens de seguir o tratamento prescrito.
- ❖ Adesão ao tratamento.
- ❖ Pensamentos e medicação.

### Metas da Sessão:

Nesta sessão debateremos acerca da medicação utilizada frequentemente no TB. Conforme vimos anteriormente, existe um grande número de evidências hoje em dia que apontam para o benefício que a medicação pode trazer aos pacientes com TB. Ao mesmo tempo para muitas pessoas tomar medicamentos é uma tarefa árdua, principalmente por um período longo, como é o caso do TB. A meta dessa sessão é informar a respeito dos principais medicamentos empregados no tratamento do TB e seus efeitos colaterais. Ao mesmo tempo discutiremos a respeito dos problemas encontrados, com ênfase nos pensamentos a respeito de tomar medicação.

### Texto 6: O Tratamento Farmacológico do TB

O lítio foi o primeiro medicamento comprovadamente eficaz para o tratamento do TB, sendo grande o número de evidências que favorece o seu uso. A partir desta descoberta vem crescendo enormemente o número de opções para o tratamento farmacológico do TB. Este pode ser dividido em duas fases distintas chamadas respectivamente de **fase aguda e de profilaxia**. O tipo e a dosagem da medicação dependerão sempre da fase do episódio que a pessoa apresenta. Assim, o tratamento farmacológico da fase aguda de depressão difere do tratamento profilático padrão, por exemplo. Além disso, deve estar claro que a resposta ao tratamento sempre variará de pessoa para pessoa e que são necessárias tentativas no início de um tratamento farmacológico já que não conseguimos prever a resposta e os efeitos colaterais que cada paciente vai apresentar. Veja nas tabelas abaixo os principais medicamentos empregados no tratamento do TB e seus efeitos colaterais.

	Medicação	Miligramas	Quando são usados	Efeitos colaterais principais
Estabilizadores do humor	Lítio Lítio CR	300 mg 450 mg	Em todas as fases do TB	Ataxia, tremor, perda de memória, diarreia, enjôo, ganho de peso, acne, perda de cabelo, aumento da frequência urinária e da ingestão de líquidos, hipotireoidismo  <b>Intoxicação:</b> tontura, ataxia, visão borrada, diarreia, vômitos tremor importante
	Ácido valpróico	250 mg 500 mg	Em todas as fases do TB	Sedação, tremor, tontura, dor de cabeça, enjôo, vômito, dor abdominal, ganho de peso, constipação e perda de cabelo.
	Carbamazepina Oxcarbazepina	200 mg 300 mg	Em todas as fases do TB	Sedação, tontura, dor de cabeça, enjôo, quedas, alergia, confusão, enjôo, vômito, diarreia e baixa de leucócitos. (oxcarbazepina apresenta efeitos mais leves e infreqüentes)
	Lamotrigina	25 mg 100 mg	Em todas as fases  Coadjuvante em episódio depressivo	Alergia, sedação, visão borrada ou dupla, sedação ou insônia, dor de cabeça, dificuldade de coordenação, tremor, enjôo e dor abdominal
	Topiramato	25 mg 50 mg 100 mg	Em todas as fases como coadjuvante  Perda de peso	Sedação fraqueza, tontura, formigamento, tremor, nistagmo, diminuição do apetite, perda de peso, perda de memória

	Medicação	Miligramas	Quando são usados	Efeitos colaterais principais
Antidepressivos	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (fluoxetina, sertralina, citalopran, paroxetina)	Todos 20 mg, exceto a sertralina com 50 mg	Episódios depressivos	Enjôos, fezes amolecidas, dor de cabeça, insônia, sonolência., disfunção sexual.
	Tricíclicos (amitriptilina, imipramina e clomipramina)	25 ou 75mg	Episódios depressivos <b>(RARAMENTE)</b>	Boca seca, visão turva, intestino “preso”, retenção urinária, taquicardia, hipotensão postural
	Inibidores da monoxidase (IMAOs) (parnate)	10 mg	Episódios depressivos	Crises hipertensivas, agitação, ansiedade, insônia, fraqueza, enjôo, diarreia, disfunção sexual, edema
	Venlafaxina	75 mg	Episódios depressivos	Dor de cabeça, nervoso, insônia, enjôo, diarreia, diminuição do apetite, aumento da pressão arterial, sudorese e disfunção sexual.
	Mirtazapina	30 mg	Episódios depressivos	Aumento do apetite, ganho de peso, sedação, sonhos anormais, tontura, confusão, boca seca, hipotensão, alteração da função urinária.
	Bupropiona	150 mg	Episódios depressivos	Enjôo, dor de cabeça, insônia, agitação, ansiedade e risco de convulsões.

	Medicação	Miligramas	Quando são usados	Efeitos colaterais principais
Ansiolíticos	Diazepam	10 mg	Coadjuvantes nas fases de depressão (insônia e ansiedade) e nas fases de mania (agitação)	Sedação, tontura, fraqueza, confusão, fala lenta, esquecimento, ataxia <b>Dependência e tolerância</b>
	Clonazepam	0.5 mg 2 mg	Coadjuvantes nas fases de depressão (insônia e ansiedade) e nas fases de mania (agitação)	Sedação, tontura, fraqueza, confusão, fala lenta, esquecimento, ataxia <b>Dependência e tolerância</b>
	Alprazolam	0.5 1 mg 2 mg	Coadjuvantes nas fases de depressão (insônia e ansiedade) e nas fases de mania (agitação)	Sedação, tontura, fraqueza, confusão, fala lenta, esquecimento, ataxia <b>Dependência e tolerância</b>
	Midazolam	15 mg	Insônia grave ou agitação psicomotora grave	Sedação, tontura, fraqueza, confusão, fala lenta, esquecimento, ataxia <b>Dependência e tolerância</b>

<b>Antipsicóticos</b>	Típicos:			
	Haloperidol	5 mg	Coadjuvantes nas fases maníacas ou como adjuvantes em casos graves ou com sintomas psicóticos	Sintomas extrapiramidais (distonia aguda, parkinsonismo, acatisia, síndrome neuroléptica maligna) discinesia tardia, boca seca, intestino “preso”, visão borrada, hipotensão, galactorréia, ginecomastia, ganho de peso.
	Stelazine	5 mg		
	Clorpromazina	25 e 100mg		
	Levomepromazina	25 e 100mg		
	Atípicos:			
	Olanzapina	5 e 10 mg	Coadjuvantes nas fases maníacas ou como adjuvantes em casos graves, ou com sintomas psicóticos	Ganho de peso, sedação, colesterol e triglicéris alterados
	Risperidona	2 mg		Hiperprolactinemia, acatisia, agitação, rinite
	Quetiapina	25 e 100mg		Sedação, ganho de peso, catarata
	Clozapina	25 e 100mg		Convulsões, ganho de peso, sintomas obsessivos-compulsivos
Ziprasidona	40 e 80mg	Dor de cabeça, alteração no ECG, tontura, sonolência.		

O medicamento ideal deveria apresentar o máximo de eficácia e segurança com o mínimo de custo e efeitos colaterais. Porém, infelizmente esta medicação ainda não existe e devemos sempre considerar a probabilidade de a pessoa apresentar efeitos colaterais desagradáveis ao usar um medicamento. Com os medicamentos que são usados no tratamento do TB não é diferente, ou seja, em maior ou menor grau eles apresentam efeitos colaterais tais como ganho de peso, boca seca e tontura. Contudo, boa parte destes efeitos colaterais é reduzida com o tempo.

Seguir a medicação prescrita pelo seu médico não é uma tarefa das mais fáceis para muitas pessoas. No caso do TB, como ocorre em outras doenças que requerem tempo de tratamento, a própria motivação da pessoa em seguir a medicação prescrita oscila ao longo do tempo. Uma grande pesquisadora inglesa chamada Jan Scott cita três razões principais para explicar porque as pessoas que apresentam TB não tomam a medicação:

- a) **O regime de tratamento:** a primeira barreira teria relação com a falta de conhecimento sobre o tratamento, como ocorre, por exemplo, quando as pessoas não entendem (ou não aceitam) que precisam continuar a tomar a medicação mesmo depois do término dos sintomas. Outros problemas relacionados ao regime de medicação seriam um plano de tratamento muito complicado e os efeitos colaterais relacionados aos remédios.
- b) **Estilo de vida:** Esta diz respeito ao quanto a rotina de uma pessoa é organizada ou caótica. Uma pessoa como estilo de vida caótico poderia não desenvolver um padrão regular ao tomar remédios como parte de seu planejamento diário, ou considerar todo o processo como uma chateação. Tais pessoas precisariam de “lembretes” sem os quais esqueceriam de tomar a medicação.
- c) **Atitudes e crenças:** Muitas pessoas alegam que não acreditam que a medicação vai realmente ajudar ou que esta é a melhor abordagem para o seu problema. Algumas acreditam que o perigo que envolve o seu transtorno do humor é menor que o seu tratamento. Em especial indivíduos com transtornos do humor relatam que não gostam de serem lembrados de seu problema diariamente, e de que não gostam da idéia de ter um medicamento que controla seu humor. Outros relatam que não aceitam qualquer tratamento prescrito, sempre preferindo tentar lidar com o seu problema sem medicação. Por fim, a autora destaca a importante influencia que parentes e amigos exercem na atitude da pessoa diante da medicação prescrita.

Na realidade as pessoas estão acostumadas a somente tomar medicação quando se sentem doentes, foram ensinadas a assim proceder. Além disso, culturalmente no Brasil estamos acostumados a não seguir a medicação prescrita e, o que é muito grave, a fazer alto-medicação. Como falamos de uma doença crônica, não é prudente aplicar esta lógica principalmente porque sabemos que além das conseqüências em si da uma nova recorrência no quadro de TB ter graves conseqüências, recomeçar a medicação **não significa** voltar de onde se parou. Evidências apontam que a resposta ao tratamento farmacológico piora bastante quando a pessoa reinicia seu tratamento, demorando mais em se obter a resposta esperada, por exemplo.

### Exercício Prático:

A decisão de tomar medicamentos deveria ser vista como uma *escolha* madura pelo seu bem estar, e não como uma imposição de qualquer outra pessoa. Sabemos que, na idade adulta dificilmente mantemos longamente qualquer comportamento pela simples vontade de outros! Por esta razão faz sentido explorarmos um pouco mais os diferentes lados que envolvem esta decisão. Observe as colunas abaixo e descreva vantagens e desvantagens de seguir tomando a medicação, tendo como referência os conhecimentos que você adquiriu ao longo do tempo e a sua experiência.



Segundo passo: Durante esse exercício você notou alguma variação em seu humor? Existe algum pensamento especialmente incômodo que podemos analisar juntos? Você consegue descrever se houve algum pensamento associado a essa tarefa?

Pensamentos associados:

---



---



---

Terceiro passo: Após analisarmos as vantagens e desvantagens, assim como os pensamentos associados, a que conclusões você pode chegar? O que foi discutido durante as sessões que pode ajudar? Anote abaixo a conclusão deste exercício e, caso lhe seja útil retorne a ela futuramente, sempre que sua motivação para tomar medicamentos varie.

A que conclusões cheguei:

---



---



---

### **Adesão, Pensamentos e Crenças:**

Os pensamentos automáticos e crenças que a pessoa tem sobre tomar medicação influenciam fortemente na adesão ao tratamento. Conforme vimos anteriormente pensamentos automáticos são mensagens que passam rapidamente em nossa cabeça e que influenciam nosso humor e comportamento. As crenças, por outro lado, são regras formadas em especial nos primeiros anos de nossa infância e reforçadas o longo dos anos, e serviriam para guiar ou organizar nossas ações no mundo. *As crenças de uma pessoa ajudam a explicar como ela formula seus pensamentos e reações ao seu meio.*

Algumas crenças, no entanto influenciam de modo negativo nosso comportamento, levando-nos a reagir, por exemplo, de modo exagerado a um comentário de um colega ao nosso trabalho. Veja uma possível seqüência que explicaria esta reação:

<b>Situação</b>	<b>Crença</b>	<b>Pensamento</b>	<b>Emoção</b>
Comentário crítico do meu colega a respeito do meu relatório	“As pessoas são competitivas e sempre querem tirar vantagem”	“Ele está me expondo de propósito!”  “Quer que eu pareça ridículo.”	raiva intensa

Assim, as crenças são muitas vezes descritas como verdadeiras “lentes” através das quais as pessoas enxergam as situações da vida. Em terapia cognitivo chamamos a estas crenças que nos fazem reagir de modo inadequado de crenças negativas. Os grupos principais de crenças de



uma pessoa dizem respeito a ela mesma, ao mundo e ao futuro, ao que chamamos de tríade cognitiva. Muitas vezes não estamos tão cientes de todas as nossas crenças e, por isso é necessário algum esforço para elucidá-las. Leia o exercício abaixo e procure fazê-lo para a próxima sessão.

**Exercício Cognitivo:** Este é um exercício que faz parte das atividades da sessão 6. Sua proposta é avaliar os pensamentos que cada um dos membros do grupo possui sobre tomar medicação. É bem possível que você apresente pensamentos semelhantes a outras pessoas que também tem TB. Procure ser o mais sincero possível e fornecer os mais significativos pensamentos e/ou crenças sobre o assunto. Pode ser que você se sinta desconfortável ao realizar este exercício se isto ocorrer tentaremos juntos analisar qual pensamento o está incomodando. Veja a pergunta abaixo:

O que significa para você tomar medicamentos para Transtorno Bipolar?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Tarefa de Casa:**

- 1- Leitura do texto 6.
- 2- Exercício cognitivo.
- 3- Rever os pontos da sessão.
- 4- Preencher gráfico do humor desta semana.

**Avaliação da sessão:**

Com esta sessão encerramos o primeiro módulo da terapia que foi dedicado à psicoeducação. A partir da próxima semana partiremos para a discussão de estratégias específicas direcionadas para fases específicas da doença. Começaremos pelos pensamentos depressivos e, dentro deste tema utilizaremos um pouco de tempo para discutir o exercício cognitivo de cima.

## Anexo I: Gráfico de Linha de Vida



**Instruções:** Procure representar os mais significativos episódios de oscilação de humor ao longo desta seta. É muito importante tentar incluir fatos relevantes que ocorreram nesta época que você se recorde, tais como viagens, término de relacionamentos, promoções no emprego, nascimentos de filho ou perda de algum ente querido.

