

ABORDAGENS PSICOSSOCIAIS

Introdução

Ao longo dos últimos anos, especialmente na última década, a avaliação de diversas abordagens psicoterápicas foi incluída na agenda de pesquisa do transtorno bipolar (TB) do humor. Se até o final da década de 90 existiam pouco mais de dois estudos controlados publicados na literatura, apenas nos últimos dois anos foram publicados ao menos 12 ensaios clínicos com utilização de grupo controle. Este grande crescimento pode ser explicado pela mudança de visão que se tinha em relação ao TB, que passou a considerar a presença de sintomatologia residual fora de episódios de humor (Judd et al., 2002), o enorme impacto na vida funcional dos indivíduos (Magliano et al., 2009) e o próprio custo social atribuível a doença (Fajutrao et al., 2009). Somado a isso, estudos recentes têm demonstrado que quanto maior o número de episódios de humor pior a resposta destes pacientes (Pacchiarotti et al., 2011) ao tratamento medicamentoso. Desta forma, novos esforços foram empregados no sentido de aumentar o período de remissão da doença e de melhorar o manejo de sintomas e problemas relacionados a ela. Dentro deste contexto, o uso de abordagens estruturadas que se destinam especificamente ao tratamento do TB começaram a ser desenvolvidas.

As diferentes abordagens psicoterápicas estruturadas têm procurado aumentar o tempo de remissão da doença, aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso, lidar com fatores de estresse e melhorar as habilidades de comunicação e resolução de problemas destes pacientes. Na ampla maioria dos ensaios clínicos que avaliaram a eficácia destas abordagens, elas são inclusas em condição add-on, ou seja, como uma condição adicional ao tratamento farmacológico tradicionalmente oferecido a estes pacientes, embora existam algumas exceções (Swartz et al., 2009).

Este artigo tem o objetivo de fornecer uma breve visão das diversas abordagens atualmente testadas no TB. Por tal razão foram

incluídos apenas estudos que utilizaram uma condição controle, com um número mínimo total de 40 participantes e que tenham sido publicados nos últimos dez anos.

Abordagens Psicoterápicas

- Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)

a) Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) individual

A terapia cognitivo comportamental foi originalmente desenvolvida por Beck e colaboradores para o tratamento da depressão unipolar, sendo posteriormente avaliada em numerosos ensaios clínicos em uma ampla diversidade de quadros (Beck, 2005). Embora existam variações significativas dentro desta abordagem, alguns autores apontam semelhanças importantes nas mais diversas formas de terapia cognitiva, com destaque para o papel da mediação cognitiva dos sintomas e comportamentos (Knapp e Beck, 2008).

A abordagem cognitiva foi a primeira psicoterapia testada em um ensaio controlado para pessoas com TB (Cochran, 1984). Hoje, ao menos quatro protocolos de tratamento estão publicados descrevendo a abordagem cognitiva comportamental em pessoas com TB (Newman et al., 2002; Basco e Rush, 2009; Lam, 1999 e Scott, 2001). Fundamentalmente, a diferença entre eles pode ser atribuída à inclusão maior ou menor de técnicas cognitivas. Todos estes manuais publicados foram avaliados por pelo menos um ensaio clínico controlado e, em sua maioria, incluíram pacientes em fase de remissão da doença ou subsindrômicos. No entanto, os resultados destes estudos são variáveis conforme será visto a seguir, possivelmente por serem estudos com protocolos de tratamento diferentes aplicados em fases distintas da doença. Neto (2004) aponta os seguintes objetivos da TCC no TB:

Psicóloga pesquisadora colaboradora do Programa de Transtornos Afetivos (GRUDA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP.

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

Lam (2003) aplicou um protocolo desenvolvido por seu grupo em um ensaio controlado com 103 pacientes com TB tipo I, em eutímia. Os pacientes foram divididos em dois grupos, sendo que o grupo controle foi mantido sob uso de medicação apenas e o grupo experimental, além do uso de medicação padrão, participava de 12 a 18 sessões de TCC individual, distribuídos em seis meses de tratamento. Após 12 meses de seguimento, os pacientes que participaram das sessões de TCC apresentaram uma presença de episódios significativamente menor do que aqueles do grupo controle (44% X 75%, respectivamente). Além disso, os pacientes do grupo de TCC apresentaram número menor de dias em episódio, melhor funcionamento social e maior adesão ao tratamento medicamentoso. O mesmo grupo de pacientes foi reavaliado após 30 meses de sua entrada no estudo, ou seja, após 24 meses do fim da intervenção. As taxas de recaída foram mantidas significativamente menores no grupo de TCC em episódios depressivos,

mas não para episódios de mania. Um terceiro estudo deste grupo utilizando a mesma amostra clínica encontrou que pacientes do grupo de TCC que atribuíam sintomas leves de mania a características próprias tinham maior chance de recaídas da doença no período de seis meses pós-tratamento, mesmo quando controladas outras características confundidoras como escores de humor e números de episódios prévios (Lam et al., 2005c). Tais características estariam relacionadas ao sistema de crenças dos pacientes, o que pode significar que a TCC deste grupo de pacientes com TB deverá require um trabalho adicional de reestruturação cognitiva (Lee et al., 2010).

Um grupo australiano aplicou um protocolo próprio que envolvia terapia cognitiva e técnicas emotivas derivadas da Gestalt terapia a um grupo de pacientes com TB I ou II eutímicos ou levemente sintomáticos (Ball et al., 2006). Ao todo foram aplicadas 20 sessões deste tratamento individual por seis meses no grupo experimental que foi comparado a um grupo controle que recebia breve educação sobre a doença. Todos foram mantidos sob uso de medicação psiquiátrica. Após a intervenção, os pacientes do grupo de TCC apresentaram escores significativamente menores de depressão quando comparados ao grupo controle. Após 12 meses do fim do período de tratamento psicoterápico, os pacientes do grupo de TCC mostraram uma tendência ($p=0,06$) a um maior período até novo episódio depressivo e uma melhora dos sintomas de depressão quando comparado o período de 18 meses prévios ao início do tratamento.

O maior estudo que envolveu unicamente a abordagem cognitivo comportamental foi realizado no Reino Unido e incluiu cinco centros de estudos (Scott et al, 2006). Este estudo aplicou um protocolo desenvolvido por sua primeira autora (Scott, 2001) com 22 sessões individuais realizadas em 26 semanas. Por sua tentativa de avaliar a efetividade desta abordagem, os critérios de inclusão foram bastante amplos, sendo incluídos pacientes em episódio da doença (32%), por exemplo. Ao todo foram inclusas 253 pessoas em uso de medicação que podiam ser selecionadas aleatoriamente para participar do tratamento com TCC ou ser mantidas apenas em uso de medicação. Após 18 meses de seguimento, não foram encontradas diferenças significativas para recorrência de novos episódios de humor entre os grupos. Contudo, uma análise post hoc demonstrou que TCC era eficaz na prevenção de novos episódios da doença naqueles pacientes que apresentavam menos de 12 episódios prévios.

