

## ***Intervenções Cognitivo-Comportamentais no Transtorno de Humor Bipolar***

**Adriana da Matta<sup>1</sup>**  
**Denise Balem Yates**  
**Paula Grazziotin Silveira**  
**Lisiane Bizarro**  
**Clarissa Marceli Trentini**

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil*

### **Resumo**

Evidências sugerem que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) exerce controle sobre os sintomas do Transtorno do Humor Bipolar (THB), atuando sobre o funcionamento social e diminuindo os riscos de recaída. Este trabalho visa apresentar os últimos achados referentes às aplicações e à eficácia da TCC no tratamento do THB. Método: Foram pesquisados livros e artigos publicados entre janeiro de 1999 e outubro de 2009, nos bancos de dados *PubMed*, *Science Direct* e *BVSPsi*. Resultados: Foram encontradas técnicas com adaptações específicas da TCC para o transtorno, associadas à psicoeducação. Conclusão: A TCC em grupo tem se mostrado viável e bem tolerada, com notável melhora psicossocial. Técnicas que estimulam a discriminação de pensamentos disfuncionais habilitam os pacientes a se tornarem mais independentes e ativos quanto ao transtorno e ao tratamento.

*Palavras-chave:* Terapia Cognitivo-Comportamental; Transtorno bipolar; Técnicas psicológicas.

### **Cognitive Behavioral Therapy for Bipolar Disorder**

#### **Abstract**

Evidences suggest that cognitive-behavioral therapy (CBT) exert control over the symptoms of Bipolar Disorder (BD), acting upon social functioning and reducing the risk of relapse. This paper aims to present the latest findings concerning the applications and effectiveness of CBT in the treatment of BD. Method: in the indexed databases *PubMed*, *Science Direct* and *BVSPsi*, books and articles on the subject, published between January 1999 to October 2009, were researched. Results: Techniques with specific adaptations of CBT for the disorder were found, associated with psychoeducation. Conclusion: The CBT has been feasible and well tolerated by patients, and the improvement in psychosocial functioning of participants is remarkable. Techniques that stimulate the breakdown of dysfunctional thoughts enable the patients to become more independent and active regarding their own disorder and treatment.

*Keywords:* Cognitive Behavioral Therapy; Bipolar disorder; Psychological techniques.

Muitas abordagens psicoterápicas podem ajudar o paciente bipolar a viver com mais qualidade de vida. Entretanto, quando existem objetivos bastante claros a serem buscados, no menor tempo possível, além de uma atenção continuada ao paciente e do paciente, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se destaca em sua efetividade (Sudak, 2008), demonstrada na moderação dos estados de humor e na mudança de comportamento dos pacientes portadores de Transtorno do Humor Bipolar ([THB], Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington, & Gyulai, 2006). Talvez essa efetividade ocorra por a TCC estar entre os tipos de psicoterapia mais investigados, em estudos com menor número de limitações metodológicas (Knapp & Isolan, 2005). Contudo, também

se deve à natureza psicoeducacional da TCC, que promove o automonitoramento, a autorregulação (Patelis-Siotis, 2001), o aumento da auto-eficácia (Mansell, Colom, & Scott, 2005), a adesão à farmacoterapia (desfavorável em 50% dos casos de Transtorno do Humor Bipolar), previne recaídas (Colom et al., 2003) e modifica estilos cognitivos, tornando-os adaptados, mesmo na vivência de eventos estressantes (Colom et al., 2003; Patelis-Siotis, 2001). Outras abordagens indicadas e não excluídas à TCC são a terapia familiar e a terapia de grupo, além de grupos de suporte que fornecem informações sobre o Transtorno do Humor Bipolar e seu tratamento para pacientes e familiares (Souza, 2005).

O THB é uma doença psiquiátrica severa, crônica, recorrente, de curso variável, que se manifesta em episódios oscilantes entre depressão maior e mania, no caso do THB Tipo I, ou hipomania, no THB Tipo II (Basco, McDonald, Merlock, & Rush, 2004), durante os quais podem ocorrer mudanças extremas tanto no estado de

<sup>1</sup> Endereço para correspondência: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 119, Santa Cecília, Porto Alegre, RS, Brasil, CEP 90035-003. E-mail: adriana.ez@terra.com.br

ânimo, como nas cognições e nos comportamentos (Ramírez-Basco & Thase, 2003). A distinção entre mania e hipomania está na intensidade dos sintomas, sendo a mania caracterizada pelo humor persistente e anormalmente elevado, expansivo ou irritável, associados à grandiosidade, necessidade diminuída de sono, pressão para falar, fuga de idéias, distratibilidade, aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora e envolvimento excessivo em atividades prazerosas. A mania costuma ser mais prejudicial ao funcionamento social e ocupacional do paciente (Moreno, Moreno, & Ratzke, 2005), freqüentemente levando à internação, enquanto a hipomania é semelhante à mania, mas mais branda e menos incapacitante. A hipomania envolve euforia ou irritabilidade, além de hiperatividade, diminuição da necessidade de sono, aumento da sociabilidade, aumento de atividades físicas e da busca por atividades prazerosas (Moreno et al., 2005), embora esses sintomas sejam menos nocivos ao funcionamento do paciente, a crítica permaneça preservada (Lotufo Neto, Yacubian, Scalco, & Gonçalves, 2001) e a duração do episódio seja menor (Moreno et al., 2005).

O THB afeta 1% (Lima, Tassi, Novo, & Mari, 2005) a 2% da população (Reilly-Harrington et al., 2007) e pode se tornar incapacitante (Ramírez-Basco & Thase, 2003), estando associado a significativa morbidade e mortalidade (Soares-Weiser et al., 2007). Geralmente o THB se inicia entre os 15 e os 30 anos (Lara, 2004), e prevalece durante toda a vida (Ramírez-Basco & Thase, 2003). Podem estar associados sintomas psicóticos, como alucinações e delírios (Lara, 2004), e recorrências episódicas que ameacem a vida, os vínculos familiares e a estabilidade econômica do sujeito e de sua família. A probabilidade de recorrência aumenta a cada episódio subsequente, de forma independente de tratamento medicamentoso (Jones, 2004), o que constitui a regra para 95% dos pacientes com THB, dos quais de 15% (Loosen et al., 2002) a 25% tenta o suicídio (Jurueña, 2004; Ramírez-Basco & Thase, 2003).