## Anexo II: Gráfico do Humor

Nome \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Dias do Mês		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<b>Elevado</b>	Severo																															
	Moderado																															
	Leve																															
	Normal																															
<b>Deprimido</b>	Leve																															
	Moderado																															
	Severo																															
	Ansiedade	Nenhum = 0 Leve = 1																														
Irritabilidade	Moderado = 2 Severo = 3																															
<b>Peso no dia 28</b>																																
Horas de Sono																																
<b>Medicação (nome/mg)</b>																																
_____																																
_____																																
_____																																
_____																																

## Anexo II: Gráfico do Humor

Nome \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Dias do Mês		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<b>Elevado</b>	Severo																															
	Moderado																															
	Leve																															
<b>Normal</b>	Normal																															
	Leve																															
<b>Deprimido</b>	Moderado																															
	Severo																															
	Ansiedade	Nenhum = 0 Leve = 1																														
	Irritabilidade	Moderado = 2 Severo = 3																														
	<b>Peso no dia 28</b>																															
	Horas de Sono																															
	<b>Medicação (nome/mg)</b>																															
	_____																															
	_____																															
	_____																															
	_____																															

## Anexo II: Gráfico do Humor

Mês \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Ano \_\_\_\_\_

Dias do Mês		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
<b>Elevado</b>	Severo																																
	Moderado																																
	Leve																																
	Normal																																
<b>Deprimido</b>	Leve																																
	Moderado																																
	Severo																																
	Ansiedade	Nenhum = 0 Leve = 1																															
Irritabilidade	Moderado = 2 Severo = 3																																
<b>Peso no dia 28</b>																																	
Horas de Sono																																	
<b>Medicação (nome/mg)</b>																																	
_____																																	
_____																																	
_____																																	
_____																																	

## Anexo II: Gráfico do Humor

Nome \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Dias do Mês		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
<b>Elevado</b>	Severo																																
	Moderado																																
	Leve																																
<b>Normal</b>	Normal																																
	Leve																																
<b>Deprimido</b>	Moderado																																
	Severo																																
	Ansiedade	Nenhum = 0 Leve = 1																															
	Irritabilidade	Moderado = 2 Severo = 3																															
	<b>Peso no dia 28</b>																																
	Horas de Sono																																
	<b>Medicação (nome/mg)</b>																																
	_____																																
	_____																																
	_____																																
	_____																																

## Anexo II: Gráfico do Humor

Nome \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Dias do Mês		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<b>Elevado</b>	Severo																															
	Moderado																															
	Leve																															
<b>Normal</b>	Normal																															
	Leve																															
<b>Deprimido</b>	Moderado																															
	Severo																															
	Ansiedade	Nenhum = 0 Leve = 1																														
	Irritabilidade	Moderado = 2 Severo = 3																														
	<b>Peso no dia 28</b>																															
	Horas de Sono																															
	<b>Medicação (nome/mg)</b>																															
	_____																															
	_____																															
	_____																															
	_____																															

## Sessão 6: Pensamentos Depressivos

### Agenda:

- ❖ Revisão da última semana e dúvidas que possam ter restado sobre medicação e a decisão de tomar medicamentos.
- ❖ Discussão sobre exercício prático.
- ❖ Iniciar discussão sobre papel que os pensamentos exercem através dos exemplos coletados desde a sessão 2.
- ❖ Distorções Cognitivas típicas da fase depressiva
- ❖ Identificando e respondendo às próprias distorções nesta fase

### Metas da Sessão:

Até o momento discutimos alguns aspectos importantes sobre o TB que muitas vezes ajudam as pessoas a entender melhor a doença. A partir desta sessão começaremos a trabalhar com estratégias e técnicas da TCC aplicada ao TB. Inicialmente vimos um pouco sobre o papel que os pensamentos exercem no comportamento em geral. Nesta sessão falaremos sobre os pensamentos na fase depressiva do TB. Ao término desta, é esperado que os pacientes não apenas saibam reconhecer pensamentos automáticos, como também começar a reestruturá-los.

### Parte I: Identificando Pensamentos Automáticos

Nas últimas semanas foi solicitado que cada membro do grupo observasse variações de humor e com quais pensamentos elas estariam associadas. Antes de prosseguirmos com pensamentos depressivos, será importante que prestemos atenção a estes exemplos. Por isso, escolha um momento bastante significativo de variação de humor ocorrido nas últimas semanas e tente colocá-lo seguindo o diagrama abaixo, procurando responder às perguntas:

<p><b>Situação</b></p> <p>O que estava acontecendo momentos antes da variação de humor ocorrer?</p>	<p><b>Pensamento</b></p> <p>Quais pensamentos estavam passando pela minha mente pouco antes isto ocorrer?</p>	<p><b>Comportamento/Emoção</b></p> <p>O que eu senti logo após este pensamento? O que eu fiz a seguir?</p>



**Nota:** Muitas vezes reconhecer estes pensamentos é uma tarefa árdua e que exigirá algum esforço e prática. Caso você não consiga identificar um pensamento tente se colocar novamente na situação escolhida e responda a algumas das seguintes perguntas:

- Quais pensamentos, memórias ou imagens passaram em minha cabeça?
- Quais pensamentos eu tenho sobre outras as pessoas?
- Quais pensamentos acredito que as outras pessoas possam ter sobre mim?
- O que qualquer um destes pensamentos dizem sobre mim ou sobre minha situação? E sobre as outras pessoas?
- E se isso for verdade o que esta idéia significa sobre mim? E sobre os outros?
- Do que tenho medo neste momento? Quais eventos ou resultados ruins posso estar prevendo?

### **Distorções cognitivas:**

A fim de facilitar a identificação dos seus pensamentos automáticos veja abaixo uma lista das distorções cognitivas mais comuns, que ocorrem em episódios depressivos, mas não somente neles. Leia e note quais são as mais freqüentes distorções deste tipo que você produz. Tenha em mente que, se foi possível criar uma lista de pensamentos deste tipo é porque, antes de tudo, eles são absolutamente comuns. Mas não por isso menos questionáveis!

- 1- **Pensamento Dicotômico ou Tudo ou Nada:** Tendência a pensar em termos absolutos, usando expressões como sempre, nunca ou toda vez. Ex: “Se não me sair bem no trabalho, significa que sou um fracasso completo”; ou “Se não sei tudo a respeito de um assunto, sou um ignorante.”
- 2- **Hipergeneralização:** Assumir, a partir, de erros ou fracassos isolados, a existência de um padrão eterno de agruras ou sofrimentos. Ex: “Se falhei desta vez, falharei novamente e serei sempre incompetente”.

- 3- **Atenção Seletiva ou Filtro Mental:** Focar única e exclusivamente em certos aspectos de uma situação, ignorando o contexto que a cerca. Também ocorre quando consideramos um detalhe negativo como mais importante, lembrando por exemplo apenas de situações que foram difíceis para você no passado e, estranhamente, ignorando as vezes que você contornou outros problemas. Ex: “Sou um estúpido” (após tirar uma nota ruim em um exame); ou “Não tenho controle sobre minha vida” (após gastar mais do que poderia em uma compra desnecessária).
- 4- **Desqualificação do Positivo:** Ocorre quando a pessoa insiste que as experiências positivas “não contam” ou que “não são mais que obrigação”, por qualquer motivo. Ex:” Hoje estive melhor ao longo do dia, mas isso não é nada comparado ao resto da semana” (durante um episódio de depressão).
- 5- **Leitura Mental:** Tendência a antecipar, muitas vezes sem quaisquer provas, o que as pessoas irão pensar e fazer. Ex: “Eu sei que ele irá se afastar de mim se eu disser o que eu penso” ; ou ainda “Sei que ela não vai entender”
- 6- **Erro Oracular:** Assumir que você sabe que o futuro será totalmente negativo, independentemente daquilo que pode ser feito hoje. Ou entender, mais simplesmente, que as coisas darão sempre errado. Ex: “Sempre serei rejeitado”.
- 7- **Catastrofização:** Tendência a exagerar em muito a importância ou a probabilidade de uma situação antecipadamente. Muitas vezes a pessoa também se foca única e exclusivamente na pior situação possível. Ex: “Se tenho uma doença grave (como o TB), jamais serei feliz”; “Se não puder falar tranquilamente na palestra, todos irão rir de mim e serei demitido!”
- 8- **Tirania dos Deveria:** Analisar uma situação em termos de julgamentos morais, do tipo deveria ou não deveria, ao invés de dirigi-la por seus desejos. Ex: “Eu não deveria ter dito aquilo!”.
- 9- **Rotulação:** Explicar características ou eventos através de rótulos estáveis e permanentes. Está relacionado à hipergeneralização, uma vez que ao invés de descrever um comportamento específico, a pessoa rotula ou generaliza situações e comportamentos, como algo imutável. Ex: “Sou um fracasso” ao invés de “Falhei nisso”.
- 10- **Personalização:** Tendência a se ver como o único causador de fatos ruins, sem o ser de fato. Pode também ocorrer quando a pessoa vê a si mesmo ou aos outros como causadores diretos de uma situação, muitas vezes simplificando o problema. Ex: “Se ele não fosse casado comigo seria uma pessoa feliz”.
- 11- **Raciocínio Emocional:** Tendência a considerar as próprias emoções como evidências suficientes para chegar a uma conclusão. Ex: “Se eu sinto que está uma boa oportunidade é por que será”.

## Concluindo o Exercício Prático...

Vamos continuar nossa discussão lembrando de nosso exercício da sessão anterior a respeito de tomar medicamentos. Como veremos, muito do que pode ser discutido a respeito dos pensamentos depressivos é aplicável em outras ocasiões, como por exemplo na adesão à medicação. Agora retorne à parte pensamentos associados (segunda parte do exercício) e procure identificar que tipos de distorções podem ocorrer nesta situação específica. Avaliar cognições a respeito do tratamento tem se mostrado uma ferramenta útil na prevenção de futuras recaídas. Caso hoje você aceite melhor tomar medicação, tente lembrar de como foi no início de seu tratamento e quais pensamentos você apresentou naquela época.

## Parte II: Criando uma resposta alternativa

Até agora nos dedicamos a colher com o máximo de precisão informações a respeito de sua forma de ver determinadas situações e as conseqüências que isto representa em seu comportamento e emoções. Agora prosseguindo com a nossa discussão veremos algumas formas de questionar pensamentos como vistos acima, objetivando criar o que chamamos em TCC de respostas alternativas.

Mais uma vez pegue um exemplo coletado por estes dias, preferencialmente recente, ocorrido nas últimas 24 horas. Escreva-o seguindo o modelo demonstrado anteriormente, tentando indicar o quão forte o pensamento é em uma escala de zero a cem:

<p><b>Situação</b></p> <p>O que estava acontecendo momentos antes da variação de humor ocorrer?</p>	<p><b>Pensamento</b></p> <p>Quais pensamentos estavam passando pela minha mente pouco antes isto ocorrer? Quanto eu acredito (entre 0 e 100%) que este pensamento é verdadeiro?</p>	<p><b>Comportamento/Emoção</b></p> <p>O que eu senti logo após este pensamento? Quão forte esta emoção é em uma escala de 0 a 100 %?</p>

Como vimos muitos destes pensamentos não possuem fundamentação lógica, ou não são sustentáveis por fatos que verdadeiramente aconteceram. Por esta razão, tal qual um cientista quando formula uma teoria, assumo que isto é um experimento ou um teste de hipóteses. Veja e responda as perguntas abaixo:

1- Que evidências ou provas eu tenho que meu pensamento é verdade?

---

---

---

---

2- Por outro lado, que evidências ou provas eu tenho que meu pensamento **NÃO** é verdadeiro?

---

---

---

---

Estamos muitas vezes atentos às evidências que dão suporte às nossas idéias, mas estranhamente não dedicamos o mesmo tempo buscando evidências que vão em direção oposta, muitas vezes contradizendo aquilo que havíamos concluído a princípio. Para examinar este lado coloque acima toda informação disponível que contradiga o pensamento. Isto provavelmente será difícil no início, mas procure se concentrar em fatos esquecendo intuições, sentimentos etc. Anote Qualquer informação, mesmo que pequena, desde que negue o pensamento escolhido por meio de evidências.

Caso isto seja muito difícil, uma possibilidade é examinar visões alternativas a este problema. Tente responder às perguntas abaixo:

- 1- Existe uma outra forma de eu ver esta situação?
- 2- Eu veria esta situação de forma diferente se eu me sentisse melhor?
- 3- Alguma vez em minha vida experimentei alguma situação semelhante?
- 4- Como eu vi aquelas situações no passado?
- 5- Existe algo que aprendi naquela ocasião que possa usar agora?
- 6- O que outra pessoa pensaria nesta situação, particularmente alguém que não estivesse deprimido?

Há ainda outra estratégia que pode ser utilizada que é a de analisar a funcionalidade deste pensamento, ou o quanto ele pode lhe ajudar caso você o mantenha. Veja estas seguintes perguntas:

- 1- Existe alguma vantagem em eu manter este pensamento? Existe alguma desvantagem?
- 2- Posso identificar algum tipo de distorção cognitiva que esteja acontecendo?
- 3- Estou assumindo toda a responsabilidade por uma situação? Posso adotar uma forma mais equilibrada de ver isto, onde não assumo toda a responsabilidade pelo o que ocorreu?
- 4- Por fim, se o pensamento for uma visão precisa sobre o problema qual é a forma mais construtiva e qual a melhor ação que posso tomar a respeito?

Após todas estas análises, reveja o seu pensamento e o sentimento original. Houve alguma mudança? E quanto à convicção neste pensamento?

Por fim, vamos criar agora uma resposta alternativa, como uma síntese de todos estes questionamentos. Na verdade, caso você tenha respondido a boa parte das perguntas acima, você já terá quase pronta. Contudo é importante tentar escrever uma resposta, conforme vimos na sessão. Nas páginas que se seguem temos algumas folhas para serem usadas no futuro como um resumo do que fizemos até aqui. É mais uma vez importante que você se mantenha praticando este exercício, mesmo em situações difíceis. Nas futuras sessões sempre haverá algum tempo para discutirmos os registros da semana.