Um grupo canadense utilizou uma abordagem cognitiva individual descrita em Basco e Rush (2007) em um estudo que comparou a TCC com psicoeducação (Zaretsky et al., 2007 e 2008). Ao

ARTIGO //

por **DANIELLE BIO e**
BERNARDO GOMES

todo, 79 pacientes com TB I ou II em remissão total ou parcial dos sintomas foram incluídos. Inicialmente, os pacientes participavam de sete sessões de psicoeducação sendo depois aleatoriamente mantidos em tratamento medicamentoso apenas ou encaminhados para o tratamento experimental com TCC que durava 13 sessões. Após um ano de seguimento, os pacientes do grupo de TCC apresentaram 50% menos dias de humor depressivo e menores escores de elevações de medicação antidepressiva do que aqueles que unicamente receberam psicoeducação.

b) Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) em grupo:

Quando aplicada no formato em grupo, a TCC tem demonstrado eficácia equivalente ou superior ao seu formato individual (Piet et al., 2010). Além deste fato, o formato em grupo pode favorecer a troca de experiências pessoais e comportamentos adaptativos sobre o manejo da doença, aumentando a sensação de controle dos pacientes (Scott e Gutierrez, 2004). E ainda, aumenta a disponibilidade de atendimento de qualidade de um número cada vez maior de pacientes, principalmente em instituições públicas, possibilitando a criação de elos sociais saudáveis entre os participantes uma vez que é freqüente o sentimento de isolamento entre pessoas com esse transtorno.

Os estudos recentemente publicados de intervenções psicoterapêuticas para pessoas com TB têm utilizado o formato em grupo, o que também pode ser observado na TCC. Na maior parte das vezes, foram realizadas adaptações de protocolos de terapia cognitiva individual para o formato de grupo. Um grupo espanhol publicou dois estudos que testaram uma adaptação do protocolo proposto por Lam (1999). Após o estudo inicial com pequena amostra (n=20) (González-Isasi et al., 2010), estes autores aplicaram uma intervenção estruturada de 20 sessões em 20 pacientes medicados com TB I ou II, em fase eufórica ou com sintomas subsindrômicos de depressão que foram comparados a um grupo controle, com igual número de participantes, mantido apenas sob uso de medicação (Isasi et al., 2010). Importante destacar que uma porcentagem grande de pacientes (70%) apresentava sintomas residuais de depressão. Após 12 meses do fim da intervenção, o grupo que participou das sessões de TCC apresentou um número significativamente menor de novas internações hospitalares, menor escore de depressão, mania e ansiedade ao longo de todo período de seguimento, e um aumento significativo em escala que media adaptação social.

Alguns estudos encontrados na literatura desenvolveram protocolos originais de atendimento em grupo utilizando aborda-

gens cognitivas. Um grupo australiano desenvolveu um protocolo próprio de intervenção em grupo, com 12 sessões, baseado em elementos-chave que já demonstraram ser benéficos para pessoas com TB (Castle et al., 2007). Utilizando este protocolo, um estudo incluiu 84 pacientes com TB I e II que foram selecionados de modo aleatório para condição controle, que envolvia tratamento medicamentoso padrão e contato telefônico semanal, ou para condição experimental, definida como tratamento medicamentoso padrão e intervenção psicoterápica em grupo. A análise de sobrevivência conduzida nos nove meses pós tratamento mostrou que os pacientes que participaram da intervenção em grupo permaneceram significativamente por mais tempo sem novos episódios de humor. Contudo, não houve diferença significativa nas escalas que aferiram humor em nenhum dos intervalos observados (Castle et al., 2010).

A comorbidade com transtornos do uso de substâncias é apontada como um grave fator de piora prognóstica em TB (Wess et al., 2000). Infelizmente, pouco se sabe sobre a eficácia de abordagens psicoterápicas em pacientes com ambos os quadros. Um grupo ligado ao Mclean Hospital de Harvard desenvolveu a única abordagem descrita na literatura para tratar as duas comorbidades, chamada de Terapia de Grupo Integrada (Weiss et al., 2000). Esta abordagem estruturada aplica o modelo cognitivo comportamental de prevenção de recaída em 20 sessões semanais de uma hora. Um estudo com 62 pacientes com TB I e II em uso de substância e com sintomas de humor moderados investigou o uso desta abordagem comparando-a a grupos de aconselhamento a usuários de drogas. Todos os pacientes estavam em uso de medicações e os grupos foram distribuídos aleatoriamente alocando igual número de pacientes. Em oito meses de seguimento, aqueles pacientes que participaram das sessões de Terapia de Grupo Integrada passaram significativamente menos dias em uso de álcool, porém estes pacientes apresentaram maior severidade de sintomas de humor do que aqueles do grupo de aconselhamento (Weiss et al., 2007).

Outro estudo deste mesmo grupo buscou avaliar a efetividade de uma versão abreviada desta intervenção aplicada em uma população de atendimento primário (Weiss et al., 2009). O desenho aplicado foi o mesmo anterior, ou seja, foi comparada a intervenção experimental, agora com 12 sessões de aconselhamento em grupo, sendo que ambos os grupos eram mantidos em uso de medicamentos. Ao todo foram incluídos 61 pacientes distribuídos nos dois grupos. Após três meses de seguimento, os achados do estudo anterior foram reproduzidos observando uma diferença favorável ao grupo de Terapia de Grupo Integrada em escores de severidade de adicção ao álcool.

Psicólogo pesquisador colaborador do Programa de Transtorno Bipolar (PROMAN) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Doutor em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP.



c) Estudos no Brasil

Dois estudos brasileiros iniciados no mesmo ano buscaram avaliar a efetividade de uma intervenção cognitivo comportamental em grupo para pessoas com TB. O primeiro a ser publicado foi desenvolvido pelo Programa de Transtorno Bipolar – PROMAN do IPQ-FMUSP e foi baseado em parte na intervenção proposta por Scott (2001). Neste estudo, 50 pacientes com TB I e II foram aleatoriamente selecionados para serem mantidos em tratamento padrão medicamentoso ou a este somado uma intervenção cognitivo comportamental em grupo com 18 sessões, por um período total de 6 meses (Gomes et al., 2011). Todos os pacientes estavam em eutímia na sua entrada no estudo, aferida por escores inferiores a 6 na Escala Young de Mania e 8 na Escala de Depressão de Hamilton de 17 itens. Os grupos foram montados de forma sucessiva dois a dois, ou seja, um grupo controle para um grupo experimental de acordo com um número mínimo de pacientes por grupo. A medida de desfecho principal adotada foi o intervalo de tempo em semanas até um novo episódio de humor. Após 12 meses de seguimento, não foram observadas diferenças entre os grupos para tempo até primeiro novo episódio, bem como na proporção de pacientes que apresentaram episódios. Contudo, uma análise da mediana dos intervalos de tempo entre aqueles pacientes que apresentaram ao menos um episódio demonstrou uma diferença significativa ($U = -2,554$, $p = 0,011$) em favor dos pacientes que participaram da TCC. Em outras palavras, o tempo até um novo episódio de humor foi significativamente maior entre aqueles pacientes do grupo de TCC. A sequência de sessões deste protocolo está descrita na tabela 1.

O segundo estudo foi desenvolvido no Instituto de Psiquiatria da UFRJ. O protocolo aplicado consistiu de 14 sessões de TCC de duas horas cada, utilizando como base o protocolo proposto por Basco e Rush (2007). Foram incluídos 41 pacientes com TB I ou II que estavam em eutímia ou levemente sintomáticos e em uso de um estabilizador de humor por pelo menos um mês antes do início do estudo. Os pacientes de ambos os grupos foram avaliados com escalas que mediam sintomas depressivos, maníacos, de ansiedade e de desesperança em três momentos: ao início, no meio e após o término da intervenção. Os autores observaram uma redução significativa em todas as escalas dentro do grupo que participou da intervenção experimental (da Costa et al., 2011).

Tabela 1. Protocolo de Sessões de Terapia Cognitivo Comportamental (Gomes et al. 2011).