Embora existam muitos estudos sobre o THB, tendo em vista a alta prevalência da doença, permanece a falta de consenso entre muitos autores acerca de diversos aspectos. O manejo clínico do THB inclui o tratamento dos episódios agudos e a terapia de manutenção (Loosen et al., 2002). O THB é tratado com vários tipos de medicação, como lítio, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidepressivos e eletroconvulsoterapia; no entanto, mesmo com as melhores estratégias medicamentosas, o curso da doença é caracterizado por sintomas crônicos e por altos índices de recaídas e internações. Evidências recentes sugerem que o curso do THB pode ser melhor controlado por meio de abordagens psicoterápicas associadas ao uso de medicação (Knapp & Isolan, 2005).

Entre os principais objetivos das abordagens psicoterápicas no THB estão o aumento da adesão ao trata-

mento medicamentoso, e o treinamento do paciente e de seus familiares em aspectos, tais como: a identificação dos sintomas subsindrômicos para favorecer a intervenção precoce, as técnicas que ajudam a deter o agravamento dos sintomas residuais, e as estratégias para enfrentar estímulos sociais e interpessoais estressantes que possam ser desencadeantes ou exacerbantes na manifestação dos sintomas (Knapp & Isolan, 2005; Ramírez-Basco & Thase, 2003). Acrescenta-se ainda que intervenções psicoterápicas podem, como consequência, prevenir recaídas e recorrências, diminuir períodos de hospitalizações e melhorar a qualidade de vida de pacientes e de familiares, bem como o seu funcionamento social e ocupacional (Knapp & Isolan, 2005). Adicionalmente, a psicoterapia pode ajudar o paciente a ser mais participativo e aumentar a adesão ao tratamento, reduzir traumas e estigmas associados à doença, melhorar a proteção familiar, entre outros objetivos (Lotufo Neto, 2004).

O interesse do presente estudo na TCC decorre de evidências na literatura recente de que esta abordagem exerce grande influência sobre os sintomas, funcionamento social e riscos de recaída no THB (Jones, 2004). Este artigo tem por objetivo apresentar os últimos achados referentes às aplicações e à eficácia da TCC no tratamento do THB, em especial, no que concerne às técnicas e aos últimos estudos de intervenção.

## Método

Foram pesquisados os artigos referentes ao tema publicados de janeiro de 1999 até outubro de 2009, nos bancos de dados indexados *PubMed*, *BVSPsi* e *Science Direct (MedLine, PsycInfo)*, sendo selecionados artigos originais e revisões sobre a TCC aplicada ao THB. A estratégia de busca de artigos teve como critérios os termos: *bipolar* ou *mood disorder* e *cognitive-behavior therapy*. Também foram consultados livros e capítulos de livros, dentro do mesmo prazo de publicação, cuja organização e autoria pertencem a pesquisadores de reconhecida experiência clínica.

## Teoria e Técnica da Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Humor Bipolar

Apesar das raízes biológicas do THB, as oscilações no afeto manifestam-se no pensamento, na percepção, na linguagem e na cognição (Jurueña, 2004), o que é coerente com a justificativa e com o processo psicoterápico da TCC. Essa consiste em um tipo de psicoterapia breve, estruturada, orientada para o presente e focada em resolver problemas atuais e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais (Lotufo Neto et al., 2001) através do ajuste cognitivo (Abreu, 2004). Já a terapia comportamental consiste em um processo que

envolve a aplicação de procedimentos específicos para alterar exemplos particulares de comportamentos (Guilhardi, 2004), com base no condicionamento clássico (em que o estímulo elicia a resposta) e no condicionamento operante (em que as conseqüências do comportamento são capazes de alterá-lo). A terapia cognitivo-comportamental representa a união dessas duas abordagens teóricas distintas para entender e tratar problemas psicológicos, e parte dos princípios que a atividade cognitiva afeta o comportamento, que a mesma pode ser monitorada e alterada, e que mudanças de comportamento podem ser obtidas com a mudança cognitiva (Dobson & Franche, 2002).

No modelo da TCC, em especial na Terapia Cognitiva, experiências infantis levam ao desenvolvimento de esquemas disfuncionais que giram em torno de temas como a necessidade de ser amado ou de realização. Experiências tardias que contradizem esses esquemas provocam a produção de pensamentos automáticos que levam ao surgimento de estados de humor relevantes, como é o caso da depressão em indivíduos vulneráveis (Power, 2005). Este modelo, inicialmente estudado no caso da depressão unipolar, foi adaptado a um grande número de transtornos, como ansiedade, e mesmo esquizofrenia ou transtornos de personalidade, sendo recentemente adaptado ao THB. Para alguns autores, o modelo assume as mesmas características da aplicação na depressão unipolar, com a diferença de que, no THB, os esquemas disfuncionais implicados atuam de forma 'bidirecional'. Sendo assim, embora um esquema foque na crença de ser amado, a polaridade do esquema muda de um extremo ao outro com o estado de humor e com os eventos de vida, sendo que, num dado momento, a percepção é de rejeição geral, e, em outro, é de ser amado por todos. Tipos diferentes de eventos da vida estariam relacionados à ativação de diferentes tipos de humor (Power, 2005).

Alguns autores consideram que o tratamento psicoterápico do THB apenas é possível na fase eutímica, ou seja, quando o transtorno está estabilizado pela medicação (Colom & Lam, 2005; Juruena, 2004; Sudak, 2008), período em que o paciente estaria sem sintomas e reintegrado funcionalmente em sua rotina (Souza, 2005). Sendo assim, a meta inicial do tratamento do THB seria a adesão ao tratamento farmacológico para que o início de uma fase eutímica permita o uso da TCC. Essa é uma das características que diferencia as aplicações da TCC no THB, pois esta geralmente pode ser aplicada em diferentes momentos nos demais transtornos. Há uma concordância geral entre os autores a respeito de que as sessões são psicoeducativas, com ênfase no treinamento de habilidades e no uso da agenda. Entretanto, poucas técnicas cognitivo-comportamentais são ensinadas na TCC para o THB (Colom & Vieta, 2004; Juruena, 2004). Apresentam-se na Tabela 1 as princi-

pais técnicas empregadas no tratamento do THB referidas na literatura recente.