<b>Situação ou evento</b>	<b>Emoção (gradue de 0 a 100%)</b>	<b>Pensamentos Automáticos (Convicção de 0 a 100%)</b>	<b>Evidência a favor e contra o pensamento</b>	<b>Visão ou pensamento alternativo</b>	<b>Gradue novamente a emoção e a convicção no pensamento automático</b>	<b>Ação ou resultado</b>

## **Sessão 7: Comportamentos Depressivos**

### **Agenda:**

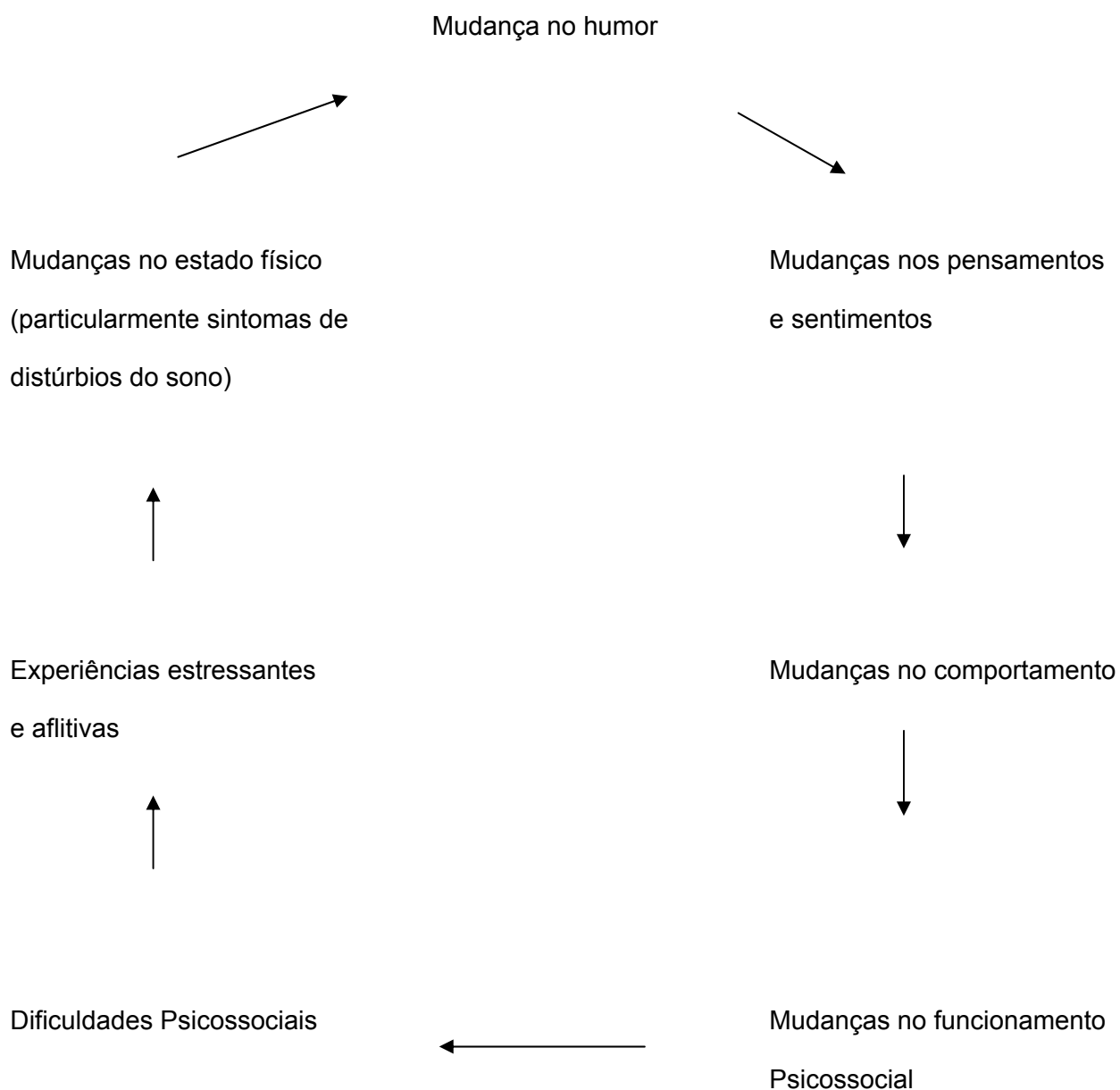
- ❖ Revisão da semana e dúvidas quanto ao exercício de identificar pensamentos automáticos.
- ❖ Construindo respostas alternativas a partir dos pensamentos da semana
- ❖ Comportamentos depressivos e ciclo de letargia
- ❖ Sinais de início deste episódio para cada um dos membros
- ❖ Registro de Atividades e técnicas de domínio e prazer

### **Metas da Sessão:**

Continuaremos a falar da depressão agora nesta semana, enfocando em especial os comportamentos depressivos. Para começarmos vamos lembrar o que foi discutido na última semana sobre pensamentos depressivos, uma vez que eles em muito afetam a execução de tarefas nestes episódios. Logo em seguida trataremos das características dos comportamentos depressivos de cada um, para então construirmos o ciclo de letargia para cada membro do grupo. Veremos também uma estratégia bastante utilizada nesta terapia para momentos de depressão e finalizaremos desenvolvendo um esboço de plano de prevenção individual.

### Ciclo Cognitivo Comportamental\*:

Uma das queixas mais comuns de pacientes que se encontram em fase depressiva é a baixa de energia para iniciar tarefas. Este sintoma é inclusive reconhecido pela literatura especializada. Ao mesmo tempo o episódio depressivo apresenta um importante paradoxo, descrito pelo diagrama abaixo:

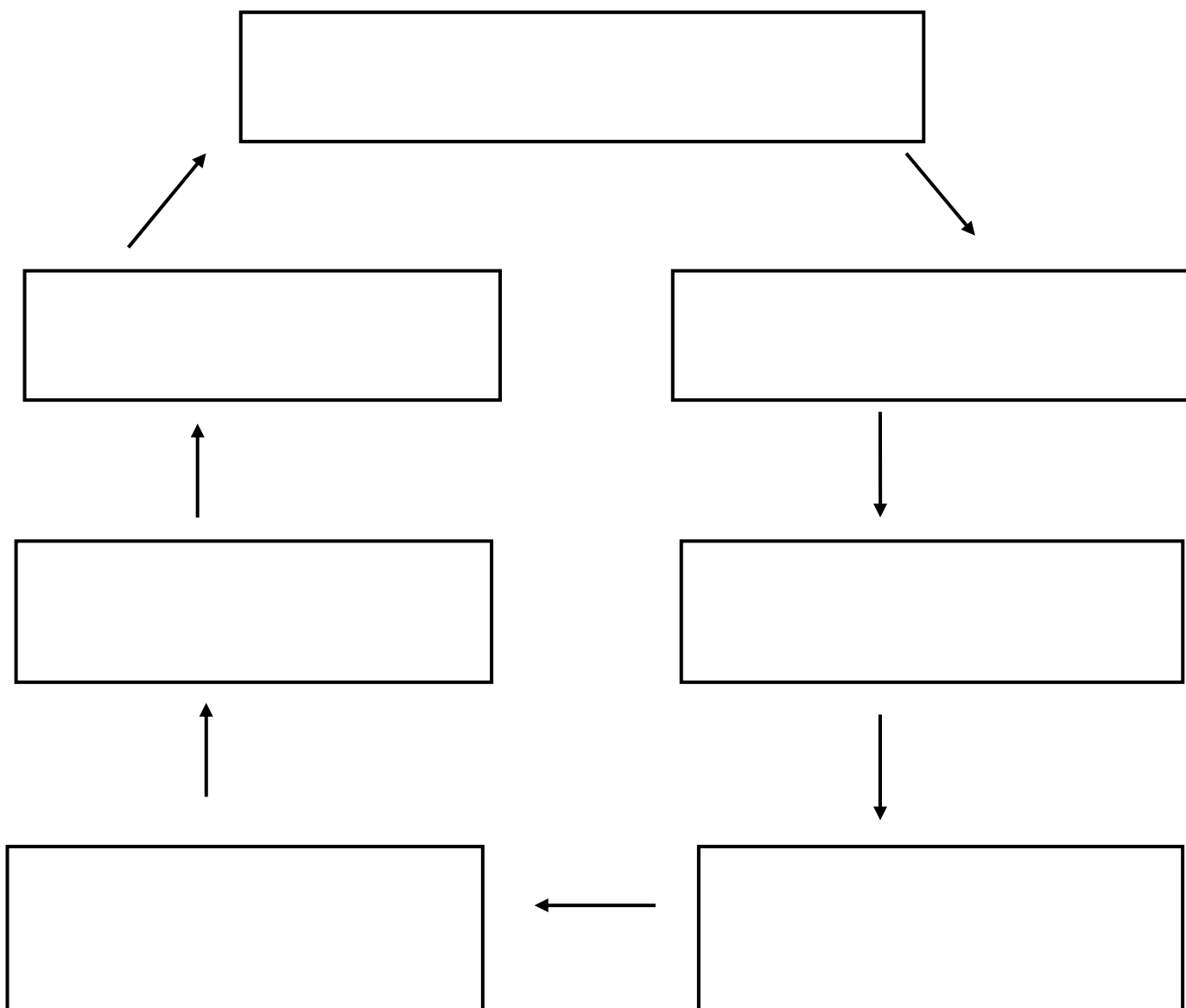


\* Traduzido de Scott (2001) "Overcoming Mood Swings" por Bernardo Gomes



Através deste esquema podemos observar o encadeamento de eventos que ocorrem em cada uma das fases do TB. Observe que as mudanças podem começar em qualquer um destes pontos levando à oscilação de humor ou episódio da doença. Como hoje falaremos de oscilações que ocorrem na fase depressiva podemos utilizar este modelo para entendermos as seqüências de eventos que ocorrem com você nesta fase. Usando o modelo acima como um guia procure completar o seu próprio ciclo durante a depressão. Tente começar através da primeira mudança observada, por exemplo, mudanças no humor, eventos estressantes etc.

### Meu Ciclo Cognitivo Comportamental na Fase Depressiva



### Ciclo da Letargia:

Como vimos no esquema acima há uma tendência dos eventos ocorrerem em seqüência acarretando o agravamento dos episódios. Quando esta seqüência ocorre em um intervalo de tempo muito curto, quadro depressivo torna-se cada vez mais forte. Chamamos de Ciclo de Letargia quando estas voltas são numerosas, e a pessoa fica muito tempo deprimida, cada vez mais inativa, com pensamentos e sentimentos muito negativos. Assim, é muito importante romper padrão tão logo ele seja percebido. A idéia principal é **MANTER-SE ATIVO**, por mais paradoxal que isto possa parecer! Isto porque esperar a vontade de fazer alguma coisa dentro de um episódio como este muitas vezes somente serve para agravar o quadro, por mais que pareça difícil Você mesmo pode ter um vivido um momento assim no passado.

Para ajudar a romper com o ciclo você pode construir um Registro de Atividades conforme o exemplo que segue na próxima página. Note que é muito importante observar o quanto de prazer você sentiu ao realizar as tarefas bem como o domínio, ou o quanto você conseguiu realizar bem a tarefa. Tente graduar de 0 a 100 o quanto você sentiu prazer e domínio nestas atividades. Abaixo existem alguns exemplos para você graduar. Mesmo que você não esteja deprimido no momento procure dar alguns exemplos de atividades que você realiza no dia-a-dia.

Atividades	Domínio	Prazer
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

O registro de atividades foi idealizado para momentos de depressão intensos, mas pode ser útil em outras fases de sua vida. Como, por exemplo, quando você estiver muito ocupado e precisar avaliar sua eficácia. O objetivo principal deste exercício é quebrar um ciclo vicioso cujos resultados não são vantajosos para você quando de um episódio depressivo. Outra vantagem deste exercício é monitorar como você está utilizando seu tempo. Por tudo isso vale a pena ter algumas cópias para o futuro.

**Tarefa de Casa:**

- 1- Leitura da sessão 7 do manual
- 2- Completar Ciclo Cognitivo Comportamental para depressão
- 3- Anotar algumas atividades de exemplo para domínio e prazer
- 4- Manter Registro de Pensamentos e gráfico de humor

**Avaliação da sessão:**

As duas últimas sessões foram dedicadas a falar dos episódios depressivos. Na próxima semana começaremos a discussão dos episódios de elevação de humor. É importante manter-se monitorando seu humor, registrando seus pensamentos e, a partir de agora, observar a seqüência de eventos que precipitam um episódio depressivo.

**REGISTRO DE ATIVIDADES (exemplo):**

Tempo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
4 – 6 h	Dormindo	Dormindo (D: 50; P:80)	Dormindo (D: 40; P:80)	Dormindo (D: 50; P:60)	Dormindo (D: 60; P:60)	Dormindo (D: 40; P: 80)	Dormindo (D:50; P: 60)
6 – 8 h	Dormindo	Dormindo	Dormindo	Dormindo	Dormindo	Dormindo	Dormindo
8 – 10 h	Café da manhã (D: 50; P: 5)	Dormindo	Dormindo	Café da manhã (D: 20; P: 30)	Dormindo	Café da manhã (D: 20; P: 40)	Dormindo
10 – 12 h	Vendo jornal (D: 80 ; P: 10)	Dormindo	Fazendo almoço (D: 30; P: 45)	Estudando (D: 20; P:40)	Fazendo almoço (D: 30; P: 30)	Saindo com amigos (D: 70; P:80)	Dormindo
12 – 14 h	Fazendo almoço (D: 30; P: 10)	Café da manhã (D: 45; P: 20)	Almoço (D: 40; P: 50)	Estudando	Estudando Matemática (D: 20; P: 10)	Almoço fora (D: 50; P: 90)	Café da manhã (D: 20; P: 10)
14 – 16 h	Lendo jornal (D:65; P: 30)	Passeio com o cachorro (D: 70; P: 50)	Lavando roupa (D: 60; P 50)	Almoço (D: 30; P: 40)	Conversando com amiga (D: 80; P: 90)	Passeio com cachorro (D: 50; P:60)	Lendo jornal (D: 20; P: 60)
16 – 18 h	Passeio com o cachorro (D: 80 ; P: 50)	Lendo revista (D: 40; P: 20)	Passeio com o cachorro (D: 80; P: 50)	Passeio com cachorro (D: 50; P: 60)	Passeio com cachorro (D: 80; P:60)	Cochilo (D: 70; P: 20)	Almoço (D: 40; P: 60)
18 – 20 h	Passando roupa (D: 15; P: 5)	Jantando (D: 40; P: 60)	Arrumando a casa (D: 20; P: 60)	Cortando cabelo (D: 60; P 70)	Jantando (D: 20; P: 50)	Lendo jornal (D: 30; P: 50)	Estudando (D: 40; P: 40)
20 – 22 h	Preparando jantar (D: 25; P: 15)	Vendo novela (D: 30; P:30)	Jantando (D: 50; P: 70)	Jantando (D: 50; P: 60)	Lendo livro (D: 80; P: 70)	Vendo Filme (D: 70; P: 80)	Estudando (D: 30; P: 40)
22 – 00 h	Vendo filme (D: 20; P: 60)	Passeio com o cachorro (D: 70; P: 50)	Passeio com o cachorro (D: 80; P: 50)	Dormindo (D: 60; P: 80)	Vendo filme (D: 50; P: 50)	Falando com amiga (D: 80; P: 70)	Jantar (D: 20; P: 60)
00 – 4 h	Dormindo (D: 50; P: 80)	Dormindo (D: 60; P: 70)	Dormindo (D: 50; P: 60)	Dormindo (D: 60; P:80)	Dormindo (D: 40; P: 80)	Dormindo (D: 50; P:80)	Dormindo (D: 50; P: 60)

### REGISTRO DE ATIVIDADE

Tempo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
4 – 6 h							
6 – 8 h							
8 – 10 h							
10 – 12 h							
12 – 14 h							
14 – 16 h							
16 – 18 h							
18 – 20 h							
20 – 22 h							
22 – 00 h							
00 – 4 h							

## Sessão 8: Pensamentos Maníacos

### Agenda:

- ❖ Revisão da última semana e da tarefa de construção do próprio ciclo letárgico
- ❖ Discussão sobre Registro de Atividades desta semana avaliadas em termos de domínio e prazer.
- ❖ Pensamentos típicos da fase maníaca
- ❖ “Fissura maníaca”
- ❖ Distração e adiamento
- ❖ Outros confiáveis e sua importância na tomada de decisões
- ❖ Quantidade e qualidade de ações

### Metas da Sessão:

Nas duas últimas semanas discutimos a respeito dos episódios depressivos no transtorno bipolar e começamos a trabalhar com técnicas de manejo que visam principalmente quebrar o que chamamos de Ciclo Letárgico. Nas próximas semanas falaremos dos episódios maníacos, iniciando por pensamentos na sessão de hoje.