Parte I: Educação sobre a doença

Sessão 1: Apresentação dos membros e entrega do material

Sessão 2: Introdução à TCC no TB

Sessão 3: O que é TB?

Sessão 4: Tratamento farmacológico

Parte II: Estratégias de manejo

Sessão 5: Ritmos circadianos e monitoria do humor

Sessão 6a: Pensamentos depressivos

Sessão 6b: Reestruturação cognitiva

Sessão 7: Comportamentos depressivos

Sessão 8: Pensamentos de mania

Sessão 9: Comportamentos em mania

Parte III: Problemas específicos

Sessão 10: Resolução de problemas

Sessão 11a: Estresse e TB

Sessão 11b: Aprendendo a relaxar

Sessão 12: Comunicação assertiva

Sessão 13: O papel da família e da sociedade

Parte IV: Prevenção de Recaída

Sessão 14: Revisão das sessões anteriores

Sessão 15: Prevenção de recaídas 1ª parte

Sessão 16: Prevenção de recaídas 2ª parte

- Terapia Interpessoal de Ritmos Circadianos (TIP)

A TIP foi desenvolvida por Gerald Klerman para o tratamento da depressão unipolar (Klerman et al., 1984). É uma forma de terapia estruturada baseada em teorias psicodinâmicas, especialmente a Teoria do Apego de John Bowlby e as idéias de Harry Stack Sullivan. Esta abordagem entende que toda doença ocorre em um contexto de relações interpessoais. A TIP não se dedica a construir suposições a respeito da etiologia dos quadros tratados, mas sim a melhorar o número e a qualidade de relações interpessoais na vida do paciente (Frank apud Leahy e Johnson, 2004). Tradicional-

ARTIGO //

por **DANIELLE BIO e
BERNARDO GOMES**

mente, a TIP identifica áreas interpessoais que estão afetando o paciente, classificadas como luto, disputa de papéis interpessoais, transição de papéis ou déficits interpessoais (de Mello, 2004).

No tratamento do transtorno bipolar, algumas alterações foram realizadas dentro do modelo tradicional de TIP. A primeira delas foi a inclusão de uma quinta área-problema o luto pela perda do "self-saudável", muito comum entre estes pacientes. Outra modificação origina-se da hipótese de que a ruptura dos ritmos circadianos em indivíduos com a doença aumenta a probabilidade de novas recorrências de episódios de humor (Frank apud Leahy e Johnson, 2004). Assim, regulação dos ritmos circadianos é uma prioridade nesta abordagem que ensina aos pacientes estratégias para criação de rotinas, monitoramento da intensidade e frequência de interações sociais e de seu humor.

Um dos raros estudos a incluir pacientes em qualquer um dos episódios da doença bipolar (mania, misto e depressivo) utilizou a Terapia Interpessoal de Ritmos Circadianos, incluindo um total de 175 pacientes medicados com TB tipo I (Frank et al., 2005). Seu desenho envolvia duas fases: uma de tratamento agudo e outra de manutenção e seguimento por até dois anos. Os participantes poderiam ser alocados de modo aleatório em uma das quatro condições: fase aguda e fase de manutenção com TIP, fase aguda com TIP e manutenção com psicoeducação breve, fase aguda com psicoeducação breve e manutenção com TIP, ou ambas as fase com psicoeducação. Após o período de seguimento, foi observado que a aqueles pacientes que participaram de sessões de TIP durante a fase aguda permaneceram significativamente mais tempo sem novos episódios de humor. Contudo, não houve diferença entre as abordagens para tempo de recuperação do episódio inicial. Além disso, a TIP iniciada durante o período de manutenção não apresentou diferença significativa na prevenção de novas recorrências no seguimento.

Um artigo posteriormente publicado por este grupo, com a mesma coorte de pacientes, analisou os dados de recuperação funcional ocupacional destes pacientes, medida através de uma escala que aferia a qualidade de relacionamento e de ocupação (Goldstein, 1978). O principal achado deste trabalho foi que os pacientes que participaram de sessões de TIP na fase ativa do estudo alcançaram uma recuperação funcional mais rápida do que aqueles que participaram de psicoeducação breve. Após os dois anos de seguimento, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos para nível de funcionamento ocupacional.

- Programa de Objetivos de Vida (POV)

Um grupo americano desenvolveu uma abordagem psicoterapêutica estruturada para ser aplicada especificamente em grupo e no TB (Bauer et al., 2006). Esta abordagem parte de um modelo médico sobre a doença, reconhecendo o hiato que existe entre eficácia e efetividade do tratamento prescrito para o TB. Seus autores buscaram desenvolver um programa que atendesse demandas comuns entre estes pacientes: aumentar as habilidades de manejo da doença pelo próprio paciente; informar sobre a doença seguindo guidelines americanos; melhorar o acesso dos pacientes a um continuado programa de cuidados sistemáticos provido por enfermeiros e psiquiatras (Bauer apud Leahy e Johnson, 2004). A abordagem inclui, em uma fase, seis sessões estruturadas de psicoeducação sobre a doença e, em uma segunda fase opcional, sessões focadas em desenvolver habilidades de resolução de problemas, a fim de melhorar a recuperação funcional do indivíduo.

Esta abordagem apresenta os dois estudos com os maiores números de participantes entre aqueles que investigaram abordagens psicoterápicas no TB, ambos multicêntricos. O primeiro deles envolveu 306 pacientes com TB tipo I e II, sendo que 87% encontravam-se internados no início do estudo e todos em episódio agudo da doença. Os participantes foram aleatoriamente selecionados para participar de um programa de cuidados sistemáticos ou para tratamento padrão. O grupo de cuidados sistemáticos, além de receber tratamento farmacológico padrão, participou de sessões de POV, recebia monitoramento telefônico regular e mantinha contato com equipe de enfermagem, enquanto que o tratamento padrão envolvia farmacoterapia e ocasionalmente psicoterapia não estruturada para TB. Após três anos de seguimento, o grupo de cuidados sistemáticos apresentou em média 6,2 menos semanas em episódios de humor além de melhor funcionamento social, qualidade de vida e satisfação com o tratamento (Bauer et al., 2006).

Outro estudo, com desenho similar, incluiu 441 pacientes com TB I e II, sendo que 343 estavam sintomáticos no início do estudo. Após um ano, o grupo de pacientes que recebeu cuidados sistemáticos apresentou menor probabilidade de ter novo episódio de mania ou hipomania, assim como passou menos tempo nesses episódios. Não foram observadas diferenças significativas entre o grupo de cuidados sistemáticos e o de tratamento padrão tanto para sintomas depressivos, como para duração e número de episódios depressivos (Simon et al., 2006).

Um último estudo envolvendo a POV foi recentemente publicado e buscava medir seus efeitos sobre a adesão ao tratamento medicamentoso (Sajatovic et al., 2009). Os 164 pacientes com TB



I ou II incluídos foram divididos em: grupo controle, mantido sob tratamento medicamentoso padrão; e, grupo experimental, a este adicionado sessões de POV. Após um ano da entrada no estudo, não foram observadas diferenças entre os grupos quanto à adesão ao tratamento farmacológico, embora, em uma análise secundária tenha sido observado que aqueles pacientes que participavam de ao menos uma sessão de POV melhoravam sua atitude frente a medicação nos intervalos medidos de três e seis meses, mas não aos 12 meses.

- Psicoeducação

Introduzidas por Miklowitz e colaboradores (1996), as intervenções psicoeducacionais têm demonstrado bons resultados associadas à farmacoterapia como forma de aumentar a adesão ao tratamento, prevenir recaídas e auxiliar o paciente a lidar com os sintomas e prejuízos psicossociais causados pelo transtorno (González-Pinto et al., 2004; Colom et al., 2003; Fristad et al., 2003; Miklowitz et al., 2003; Zaretsky, 2003).