O processo que permitirá a concretização dos objetivos da terapia para o paciente com THB é chamado reestruturação cognitiva, que implica o questionamento e a conseqüente correção de concepções errôneas, também denominadas crenças disfuncionais. Nas crenças disfuncionais de pacientes com THB em estado de mania, por exemplo, encontram-se pensamentos de grandiosidade ou de paranóia, associados à argumentação emocional (*se eu sinto, é porque é real*) (Dell'Aglio, Silva, Güths, & Namba, 2003). Eventualmente, há idéias de que o impulso sexual, que é aumentado na fase maníaca, é recíproco para o objeto do desejo, bem como crenças de que os outros são lentos, atitudes de sarcasmo e a percepção de que se está sempre certo (Lotufo Neto, 2004). Nos estados depressivos, é possível identificar diversas distorções cognitivas, tais como a hipergeneralização, o pensamento dicotômico e a abstração seletiva (Dell'Aglio et al., 2003), que se manifestam em sentenças tais como *'meus sintomas são tão grandes, que apenas a morte os resolverá'* (Lotufo Neto, 2004).

Para alcançar a reestruturação cognitiva, é possível lançar mão de diversas técnicas que permitem o questionamento das crenças disfuncionais (Knapp & Isolan, 2005) e das distorções cognitivas (Miklowitz, 2006) que levam o portador de THB a estados de humor negativos. No entanto, além das demais inconsistências entre os autores, uma limitação da TCC para a identificação de procedimentos-padrão diz respeito à identificação de cada técnica, já que essas, por vezes, assumem diferentes denominações conforme os autores e seus tradutores. Além de diferentes denominações, pequenas diferenças em suas aplicações não permitem que se apliquem denominações comuns com liberdade. Alguns estudos descrevem que houve a aplicação da TCC, mas não indicam as técnicas utilizadas (Knapp & Isolan, 2005). Ainda assim, é possível identificar técnicas passíveis de aplicação no THB, tais como a lista de vantagens e de desvantagens de uma ação, os exercícios de resolução de problemas, o questionamento socrático (Dell'Aglio et al., 2003) além de técnicas que permitem a identificação de pensamentos disfuncionais e o desafio da lógica disfuncional (Miklowitz, 2006). Também são indicadas técnicas para monitorar sintomas, tais como o gráfico do humor e a linha da vida (Lotufo Neto, 2004; Reilly-Harrington et al., 2007), que podem ser usadas inclusive em portadores de THB de ciclagem rápida (Reilly-Harrington et al., 2007). É possível encontrar também relatos de estratégias de exposição tipicamente comportamentais aos sintomas depressivos, ansiosos e à irritabilidade (Knapp & Isolan, 2005). Encontram-se ainda, associadas às técnicas já descritas, a recomendação da prática de registros diários e a prática de uma verificação sensória (Swartz & Frank, 2001).

Tabela 1  
*Principais Técnicas Cognitivo-comportamentais Utilizadas no Transtorno de Humor Bipolar*

<i>Técnica</i>	<i>Autores</i>	<i>Descrição</i>	<i>Objetivo</i>
Lista de vantagens e desvantagens de uma ação	Dell' Aglio et al., 2003	Listar vantagens e desvantagens de uma situação, relacionando-os.	Quebrar padrões dicotômicos de pensamento.
Exercício de resolução de problemas	Dell' Aglio et al., 2003; Lotufo Neto et al., 2001; Patelis-Siotis, 2001; Swartz e Frank, 2001	Escolha do problema, identificar informações sobre o problema, escolha das estratégias, lista de possíveis soluções, teste das soluções mais eficazes, avaliação da resolução do problema.	Potencializar senso de controle sobre as dificuldades, identificação dos problemas que causam sofrimento, auxiliar o paciente a identificar suas "ferramentas" para resolver problemas.
Questionamento socrático	Dell' Aglio et al., 2003	Interrogações ao paciente sobre as evidências que ele possui em relação às suas "verdades" para que outras interpretações mais adaptativas sejam possíveis.	Permite atuar diretamente na tríade cognitiva do paciente (padrões cognitivos sobre si mesmo, o futuro e as experiências de vida).
Desafio da lógica disfuncional	Miklowitz, 2006	Identificar pensamentos mal-adaptativos, questioná-los em termos lógicos e substituí-los por um raciocínio adaptativo e realista.	Avaliar cognições distorcidas, (por exemplo, o pensamento hiperpositivo durante a fase maníaca).
Gráfico do humor, afetivograma	Colom et al., 2003; Lotufo Neto, 2004; Reilly-Harrington et al., 2007	Montar um gráfico que consiste no monitoramento dos sintomas.	Identificar o início de sintomas enquanto ainda podem ser controlados.
Linha da vida	Lotufo Neto, 2004; Ramírez-Basco e Rush, 2009	O paciente desenha uma linha numa folha de papel, identificando com subidas, descidas e cores o curso de sua vida e de seu transtorno.	Fornecer ao paciente uma visão mais ampla do curso da doença, dos fatores estressores e da influência do tratamento.
Registro de pensamentos automáticos	Dell' Aglio et al., 2003; Ramírez-Basco e Rush, 2009	Construção de tabelas com o pensamento automático (PA) disfuncional, reunião das evidências contra e a favor do PA, reflexões a respeito do que outra pessoa diria nessa situação e conclusões e planos para o próximo passo a ser dado.	Avaliar a validade dos pensamentos, reunindo evidências que apóiam ou contradizem sua validade.
Verificação sensorial	Swartz e Frank, 2001	Identificar como a emoção se manifesta sensorialmente no corpo: sensações, tensões, localização, intensidade, extensão.	Identificar o início de sintomas típicos para pacientes que não estão mais em episódio ativo, mas que ainda experienciam irritabilidade, inquietação ou sensação de apreensão.

Gonçalves, Santin e Kapczinski (2009) remetem ao modelo diátese-estresse em transtornos psiquiátricos, que pressupõe que distorções cognitivas na interpretação de eventos, interagindo com eventos estressantes, sejam facilitadoras de recaídas. As distorções cognitivas que o paciente bipolar mantém durante a vida podem interferir no enfrentamento dos eventos estressantes e até mesmo precipitá-los. Reilly-Harrington et al. (2007) verificaram que a ocorrência de episódios depressivos e maníacos na presença de eventos estressantes é maior entre os pacientes bipolares com maiores níveis de distorções cognitivas do que entre pacientes bipolares com menos distorções. O reconhecimento e a discriminação dessas distorções fazem parte do tratamento cognitivo-comportamental, o que remete a uma das principais estratégias universalmente empregadas pela TCC, a psicoeducação, que se refere tanto ao transtorno, quanto ao próprio modelo de terapia.