### Os Pensamentos na Fase Maníaca:

Sabemos que os episódios de mania e hipomania são caracterizados por um aumento muito significativo na velocidade de pensamentos, nem sempre confiáveis e/ou realizáveis. Associa-se a isso um rebaixamento da capacidade crítica na tomada de decisões e uma elevação na impulsividade. Por estas razões, provavelmente as técnicas de reestruturação cognitiva, vistas anteriormente, poderão não ser suficientes para estes momentos. A idéia básica nestes momentos será, acima de tudo, **aumentar o tempo entre o pensamento e a ação**. Para começarmos, pode ser muito útil tentar listar os seus pensamentos mais comuns ocorridos nesta fase em qualquer outro momento de sua vida. Caso fique na dúvida utilize o seu **Gráfico de Linha de Vida**, construído na sessão cinco, e/ou reveja os sintomas mais comuns de episódios maníacos descritos na sessão 3 (página 13). Observe também os exemplos descritos por seus colegas do grupo que podem ser algo parecidos com os seus.

### Meus Pensamentos da Fase Maníaca:

- 1- \_\_\_\_\_
- 2- \_\_\_\_\_
- 3- \_\_\_\_\_
- 4- \_\_\_\_\_
- 5- \_\_\_\_\_
- 6- \_\_\_\_\_
- 7- \_\_\_\_\_
- 8- \_\_\_\_\_
- 9- \_\_\_\_\_
- 10- \_\_\_\_\_

**A “Fissura” Maníaca:**

Ao mesmo tempo em que pode colocar uma pessoa em risco, diversos pacientes relatam gostar (e muito!) de estar em episódio maníaco ou hipomaníaco. Isto até certo ponto é compreensível já que o aumento de energia e de pensamentos pode vir acompanhado de um grande, embora muitas vezes falso, aumento da auto-confiança, da produtividade, da capacidade criativa ou de outras atividades. Além disso, em alguns casos parece que o próprio meio reforça o papel do episódio maníaco, como algumas formas de trabalho em que se é importante atingir metas, por exemplo. Outro exemplo importante ocorre em relacionamentos íntimos quando o parceiro ou cônjuge aprecia de algum modo esta fase da doença. Apesar das aparentes vantagens, nosso corpo parece não agüentar muito tempo um episódio maníaco, sendo muito comum o desenrolar de um episódio depressivo em seguida ou a piora dos sintomas maníacos com conseqüente necessidade de internação. Outro ponto importante é durante estes episódios freqüentemente a pessoa se coloca em risco, se envolvendo em brigas ou se endividando, por exemplo.

“Viver dez anos a cem ao invés de cem anos a dez” , como dizia uma antiga letra de música, pode parecer tentador, mas será que, na prática, é viável? Voltaremos a falar “fissura” na próxima sessão, quando abordarmos os comportamentos maníacos e algumas formas de reduzi-los.



## Manejando Pensamentos Maníacos:

Como vimos no início desta sessão o principal objetivo quando tratamos de pensamentos maníacos é adiarmos ou atrasarmos ao máximo a tomada de decisões nestes momentos. Assim, veremos agora algumas formas de tentar fazer isso:

- **“A regra das 48h”:**

Como dizia Aaron Beck, o autor e “pai” desta terapia: Se uma idéia é boa hoje, ela continuará sendo uma boa idéia amanhã e no dia seguinte. Esta estratégia, embora difícil, muitas vezes é útil para evitar comportamentos impulsivos que acontecem em um episódio maníaco. Depois de dois dias de sono você terá a oportunidade de refletir sobre suas idéias e até mesmo obter maiores informações sobre ela. Isto pode ser extremamente útil na prevenção dos problemas financeiros decorrentes destes episódios.

- **“Incluindo outros nas decisões”:**

Durante um episódio de elevação do humor muitas é difícil ouvir outras pessoas. Por isso procure eleger **antecipadamente** ao menos duas pessoas de sua confiança cuja opinião você respeite para ouvir neste momento. É muito importante ter ao menos duas para o caso de você não conseguir entrar em contato com uma delas, você terá a outra.

- **“Distração ativa”:**

Caso você ache muito difícil conter sua idéia ou desejo, uma opção pode vir a ser tentar se distrair dela. Isto pode ser importante para evitar uma decisão da qual você se arrependa depois, em especial para situações que envolvem pessoas que não conhecem você muito bem e que poderão ter dificuldades em entender seu comportamento. Algumas pessoas utilizam imagens relaxantes para combater pensamentos desta fase, ou ainda lembrar de conseqüências de suas ações em fases assim. Provavelmente você precisará de alguma prática antes de saber se esta técnica funciona para você. Voltaremos a falar de Distração mais a frente.

***Outros confiáveis:***

Como dito acima a participação de outras pessoas no tratamento pode vir a ser fundamental em alguns momentos da doença. Por isso é realmente muito importante tentar escolher estas pessoas. Tenha em mente que não é necessário que estas pessoas sejam de sua família. Podem ser amigos próximos, vizinhos ou alguém que você conheça que tenha esta doença, mas que esteja fora de episódio nos últimos tempos. O mais importante é que sejam pessoas que entendam o seu problema e que se disponham a lhe ajudar. Para facilitar, escreva abaixo o nome e o telefone destas pessoas

Nome

Telefones

1- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Modificando seus pensamentos:**

Uma outra técnica útil para ser utilizada em momentos maníacos foi desenvolvida por Jan Scott (2001) e chama-se a “Técnica das Duas Colunas”. Este registro é diferente daquele utilizado na fase depressiva. Uma característica comum destes momentos é assumir apenas o seu ponto de vista, utilizando uma premissa do tipo: “*Se eu sinto que é verdade, então é!*”, (um tipo de **Raciocínio Emocional**, visto anteriormente). O objetivo principal desta técnica é garantir que você está considerando outros pontos de vista. Na página seguinte existe uma folha para você tentar fazer quando em mania ou hipomania. A fim de ajudar a preencher a segunda coluna você pode fazer as seguintes perguntas:

- Que prejuízo esta idéia pode causar aos outros?
- Qual o potencial destrutivo deste projeto?
- Quais são as potenciais perdas?

### A Técnica das Duas Colunas

Minha idéia:	
Razões para realizar minha idéia (benefícios para mim, aspectos construtivos, ganhos):	Razões para NÃO realizar minha idéia (risco para os outros, aspectos destrutivos, perdas):
Conclusão:	

**Tarefa de Casa:**

- 1- Leitura da sessão 8 do manual
- 2- Completar lista de pensamentos na fase maníaca
- 3- Eleger outros confiáveis e, preferencialmente falar com eles
- 4- Manter Registro de Pensamentos e gráfico de humor

**Avaliação da sessão:**

Algumas das estratégias vistas hoje não serão utilizadas de imediato, devendo ser mantidas como um plano para futuras recaídas de mania. Exatamente por isso é necessário tentar antes de por em prática.

## Sessão 9: Comportamentos Maníacos

### Agenda:

- ❖ Revisão da semana e da lista de pensamentos na fase maníaca
- ❖ Elegendo outros confiáveis e comunicando-os
- ❖ Comportamentos típicos da fase maníaca
- ❖ Sinais e sintomas próprios de início da mania
- ❖ Lista de diferenciação entre comportamentos maníacos X depressivos

### Metas da Sessão:

Nesta semana discutiremos sobre comportamentos maníacos e formas de manejá-los. Como visto na semana passada uma das características destes episódios é o rebaixamento do senso crítico. Por esta razão algumas vezes será importante envolver outras pessoas no manejo efetivo de episódios de mania. Além disso, será fundamental utilizar a sua própria experiência com episódios anteriores para evitar outros futuros.

### Características de comportamentos na fase maníaca:

Uma das maiores dificuldades das pessoas com TB é diferenciar entre cada um dos episódios da doença, em especial aqueles de elevação do humor. Vimos em nossa sessão 3 quais são algumas das características que compõe um diagnóstico de episódio maníaco. Naquela lista, contudo, não estão, por exemplo, algumas características dos episódios mistos, que são caracterizados por intensa irritabilidade. Ao mesmo tempo, o mais importante é tentar reconhecer quais são as **suas** características. Nos episódios de elevação do humor, em geral, observamos:

- **Distração:** Incapacidade de completar tarefas
- **Impulsividade:** Agir sem pensar, associada à desinibição
- **Atividades de risco:** Se envolver em atividades que envolvem grande valorização dos ganhos e/ou uma subestimação dos riscos e perigos
- **Irritabilidade:** Comum nos episódios de mania, mas também presente em episódios de depressão.

Cabe lembrar que estes sintomas podem também ocorrer isoladamente fora de um episódio. O que é importante para nós é sempre tentar **agrupar** estes sintomas em um mesmo período de tempo. A seguir é sugerido um exercício que visa diferenciar os comportamentos de cada uma das fases. Procure destacar sempre **o primeiro sintoma** que você observa de mudança, a primeira coisa que você nota que está diferente. Uma sugestão pode ser observar o seu Gráfico de linha de vida e lembrar o que mudou durante os seus períodos de elevação e depressão. Não se limite apenas a comportamentos, mas também sentimentos e pensamentos ocorridos nestas fases. Não se preocupe se aparecerem sintomas iguais em fases diferentes, como, por exemplo, irritação. Esta atividade faz parte da sessão 9, portanto deve ser feita em conjunto.

**Meu Perfil de Sintomas\*:**

<b>Mania</b>	<b>Depressão</b>	<b>Estados Mistos ou outras alterações do humor</b>
<i>Meus sintomas mais comuns de são:</i>	<i>Meus sintomas mais comuns de são:</i>	<i>Meus sintomas mais comuns são:</i>
1- 2- 3- 4- 5- 6-	1- 2- 3- 4- 5- 6-	1- 2- 3- 4- 5- 6-
<i>Meus sintomas menos comuns de são:</i>	<i>Meus sintomas menos comuns de são:</i>	<i>Meus sintomas menos comuns de são:</i>
1- 2- 3- 4- 5- 6-	1- 2- 3- 4- 5- 6-	1- 2- 3- 4- 5- 6-

\* Traduzido e adaptado de Scott (2001): "Overcoming Mood Swings" por Bernardo Gomes

## Lidando com Comportamentos de Elevação de Humor:

Agora que você já identificou seus próprios sintomas de mania e os diferenciou daqueles de depressão, é preciso saber o que fazer em momentos assim. Planejar-se com antecedência é o principal objetivo aqui. As duas abordagens principais aqui são:

- **Manter-se a salvo**
- **Aumentar seu controle pessoal**

### 1- Mantendo-se a salvo:

A fim de evitar situações em que você pode se envolver em problemas, é importante estabelecer alguns planos para momentos de elevação do humor. Algumas idéias seguem abaixo:

*Mantenha seus compromissos simples e praticáveis:* Faça plano de atividades básicas e regulares, mesmo que você esteja cheio de energia. Isto provavelmente não será muito fácil, mas é melhor reduzir do que aumentar seu nível de ativação nestes momentos. Procure dedicar algum tempo entre as suas atividades, evitando “pular” entre uma atividade e outra. Não ignore o tempo necessário para comer ou dormir, ao contrário, faça algum esforço para incluir refeições regulares e tempo regular para deitar e levantar da cama. Se possível, tente passar ao menos 50 % do seu dia em um ambiente calmo ou fazendo atividade relaxantes. Tente **evitar** a todo custo:

- ⇒ **Tarefas complexas ou problemas:** Seus planos devem ser o mais simples possível, procurando adiar qualquer decisão muito importante neste momento. Caso realmente precise lidar com algum problema, cuide dele e apenas dele até solucioná-lo. Somente passe para o seu próximo problema após resolver o anterior. Sempre evite começar muitas atividades ao mesmo tempo. Veremos em nossa próxima sessão algumas formas estruturadas de solução de problemas.
- ⇒ **Situações ou pessoas estimulantes:** Tente evitar situações, substâncias ou pessoas que te coloquem ainda mais para cima neste momento.

*Atividades relaxantes:* Programe alguns momentos dedicados a relaxar nestes períodos. Pode ser apenas um tempo para você, como permanecer em um cômodo da sua casa onde você se sinta mais à vontade e confortável, por exemplo, ou ouvindo uma música calma que você goste.

*Lidando com situações sociais:* Como dito acima é importante evitar algumas situações sociais, mas caso você realmente precise participar de atividades com outras pessoas, tente espaçar estas atividades no período de uma semana, não fazendo tudo no mesmo dia. Em uma situação social procure sempre:

- ⇒ Se possível sente em uma cadeira antes de começar a falar
- ⇒ Sente de modo ereto e procure controlar sua respiração
- ⇒ Se esforce para ouvir os comentários das outras pessoas
- ⇒ Não interrompa não importando quão inteligente lhe pareça seu comentário
- ⇒ Espere por um intervalo na conversa antes de falar



- ⇒ Faça uma pausa antes de você começar a falar
- ⇒ Fale de um modo que pareça lento para você
- ⇒ Não use suas mãos ao falar - se necessário sente nelas!

## **2- Aumentando seu controle pessoal:**

Quando estão com o humor elevado, as pessoas com TB apresentam um grande número de idéias ou projetos. Contudo, estas idéias podem ser alvo de críticas por parte de outras pessoas, ou mais ainda, não serem realizáveis no tempo ou na velocidade desejável pela pessoa. Como consequência pode ocorrer frustração e irritabilidade que podem agravar o quadro. Para evitar isso, é importante tentar aumentar o seu controle sobre estas situações. A idéia principal é: “Controle o que você pode controlar e não se engaje em comportamentos que você não pode controlar”. Reveja algumas das estratégias sugeridas para lidar com pensamentos maníacos (sessão 8). Elas podem ser úteis para os comportamentos também. Caso você sinta que a sua idéia é muito importante, ainda assim tente conter sua impulsividade! Uma alternativa a isso pode ser **anotar** as suas idéias em uma folha de papel. Embora simples, esta intervenção pode lhe dar a chance de rever seus planos quando você não estiver com o humor elevado. Você pode tentar manter um caderno para estas idéias.