As Abordagens Psicoeducacionais são intervenções de caráter educativo e psicológico que visam orientar pacientes e/ou familiares sobre a doença e seu tratamento. Entretanto, não se tratam apenas de atividades informativas, mas lidam também com o impacto destas informações, discutindo a maneira de colocá-las em prática; propiciando a troca de experiências e aumentando o senso de pertencimento a um grupo. A psicoeducação visa instrumentalizar o paciente para compreender e lidar com a doença e suas conseqüências, e assim permitir que colabore com o médico em prol do tratamento (Colom e Vieta, 2006).

Segundo Colom e Vieta (2006), os objetivos da Psicoeducação podem ser divididos em:

Primários

- Aumentar o conhecimento sobre a doença
- Aprender a detectar sinais de recaída
- Aumentar a aderência ao tratamento

Secundários

- Controlar fatores de risco para recaídas
- Evitar uso de substâncias psicoativas
- Regularizar hábitos
- Prevenção do suicídio

Desejáveis

- Aprender a lidar com os prejuízos causados pela doença;
- Aumentar o funcionamento social entre os episódios;

- Lidar com possíveis sintomas subsindrômicos;
- Aumentar o bem estar e a qualidade de vida

Desta forma, podemos definir psicoeducação como a tentativa de implementar, no paciente, nos familiares e nos profissionais, recursos para lidar com a doença, através do compartilhamento bidirecional de informações relevantes (Callaham e Bauer, 1999). Vale lembrar que esta intervenção pode ser aplicada individualmente, em família ou em diversos tipos de grupos, sendo combinada ou não à psicoterapia formal.

Colom e Vieta (2006) no Manual de Psicoeducação para Transtorno Bipolar propõem que o grupo psicoeducacional seja composto por 8 a 12 pacientes, que se reúnam em 21 sessões de 90 minutos cada, sob a direção de dois psicólogos com experiência em TB e que sigam os temas apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Sessões do Programa Psicoeducacional de Barcelona para Transtorno Bipolar.

Sessão 1. Introdução: apresentação e regras do Grupo

Unidade 1. Conhecimento do Transtorno Bipolar

Sessão 2. O que é Transtorno Bipolar?

Sessão 3. Etiologia e fatores desencadeadores do Transtorno Bipolar (causas).

Sessão 4. Sintomas I: Mania e Hipomania.

Sessão 5. Sintomas II: Depressão e Episódios Mistos.

Sessão 6. Evolução e Prognóstico.

Unidade 2. Aderência ao tratamento medicamentoso.

Sessão 7. Tratamento I: Estabilizadores do Humor.

Sessão 8. Tratamento II: Medicamentos Antimaníacos.

Sessão 9. Tratamento III: Antidepressivos.

Sessão 10. Níveis plasmáticos dos estabilizadores de humor: Lítio, Carbamazepina e Valproato.

Sessão 11. Gravidez e aconselhamento genético.

Sessão 12. Psicofarmacologia X terapias alternativas.

Sessão 13. Risco associado a interrupção do tratamento.

Unidade 3. Prevenção de Abuso de Substâncias.

Sessão 14. Substâncias Psicoativas: riscos no Transtorno Bipolar.

Unidade 4. Detecção Precoce de novos episódios.

Sessão 15. Detecção precoce de episódios maníacos e hipomaníacos.

Sessão 16. Detecção precoce de episódios depressivos e mistos.

ARTIGO //

por **DANIELLE BIO e**
BERNARDO GOMES

Sessão 17. O que fazer quando uma nova fase é detectada?

Unidade 5. Hábitos regulares e manejo do Estresse.

Sessão 18. Regularidade dos hábitos.

Sessão 19. Técnicas de controle do estresse.

Sessão 20. Estratégias de resolução de problemas.

Sessão 21. Fechamento.

a) Psicoeducação em grupo para pacientes

A psicoeducação realizada em grupo favorece a troca de diferentes experiências, o que pode reduzir o estigma associado a ela, além de ter 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.

Num estudo realizado na Espanha, vinculado ao Programa de Transtornos Bipolares de Barcelona, 120 pacientes com diagnósticos de TB I e II foram incluídos. Os pacientes selecionados estavam em remissão há seis meses e foram randomizados em duas modalidades de grupos, ambos associados ao tratamento farmacológico padrão: grupos psicoeducativos e grupos cujas reuniões não foram estruturadas. Durante a fase de tratamento, 36 indivíduos (60%) do grupo controle preencheram critérios para recorrência (mania, hipomania, episódio misto ou depressão), comparados com 23 (38%) do grupo psicoeducativo. Ao final do seguimento de dois anos, 55 pacientes (92%) do grupo controle preencheram critérios para recorrência versus 40 (67%) do grupo da psicoeducação. A diferença entre os grupos, tanto na fase de tratamento quanto na fase do seguimento, foi estatisticamente significativa. O grupo da psicoeducação reduziu significativamente a proporção de pacientes com novas recorrências e o número de recorrências por paciente, e aumentou o tempo em que os pacientes permaneciam livres de sintomas depressivos, maníacos, hipomaníacos e mistos. O número e o tempo de hospitalizações por paciente também foi menor em pacientes que receberam psicoeducação. Ao final do acompanhamento de dois anos, o número de internações por paciente foi menor no grupo da psicoeducação, ainda que o número de pacientes que necessitaram de internação não tenha se alterado significativamente (Colom et al., 2003a). 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 (Colom et al., 2009).

Um ensaio clínico, construído sob os mesmos moldes do trabalho anterior e realizado pelo mesmo Programa, foi delineado para esclarecer se o efeito da psicoeducação vai além da melho-

ra na adesão ao tratamento. O mesmo programa de 21 sessões foi utilizado, porém com a inclusão de somente 50 pacientes bipolares tipo I, considerados aderentes ao tratamento através de entrevistas realizadas com os pacientes e com seus parentes em primeiro grau ou com seus parceiros e, também, pela avaliação das concentrações plasmáticas dos estabilizadores de humor. Apenas 25 deles foram psicoeducados. Observou-se que o tempo para a recorrência foi maior entre os pacientes psicoeducados e, ao final de dois anos de acompanhamento, 23 pacientes do grupo controle (92%) preencheram os critérios para recorrência, contra 15 (60%) do grupo da psicoeducação. O número de recorrências totais e o número de episódios depressivos foram significativamente menores entre os pacientes psicoeducados. Concluiu-se, portanto, que a psicoeducação mostrou-se eficaz na prevenção de recorrências em pacientes bipolares I que são aderentes ao tratamento farmacológico, podendo atuar também na regularidade do estilo de vida e nos hábitos de saúde, bem como na detecção precoce de sinais prodromáticos para a pronta intervenção medicamentosa, o que sugere que pacientes aderentes se beneficiam de outras intervenções com abordagens mais amplas (Colom et al., 2003b).