### Psicoeducação no Transtorno do Humor Bipolar

Até o momento, a psicoeducação e a TCC são as intervenções que demonstraram maior eficácia na prevenção da recorrência de episódios no THB (Colom & Vieta, 2004). Ambas possuem características compartilhadas e, muitas vezes, a psicoeducação é a fase introdutória do TCC. As intervenções psicoeducativas visam fornecer aos pacientes informações sobre a natureza de seu transtorno e seu tratamento (Jones, 2004), dentro do modelo médico, permitindo que o paciente colabore ativamente em alguns aspectos de seu tratamento (Colom & Vieta, 2004). Os tipos de intervenção sob esse título variam desde curtas apresentações didáticas a intervenções extensas que fornecem informações e facilitam a discussão de assuntos relevantes à doença. Usualmente o foco da psicoeducação é a adesão ao tratamento tradicional, especialmente à farmacoterapia (Jones, 2004).

Os temas essenciais a serem abordados na psicoeducação para o THB, de acordo com a literatura (Colom & Vieta, 2004; Colom et al., 2003; Jones, 2004) são: adesão à medicação, evitação de drogas de abuso, identificação de sintomas de recaída, manejo do estresse, ansiedade e sintomas subclínicos, redução do risco de suicídio e melhora no funcionamento social e ocupacional. Para isso, Colom e Vieta (2004) alertaram para a necessidade de informar aos pacientes as altas taxas de recorrência do transtorno, medicações utilizadas e seus possíveis efeitos colaterais, a importância de manter rotinas, além de assuntos como gravidez e transtorno bipolar, estigma social, problemas sociais relacionados à doença, etc.

Alguns autores defendem a realização da psicoeducação apenas em pacientes eufímicos, assim como já

citado em relação às terapias cognitivo-comportamentais. Colom e Lam (2005) justificam essa exigência em função do risco de que os pacientes deprimidos possam apreender apenas os aspectos negativos das informações psicoeducativas, além de terem o risco de apresentar dificuldades cognitivas que dificultem o processo educativo necessário para a eficácia da intervenção. Já os pacientes maníacos podem ser inadequados, além de não absorverem as informações devido à alta distratibilidade característica desse tipo de episódio.

Um ensaio clínico com alocação aleatória de 120 participantes para psicoeducação (psicoeducação em grupo associada a tratamento psicofarmacológico padrão) ou para não-intervenção (encontros não estruturados grupais além de tratamento medicamentoso habitual), seguido por *follow-up* de dois anos, encontrou bons resultados na prevenção de todos os tipos de episódios bipolares, além do aumento no tempo de remissão. O número de hospitalizações durante o seguimento do estudo foi menor entre os pacientes do grupo de psicoeducação (Colom et al., 2003).

No Brasil, foi encontrado um relato de experiência sobre intervenção psicoeducacional no THB, no formato de encontros abertos ao maior número de pacientes possível, em função da alta demanda por intervenções psicológicas integradas ao tratamento farmacológico (Roso, Moreno, & Costa, 2005). Os resultados da intervenção não foram avaliados de forma estruturada, mas os autores ressaltaram algumas estratégias bem-sucedidas na experiência, a saber, as trocas de experiências entre pacientes para a aquisição de habilidades em prevenir recorrências ou prejuízos psicossociais, bem como a linguagem clara e objetiva das informações passadas pela equipe médica. Tendo como base a psicoeducação, podem ter início as intervenções terapêuticas propriamente ditas, características da TCC.

### Experiências de Terapia Cognitivo-Comportamental Aplicadas ao Transtorno de Humor Bipolar

Várias pesquisas sobre intervenções controladas de TCC no THB são encontradas na literatura recente. Observa-se que, para o sucesso desse tipo de tratamento, algumas adaptações visando ao manejo de fatores característicos do transtorno e seus respectivos episódios precisam ser abordadas, bem como a seleção dos pacientes que poderão ser beneficiados com esse tipo de intervenção.

Lotufo Neto (2004), em um estudo de revisão, concluiu que um importante fator a ser levado em conta nas intervenções com pacientes bipolares são as diferentes cognições apresentadas pelos pacientes em episódios de humor distintos. Um exemplo são os pensamentos de pacientes em episódios depressivos, que

frequentemente experienciam culpa e vergonha por seus comportamentos nos episódios anteriores de mania e, por vezes, perdas reais devido às conseqüências desastrosas de sua doença no trabalho, na família e com os amigos. Algumas técnicas úteis nessa fase são: estabelecer a agenda de atividades, dividir as tarefas em subtarefas, ou passos mais simples e que são mais prováveis de se obter sucesso, estabelecer objetivos realísticos, fazer uma lista de atividades prazerosas e engajar-se nelas.

Além disso, entende-se que a terapia deve incluir estratégias para identificação de sinais precoces de depressão, de maneira similar às técnicas de prevenção de recaídas para a depressão unipolar (Lam et al., 2003). A TCC para a depressão unipolar tem sido adaptada para depressão bipolar, o que implica em uma aparente sobreposição entre os aspectos da depressão unipolar e bipolar, apesar de já estarem emergindo evidências para elementos específicos que demonstram diferenças entre as duas, tais como sintomas de hipersonia, letargia e apatia (mais frequentes na depressão bipolar) em comparação aos pensamentos pessimistas e sentimentos de desvalia, característicos da depressão unipolar (Mansell et al., 2005). Os pacientes na fase depressiva apresentam pensamentos automáticos e crenças disfuncionais que os deixam desesperançosos e com ideação suicida, que é sempre a prioridade no tratamento (Lotufo Neto, 2004). A pessoa com transtorno bipolar na fase depressiva pode ter diversos problemas de comunicação. O mais frequente deles é provocado por hipersensibilidade. Nesses casos, os pacientes sentem-se atingidos facilmente, antecipam crítica e rejeição e têm reação desproporcional (tristeza, culpa, vergonha, raiva) quando pressentem rejeição. São estratégias úteis ensinar os pacientes a lidar com a raiva e avaliar a validade de seus pensamentos (Lotufo Neto, 2004).