### **Tarefa de Casa:**

- 1- Leitura da sessão 9 do manual
- 2- Manter Registro de Pensamentos e gráfico de humor

### **Avaliação da sessão:**

Nesta sessão encerramos uma parte importante do tratamento que é dedicado a tratar dos episódios de humor. Em nossos próximos encontros falaremos de temas específicos que são comuns em pessoas com transtorno bipolar.

## Sessão 10: Solução de Problemas

### Agenda:

- ❖ Revisão da semana e da lista de pensamentos na fase maníaca
- ❖ Estratégias de Solução de Problemas
- ❖ Prevenção de Recaídas
- ❖ Cartão de enfrentamento para futuras recaídas

### Metas da Sessão:

Após termos visto quais são as suas características e sintomas em cada episódio, além de estratégias de manejo para os mesmos, começaremos a ver alguns tópicos específicos deste tratamento. Nesta semana falaremos de dois pontos fundamentais: solução de problemas e prevenção de recaídas.

### Tentando resolver alguns problemas:

Considerando o enorme impacto que as oscilações de humor possuem na vida de quem tem transtorno bipolar é esperado que muitos problemas surjam. Como muitas vezes estas pessoas demoram em receber tratamento, os problemas se tornam repetitivos ou crônicos. Além disso, estudos têm demonstrado que as pessoas com TB apresentam dificuldade no planejamento e na execução de tarefas, mesmo fora de episódios. Por estas razões veremos agora algumas formas do que chamamos em terapia cognitiva de solução de problemas. A idéia principal é **fragmentar** os problemas em partes menores e sempre começar **do mais simples para o mais complexo**. Primeiramente faça uma lista de algumas coisas que lhe incomodam neste momento:

Problemas :	Data limite:	Prioridade:
1- _____	____/____	_____
2- _____	____/____	_____
3- _____	____/____	_____
4- _____	____/____	_____
5- _____	____/____	_____

Quando você estiver diante de muitos problemas, sempre vale à pena **planejar** primeiro, antes de fazer qualquer coisa. Por esta razão tente estabelecer uma data limite para que cada um destes problemas esteja resolvido. Tente também priorizar àqueles problemas que dependem mais de você para serem resolvidos. Escolha um destes problemas, de preferência um que tenha um prazo mais curto, e tente seguir os passos descritos na próxima página.

## Solução de Problemas Estruturada

### Passo 1: Qual é o Problema

Pense sobre e discuta o problema ou objetivo cuidadosamente e então escreva abaixo exatamente o que você acredita ser o problema principal ou objetivo. Quanto mais tempo discutir o problema ou objetivo que é específico e potencialmente solucionável, melhor.

---



---

### Passo 2: Liste todas as Soluções Possíveis

Ponha abaixo *todas* as idéias (gerar dez como um mínimo), mesmo as ruins. Liste todas soluções possíveis sem nenhuma avaliação delas nesse momento.

1-	
2-	
3-	
4-	
5-	
6-	
7-	
8-	
9-	
10-	

### Passo 3: Discuta cada Solução possível

Percorra rapidamente a lista de possíveis soluções e avalie as vantagens e desvantagens de cada uma.

### Passo 4: Escolha a Melhor ou Mais Prática Solução

Escolha a solução ou combinação delas que possam ser executadas mais facilmente com seus atuais recursos (tempo, dinheiro, habilidades etc.)

### Passo 5: Planeje como executar a melhor solução

Liste, em pequenos passos, como você pretende implementar a solução. Identifique os recursos necessários e os problemas principais que precisam ser superados. Tenha todas as informações necessárias com você (endereços, nomes, números de telefone etc.).

Recursos necessários	
Problemas a superar	

Passo 1	
Passo 2	
Passo 3	
Passo 4	

**Passo 6: Anote seu progresso marcando acima. Reveja quão bem a solução foi executada. Sinta-se bem com seus esforços.** Revise seus planos se necessário. Continue o processo de solução de problemas até você ter resolvido seu stress ou atingido seu objetivo

**Nota:** Talvez alguns pensamentos automáticos venham à sua mente durante esta atividade. Caso você sinta que eles estão lhe atrapalhando, **pare** de fazer a solução de problemas e tente reconhecer a este pensamento. Talvez seja uma **distorção cognitiva** semelhante àquelas que vimos anteriormente. Procure responder a estes pensamentos utilizando o registro de pensamentos contido na página 40 deste manual.

### **Prevenção de Recaídas:**

Como vimos anteriormente o TB é caracterizado, entre outras coisas, por episódios recorrentes. Prevenir recaídas, portanto é uma vez mais admitir a chance que um novo episódio de humor ocorra. Mais do que isso é *estar preparado da melhor forma possível para isto*. Boa parte dos pacientes com transtornos de humor consegue identificar sintomas-chave que antecedem estes episódios. Este período é chamado pelos clínicos de pródromo, ou seja, sinais e sintomas que antecedem uma doença. A fim de prevenir futuras recaídas é muito importante reconhecer como são os seus sinais neste período. Um exemplo bastante comum de sintoma prodromico é a redução da necessidade de sono na fase de mania. Em nossa sessão nove você já identificou alguns dos sintomas iniciais de recaída para cada uma das fases, ao sinalizar o primeiro sintoma de cada fase. Caso lembre de mais algum sintoma registre-o também para que possamos utilizar mais adiante.

Ao mesmo tempo, estes momentos são muitas vezes disparados por situações específicas, que nós podemos chamar de GATILHOS. Discussões familiares muitas vezes são apontadas como potentes gatilhos por boa parte dos pacientes que tem TB. Outros gatilhos importantes podem envolver situações de trabalho, como promoções ou demissões. É fundamental tentar identificar quais são os seus gatilhos a fim de manejá-los quando surgirem novamente no futuro. Além de se prevenir de novas situações aflitivas você poderá tentar utilizar as técnicas de solução de problemas vistas anteriormente para lidar com esses gatilhos.

Pode ser muito útil tentar colocar todas estas informações no que chamamos de cartão de enfrentamento, que nada mais é que um papel que contenha as principais informações que você precisará lembrar em caso de uma recaída. Abaixo temos um exemplo de cartão de enfrentamento preenchido e na próxima página alguns em branco para você tentar preencher. Tenha em mente que esta atividade é e será muito mais proveitosa se for compartilhada com a alguém em quem você confie, conforme vimos nas duas últimas sessões.

<b>Exemplo de plano de prevenção de recaídas para hipomania</b>	
Gatilhos	Proximidade com o fim do ano; pressão no trabalho; discussão com irmã
Sinais e sintomas de alerta (pródromes)	Dificuldade em dormir; Ficar mais falante; Gasto excessivo;
Frequência de monitoramento	A cada duas semanas
Plano de ação	Aumentar minha monitoria; Ligar para meu médico; Manter meu horário de sono;
Cópias dadas para	Minha esposa;

<b>MEU PLANO DE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS PARA DEPRESSÃO</b>	
Gatilhos	
Sinais e sintomas de alerta (pródromes)	
Frequência de monitoramento	
Plano de ação	
Cópias dadas para	

<b>MEU PLANO DE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS PARA MANIA / HIPOMANIA</b>	
Gatilhos	
Sinais e sintomas de alerta (pródromes)	
Frequência de monitoramento	
Plano de ação	
Cópias dadas para	

**Avaliação da sessão:**

Nesta semana vimos algumas estratégias de solução de problemas que podem lhe ser úteis no futuro. Mantenha clara a idéia de que serão necessárias ALGUMAS tentativas para que estas habilidades se tornem mais naturais. Nas próximas semanas discutiremos mais alguns temas específicos que afetem pessoas com TB.

**Tarefa de Casa:**

- 1- Leitura da sessão 10 do manual
- 2- Elaboração de Cartão de Enfrentamento
- 3- Manter Registro de Pensamentos e gráfico de humor

## Sessão 11: O Estresse e o Transtorno Bipolar

### Agenda:

- ❖ Revisão da semana e das estratégias de Solução de Problemas
- ❖ Cartão de Prevenção de Recaídas
- ❖ O que é estresse
- ❖ Higiene do Sono
- ❖ Solução de Problemas para higiene do sono

### Metas da Sessão

Continuando a falar sobre temas específicos no transtorno bipolar, nesta semana veremos o papel do estresse no TB. Começaremos definindo estresse, para em seguida aplicar as estratégias de solução de problemas, aprendidas na última sessão, para lidar com gatilhos de situações estressantes.

### Texto 6: Definindo Estresse

Como vimos anteriormente o TB é uma doença que se caracteriza por episódios recorrentes, e estes tendem a acontecer quando a pessoa está diante de situações estressantes. Porém, como ocorre com muitos conceitos que usamos no dia-a-dia, falamos em estresse, mas será que podemos definir o que ele é? Provavelmente você não teria dificuldade para descrever uma situação estressante, como uma briga em família, por exemplo. Mas o que ocorre conosco em situações assim? O que fica diferente quando estamos estressados?

O estresse pode ser entendido como uma resposta do nosso organismo a situações novas, ou mudanças no ambiente. Toda vez que o meio em que vivemos muda, nosso corpo apresenta uma série de respostas fisiológicas que buscam restabelecer o equilíbrio anterior. Visto assim, **o estresse é, antes de tudo, uma forma do nosso organismo se adaptar ao meio.** Porém, quando muito ativado este mecanismo adaptativo começa a “desgastar” o corpo, provocando um desequilíbrio que pode levar a diversas respostas. Todo ser humano possui um órgão mais sensível ao estresse, que é o primeiro a denunciar este desequilíbrio. Em geral, a pele é um órgão muito vulnerável ao estresse e um exemplo disso é o aumento de queda de cabelo que é comum quando estamos em situações estressantes.

A primeira pessoa a definir estresse foi um endocrinologista austro-húngaro chamado Hans Selye. Ele observou uma resposta física e comportamental específica em ratos que eram submetidos a estímulos estressores, que ele batizou de Síndrome Geral de Adaptação, o que, mais tarde, foi observado também em humanos. O mesmo autor definiu FASES do estresse que poderiam ocorrer em seqüência: alarme, resistência e esgotamento. Após esta última ele observou o aparecimento de uma série de doenças tais como úlcera e hipertensão arterial, por exemplo. Existem dois tipos de estresse: o crônico e agudo. O estresse crônico afeta a maioria das pessoas no seu dia-a-dia de forma mais suave enquanto o stress agudo é mais intenso e curto e ocorre em situações específicas, como morte de algum ente querido ou demissão de um emprego.

Hoje sabemos que diversas doenças são reativas ao estresse, dentre elas os transtornos mentais, como o TB. Tentamos ilustrar esta relação com o que chamamos de **MODELO DE VULNERABILIDADE AO ESTRESSE**, descrito anteriormente (página 12). Naquele modelo é notável a relação que existe entre estresse e rompimento de ritmos circadianos, em especial o ciclo de sono e vigília. Por esta razão, manter este ciclo não é apenas uma medida eficaz para reduzir o estresse, mas também pode ser entendida como uma forma de prevenir recaída de episódios de humor. Na próxima página encontramos algumas medidas do que chamamos de Higiene do Sono. Tente segui-las ao máximo como



uma medida preventiva para oscilações do humo. Na página seguinte há uma página para você identificar os possíveis problemas em manter estas medidas. Ao identificar estes problemas, procure aplicar as estratégias de solução de problemas, vistas na última sessão.

### **MEDIDAS DE HIGIENE DO SONO\***

- 1- Levantar sempre no mesmo horário, nem muito cedo nem muito tarde, não importando a hora que deitou
- 2- Só ir para cama com sono, não ficar esperando o sono na cama.
- 3- Não usar álcool, cafeína ou nicotina no período noturno.
- 4- Evitar cochilos diurnos.
- 5- Evitar estimulação noturna (TV, rádio, música alta). Não realizar exercícios físicos intensos à noite.
- 6- Tomar banhos quentes próximo ao deitar.
- 7- Evitar grandes refeições à noite.
- 8- Procurar atividades que relaxem à noite.
- 9- Manter o quarto confortável: sem ruídos externos, temperatura adequada, relógio silencioso etc.
- 10- Se não conseguir dormir, levantar e fazer alguma atividade tranquila. Não esperar o sono na cama.
- 11- Manter-se em atividade durante o dia. A pessoa cansada dorme melhor.
- 12- Dormir bem, mas somente o necessário, não ficando na cama depois de ter acordado.
- 13- Ter noção de que existem padrões individuais e familiares de quantidade de sono.  
Algumas pessoas se sentem bem com quatro horas de sono ao dia e outras precisam de dez horas. Os fatores ambientais pouco alteram esses padrões.

\*Adaptado de Nunes, Bueno e Nardi (1996)



**Tarefa de Casa:**

- 1- Leitura da sessão 11 do manual
- 2- Manter Registro de Pensamentos e gráfico de humor

**Avaliação da sessão:**

A sessão de hoje abordou um tema importante no TB que é o estresse. Além disso, destacamos a importância de manter o ciclo de sono e vigília como uma forma de prevenir o aumento do estresse em nosso organismo. Por fim, esta sessão pode ser usada como uma ocasião a mais para utilizar as estratégias de solução de problemas que acabamos de ver na sessão 10.

## Sessão 12: Habilidades de Comunicação

### Agenda:

- ❖ Revisão da semana e das estratégias de Solução de Problemas
- ❖ Relação entre comunicação e prognóstico de TB
- ❖ Estresse e comunicação
- ❖ Conceito de assertividade
- ❖ Exercício assertivo

### Metas da Sessão

Nesta sessão discutiremos formas diferentes de comunicação e sua relação com as recaídas em TB. Como veremos comunicação e estresse estão muito próximos, e ao manejar um estaremos automaticamente cuidando do outro. Durante esta sessão faremos também um exercício de treino de assertividade para que está possa ser demonstrada na prática.

### Texto 7: Assertividade

Seja no trabalho ou em relacionamentos íntimos estamos sempre falando. Muitos gatilhos, ou situações ativadoras de estresse estão relacionados com comunicação, como quando ocorrem discussões, por exemplo. Desta forma, comunicar-se da melhor forma possível é, sobretudo, uma forma de combater o estresse e prevenir recaídas.