Scott et al. (2009) estudaram 120 indivíduos com transtornos bipolar I ou II que participaram de um estudo prospectivo, randomizado e controlado sobre a eficácia do grupo de psicoeducação versus grupo de apoio não-estruturado ambos com duração de seis meses e fase de seguimento de cinco anos. O estudo encontrou que em comparação com os que receberam a intervenção controle, os pacientes psicoeducados tinham duas vezes mais consultas ambulatoriais planejadas, mas o custo médio com consultas de emergência foi significativamente menor. Havia tendências de pacientes psicoeducados em optar pela psicoterapia auto-financiada depois de completar o grupo de psicoeducação e de aderir melhor ao tratamento medicamentoso. E ainda, a internação representava 40% do custo total estimado no grupo controle, mas apenas cerca de 15% no grupo de psicoeducação. Este estudo demonstra a importância de ter uma visão em longo prazo do custo versus benefícios da terapia psicológica como adjuvante no tratamento de pacientes bipolares. Desta forma, o grupo de psicoeducação é menos oneroso e mais eficaz.

D'Souza et al. (2010) avaliaram 58 pacientes com TB, recentemente remetidos, que foram randomizados para receber tratamento usual (TAU, n = 31) ou 12 sessões semanais de psicoeducação de 90 minutos cada em um programa de grupo para o paciente e seus companheiros (SIMSEP, n = 27). Após 12 semanas, os pacientes que participavam do SIMSEP passavam a receber TAU e todos os pacientes foram seguidos por até 60 semanas ou



até uma recaída. Os resultados obtidos apontam que 45 pacientes concluíram o estudo, sendo que 29 pacientes permaneceram bem até a semana 60 (SIMSEP $n = 17$, TAU $n = 12$), enquanto que 16 tiveram recaídas (SIMSEP $n = 3$, TAU $n = 13$). O grupo SIMSEP apresentou menor probabilidade de recaída ($p = 0,013$) e maior tempo para recaída comparado com o grupo TAU ($p < 0,01$). O estudo concluiu que o programa de psicoeducação breve de grupo com pacientes recentemente remetidos e seus companheiros, resulta em uma taxa de recidiva menor, maior tempo para recidiva, diminuição de sintomas maníacos e melhor aderência à medicação.

Outro estudo (Even et al., 2010) avaliou o impacto no curto e longo prazo da psicoeducação em 50 pacientes com TB que recebiam Lítio. Foi possível concluir que a psicoeducação melhorou o conhecimento sobre o Lítio e induziu mudanças de longo prazo (pacientes foram reavaliados após 24 meses) na representação que o paciente tem sobre a doença e nos seus comportamentos relacionados à saúde. No entanto, não foram observadas mudanças no questionário que avalia as atitudes relacionadas ao Lítio.

Vale ressaltar ainda, um estudo que utilizou uma intervenção psicossocial composta, em parte, por componentes psicoeducacionais em 463 pacientes com TB tipo I, II, SOE ou transtorno esquizoafetivo. Os pacientes foram randomizados para um grupo que recebeu intervenção psicossocial juntamente ao tratamento especializado para TB ou para um grupo que recebeu apenas o tratamento especializado para TB. A intervenção psicossocial consistia de 10 componentes, divididos em quatro componentes educacionais, cinco componentes de gerenciamento e um componente de suporte. Os componentes educacionais consistiram em: (i) educação sobre o transtorno de humor; (ii) educação sobre medicamentos utilizados para tratar o transtorno. (iii) educação básica sobre sono e higiene do ritmo social; (iv) educação relativa à utilização de medicação de emergência. Os componentes de gerenciamento consistiam em: (i) uma análise criteriosa dos sintomas. (ii) uma análise criteriosa dos efeitos colaterais. (iii) gestão médica e comportamental dos efeitos colaterais; (iv) discussão sobre sinais de alerta de episódios iminentes; (v) serviço de plantão 24 horas. O componente de suporte consistia de suporte não específico que podia ser fornecido ao paciente individualmente ou membros da família do paciente. Os resultados apontam que os dois grupos de tratamento melhoraram significativamente ao longo do tempo, mas a melhora na qualidade de vida foi maior no grupo que recebeu a intervenção psicossocial. Dentre os 299 participantes que estavam sintomáticos na entrada do estudo, 213 atingiram a recuperação no prazo de 24 meses, durante o qual 86 dos 213 sujeitos desenvolveram um novo episódio (Fagiolini et al., 2009).

b) Psicoeducação em grupo para cuidadores

Alguns estudos que utilizam a psicoeducação têm como foco não o paciente, mas sim o seu cuidador. Isto porque os cuidadores dos pacientes com TB podem sofrer de sobrecarga e também desenvolver patologias. Além disso, é fundamental que eles compreendam o TB e seu tratamento para que possam colaborar com os profissionais.

Neste sentido, um estudo teve como objetivo avaliar a eficácia de uma intervenção psicoeducacional de grupo, focada em cuidadores de pacientes bipolares (Reinares et al., 2008). Para tanto, recrutou 113 pacientes ambulatoriais com TB que estavam medicados e eufímicos e que viviam com seus cuidadores. Os cuidadores randomizados para o grupo experimental receberam doze sessões de psicoeducação de 90 minutos, focadas no conhecimento do TB e no treinamento de habilidades de enfrentamento. Os cuidadores randomizados para o grupo controle não receberam qualquer intervenção específica. Os pacientes foram avaliados mensalmente durante a intervenção de seus cuidadores e nos 12 meses seguintes. O resultado indica que grupo de psicoeducação focado nos cuidadores de pacientes com TB reduz a porcentagem de pacientes com qualquer reincidência de episódios do humor ($p = 0,007$) e aumenta os intervalos para as recaídas ($p = 0,036$). Quando diferentes tipos de episódios foram analisados separadamente, o efeito foi significativo para o número de pacientes que experimentaram uma recorrência hipomaniaca/maníaca ($p = 0,017$) e para o tempo para tal episódio ($p = 0,015$). As diferenças na prevenção de episódios depressivos e mistos não foram significativas. Desta forma, a intervenção psicoeducacional de grupo para os cuidadores de pacientes bipolares é um complemento útil ao tratamento usual dos pacientes, pois reduz o risco de recorrências, particularmente de mania e hipomania.

Em um segundo estudo, este mesmo grupo (Reinares et al., 2010) estudou a eficácia do grupo de psicoeducação para cuidadores na profilaxia da recorrência de episódios. Para tanto, eles subdividiram a amostra do estudo anterior de acordo com os estágios do TB do paciente, ou seja, no estágio I foram incluídos os pacientes bipolares com períodos de eutímia bem estabelecidos, nos quais eles retornam ao funcionamento pregresso à doença; no estágio II foram incluídos pacientes com ciclagem rápida ou aqueles que mesmo durante a eutímia apresentam sintomas psiquiátricos ou comorbidades; no estágio III foram incluídos os pacientes que apresentam claros déficits na cognição e no funcionamento; e, no estágio IV foram incluídos os pacientes que por causa da severidade dos déficits é inábil para levar sua vida de maneira independente,

ARTIGO //

por **DANIELLE BIO e
BERNARDO GOMES**

necessita de supervisão para suas atividades de vida diária. Os resultados apontam que os pacientes de estágio I são beneficiados pela psicoeducação de seus cuidadores, pois apresentam tempo mais longo para a recorrência ($p=0,012$). No entanto, não foram encontrados benefícios significativos da psicoeducação de cuidadores de pacientes em estágios mais avançados. Desta forma, este estudo indica para a necessidade de introduzir intervenções psicológicas precocemente no curso do TB.