Por outro lado, não foram encontrados relatos de intervenções psicológicas com pacientes hipomaníacos ou maníacos, mas sim pesquisas sobre as cognições típicas desse tipo de episódio, e investigações verificando se as mesmas se mantêm durante os períodos de eutímia. Em um estudo com 103 pacientes bipolares alocados aleatoriamente para grupo de intervenção e grupo controle, Lam, Wright e Sham (2005), observaram que uma grande proporção de pacientes bipolares prefere estar constantemente em um nível de ativação alto, com humor positivo e ativos comportamentalmente (algo como estar sempre “para cima”, em um estado de hipertímia forçado). Entre os pacientes que mantêm esse estilo cognitivo, chamado de “senso de *self* hiper-positivo” (p.ex., acreditar que são capazes de ser excelentes em qualquer atividade sem esforçarem-se), a TCC não tem eficácia, e os pacientes continuam a ter frequentes recaídas, segundo os autores. Observa-se a necessidade de desenvolver terapias específicas para esse tipo de estilo

cognitivo, tendo em vista que o mesmo é contrário aos objetivos preventivos de regulação de humor e comportamento em um nível de intensidade menor (Lam et al., 2005).

Além do senso de *self* hiper-positivo, Lam, Wright e Smith (2004) verificaram que 143 pacientes bipolares eutímicos tinham pontuação mais alta na subescala de “atingir metas” na Escala de Atitudes Disfuncionais (*Dysfunctional Attitudes Scale* [DAS], Power et al., 1994) do que 109 pacientes eutímicos unipolares. Essa subescala foi criada para avaliar atividades altamente motivadas e as atitudes altamente impulsionadas no modelo cognitivo para o transtorno bipolar. A subescala contém itens como “Se eu tentar o suficiente, eu poderei ser excelente em qualquer coisa que quiser” e “eu deveria ser feliz o tempo todo”. Os autores consideram que metas disfuncionais irrealistas e extremas contribuem para o senso de *self* hiper-positivo, independentemente do estado de humor ser de depressão ou mania. Não há consenso entre os autores quando se discute se essas atitudes disfuncionais são mais difundidas entre pacientes bipolares maníacos, em remissão ou deprimidos unipolares (Lam et al., 2004). Lam et al. (2005) avaliaram ainda que altos escores no instrumento que avalia o senso de *self* hiper-positivo (*The Sense of Hyper-Positive Self Scale* [SHPSS]) apresentam chance aumentada de recaída.

Outro item importante a ser levado em consideração nos tratamentos de pacientes bipolares eutímicos é a importância de prevenir recaídas. Colom e Lam (2005), em estudo de revisão, concluíram que os tratamentos psicológicos especificamente criados para prevenção à recaída no THB compartilham alguns elementos, entre eles o aumento da adesão ao tratamento e a identificação precoce de sintomas prodrômicos – enfatizando a regularidade no estilo de vida, além da exploração das crenças dos pacientes sobre saúde e esclarecimento de noções pré-concebidas baseadas em informações distorcidas, que podem ser prejudiciais para lidar com o transtorno. Scott et al. (2006b) avaliaram 253 pacientes bipolares a cada 8 semanas ao longo de 18 meses e concluíram que a associação entre terapias psicológicas e medicação em pacientes com transtorno bipolar reduzem globalmente as taxas de recaída, mas são mais efetivas para a depressão do que para a mania, bem como para pacientes com menos episódios ativos prévios. Alguns fatores de risco identificados para recaídas são a presença de altos níveis de sintomas subclínicos entre os episódios, bem como comorbidade com transtornos de personalidade (Jones, 2004; Scott et al., 2006a, 2006b).

Ainda no que diz respeito à eficácia da psicoterapia cognitivo-comportamental no tratamento do THB, Szentagotai e David (in press) realizaram uma meta-análise de intervenções cognitivo-comportamentais em

pacientes bipolares. Foram encontrados resultados significativos com tamanho de efeito baixo a médio no pós-tratamento e seguimento, bem como impacto positivo da terapia nos sintomas clínicos, nas medidas de adesão ao tratamento e de qualidade de vida. Contudo, o impacto foi menor no que se refere aos índices de recorrência dos sintomas. A indicação dos autores é o emprego da TCC como auxiliar no tratamento medicamentoso para pacientes bipolares, mas ressalta-se a necessidade de criação de novas estratégias cognitivas para aumentar a influência da psicoterapia, bem como manter seus benefícios durante o *follow-up*.

Lam et al. (2003) realizaram um estudo controlado randomizado de TCC para o THB, no qual 103 pacientes que sofreram recaídas frequentes nos anos anteriores ao tratamento foram aleatoriamente designados para um grupo de TCC com abordagem específica para prevenção de recaídas no THB associada a tratamento medicamentoso, ou para o grupo controle, tratado apenas psicofarmacologicamente. A abordagem específica para prevenção de recaídas consistiu na TCC padrão associada à ênfase em habilidades cognitivas para monitorar o humor e modificar o comportamento, visando prevenir que estágios prodrômicos se desenvolvessem em episódios completos. A importância do sono e da rotina foi focada, para evitar que períodos longos sem dormir desencadeassem episódios maníacos. Os terapeutas também focaram cognições irrealistas de metas inalcançáveis. Para atingir a prevenção, os terapeutas ensinaram aos pacientes técnicas de monitoramento, exame e mudança de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Ao longo dos 12 meses de TCC, o grupo de intervenção teve menor número de episódios, menor duração dos episódios, e número de internações, bem como funcionamento social significativamente superior. Durante esse período, o grupo da TCC apresentou menos sintomas de humor nas avaliações mensais, menor flutuação de sintomas maníacos, assim como lidaram melhor com estágios prodrômicos de mania.