Nos últimos anos alguns estudos têm enfatizado o papel fundamental das relações familiares no bom prognóstico de pacientes psiquiátricos. Hoje sabemos que a qualidade do relacionamento em muito influencia o andamento do quadro. Ambientes familiares especialmente críticos ao paciente afetam negativamente o resultado de seu tratamento, especialmente no que diz respeito à chance de novas recaídas. Tal fato também tem sido observado frequentemente em pessoas com TB. Por esta razão já há alguns anos têm sido propostas intervenções que melhorem a relação familiar, principalmente melhorando as formas de comunicação na família. Assim, a comunicação passou a ser um tema freqüente nos programas de psicoterapia para TB.

No grupo veremos uma forma específica de comunicação que chamamos de assertividade. Ela pode ser definida conforme abaixo:

#### **Assertividade = expressão direta, honesta e adequada de sentimentos**

O problema básico de toda comunicação é que aquilo que falamos, em geral **não** é aquilo que o outro escuta. Isto ocorre por que em toda comunicação existe algum **ruído** que interfere, ou seja, quando falamos outros sons interferem, pensamentos e interpretações ocorrem, nossa atenção varia. Muitas vezes este ruído é tão intenso que a comunicação praticamente não ocorre. E isto é muito fácil de ser observado em uma briga ou discussão: pessoas falam ao mesmo tempo, em tom muito alto, sem prestar atenção no que o outro está falando etc. Assim através da comunicação assertiva ou da assertividade espera-se que este ruído seja reduzido, porém não eliminado de todo.

Comunicamos-nos das mais variadas formas, mas podemos agrupá-las de três modos: agressividade, passividade e assertividade. Cada uma destas formas apresenta vantagens e desvantagens específicas, e é difícil prever de antemão qual a forma mais eficaz para todas as situações que vivenciamos. Talvez o mais provável é que tenhamos

treinado estas formas diferentes de modo a **escolher**, mediante a situação, qual é aquela que se adapte melhor. Possivelmente até hoje você tem utilizado uma forma de comunicação mais vezes do que outras, (e isto é normal!). Porém como estamos falando de um jeito específico de fala, a assertividade, cabe algum treino para deixá-lo (a) o mais apto possível a utilizá-la.

Primeiramente vamos observar algum exemplo de cada tipo de comunicação para que fique mais claro o que é assertividade. Esta é uma atividade da sessão 12 e deverá ser feita junto com os seus terapeutas.

**Situação:** Algum amigo de quem você gosta muito lhe pede para tomar conta do gato de estimação dele durante o fim de semana. Vamos supor que você **NÃO** goste de gatos e que isto lhe tomará um tempo importante do seu descanso. O que você diria a ele? Tente responder usando as três formas de comunicação contidas abaixo.

Exemplo de Comunicação Agressiva:

---

---

---

---

Exemplo de Comunicação Passiva:

---

---

---

---

Exemplo de Comunicação Assertiva:

---

---

---

---

Note que alguns elementos são fundamentais para distinguir cada uma destas formas de comunicação: o tom de voz, o contato visual, as palavras escolhidas entre outros. Para se valer da comunicação assertiva uma pessoa precisa prestar atenção aos mesmos componentes. Abaixo seguem alguns elementos importantes para você tentar ser mais assertivo:

- 1- Seja direto: Diga, de modo o mais breve possível, aquilo que você deseja sem dar explicações excessivas.

- 2- Fale sempre na primeira pessoa (Ex: “Eu não gostaria que você fizesse isso”). Cabe lembrar que, acima de tudo, você está expressando somente uma opinião **sua!** Mesmo que outras pessoas concordem com a sua opinião, não são elas que estão falando naquele momento. A sua opinião é baseada na sua visão do problema.
- 3- Seja específico: Procure indicar o que você espera do outro, sugerindo como ele pode mudar. Procure evitar palavras como “**sempre**”, “**nunca**” (ex: “Você sempre me decepciona!”). Poucas vezes repetimos de modo exatamente igual nosso comportamento.
- 4- Critique o comportamento e não a pessoa: Ao ser assertivo evite julgar a pessoa como um todo (Ex: “Você não faz nada direito” é muito diferente de “Eu não concordo com isso que você fez”). A maioria de nós não se sente à vontade em ser julgado, tomando isso como uma agressão.
- 5- Tente ser educado, porém firme. Evite ser irônico! A ironia é reconhecidamente uma forma de agressividade.
- 6- Tente se colocar no lugar do outro: Imagine que você ouvisse o que quer dizer. Como você reagiria? Conseguiria compreender o que você espera? Ficaria chateado a ponto de não prestar mais atenção? Por vezes não nos atentamos para o fato que não gostaríamos de ouvir o que dizemos para os outros.
- 7- Pratique! Pode ser muito difícil e complicado ser assertivo, por esta razão quanto maior a sua prática melhor. Lembre-se que **ninguém** é 0% assertivo! Talvez você mesmo se recorde de algum exemplo em que falou de modo claro, direto, sem muitas explicações, ou seja, assertivo!

**Atenção:** Cabe lembrar que a assertividade é uma escolha que fazemos por nós mesmos, ou seja é uma escolha para si e não para o outro. O que se procura ao ser assertivo é que o outro entenda melhor o que você pensa. Além disso, em geral os seres humanos somos muito mais atentos aos comportamentos do que às palavras. Ou seja, não adianta cobrarmos algum compromisso que nós mesmos não seguimos, por exemplo. Por mais treinado que uma pessoa seja neste tipo de comunicação, pouco irá adiantar se aquilo que ela coloca contradiz aquilo que ela faz!

### **Assertividade positiva**

Muitas vezes a assertividade é relacionada a fazer críticas ou negar pedidos indesejáveis, e isto está correto. Contudo também podemos ser assertivos quando elogiamos sinceramente alguém, por exemplo. A isto damos o nome de **assertividade positiva**. Ela é tão importante quanto a negativa que vimos acima e é interessante observar que para muitas pessoas é difícil ser assertivo positivamente e mais fácil ser assertivo negativamente.

**Exercício assertivo**

Busquemos agora colocar em prática aquilo que você aprendeu até aqui sobre comunicação. Selecione um evento em que a comunicação foi um problema para você. Pode ser um exemplo de comunicação agressiva ou passiva, tanto faz. A seguir discuta com os membros do grupo uma forma mais assertiva de colocar o que você queria. Por fim praticaremos o exemplo de cada um de modo a termos o maior número de exemplos possíveis. Esta é uma atividade para ser praticada na sessão 12.

**Tarefa de Casa:**

- 1- Leitura da sessão 12 do manual de terapia
- 2- Manter Registro de Pensamentos e gráfico de humor
- 3- Ao longo da semana mantenha-se atento a momentos em que você pode ser assertivo

**Avaliação da Sessão**

Vimos nesta sessão uma forma específica de comunicação que pode lhe ajudar a prevenir algumas situações estressantes no dia-a-dia. Em nossa próxima sessão retornaremos neste tópico ao falar do papel da família no TB.

## Sessão 13: O Papel da Família e Sociedade

### Agenda:

- ❖ Revisão da semana e do conceito de assertividade
- ❖ Momentos assertivos durante a semana
- ❖ Rever exercício assertivo
- ❖ Discussão aberta sobre estigma

### Metas da Sessão:

Esta é uma sessão dedicada a rever o papel que a sociedade exerce no prognóstico de TB. Começaremos lembrando do conceito de assertividade sua aplicabilidade, com os exemplos trazidos nesta última semana, e suas limitações. Em seguida discutiremos sobre o estigma comumente observado em pessoas com TB.

### O Papel da Família:

Embora nosso protocolo de tratamento voltado para a família, nos dedicaremos um pouco a este tema. Como vimos em nossa última sessão a família pode exercer um importante papel no tratamento de pessoas com TB, tanto prevenindo e ajudando no tratamento, como, infelizmente, aumentando as chances de recaída. Ambientes familiares muito críticos e hostis aumentam as chances de recaída em pessoas com TB. Ao mesmo tempo é possível que os familiares possam ser um dos poucos a dar suporte e ajuda quando o paciente não está bem. Deste modo é algumas vezes importante **tentar** envolver a família em seu tratamento (de fato já fizemos isso antes, quando falamos de outros confiáveis). Para isso será necessário lembrarmos um pouco do que foi discutido sobre assertividade na sessão 12 e alguns outros fatores. Antes de tentar envolver sua família em seu tratamento, sendo preferencialmente assertivo, tente responder as perguntas abaixo:

- Sua família sabe?
- Sua família entende o que é TB? Se não todos, quem entende?
- Ela concorda com seu tratamento?
- Alguma vez já se envolveu de modo efetivo em seu tratamento? Como foi o resultado deste envolvimento?
- Este é um bom momento para entrar em contato com eles? Está acontecendo algum problema neste momento?

Muito provavelmente você não respondeu a todas as perguntas de forma positiva. Responder a estas perguntas pode lhe ajudar a avaliar as suas chances de ser assertivo neste momento a respeito de envolver sua família em seu tratamento. Ao mesmo tempo estas perguntas também podem ser o ponto de partida para aquilo que você pode discutir com sua família quando você sentir-se preparado. Iremos iniciar a discussão conjuntamente a partir deste ponto da sessão.



### **Continuando assertivo...**

Além da família outras pessoas que fazem parte de sua vida poderão oferecer problemas em entender suas oscilações de humor. Nos últimos anos o TB tem sido mais discutido e aparecido na mídia. Nem por isso muitas vezes o preconceito a respeito das pessoas que tem esta doença tem sido reduzido na mesma proporção. Por isso é razoável admitir que você tem boas chances de sofrer algum tipo de preconceito. A fim de melhorar a sua habilidade de interação com outras pessoas você pode tentar seguir algumas das diretrizes abaixo (adaptado de Jamison, 2001):

1- Separe algum tempo para pensar naquilo que você precisa dizer e no assunto que você está tentando debater.

2- Seja claro e específico sobre o problema, mas certifique-se que você o conhece. Evite colocar toda a responsabilidade sobre a outra pessoa. Declarar “você está arruinando nossa relação” é muito geral admite culpar apenas aos outros. Isto pode conduzir a outra pessoa a se defender contra a crítica percebida, muitas vezes de modo agressivo.

3- Evite declarações muito imprecisas. “Sempre” e “nunca” são palavras-chave a serem banidas nestas horas. Outras declarações que não ajudam incluem: “se você me amasse você faria...” ou “se você se preocupasse comigo você não faria...”.

4- Tente desenvolver uma visão conjunta sobre o problema. Se vocês não concordam com o problema JAMAIS irá concordar com a solução.

5- Seja um bom ouvinte. Não interrompa a pessoa e não diga que ela está errada. Lembre-se que elas estão expressando suas opiniões e sentimentos.

6- Mantenha a sua perspectiva. Se a conversa tornar-se esquentada, esteja preparado para negociar algum tempo para que ambos possam rever para onde a conversa está caminhando e poder retomar o assunto mais a frente.

7- Tente permanecer calmo. Se você ficar irritado, você pode começar a usar palavras das quais se arrependa. Assim, caso você permaneça desta forma, será muito mais difícil chegar a algum consenso.

8- Tente criar uma abordagem passo a passo sobre qualquer ação na qual vocês concordem e programe um tempo para vocês possam discutir o progresso que você obtiverem.

9- Esteja preparado para tomar uma atitude ativa em tentar encontrar uma solução, mesmo que isso signifique ceder em algum ponto. Não espere o outro para ter esta atitude, nem que ele ceda por completo.

10- Esteja disposto a tentar a solução proposta pelo outro. Não force simplesmente o outro a seguir a sua proposta.

**Tarefa de Casa:**

- 1- Leitura da sessão 13 do manual de terapia
- 2- Manter Registro de Pensamentos e gráfico de humor
- 3- Tentar ser assertivo voluntariamente ao menos uma vez nesta semana

**Avaliação da sessão:**

Esta é uma sessão semi-estruturada que visa abordar dois temas extremamente delicados, o papel da família e sociedade. Falamos muito de estigma e preconceito procurando focalizar naquilo que é mais diretamente mutável ou seja, o nosso próprio comportamento frente a isso.

## Sessão 14: Revisão das Sessões Anteriores

### Agenda:

- ❖ Avaliação do tratamento
- ❖ Revisão das sessões
- ❖ Dúvidas e problemas futuros

### Metas da Sessão:

Começaremos a partir desta sessão a nos preparar para a despedida. Por isso esta é uma sessão de revisão, basicamente. Veremos juntos as dúvidas que restaram e preparar o grupo para o distanciamento das sessões. Também começaremos a discutir um pouco sobre previsão de recaídas.

### Tornando-se seu próprio terapeuta:

Desde o início de nosso trabalho foi colocado que a meta da terapia cognitivo comportamental é que a pessoa se torne sua própria terapeuta. Além disso, no caso específico do TB, podemos observar a importância da **prevenção**, ou seja, será necessário praticar algumas habilidades após o término da terapia. Algumas habilidades estão descritas abaixo.

#### Habilidades a serem mantidas após a terapia:

1. Monitorar as variações do humor
2. Identificar e testar pensamentos automáticos e distorções
3. Responder racionalmente aos pensamentos automáticos
4. Criar hierarquias para tarefas difíceis
5. Dividir problemas grandes em componentes manejáveis
6. Gerar respostas alternativas para os problemas
7. Identificar vantagens e desvantagens dos problemas
8. Monitorar atividades e compromissos
9. Relaxar
10. Distrair-se
11. Dar-se crédito: usar afirmações positivas
12. Usar o Registro de Pensamentos Disfuncionais

### Tarefa de Casa:

1. Leitura da sessão 14 do manual de terapia
2. Manter Registro de Pensamentos e gráfico de humor
3. Durante estas duas semanas preparar dúvidas sobre o futuro do tratamento

## Sessão 15: Previsão de Recaídas

### Agenda:

- ❖ Revisão do período de 15 dias
- ❖ Previsão de Recaídas - 1ª parte

### Metas da Sessão:

Nesta sessão discutiremos sobre recaídas tendo em vista uma forma de se preparar para elas, a qual chamamos de prevenção de recaídas. Este é um tópico que será discutido nestas duas últimas sessões antes do término da terapia. Além disso aproveitaremos esta sessão também para rever os principais tópicos do tratamento.

### Texto 8: Preparando-se para recaídas futuras

Conforme vimos ao longo de todo o tratamento o TB é uma doença marcada por recorrências, ou seja, **há a chance real** de você apresentar novas recaídas de episódios de humor. Deste modo é razoável assumir a necessidade de estar preparado da melhor forma possível para estas recorrências. Podemos pensar nesta preparação como dois pontos centrais que se complementam: o que **fazer** quando a recaída começar e o que **pensar** sobre a recaída.