Madigan et al. (2011) estudaram 47 cuidadores de 34 pacientes com TB tipo I, dividindo-os em três grupos: Grupo de Psicoeducação para várias famílias, Grupo de terapia focada em solução e Grupo de tratamento usual (sem adição nenhuma intervenção). Os resultados mostraram que, após um ano, os cuidadores que participaram dos grupos de psicoeducação ou de terapia focada em solução apresentaram aumento no conhecimento e redução na sobrecarga quando comparados ao grupo de tratamento usual, e ainda mantiveram a melhora após dois anos.

c) Estudos no Brasil

No Brasil, encontramos o Estudo de Pellegrinelli (2010) que teve como objetivo verificar o impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares. Tratou-se de um estudo randomizado controlado com 51 pacientes portadores de TB tipo I ou II, de acordo com os critérios do DSM-IV TR, em remissão. O grupo experimental foi composto de 29 pacientes que receberam, além do tratamento farmacológico, a intervenção psicoeducacional. O grupo controle foi composto de 22 pacientes que receberam, além do tratamento farmacológico, encontros placebo, ou seja, sessões de relaxamento. Ambos os grupos tiveram 16 encontros, duas vezes por semana, com 90 minutos de duração. Os resultados mostraram que a PE tendeu a impactar positivamente no bem estar do indivíduo em seu meio ambiente; promoveu uma melhora clínica global maior em todos os tempos avaliados com relação ao controle e essa melhora foi mantida em um ano; PE e controle mantiveram a recuperação sintomática maníaca. Apesar disso, a PE não protegeu de recaídas depressivas e de piora da adequação social. Portanto, a PE mostrou-se eficaz no bem-estar do paciente em seu meio ambiente, na melhora clínica global e na proteção de recaídas maníacas.

Uma outra linha de estudos está relacionada a encontros psicoeducacionais abertos promovidos pelo Programa Transtornos Afetivos (GRUDA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A implantação destas intervenções psicoeducacionais iniciou-se em

1997 e desde então oferece grupos abertos de Psicoeducação sobre Transtornos de Humor, com frequência mensal (10 encontros ao ano) e com duas horas de duração (o tema é apresentado por um psiquiatra e/ou um psicólogo capacitado durante 1 hora e, na seqüência, a platéia pode participar fazendo perguntas e contando suas experiências com o transtorno durante 1 hora.).

Estes grupos diferenciam-se dos descritos na literatura por não terem sempre os mesmos participantes ao longo dos encontros e pelo grande número de participantes (pacientes, familiares e interessados no assunto) em cada encontro. Neste sentido, Roso et al. (2005) afirmam que além dos benefícios já conhecidos de intervenções psicoeducacionais associadas ao tratamento de bipolares, é possível adequar esta abordagem a grupos grandes e abertos que incluem pacientes, familiares e interessados no tema. Isto porque, este é um método de fácil aplicação, de baixo custo e de ampla abrangência, podendo ser mais estimulado, particularmente em centros de assistência pública aonde o acesso a intervenções psicológicas individuais ou de grupo são mais difíceis.

Roso et al. (2004) observaram que os sujeitos que freqüentam os Encontros Psicoeducacionais Abertos apresentaram um bom conhecimento de conceitos relacionados ao TB (72% de acertos). Apesar disso, o fator de motivação mais freqüentemente alegado para justificar sua participação nos encontros foi a "Busca por Informação". Por outro lado, numa análise mais detalhada dos resultados obtidos, foi possível observar que a soma dos demais fatores ("Identificação com Outros que tem Problemas Similares", "Motivação para o Tratamento", "Conforto" e "Ser Compreendido") foi responsável por 60% da motivação alegada para freqüentar os encontros psicoeducacionais. Concluindo que o significado mais amplo da psicoeducação é promover o encontro, a identificação e a troca de experiências entre pessoas que sofrem dos mesmos problemas.

Em outro estudo, Pellegrinelli et al. (2010) demonstraram que 40% dos sujeitos que freqüentam os Encontros Psicoeducacionais Abertos têm crenças errôneas a respeito da natureza biológica da doença, da importância do apoio da família e dos efeitos da medicação. Eles correlacionam ainda estas crenças errôneas a respeito do TB com a adesão ao tratamento.

- Terapia Focada na Família (TFF)

As terapias com familiares de pacientes com TB podem representar uma alternativa fundamental para algumas fases da doença, como logo após um período de internação psiquiátrica, ou durante um episódio de mania, por exemplo. Nestes casos o suporte



familiar aliado a uma compreensão do quadro e o treino de habilidades específicas de manejo facilita, em muito uma melhor e mais rápida recuperação. Ao longo dos anos um extenso número de estudos controlados identificou que as abordagens que treinavam habilidades de comunicação e resolução de problemas em conjunto com psicoeducação familiar e o uso de antipsicóticos reduziam sintomas, retardavam recaídas e melhoravam o funcionamento em pacientes com esquizofrenia (Goldstein e Milkowitz, 1995). Estas observações estimularam o surgimento da Terapia Focada na Família, já há algum tempo estruturada em um manual (Miklowitz e Goldstein, 1997).

Desta forma, foi feita uma adaptação de métodos comportamentais de manejo familiar testados em pacientes esquizofrênicos (Fallon et al., 1984) e desenvolvida a TFF para pacientes bipolares tratados recentemente para um episódio agudo (Miklowitz e Goldstein, 1990). A TFF consta de uma intervenção psicoterápica de 21 sessões e nove meses de duração e aborda como alvos principais as posturas, a comunicação e o estilo de resolver problemas na família. A TFF tem cinco estágios: apresentação do protocolo para a família; avaliação dos níveis de emoção expressa e dos estilos de resolução de problemas da família; a psicoeducação familiar; o treinamento e aperfeiçoamento da comunicação; as técnicas de resolução de problemas (Miklowitz e Goldstein, 1997).

Um ensaio controlado (Miklowitz et al., 2003) com 101 pacientes com TB tipo I que haviam acabado de sair de um episódio de humor e em uso de medicação que foram distribuídos aleatoriamente em TFF (n=31) ou duas sessões de terapia de família para manejo de crise (n=70) observou que, 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. E, ainda, observou-se que os efeitos da TFF foram mais fortes sobre sintomas de depressão que de mania.

Rea et al. (2003) investigaram a diferença de efeitos terapêuticos entre 21 sessões de TFF e uma intervenção individual com mesmo conteúdo e duração. Foram incluídos 53 pacientes com TB que haviam tido um episódio recente de mania e que estavam parcialmente estabilizados. Após um ano da conclusão do tratamento, ou seja, dois anos após a inclusão no estudo, os pacientes do grupo de TFF apresentaram uma taxa de 12% de hospitalizações, diante de 60% do grupo de intervenção individual. Os intervalos de tempo para as recorrências também foram significativamente maiores no grupo de TFF.

Outro estudo (Perlick et al., 2010) teve como alvo da intervenção o familiar considerado principal cuidador de 46 pacientes com

TB tipo I ou II. O cuidador deveria preencher ao menos três dos seguintes critérios: ser parente do paciente, ter mais contato que qualquer outro cuidador com o paciente, ajudar com suporte financeiro ao paciente, ser o contato para emergências da equipe de tratamento do paciente, estar envolvido no tratamento do paciente. Os cuidadores deveriam demonstrar ainda problemas de saúde física ou mental atuais. Os cuidadores foram randomizados para receber 12 a 15 sessões de TFF ou 8 a 12 sessões de educação sobre saúde e foram avaliados antes e após o tratamento para os níveis de sobrecarga, comportamentos de saúde e capacidade de enfrentamento e, os pacientes, para os níveis de depressão e mania. Os resultados apontam que os cuidadores que participaram do grupo de FFT tiveram uma diminuição significativa nos sintomas depressivos e nos comportamentos de risco para a saúde. A redução dos sintomas depressivos estava parcialmente mediada pela redução dos níveis de evasão no enfrentamento de problemas. Os pacientes deste grupo também mostraram grande redução dos sintomas depressivos.