O estudo de Lam et al. (2003) demonstrou que 44% de pacientes que participaram da TCC em grupo tiveram recaída após um ano, enquanto no grupo controle a proporção foi de 75%. Pacientes que participam de grupos de TCC têm significativamente menos episódios, menos hospitalizações, aumento no funcionamento social e melhor aderência à medicação. Além disso, os pacientes em terapia de grupo apresentam, ao final do tratamento, significativamente melhores estratégias de *coping* para os sintomas iniciais de mania e depressão. Nessa abordagem terapêutica, os pacientes tendem a abandonar menos o tratamento sem a devida recomendação médica e reportam menos limitações em atividades sociais motivadas por problemas emocionais ou

físicos, conforme verificado por Patelis-Siotis et al. (2001) em um estudo de revisão. Sendo assim, o grupo tem o propósito de prover educação, oferecer suporte e reduzir as hospitalizações (Swartz & Frank, 2001).

Uma nova interpretação acerca dos motivos para a ocorrência de recaídas diz respeito à interrupção dos ritmos circadianos vivenciada neste transtorno. Conforme Jones (2001), em um estudo de revisão, as evidências apontam para um papel relevante dos ritmos tanto nas fases maníacas como depressivas do THB. Em função disso, a terapia deve focar na manutenção de uma rotina para a prevenção de novos episódios. Essa abordagem é integrada a um modelo (Power, 2005) no qual cinco emoções básicas são identificadas: tristeza, alegria, raiva, medo e aversão. Nesse modelo, um evento, interno ou externo, é experienciado primeiramente por um sistema Analógico. Esse sistema é modalidade-específico, com meios implícitos de representação do evento. As modalidades destacadas são olfativas, auditivas, gustativas, visuais, proprioceptivas e táteis. A representação gerada em uma modalidade particular não requer interpretação lingüística para atribuir significado e as regras de combinação para cada representação são flexíveis (diferentemente dos sistemas lingüísticos, não há ordem específica ou tamanho de representação requerida para ter significado). O objetivo desse processo é propor um mecanismo psicológico viável através do qual a interrupção dos ritmos circadianos possa resultar numa observação clínica dos sintomas do THB. A integração dessas duas abordagens leva a um novo modelo de compreensão dos episódios de humor, que pode ser utilizada tanto de forma individual como em grupo.

A maioria dos estudos sobre TCC envolve tratamentos em grupo, pela possibilidade de pesquisar um grande número de pacientes, bem como facilitar o controle do processo pelo pesquisador (diferentemente do que ocorreria em intervenções individuais). Pesquisas que focaram a eficácia desse tipo de tratamento verificaram que a associação da TCC em grupo ao tratamento farmacológico é viável e bem tolerada por pacientes com diagnóstico de THB, sendo a melhora no funcionamento psicossocial dos participantes notável. Essa melhoria pode ser reflexo do componente da TCC que encoraja o aumento da assertividade e o engajamento em atividades prazerosas, e também, pelo fato de que as relações interpessoais são avaliadas no momento em que se examinam as distorções cognitivas (Patelis-Siotis et al., 2001). Sendo assim, o paciente é ensinado a ampliar suas atividades sociais e a acessar *feedbacks* acurados dos outros, especialmente daqueles que os acompanham de forma mais próxima, na maioria das vezes, seus familiares, que devem, igualmente, ser psicoeducados tanto para o transtorno quanto para seu tratamento.

### Intervenções Cognitivo-Comportamentais Focadas na Família

O Modelo de Terapia Focada na Família (TFF), desenvolvido por Goldstein e Miklowitz, é a mais ampla investigação de intervenção familiar (Miklowitz et al., 2003), testada em 30 pacientes bipolares ao longo de 50 sessões semanais familiares e individuais, comparados com 70 pacientes que receberam intervenção comunitária padrão, que consistia de duas sessões de educação familiar, estabilizador de humor e intervenções em crises. O objetivo da abordagem de Miklowitz et al. (2003) é promover o funcionamento familiar utilizando uma combinação de comunicação, resolução de problemas e estratégias de treinamento de *coping*, psicoeducação e técnicas de prevenção de recaída. Observou-se que os pacientes tratados com intervenção familiar tiveram períodos mais longos sem recaídas e menor número de sintomas ao longo de um ano após a intervenção.

Miklowitz et al. (2000) realizaram um estudo com amostra aleatória de 101 pacientes, sendo 31 alocados para 21 sessões de TFF, comparados a 70 participantes que receberam cuidado usual e uma breve intervenção familiar de duas sessões. Depois de um ano de seguimento, os pacientes alocados no grupo de tratamento psicossocial mais longo tiveram menos recaídas e taxas significativamente menores de não-adesão do que o grupo de pacientes que participaram da intervenção mais breve. Os sujeitos que receberam a TFF apresentaram maiores progressos que o grupo controle nos sintomas depressivos, mas nenhuma diferença foi observada em relação aos sintomas maníacos. Sendo assim, Miklowitz et al. (2000) reportaram que a combinação da TFF e a psicoterapia individual é uma associação poderosa no tratamento da remissão de pacientes bipolares.

Em um estudo de Rea, Thompson e Miklowitz (2003), foram distribuídos aleatoriamente 53 pacientes que haviam sido diagnosticados com mania para 21 sessões de TFF ou 21 sessões de suporte individual e tratamento para a solução de problemas. Apesar de não terem sido encontradas diferenças nas taxas de recaída dos dois grupos durante o primeiro ano, no segundo ano de *follow-up* as respectivas recaídas foram de 60% para os que receberam tratamento individual e 28% para o grupo de TFF. Os sujeitos que receberam TFF também tiveram significativamente menor probabilidade de serem re-hospitalizados durante o período de *follow-up*.

Reinares, Vieta e Colom (2004) publicaram dados coletados acessando os efeitos da psicoeducação familiar para 30 parentes de pacientes bipolares em remissão. Os resultados mostraram que o conhecimento da família sobre o transtorno bipolar aumentou. Sendo assim, apesar da situação de vida real do indivíduo não ter sido modificada, a habilidade do paciente e sua família para cooperar com seus problemas foi fortemente ampliada.

Essa abordagem terapêutica auxiliou o paciente e a família a aprender a reconhecer precocemente os sinais dos episódios que se aproximam para obter intervenções terapêuticas mais cedo e a identificar possíveis fatores desencadeantes, o que também foi encontrado por Fountoulakis et al. (2007).