Vamos iniciar nossa discussão sobre o que fazer em termos de prevenção de recaídas. Por um lado é esperado que as pessoas ao término de uma terapia como esta reduzam a atenção a certos componentes de seu tratamento, como, por exemplo, o uso do gráfico do humor diariamente. Isto, contudo, não é algo recomendável já que seu tratamento irá continuar mesmo após o término da terapia. Deste modo uma primeira forma de prevenir recaídas é desenvolver um plano para observação do humor após o fim da terapia. Além disso, ao longo de nosso tratamento falamos sobre os principais gatilhos de cada um, ou seja, eventos ou comportamentos que favorecem uma recaída. Para terminar cabe lembrar o que podemos fazer antes de **entrar** francamente em uma recaída. A isto chamamos de plano de ação, que nada mais é do que uma forma de lidar preventivamente com as oscilações quando elas começarem. Como as fases de mania e depressão apresentam problemas diferentes, é muito importante estabelecer um plano de prevenção de recaídas diferente para cada fase. Abaixo segue um exemplo de plano de prevenção de recaídas completo para fase depressiva e maníaca. Faremos juntos nesta sessão um plano de prevenção para cada membro do grupo.

**Exemplo de plano de prevenção de recaídas para fase depressiva** (adaptado de Scott, 2001):

Gatilhos: Discussões na família, festas de fim de ano,

Sinais de alerta precoces: Redução de energia  
 Maior sensibilidade  
 Dificuldades para levantar da cama  
 Maior irritabilidade

Frequência de monitoramento: Mensalmente se não houverem gatilhos  
 A cada duas semanas se existirem gatilhos  
 A cada dois dias se houver redução de energia

Plano de ação: Aumentar monitoramento do humor (gráfico do humor)  
 Utilizar registro de atividades para atividades prazerosas  
 Marcar um encontro com uma amiga  
 Utilizar registro de pensamentos automáticos e modificar meus pensamentos  
 Entrar em contato com meu psiquiatra e agendar uma consulta em até duas semanas

Cópias dadas a: Meu marido, minha mãe

**Exemplo de plano de prevenção de recaídas para fase maníaca** (adaptado de Scott, 2001):

Gatilhos: Início das férias, começo de relacionamentos afetivos, consumo de álcool excessivo

Sinais de alerta precoces: Começar a falar rapidamente  
 Elevar o tom de voz com desconhecidos  
 Dormir menos de seis horas por dia  
 Gasto de dinheiro em excesso

Frequência de monitoramento: A cada dois meses de março a agosto  
 A cada mês de setembro a fevereiro  
 A cada duas semanas nas férias  
 A cada dois dias se dormindo menos de seis horas por dois dias

Plano de ação: Aumentar monitoramento do humor (gráfico do humor)  
 Reler e colocar em prática higiene do sono  
 Limitar os gastos entregando os cartões de crédito  
 Considerar um tempo um dia de folga no trabalho para colocar o sono

em dia

Entrar em contato com meu psiquiatra em até uma semana

Cópias dadas a: Meu melhor amigo, minha irmã

Após observar estes exemplos iremos tentar construir um plano de prevenção com o seu próprio conhecimento. O que já deu certo para você? O que não funcionou muito bem? Por quê? O que você aprendeu com isso? Atenção! Não se perca em muitas dúvidas. Tente observar o que melhor funcionou para você sem julgar em demasia o porquê. Concentre-se nos fatos que podem lhe ajudar no futuro.

**Meu plano de Prevenção de Recaídas para fase depressiva:**

<u>Gatilhos:</u>
<u>Sinais de alerta precoces:</u>
<u>Frequência de monitoramento:</u>
<u>Plano de ação:</u>
<u>Cópias dadas a:</u>

**Meu plano de Prevenção de Recaídas para fase maníaca:**

<u>Gatilhos:</u>
<u>Sinais de alerta precoces:</u>
<u>Frequência de monitoramento:</u>
<u>Plano de ação:</u>
<u>Cópias dadas a:</u>

**Tarefa de Casa:**

- 1- Leitura da sessão 15 do manual de terapia
- 2- Manter Registro de Pensamentos e gráfico de humor
- 3- Rerler o material da terapia levantando dúvidas

**Avaliação da sessão:**

Nesta semana revemos os pontos principais desta terapia e nos aprofundamos um pouco em previsão de recaídas. Em nossa próxima e última sessão discutiremos um pouco mais sobre como trabalhar os pensamentos diante de uma recaída.

**Sessão 16: Encerramento****Agenda:**

- ❖ Revisão do período de 30 dias
- ❖ Prevenção de Recaídas - 2ª parte
- ❖ Despedida do grupo

**Metas da Sessão:**

Esta será a última sessão de terapia e por isso faremos um resumo final do que discutimos ao longo de nossas sessões, enfocando em especial a prevenção de recaídas, iniciada na sessão anterior. A sessão começa com a revisão do período de um mês que separam estas sessões.

**Texto 9: Prevenção de Recaídas – pensando a respeito**

Em nossa última sessão nos dedicamos a estabelecer um plano de prevenção de recaídas para episódios de humor. Como vimos ao longo de nossa terapia as chances de recair não são desprezíveis e a idéia é estar da melhor forma preparado para estas ocorrências. Ao mesmo tempo é fácil imaginar que muitos pensamentos ocorrem quando de uma recaída, especialmente após um longo período livre de sintomas. Em outras palavras, as distorções cognitivas estão presentes nestes períodos e são um tópico fundamental para avaliarmos agora que estamos nos preparando para encerrar esta terapia. Veja abaixo alguns mitos e fatos sobre recaídas – ao término existe algum espaço para você preencher com qualquer idéia que você possa ter a respeito de recaída:



## Mitos e fatos sobre a recaída (adaptado de Washton, 1989):

MITO	FATO
A recaída é sinal de falha no tratamento	A recaída é um comportamento evitável, podendo ser utilizada para detecção de estímulos antes desconhecidos. Desta forma, pode-se aprender a aproveitar as recaídas para desenvolver novas estratégias de prevenção.
A recaída ocorre somente no momento que o paciente apresenta novos episódios de humor.	A recaída começa dias antes dos episódios. Mudanças de comportamento e atitudes, exposições inadvertidas a situações de risco precedem as oscilações de humor.
A recaída é sinal de pouca motivação.	Mesmo o paciente mais motivado apresenta recaídas. O processo de prevenção de recaídas é árduo e longo.
A recaída anula o que o paciente havia conquistado.	O paciente vai estruturando sua rotina paulatinamente, e quando ocorre a recaída, muitas das modificações são mantidas, devendo ser reforçadas as "pistas" que esta recaída forneceu.
A ausência de recaídas garante a recuperação do paciente.	Existem pacientes que não recaem, mas que nunca se recuperam dos prejuízos que os episódios de depressão e mania proporcionaram (ausência de recuperação funcional)
A recaída é sempre igual.	Não existem dois episódios de humor exatamente iguais, tanto pela intensidade como pela duração.
A recaída é inevitável.	Boa parte das pessoas com TB consegue avaliar quando estão começando a ter novos episódios, podendo assim agir de modo a evitar uma piora no quadro.

Outra forma de lidar com estes pensamentos poderá ser lembrar daquilo que foi discutido sobre pensamentos automáticos. Para lidar com eles procure responder às perguntas abaixo:

- Quais são exatamente os pensamentos que lhe incomodam sobre recaída?
- Alguma vez você já apresentou estes mesmos pensamentos? Pelo menos uma vez o que você temia não aconteceu exatamente?
- O que você já aprendeu sobre recaídas que pode ser utilizado neste momento?
- Caso alguém próximo a você passasse por isto o que você diria a esta pessoa?

### **Texto 10: Planejando o Futuro**

Para finalizar iremos conversar um pouco agora sobre futuro. Como dissemos ao longo de nossas sessões a proposta é que daqui em diante você siga sendo seu próprio terapeuta, ou seja, que você mesmo observe os seus comportamentos e pensamentos, refletindo e analisando quais são aqueles que podem ser melhorados, aqueles que devem ser extintos e quais precisam ser mantidos. Não será estranho se você se sentir inseguro ou se ressentir um pouco após o fim dos encontros de terapia em grupo. Lembre-se que você poderá continuar a manter contato com estas pessoas fora das sessões, como provavelmente já aconteceu.

Pode ser muito útil marcar no futuro uma sessão de auto-terapia, como um tempo para você dedicar a lembrar de tópicos importantes que foram discutidos. Isto pode ser útil não apenas para tratar da doença, mas para avaliar quais são as suas metas pessoais naquele momento. Veja algumas sugestões para você criar uma sessão de auto-terapia:

## SESSÃO DE AUTO-TERAPIA

### Estabeleça uma Agenda

- Quais temas/tópicos/assuntos/situações importantes eu deveria pensar à respeito?

### Reveja Tarefas de Casa

- O que eu aprendi?
- Se não fiz uma tarefa de casa, qual foi o obstáculo? (Problemas práticos? Pensamentos automáticos?)
- O que posso fazer para tornar mais provável eu fazer as tarefas de casa dessa vez?
- O que eu deveria fazer para fazer o trabalho de casa?

### Reveja Semana(s) Passada(s)

- Além de uma tarefa de casa específica, usei outros instrumentos da terapia cognitiva?
- Olhando para trás, teria sido mais vantajoso ter usado mais freqüentemente os instrumentos da terapia cognitiva?
- Como posso agir para me lembrar de usar esses instrumentos da próxima vez?
- Que coisas positivas aconteceram durante a semana? Que crédito eu mereço por elas?
- Surgiram problemas? Se sim, quão bem os manejei? Se o problema reocorrer, como eu lidaria com ele da próxima vez?

### Pense sobre Situações/Assuntos Problemáticos Atuais

- Estou os vendo realisticamente? Estou reagindo demais?
- Há outras maneiras de ver a situação?
- O que eu deveria fazer?

### Tente Predizer Possíveis Problemas que Podem Ocorrer entre Agora e a Próxima Sessão de Terapia

- Desenvolva um plano para lidar com o problema
- Se for útil, imagine-se lidando bem com o problema
- Que acontecimentos positivos eu deveria procurar?

### Estabeleça Nova Tarefa de Casa

- Que trabalho de casa ajudaria? Será que eu deveria considerar:
  - a) Fazer Registros de Pensamentos
  - b) Monitorar minhas atividades
  - c) Monitorar meu humor
  - d) Agendar atividades prazerosas e de domínio
  - e) Trabalhar numa hierarquia de comportamentos
  - f) Ler notas da terapia
  - g) Praticar habilidades como relaxamento ou imaginação
  - h) Fazer um cartão de enfrentamento de uma auto-afirmação positiva
- Que comportamentos eu gostaria de mudar?

### Agende a Próxima Sessão de Auto-Terapia

- Quando a nova sessão deveria ser? Quanto tempo deveria passar para ocorrer?
- Eu deveria marcar outras sessões futuras numa base regular: a primeira de cada semana/mês/estação?

Um outro aspecto importante a respeito de ser seu próprio terapeuta é manter-se bem informado sobre seu problema, no caso o TB. Mais uma vez lembramos que é FUNDAMENTAL atentar para a qualidade da informação recebida. Por esta razão abaixo sugerimos fontes de informação interessantes que podem ajudar você a se aprofundar mais sobre a doença e sobre a Terapia Cognitiva. Em anexo a esta sessão existe um registro diferente, mas muito importante. O Registro de Bem-Estar é uma sugestão que objetiva ajudar você a observar alguns pensamentos e comportamentos que ocorrem quando você está de bem consigo mesmo. É sempre bom lembrar que você não é a sua doença!

O Programa de Transtorno Bipolar – Proman agradece imensamente a sua participação neste protocolo de pesquisa. Caso você queira obter informações sobre nossa pesquisa, você poderá ligar em qualquer momento para o nosso telefone: (11) 3069 – 7928. Pedimos que você não deixe de participar das futuras avaliações que serão feitas ao longo da pesquisa. As suas próximas avaliações serão nos dias:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Algumas informações úteis:**

- *Livros que falam sobre o TB:*

**Título:** Uma Mente Inquieta

**Autor(a):** Kay Redfield Jamison

**Editora:** Martins Fontes

**Título:** Da Psicose Maníaco Depressivo ao Espectro Bipolar

**Autor(es):** Ricardo Alberto Moreno e Doris Hupfeld Moreno

**Editora:** Segmento Farma

- *Livros sobre Terapia Cognitiva para pacientes:*

**Título:** A Mente Vencendo o Humor

**Autor(es):** Christie A. Padesky e Dennis Greenberg

**Editora:** ArtMed

- *Associação Brasileira de Familiares Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos – ABRATA*

Site: <http://www.abrata.org.br/>

**ANEXO III: Registro de Bem-Estar (adaptado de Scott, 2001):**

<b>Eu saberei quando estou bem quando estiver fazendo o seguinte...</b>
Funcionamento básico do dia-a-dia:
1- 2- 3- 4- 5-
Relacionamentos interpessoais:
1- 2- 3- 4- 5-
Visões de mim mesmo:
1- 2- 3- 4- 5-

## 8. REFERÊNCIAS

- Abreu L, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo M. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(3):271-80
- Akiskal H, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull.* 1987;23(1):68-73.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM IV – TR.* 4 ed., Washington, DC, American Psychiatric Press; 2002a.
- American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *Am J Psychiatry.* 2002b;159(4 Suppl):1-50.
- Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord.* 1998;50(2-3):143-51.
- Ball JR, Mitchell PB, Corry JC, Skillecorn A, Smith M, Malhi GS. A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(2):277-86.
- Basco MR, Rush AJ. *Cognitive-Behavioural Therapy for Bipolar Disorder.* 2<sup>nd</sup>. edition. New York/London: The Guilford Press; 2007.
- Bauer MS, McBride L, Chase C, Sachs G, Shea N. Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: a feasibility study. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(9):449-55.
- Bauer MS, McBride L. *Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: The Life Goals Program, Second Edition.* New York, NY: Springer Publishing Company; 2003.
- Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinosian B, Altshuler L, Beresford T, Kilbourne AM, Sajatovic M. Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. *Psychiatr Serv.* 2006a;57(7):927-36.
- Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinosian B, Altshuler L, Beresford T, Kilbourne AM, Sajatovic M. Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv.* 2006b;57(7):937-45.
- Bechdolf A, Knost B, Nelson B, Schneider N, Veith V, Yung A, et al. Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010;44(2):144-50.
- Beck AT. Psychiatry: cognitive therapy for depression and panic disorder. *West J Med.* 1989;151(3):311.
- Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(9):953-9.



- Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, NY: Meridian; 1976.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York, NY: Guilford Press; 1979.
- Begley CE, Annegers JF, Swann AC, Lewis C, Coan S, Schnapp WB, Bryant-Comstock L. The lifetime cost of bipolar disorder in the US: an estimate for new cases in 1998. *Pharmacoeconomics*. 2001;19(5 Pt 1):483-95.
- Bernhard B, Schaub A, Kümmler P, Dittmann S, Severus E, Seemüller F, et al. Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *Eur Psychiatry*. 2006;21(2):81-6
- Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos*. Porto Alegre: ArtMed; 2008.
- Bogart RK, McDaniel RJ, Dunn WJ, Hunter C, Peterson AL, Wright EF. Efficacy of group cognitive behavior therapy for the treatment of masticatory myofascial pain. *Mil Med*. 2007;172(2):169-74.
- Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112(3):180-6.
- Brissos S, Dias VV, Kapczinski F. Cognitive performance and quality of life in bipolar disorder. *Can J Psychiatry*. 2008;53(8):517-24.
- Cabedo E, Belloch A, Carrió C, Larsson C, Fernández-Alvarez H, García F. Group versus individual cognitive treatment for obsessive-compulsive disorder: Changes in severity at post-treatment and one-year follow-up. *Behav Cogn Psychother*. 2010;38(2):227-32.
- Callahan A, Bauer M. Psychosocial interventions for bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22(3):675-88.
- Chengappa K, Kupfer D, Frank E, Houck P, Grochocinski V, Cluss P, et al. Relationship of birth cohort and early age at onset of illness in a bipolar disorder case registry. *Am J Psychiatry*. 2003;160(9):1636-42.
- Chambless D, Hollon S. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(1):7-18.
- Clark D. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*. 1986;24(4):461-70.
- Clarkin JF, Carpenter D, Hull J, Wilner P, Glick I. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv*. 1998;49(4):531-3.
- Cochran SD. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol*. 1984;52(5):873-8.

Colom F, Vieta E. A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disord*. 2004a;6(6):480-6.

Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramon G, Corominas J. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(4):402-7.

Colom F, Vieta E, Scott J. *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. New York, NY: Cambridge University Press; 2006.

Danner S, Fristad MA, Arnold LE, Youngstrom EA, Birmaher B, Horwitz SM, Demeter C, Findling RL, Kowatch RA. Early-onset bipolar spectrum disorders: diagnostic issues. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2009;12(3):271-93.

de Almeida Rocca C, de Macedo-Soares M, Gorenstein C, Tamada R, Issler C, Dias R, et al. Social dysfunction in bipolar disorder: pilot study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(8):686-92.

Del Porto J. Bipolar disorder: evolution of the concept and current controversies. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26 (Suppl 3):3-6.

Dorrepaal E, Thomaes K, Smit J, van Balkom A, van Dyck R, Veltman D, et al. Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse Negl*. 2010 Mar.

Even C, Thuile J, Kalck-Stern M, Criquillion-Doublet S, Gorwood P, Rouillon F. Psychoeducation for patients with bipolar disorder receiving lithium: Short and long term impact on locus of control and knowledge about lithium. *J Affect Disord*. In press; 2009.

Fajutrao L, Locklear J, Priaulx J, Heyes A. A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009;5:3.

Falloon IR. Family stress and schizophrenia. Theory and practice. *Psychiatr Clin North Am*. 1986;9(1):165-82.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM IV Axis I Disorders – patient edition (SCID/P, Version 2.0). *Biometrics Research Department*, New York, NY, New York State Psychiatric Institute, 1995.

Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178-83.

Fountoulakis K, Vieta E. Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2008;11(7):999-1029.

Frank E, Hlastala S, Ritenour A, Houck P, Tu X, Monk T, et al. Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biol Psychiatry*. 1997;41(12):1165-73.

Frank E, Swartz H, Kupfer D. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2000 ;48(6):593-604.

Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagiolini AM, Grochocinski V, Houck P, Scott J, Thompson W, Monk T. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(9):996-1004.

Fristad MA, Gavazzi SM, Mackinaw-Koons B. Family psychoeducation: an adjunctive intervention for children with bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2003;53(11):1000-8.

Fristad MA, Goldberg-Arnold JS, Gavazzi SM. Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2002;4(4):254-62.

Gavazzi S, Fristad M, Law J. The Understanding Mood Disorders Questionnaire. *Psychol Rep*. 1997;81(1):172-4.

Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry*. 2009;195(1):3-4.

Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness - Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. Oxford University Press; 2007.

Gomes BC, Lafer B. Psicoterapia em grupo de pacientes com transtorno afetivo bipolar. *Rev Psiq Clin*. 2007;34(2):84-9.

González-Isasi A, Echeburúa E, Mosquera F, Ibáñez B, Aizpuru F, González-Pinto A. Long-term efficacy of a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder: A pilot study. *Psychiatry Res*. 2010;176(2-3):161-5.

Greenberg D, Padesky C. *A Mente Vencendo o Humor*. Porto Alegre: Artmed; 1995.

Haas GL, Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH, Lewis AB, Peyser J, DeMane N, Good-Ellis M, Harris E, Lestelle V. Inpatient family intervention: a randomized clinical trial. II. Results at hospital discharge. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(3):217-24.

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.

Hirschfeld R, Vornik L. Bipolar disorder--costs and comorbidity. *Am J Manag Care*. 2005;11(3 Suppl):S85-90.

Holdefer L, Oliveira C, Venosa A. Group therapy for patients with tinnitus at the University of Brasilia Medical School. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010 Feb;76(1):102-6.

Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Res*. 1997;72(1):17-22.

- Jamison K. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(Suppl 9):47-51.
- Jones L, Scott J, Haque S, Gordon-Smith K, Heron J, Caesar S, Cooper C, Forty L, Hyde S, Lyon L, Greening J, Sham P, Farmer A, McGuffin P, Jones I, Craddock N. Cognitive style in bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;187:431-7.
- Johnson SL, Leahy RL. *Psychological Treatment of Bipolar Disorder*. New York: Guilford Press; 2004.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):530-7.
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2009;18(1):23-33.
- Kilbourne AM, Perron BE, Mezuk B, Welsh D, Ilgen M, Bauer MS. Co-occurring conditions and health-related quality of life in patients with bipolar disorder. *Psychosom Med*. 2009;71(8):894-900.
- Kim E, Miklowitz D. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *J Affect Disord*. 2004;82(3):343-52.
- Klerman G, Weissman M, Rounseville B, Chevron E. *Interpersonal Therapy of Depression*. New York: Basic Books; 1984.
- Knapp P, Beck A. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(Suppl 2):S54-64.
- Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry*. 2005a;162(2):324-9.
- Lam DH, McCrone P, Wright K, Kerr N. Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. *Br J Psychiatry*. 2005b;186:500-6.
- Lam D, Wright K, Sham P. Sense of hyper-positive self and response to cognitive therapy in bipolar disorder. *Psychol Med*. 2005c;35(1):69-77.
- Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, Parr-Davis G, Sham P. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(2):145-52.
- Lam D. What can we conclude from studies on psychotherapy in bipolar disorder? Invited commentary on...Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *Br J Psychiatry*. 2006;188:321-2.
- Lima MS, Tassi JL, Novo IP, Mari JJ. Epidemiologia do Transtorno Bipolar. *Rev Psiq Clin*. 2005;32(Supl 1):15-20.

Magliano L, Orrico A, Fiorillo A, Del Vecchio H, Castiello G, Malangone C, De Rosa C, Capuano V, Maj M, Torchio E, Franzoi V, Pingani L, Curti C, Spanarello S, Scattina M, Fuchs H, Test GR, Ferrigno J, Minciotti E, Innocente P, Bardicchia F, Galli A, La Rovere R, Maroncelli M, Iapichino S, Pannozzo M, Nuccetelli F, Di Nunzio R, Armellino R, Palladino C, Delcuratolo V, Cadoni M, Cannas A, Caniglia A, Cudia M. Family burden in bipolar disorders: results from the Italian Mood Disorders Study (IMDS). *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009;18(2):137-46.

Malhi GS, Adams D, Cahill CM, Dodd S, Berk M. The management of individuals with bipolar disorder: a review of the evidence and its integration into clinical practice. *Drugs.* 2009;69(15):2063-101.

Mansell W, Colom F, Scott J. The nature and treatment of depression in bipolar disorder: a review and implications for future psychological investigation. *Clin Psychol Rev.* 2005;25(8):1076-100.

Marangell L, Bauer MS, Dennehy EB, Wisniewski SR, Allen MH, Miklowitz DJ, Oquendo MA, Frank E, Perlis RH, Martinez JM, Fagiolini A, Otto MW, Chessick CA, Zboyan HA, Miyahara S, Sachs G, Thase ME. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disord.* 2006;8(5 Pt 2):566-75.

Marneros A. Origin and development of concepts of bipolar mixed states. *J Affect Disord.* 2001;67(1-3):229-40.

Merikangas K, Akiskal H, Angst J, Greenberg P, Hirschfeld R, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(5):543-52.

Meyer E, Shavitt R, Leukefeld C, Heldt E, Souza F, Knapp P, et al. Adding motivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: results from a randomized clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(1):20-9.

Miklowitz DJ, Goldstein MJ. *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach.* New York, NY: The Guilford Press; 1997.

Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2008;165(11):1408-19.

Miklowitz DJ, Axelson DA, George EL, Taylor DO, Schneck CD, Sullivan AE, Dickinson LM, Birmaher B. Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(6):643-51.

Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(9):904-12.

Miklowitz DL, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Kogan JN, Sachs GS, Thase ME, Calabrese JR, Marangell LB, Ostacher MJ, Patel J, Thomas MR, Araga M, Gonzalez JM, Wisniewski SR. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007a;164(9):1340-7.

Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Gyulai L, Araga M, Gonzalez JM, Shirley ER, Thase ME, Sachs GS. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry*. 2007b;64(4):419-26.

Miklowitz DL, Scott J. Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disord*. 2009;11(Suppl 2):110-22.

Miller I, Keitner G, Ryan C, Uebelacker L, Johnson S, Solomon D. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(5):732-40.

Goreinstein C, Andrade LHS; Zuardi AW. (Org.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial e Gráficos Ltda; 2000.

Johnson SL, Leahy RL. *Psychological Treatment of Bipolar Disorder*. New York: Guilford Press; 2004.

Moreno D, Andrade L. The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the São Paulo ECA study. *J Affect Disord*. 2005;87(2-3):231-41.

Murray C, Lopez A. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349(9063):1436-42.

Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(2):115-23.

Nierenberg AA, Akiskal HS, Angst J, Hirschfeld RM, Merikangas KR, Petukhova M, Kessler RC. Bipolar disorder with frequent mood episodes in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Mol Psychiatry*. 2009;. 30 June 2009; doi:10.1038/mp.2009.61

Neto FL, Terapia Comportamental e Cognitiva para Pessoas com Transtorno Bipolar. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(Supl III):44-6.

Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord*. 2000;59(2):107-17.

Patelis-Siotis I, Young LT, Robb JC, Marriott M, Bieling PJ, Cox LC, Joffe RT. Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study. *J Affect Disord.* 2001;65(2):145-53.

Peet M, Harvey NS. Lithium maintenance: 1. A standard education programme for patients. *Br J Psychiatry.* 1991;158:197-200.

Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ.* 1999;318(7177):149-53.

Piet J, Hougaard E, Hecksher M, Rosenberg N. A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scand J Psychol.* In press; 2010.

Pope M, Scott J. Do clinicians understand why individuals stop taking lithium? *J Affect Disord.* 2003;74(3):287-91.

Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(3):482-92.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA.* 1990;264(19):2511-8.

Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J, Torrent C, Martínez-Arán A, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Salamero M, Vieta E. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disord.* 2008;10(4):511-9.

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde.* 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.

Sajatovic M, Ignacio RV, West JA, Cassidy KA, Safavi R, Kilbourne AM, Blow FC. Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Compr Psychiatry.* 2009;50(2):100-7.

Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychother Psychosom.* 2009;78(5):285-97.

Schaffer A, Cairney J, Cheung A, Veldhuizen S, Levitt A. Use of treatment services and pharmacotherapy for bipolar disorder in a general population-based mental health survey. *J Clin Psychiatry.* 2006b;67(3):386-93.

Scott J. *Overcoming Mood Swings.* London: Robinson; 2001.

Scott J. Psychotherapy for bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 1995;167(5):581-8.

Scott J, Colom F. Gaps and limitations of psychological interventions for bipolar disorders. *Psychother Psychosom*. 2008;77(1):4-11.

Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, Abbott R, Hayhurst H. Cognitive-behavioural therapy for bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2006a;188:488-9.

Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, Abbott R, Hayhurst H. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006b;188:313-20.

Scott J, Pope M. Cognitive styles in individuals with bipolar disorders. *Psychol Med*. 2003;33(6):1081-8.

Simon GE. Practical lessons from effectiveness trials of care management and psychoeducation for bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(8):e28.

Simon GE, Ludman EJ, Bauer MS, Unützer J, Operskalski B. Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(5):500-8.

Solomon D, Keitner G, Ryan C, Kelley J, Miller I. Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disord*. 2008;10(7):798-805.

Suppes T, Leverich GS, Keck PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altshuler LL, McElroy SL, Rush AJ, Kupka R, Frye MA, Bickel M, Post RM. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord*. 2001;67(1-3):45-59.

Tarrier N. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia -- a review of development, evidence and implementation. *Psychother Psychosom*. 2005;74(3):136-44.

Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behav Modif*. 2008;32(1):77-108.

Tohen M, Frank E, Bowden C, Colom F, Ghaemi S, Yatham L, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force report on the nomenclature of course and outcome in bipolar disorders. *Bipolar Disord*. 2009;11(5):453-73.

van Gent EM, Vida SL, Zwart FM. Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. *Acta Psychiatr Belg*. 1998;88(5-6):405-18.

van Gent EM, Zwart FM. Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *J Affect Disord*. 1991;21(1):15-8.

Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Martínez-Arán A. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry*. 2009;194(3):260-5.



Vilela J, Crippa J, Del-Ben C, Loureiro S. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res.* 2005;38(9):1429-39.

Weiss RD, Griffin ML, Jaffee WB, Bender RE, Graff FS, Gallop RJ, Fitzmaurice GM. A "community-friendly" version of integrated group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 2009;104(3):212-9.

Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, Greenfield SF, Najavits LM, Daley DC, Doreau HR, Hennen JA. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *Am J Psychiatry.* 2007;164(1):100-7.

Weissman MM. Cognitive therapy and interpersonal psychotherapy: 30 years later. *Am J Psychiatry.* 2007;164(5):693-6.

Williams J. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45(8):742-7.

Williams JM, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJ, Duggan DS, Hepburn S, Goodwin GM. Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J Affect Disord.* 2008;107(1-3):275-9.

Wilson D. Group psychotherapy and manic-depressive psychoses. *Am J Psychiatry.* 1954;110(12):911-5.

Yalom ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy.* New York: Basic Books; 1995.

Young R, Biggs J, Ziegler V, Meyer D. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry.* 1978;133:429-35.

Zaretsky AE, Lancee W, Miller C, Harris A, Parikh SV. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Can J Psychiatry.* 2008;53(7):441-8.

Zaretsky AE, Rizvi S, Parikh SV. How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder? *Can J Psychiatry.* 2007;52(1):14-21.