Uma segunda abordagem comportamental baseada em treino de resolução de problemas e psicoeducação sobre a doença foi utilizada por um grupo ligado a Universidade Brown nos Estados Unidos (Miller et al. 2008). A abordagem é manualizada e descrita na literatura (Epstein et al 1981) e se fundamenta em áreas relevantes do funcionamento familiar. Miller et al. (2008) compararam o efeito desta abordagem durante a fase aguda de pacientes com TB medicados, em um desenho com três grupos distintos. Um grupo recebeu 12 sessões da abordagem, um segundo participou de seis sessões de psicoeducação com múltiplas famílias e um último grupo foi mantido sob medicação exclusivamente. Após 28 meses, não houve diferença significativa entre os três grupos para número e duração de episódios do humor. No entanto, os paciente que viviam em famílias com altos índices de conflito e baixa habilidade de resolução 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 aqueles mantidos no grupo de tratamento medicamentoso. Em 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. Os resultados apontam que aqueles pacientes que haviam sido submetidos à psicoeducação de múltiplas famílias diferiram significativamente dos demais para número de novas internações psiquiátricas (Solomon et al., 2008).

ARTIGO //

por DANIELLE BIO e
BERNARDO GOMES

Discussão

Diante de tantos estudos, uma primeira pergunta levantada poderia ser qual abordagem é mais eficaz no tratamento psicoterápico do TB. Na literatura encontram-se raros estudos que compraram diretamente duas ou mais abordagens psicoterápicas nestes casos. O maior deles foi realizado em 15 centros de pesquisa americanos envolvendo um total de 293 pacientes com TB I e II em fase depressiva. O objetivo do estudo era avaliar a efetividade de três abordagens estruturadas, Terapia Cognitivo Comportamental, Terapia Interpessoal e Terapia Focada na Família, comparando-as a uma condição controle chamada de Cuidado Colaborativo composta de três sessões de psicoeducação breve. Após o seguimento de um ano, foi observado que as abordagens estruturadas favoreciam uma recuperação do episódio depressivo significativamente mais rápida do que o cuidado colaborativo (169 X 279 dias, respectivamente). No entanto, quando cada abordagem foi comparada isoladamente, não houve diferença significativa para tempo de recuperação (Miklowitz e et al., 2007).

Além da escassez de estudos objetivos que comparam as diferentes abordagens, existem ainda outros fatores importantes que dificultam a comparação entre os estudos existente. Dentre eles, vale ressaltar as características individuais de cada paciente e o seu histórico clínico (tempo de doença, idade de início da doença, comorbidades com outros quadros, número de hospitalizações, medicação em uso, resposta ao tratamento medicamentoso etc.).

Desta forma, para que a pergunta seja respondida, são necessários mais estudos com variáveis confundidoras controladas ou com enfoque nos fatores preditivos associados a uma melhor resposta ao tratamento psicoterápico, o que poderá colaborar no encaminhamento destes pacientes a uma abordagem psicoterápica específica. Dos poucos estudos que avaliaram fatores preditivos na resposta ao tratamento psicoterápico, foi possível verificar uma pior resposta quando o paciente apresentava numerosos episódios prévios (Scott et al 2006) e crenças positivas a respeito dos episódios de elevação do humor (Lee et al 2010).

Outra dúvida freqüente trata de qual fase da doença seria mais indicada para o início do tratamento psicoterápico. Em sua ampla maioria, os estudos psicoterápicos publicados até o momento, incluíam pacientes com sintomatologia leve ou em eutímia, uma vez que objetivavam avaliar sua eficácia como tratamento adjunto na prevenção de novos episódios da doença. Contudo, encontram-se também estudos que incluíam pacientes em fases distintas da doença, como logo após um período de internação

psiquiátrica, por exemplo. Quando iniciadas nesse período, em geral, as abordagens psicoterápicas testadas envolveram membros da família ou a utilização de um programa de cuidados sistemático altamente estruturado para acompanhar estes pacientes, considerando a sintomatologia dos pacientes. A limitação destas abordagens, muitas vezes, pode ser sua principal vantagem, uma vez que os familiares dos pacientes podem não se mostrar disponíveis para participar do tratamento. Além disto, a oferta de um programa de saúde mental tão estruturado é rara na maioria dos países. Sobre isso cabe destacar que no estudo supracitado de Miklowitz et al. (2007), comparando diferentes abordagens psicoterápicas na depressão bipolar, apenas 54,3% dos pacientes apresentaram ao menos um membro familiar disponível para realizar a TFF.

Os desfechos clínicos mais comumente avaliados na literatura de psicoterapia para TB são recuperação sintomática, adesão ao tratamento, redução de tempo e número de internações psiquiátricas, tempo de remissão da doença, tempo até uma nova recaída, e número de episódios. Há uma carência de estudos sobre alguns desfechos muito relevantes ligados à doença. O suicídio é talvez o mais importante destes desfechos ainda pouco estudado nos protocolos que envolvem psicoterapia no TB. No entanto, alguns autores colocam que entre 20 a 50% dos pacientes apresentam uma tentativa de suicídio ao longo da vida (Jamison, 2000).

A recuperação funcional é outro desfecho escassamente estudado na literatura de psicoterapia para TB. É sabido que uma grande parcela de pacientes com TB não consegue retomar suas atividades diárias mesmo após o início do tratamento medicamentoso e a recuperação sindrômica. Estima-se que o TB leva a algum grau de prejuízo psicossocial durante 54 a 59% dos meses (Judd et al., 2008). Por tal razão, atualmente, há uma crescente preocupação acerca de desfechos como qualidade de vida, reinserção no mercado de trabalho, melhora na qualidade dos relacionamentos sociais e resiliência por exemplo. Embora a recuperação funcional seja um dos principais objetivos das abordagens psicoterápicas, este ainda vem sendo pouco avaliado. Possivelmente futuros estudos terão a recuperação funcional como um desfecho importante.



Referências

1. Basco MR, Rush AJ. *Cognitive-Behavioural Therapy for Bipolar Disorder*. 2nd. edition. New York/London: The Guilford Press; 2007.
2. Newman C. *Bipolar disorder: a cognitive therapy approach*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002
3. Lam DH, Jones SH, Hayward P, Bright JA. *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice*. New York, NY: John Wiley and Sons; 1999
4. Scott J. *Overcoming Mood Swings*. London: Robinson; 2001
5. Castle D, Berk M, Berk L, Lauder S, Chamberlain J, Gilbert M. Pilot of group intervention for bipolar disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2007;11: 279 –84
6. Ball J, Mitchell P, Corry J, Skillecorn A, Smith M, Malhi G. A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *J Clin Psychiatry*. 2006 Feb;67(2):277-86.
7. Beck A. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Sep;62(9):953-9.
8. Castle D, White C, Chamberlain J, Berk M, Berk L, Lauder S, et al. Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010 May;196(5):383-8.
9. Cochran S. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol*. 1984 Oct;52(5):873-8.
10. de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Apr;255(2):75-82.
11. 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.
12. 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 Apr;176(2-3):161-5.
13. Isasi AG, Echeburúa E, Limiñana JM, González-Pinto A. How effective is a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder? A randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2010 Oct;126(1-2):80-7.
14. Knapp P, Beck A. [Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008 Oct;30 Suppl 2:s54-64.
15. Lam D, Watkins E, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Feb;60(2):145-52.
16. Lam D, Wright K, Sham P. Sense of hyper-positive self and response to cognitive therapy in bipolar disorder. *Psychol Med*. 2005 Jan;35(1):69-77.
17. Lee R, Lam D, Mansell W, Farmer A. Sense of hyper-positive self, goal-attainment beliefs and coping strategies in bipolar I disorder. *Psychol Med*. 2010 Jun;40(6):967-75.
18. Magliano L, Orrico A, Fiorillo A, Del Vecchio H, Castiello G, Malangone C, et al. Family burden in bipolar disorders: results from the Italian Mood Disorders Study (IMDS). *Epidemiol Psichiatri Soc*.18(2):137-46.
19. Pacchiarotti I, Valentí M, Bonnin CM, Rosa AR, Murru A, Kotzalidis GD, et al. Factors associated with initial treatment response with antidepressants in bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011 May;21(5):362-9.
20. 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*. 2010 Feb.
21. Scott J, Gutierrez MJ. The current status of psychological treatments in bipolar disorders: a systematic review of relapse prevention. *Bipolar Disord*. 2004 Dec;6(6):498-503.
22. Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, et al. Cognitive-behavioural therapy for bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2006 May;188:488-9.