Além disso, a TFF ensina os familiares sobre os prejuízos do THB e os orienta a desenvolver habilidades de manejo dos sintomas com menor expressão emocional (hostilidade e super-envolvimento emocional) que são características de muitos pacientes com este transtorno. Nesse sentido, informa-se aos familiares que pacientes bipolares são vulneráveis ao estresse e tensão. O terapeuta trabalha com as famílias para reduzir o nível de estresse e tensão em seus lares, ensinando-os a não reagir, mas tentar entender o problema da perspectiva do paciente (Lotufo Neto, 2004).

Alguns autores reforçam a necessidade das famílias assegurarem a adesão dos pacientes ao tratamento, especialmente quando o paciente é jovem e solteiro (Lotufo Neto, 2004; Reinares et al., 2004). Além disso, a atenção dada à família constitui um elemento fundamental para o fortalecimento da aliança terapêutica (Lotufo Neto, 2004; Reinares et al., 2004).

### Considerações Finais

Como se pode constatar, já existe um grande número de pesquisas abordando a eficácia da TCC para o THB. Foram observadas adaptações específicas da TCC para o transtorno, embora essas não sejam unânimes para os autores e, ao mesmo tempo, não sejam excluídas entre si. Dentre essas adaptações, pode-se destacar a inclusão de estratégias para identificação de sinais precoces de depressão, a prevenção de recaídas, além de psicoeducação para o paciente e seus familiares. Isso talvez se dê não apenas em função de uma falta de integração/uniformização entre os pesquisadores, mas também em função das características do transtorno, que apresenta diversas manifestações. Observou-se que, nos estudos relatados, as descrições das intervenções mostraram-se insuficientes para a identificação das técnicas empregadas, restringindo-se a uma descrição genérica do modelo cognitivo-comportamental, o que não permite a replicação dos estudos com fidedignidade.

As investigações para a adaptação da TCC se originam no modelo cognitivo em direção à aplicação nas técnicas, ou seja, se parte da teoria para a clínica. No entanto, considera-se importante primeiro conhecer as características da população para a qual o tratamento será desenvolvido e, a seguir, integrar essas observações ao modelo teórico da TCC, para apenas posteriormente realizar modificações na intervenção, sob pena dessa ser ineficiente. Tal conduta demanda a delimitação dos tipos de pacientes que podem ser beneficiados

pelas intervenções, bem como identificar as intervenções mais adequadas.

Ainda assim, o modelo estruturado da TCC é um aspecto de grande relevância para a pesquisa no THB, pois permite comparar a eficácia de diferentes tipos de tratamento (p.ex.: medicamentoso, cognitivo ou associado). Essa possibilidade tem se mostrado bastante rica para demonstrar a utilidade desse tipo de tratamento psicoterápico em transtornos psiquiátricos, bem como para justificar a integração entre intervenções cognitivas e farmacológicas. Diversos autores (Knapp & Isolan, 2005; Patelis-Siotis, 2001; Patelis-Siotis et al., 2001; Ramírez-Basco & Thase, 2003; Swartz & Frank, 2001) defendem com vigor o emprego da TCC como auxílio à terapia farmacológica do THB, embora admitam que são esperados mais dados empíricos para estabelecer a razão custo-benefício do acréscimo dessa estratégia (Ramírez-Basco & Thase, 2003). De fato, a pesquisa focada nos processos cognitivos e comportamentais do THB permitiria desenvolver intervenções específicas para o transtorno, o que favoreceria o modelo no âmbito clínico, e endossaria estudos de eficácia, respeitando a natureza da TCC e dos princípios da prática baseada em evidências.

É importante ressaltar também que os resultados da TCC se mostram positivos levando em consideração o alto nível de reincidência no THB. Acredita-se que os tratamentos ainda possam melhorar em sua atividade preventiva, no entanto, ainda não se vislumbra uma “cura” para esse tipo de transtorno. Em função da natureza crônica e recorrente do THB, o paciente deve estar sempre vinculado a um tipo de abordagem terapêutica, mesmo que em regime de manutenção, no caso de um paciente que se mantenha eutímico por mais tempo. A condição de acompanhamento permanente desses pacientes remete à necessidade de que também os estudos clínicos tenham períodos de *follow-up* mais extensos, e talvez devam até promover intervenções de caráter longitudinal, características mais raras nos estudos selecionados para a presente revisão.

Mesmo identificadas algumas diferenças entre os autores, observam-se diretrizes básicas da aplicação da TCC ao THB, que envolvem a psicoeducação, a adesão ao tratamento medicamentoso, o engajamento da família no tratamento do paciente, a atenção aos pensamentos e sentimentos para o monitoramento do estado de humor com vistas à prevenção de novos episódios, a estimulação para aceitar a doença, a diminuição do trauma e do estigma associados ao diagnóstico, o aumento do efeito protetor da família e das potencialidades do paciente para lidar com a doença. O objetivo final dessas estratégias é tornar o paciente mais independente e ativo quanto a seu próprio transtorno e tratamento, tornando-o capaz de identificar e modificar os pensamentos que se associam às alterações de humor, ineren-

tes à doença (Newman et al., 2006). Reitera-se, por fim, que a falta de atenção às questões psicossociais que afetam o modo como os pacientes enfrentam esse transtorno crônico terá por resultado episódios recorrentes da doença e a necessidade de tratamentos mais caros, como hospitalizações e consultas de urgência. A cada episódio, a capacidade de funcionamento dos pacientes continua diminuindo e eles contribuem cada vez menos nos seus papéis ocupacionais e sociais (Ramírez-Basco & Thase, 2003).

Por fim, sugere-se a realização de estudos que avaliem o tratamento do THB em pacientes portadores de comorbidades, tais como o Transtorno de Personalidade *Borderline*, abuso de substâncias, Transtorno de Déficit de atenção e Hiperatividade, Transtornos de Ansiedade e Transtornos Alimentares. Observa-se também a necessidade da aplicação empírica dos modelos teóricos da TCC no THB, para melhor caracterização das condições presentes no transtorno.

## Referências

- Abreu, C. N. (2004). Introdução às terapias cognitivas. In C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Eds.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 277-285). São Paulo, SP: Roca.
- Basco, M. R., McDonald, B. S., Merlock, M., & Rush, J. (2004). A cognitive-behavioral approach to treatment of bipolar I disorder. *Cognitive Behavioral Therapy*, 23(3), 25-52.
- Colom, F., & Lam, D. (2005). Psychoeducation: Improving outcomes in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 20(5/6), 359-364.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 6(6), 480-486.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, A. B., Benabarre, A., et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Dell'Aglio, J. C., Jr., Silva, A. S. T., Güths, P. B., & Namba, A. (2003). Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno bipolar. In R. M. Caminha, R. Wainer, M. Oliveira, & N. Piccoloto (Eds.), *Terapias cognitivo-comportamentais* (pp. 87-105). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Dobson, K. S., & Franche, R. (2002). A prática da terapia cognitiva. In V. Cavallo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 411-469). São Paulo, SP: Santos.
- Fountoulakis, K. N., Vieta, E., Siamouli, M., Valenti, M., Magiria, S., Oral, T., et al. (2007). Treatment of bipolar disorder: A complex treatment for a multi-faceted disorder. *Annals of General Psychiatry*, 6, 27.
- Gonçalves, D. M., Santin, A. M. P., & Kapezinski, F. (2009). Intervenções psicoterápicas: Novos horizontes para o tratamento do transtorno bipolar. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 641-659). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por contingências de reforçamento. In C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Eds.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 3-40). São Paulo, SP: Roca.
- Jones, S. H. (2001). Circadian rhythms, multilevel models of emotion and bipolar disorder: An initial step towards integration? *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1193-1209.

- Jones, S. H. (2004). Psychotherapy of bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 80(2/3), 101-114.
- Juruena, M. F. (2004). Transtorno afetivo bipolar. In P. Knapp (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 317-327). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Knapp, P., & Isolan, L. (2005). Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 98-104.
- Lam, D., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., et al. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 145-152.
- Lam, D., Wright, K., & Sham, P. (2005). Sense of hyper-positive self and response to cognitive therapy in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 35(1), 69-77.
- Lam, D., Wright, K., & Smith, N. (2004). Dysfunctional assumptions in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 79(1/3), 193-199.
- Lara, D. (2004). *Temperamento forte e bipolaridade*. Porto Alegre, RS: Armazém de Imagens.
- Lima, M. S., Tassi, J., Novo, I. P., & Mari, J. J. (2005). Epidemiologia do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 15-20.
- Loosen, P. T., Beyer, J. L., Sells, S. R., Gwirtsman, H. E., Shelton, R. C., Baird, R. P., et al. (2002). Transtornos do humor. In M. Ebert, P. Loosen, & B. Nurcombe (Eds.), *Psiquiatria, diagnóstico e tratamento* (pp. 288-324). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Lotufo Neto, F. (2004). Cognitive behavioral therapy for bipolar disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl. 3), 44-46.
- Lotufo Neto, F., Yacubian, J., Scalco, A., & Gonçalves, L. (2001). Terapia comportamental cognitiva dos transtornos afetivos. In B. Rangé (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 275-285). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Mansell, W., Colom, F., & Scott, J. (2005). The nature and treatment of depression in bipolar disorder: A review and implications for future psychological investigation. *Clinical Psychology Review*, 25(8), 1076-1100.
- Miklowitz, D. J. (2006). An update on the role of psychotherapy in the management of bipolar disorder. *Current Psychiatry Reports*, 8(6), 498-503.
- Miklowitz, D. J., Richards, J. A., George, E. L., Frank, E., Suddath, R. L., Powell, K. B., et al. (2003). Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: Results of a treatment development study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(2), 182-191.
- Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., et al. (2000). Family focused treatment of bipolar disorder: 1-Year effects of a psychoeducation program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry* 48, 582-592.
- Moreno, R. A., Moreno, D. H., & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 39-48.
- Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A., Reilly-Harrington, N. A., & Gyulai, L. (2006). *Transtorno bipolar: Tratamento pela terapia cognitiva*. São Paulo, SP: Roca.
- Patelis-Siotis, I. (2001). Cognitive-behavioral therapy: Applications for the management of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 3(1), 1-10.
- Patelis-Siotis, I., Young, L. T., Robb, J. C., Marriott, M., Bieling, P. J., Cox, L. C., et al. (2001). Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: A feasibility and effectiveness study. *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 145-153.
- Power, M. J. (2005). Psychological approaches to bipolar disorders: A theoretical critique. *Clinical Psychology Review*, 25(8), 1101-1122.
- Power, M. J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C.F., Lam, D., & Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS): A comparison of forms A and B and proposal for a new sub-scaled version. *Journal of Research in Personality*, 28, 263-276.
- Ramírez-Basco, M., & Rush, J. A. (2009). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno bipolar: Guia do terapeuta* (2. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ramírez-Basco, M., & Thase, M. (2003). Tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos bipolares. In V. Caballo (Ed.), *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos* (pp. 555-589). São Paulo, SP: Santos.
- Rea, M. M., Thompson, M. C., & Miklowitz, D. J. (2003). Family-focused treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 482-492.
- Reilly-Harrington, N. A., Deckersbach, T., Knauz, R., Wu, Y., Tran, T., Eidelman, P., et al. (2007). Cognitive behavioral therapy for rapid-cycling bipolar disorder: A pilot study. *Journal of Psychiatric Practice*, 13(5), 291-297.
- Reinares, M., Vieta, E., & Colom, F. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 312-319.
- Roso, M. C., Moreno, R. A., & Costa, E. M. (2005). Psycho-educational intervention in mood disorders: An experience of Affective Disorders Study Group. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 165.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., et al. (2006a). Cognitive-behavioural therapy for bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188, 488-489.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., et al. (2006b). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 313-320.
- Soares-Weiser, K., Bravo Vergel, Y., Beynon, S., Dunn, G., Barbieri, M., Duffy, S., et al. (2007). A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. *Health Technology Assessment*, 11(39), iii-iv, ix-206.
- Souza, F. G. M. (2005). Tratamento do transtorno bipolar: Eutimia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 63-70.
- Sudak, D. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental na prática*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Swartz, H., & Frank, E. (2001). Psychotherapy for bipolar depression: A phase-specific treatment strategy? *Bipolar Disorders*, 3, 11-22.
- Szentagotai, A., & David, D. (in press). The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: A quantitative meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*.

Received 15/12/2009  
Accepted 04/02/2010

**Adriana da Matta.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.  
**Denise Balem Yates.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.  
**Paula Grazziotin Silveira.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.  
**Lisiane Bizarro.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.  
**Clarissa Marcelli Trentini.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.