ARTIGO //

por DANIELLE BIO e
BERNARDO GOMES

- 23. Swartz HA, Frank E, Frankel DR, Novick D, Houck P. Psychotherapy as monotherapy for the treatment of bipolar II depression: a proof of concept study. *Bipolar Disord.* 2009 Feb;11(1):89-94.
- 24. Zaretsky A, Rizvi S, Parikh S. How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder? *Can J Psychiatry.* 2007 Jan;52(1):14-21.
- 25. Zaretsky A, Lancee W, Miller C, Harris A, Parikh S. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Can J Psychiatry.* 2008 Jul;53(7):441-8.
- 26. Madigan K, Egan P, Brennan D, Hill S, Maguire B, Horgan F, Flood C, Kinsella A, O'Callaghan E. A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. *Eur Psychiatry.* 2011 Feb 18.
- 27. Reinares M, Colom F, Rosa AR, Bonnín CM, Franco C, Solé B, Kapczinski F, Vieta E. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *J Affect Disord.* 2010 Jun;123(1-3):81-6. Epub 2009 Oct 23.
- 28. Even C, Thuile J, Kalck-Stern M, Criquillon-Doulet 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.* 2010 Jun;123(1-3):299-302. Epub 2009 Oct 7.
- 29. D'Souza R, Piskulic D, Sundram S. A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: a pilot randomised controlled trial. *J Affect Disord.* 2010 Jan;120(1-3):272-6.
- 30. Fagiolini A, Frank E, Axelson DA, Birmaher B, Cheng Y, Curet DE, Friedman ES, Gildengers AG, Goldstein T, Grochocinski VJ, Houck PR, Stofko MG, Thase ME, Thompson WK, Turkin SR, Kupfer DJ. Enhancing outcomes in patients with bipolar disorder: results from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians Study. *Bipolar Disord.* 2009 Jun;11(4):382-90.
- 31. Colom F, 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 Mar;194(3):260-5. Erratum in: *Br J Psychiatry.* 2009 Jun;194(6):571.
- 32. Solomon DA, Keitner GI, Ryan CE, Kelley J, Miller IW. Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disord.* 2008 Nov;10(7):798-805.
- 33. Callahan AM, Bauer MS. Psychosocial interventions for bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1999 Sep;22(3):675-88.
- 34. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán 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.* 2003a Apr;60(4):402-7.
- 35. Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez-Arán A, Torrent C, Goikolea JM, Gastó C. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry.* 2003b Sep;64(9):1101-5.
- 36. Colom F, Vieta E. *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder.* 1ª ed. New York: Cambridge; 2006.
- 37. Fristad MA, Gavazzi SM, Mackinaw-Koons B. Family psychoeducation: an adjunctive intervention for children with bipolar disorder. *Biol Psychiatry.* 2003 Jun 1;53(11):1000-8.
- 38. Miklowitz DJ, Frank E, George EL. New psychosocial treatments for the outpatient management of bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull.* 1996;32(4):613-21.
- 39. 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 Sep;60(9):904-12.
- 40. Zaretsky A. Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2003;5 Suppl 2:80-7.
- 41. Scott J, Colom F, Popova E, Benabarre A, Cruz N, Valenti M, Goikolea JM, Sánchez-Moreno J, Asenjo MA, Vieta E. Long-term mental health resource utilization and cost of care following group psychoeducation or unstructured group support for bipolar disorders: a cost-benefit analysis. *J Clin Psychiatry.* 2009 Mar;70(3):378-86.



- 42. 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 Jun;10(4):511-9. Erratum in: *Bipolar Disord.* 2008 Jul;10(5):657.
- 43. 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 Jun;71(3):482-92.
- 44. Gonzáles-Pinto A; Gonzales C, Enjunto S, Fer-

nandez De Costa B, Lopez P, Palomo J, Gutierrez M e outros. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: na update. *Acta Psychiatr. Scand.* 2004; 109(2): 83-90.

- 45. 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 Sep;60(9):904-12.
- 46. Miller I, Keitner G, Rayan 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.



INSTITUTO DE TERAPIA COGNITIVA

Curso Intensivo de Introdução à Terapia Cognitiva - 24 horas

25 a 27/Novembro/2011

Duração: 25 a 27 de Novembro (Sexta a Domingo), de 08:30 às 17:30 horas.

Destinado a: Profissionais, estudantes e residentes de Saúde, Saúde Mental e áreas afins.

Introdução à TC, como um sistema integrado de psicoterapia, apresentando o modelo cognitivo de personalidade e de psicopatologia, e sua aplicação no tratamento e prevenção de transtornos emocionais.

Curso de Especialização em Terapia Cognitiva - 504 horas

Início: 09/Março/2012

Duração: 24 encontros mensais (6a. e Sábado), de 8:30 às 17:30 horas.

Programa: **Introdução à TC:** Março a Junho, 2012; **Especialização em TC:** Julho/2012 a Fev/2014,

Destinado a: Psicólogos e Psiquiatras. Especialização em TC, um sistema integrado de psicoterapia cientificamente fundamentado, a fim de habilitar profissionais a utilizar a TC em sua prática clínica.

Workshop "Introdução à TC" e "TC Aplicada a Pacientes Graves"

09 e 10/Março/2012 - SP

Prof. Dr. Jesse Wright
MD, PhD Psiquiatria - EUA



Diretor do Depto de Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Escola de Medicina da Univ. de Louisville, Kentucky. Presidente Fundador da Academia de Terapia Cognitiva. Autor de inúmeras publicações e *expert* internacionalmente reconhecido em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental por Computador e Tratamento Cognitivo-Comportamental de Pacientes Graves.

Destinado a: Profissionais, estudantes e residentes de Saúde, Saúde Mental e áreas afins.

Duração: 9 e 10 de março de 2012, de 08:30 às 17:30 horas.



Dra. Ana Maria Serra (CRP 06/48738-6)

- PhD em Psicologia Clínica e Terapeuta Cognitiva pelo Institute of Psychiatry, Univ. de Londres, Inglaterra;
- Mestre em Psicologia pela Universidade de Illinois, EUA;
- Presidente Honorária da ABPC - Associação Brasileira de Psicoterapia Cognitiva;
- Psicóloga Clínica e Bacharel em Psicologia pela PUC-RJ;

ITC-SP: Av. Fagundes Filho, 145 - Conj. 131/132 - 04304-010 São Paulo, SP. |11| 4083.2555. E-mail: contato@itcbr.com.