

TRATAMENTOS QUE FUNCIONAM

GUIA DO TERAPEUTA

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA

TRANSTORNO BIPOLAR

2ª EDIÇÃO

MONICA RAMIREZ BASCO
A. JOHN RUSH



AUTORES

Monica Ramirez Basco, Ph.D., é psicóloga clínica, autora, palestrante e professora associada de Psicologia no Centro Médico Sudoeste da Universidade do Texas, em Dallas. É autoridade reconhecida internacionalmente em terapia cognitivo-comportamental (TCC) e membro-fundador da Academia de Terapia Cognitiva. A Dra. Basco é autora de *Never good enough: How to Use Perfectionism to Your Advantage Without Letting it Ruin Your Life* e coautora de *Getting your life back: the complete guide to recovery from depression*. Também é autora do livro *Vencendo o transtorno bipolar com a terapia cognitivo-comportamental: manual do paciente*, um guia de TCC para pacientes, publicado em 2009 pela Artmed.

A. John Rush, M.D., é professor e vice-presidente de Pesquisa no Departamento de Psiquiatria no Centro Médico Sudoeste da Universidade do Texas, em Dallas. Seu trabalho enfoca o diagnóstico e o tratamento psicoterápico, psicofarmacológico e somático da depressão maior, do transtorno bipolar e de outros transtornos de humor. É autor de 10 livros e mais de 400 artigos para revistas especializadas. O trabalho do Dr. Rush é reconhecido internacionalmente e recebeu numerosos prêmios. Mais recentemente, sua pesquisa tem se concentrado no gerenciamento de programas para doenças em longo prazo, incluindo um tratamento de vários passos com algoritmos para transtorno bipolar e depressão maior.



B298t

Basco, Mônica Ramirez.

Terapia cognitivo-comportamental para transtorno bipolar
[recurso eletrônico] : guia do terapeuta / Mônica Ramirez Basco,
A. John Rush ; tradução Fabiana Kanan Oliveira. – 2. ed. –
Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2009.

Editado também como livro impresso em 2009.
ISBN 978-85-363-2024-3

1. Psiquiatria. 2. Transtorno Bipolar. I. Rush, A. John. II.
Título.

CDU 616.89-008

Catálogo na publicação: Renata de Souza Borges CRB-10/Prov-021/08

GUIA DO TERAPEUTA

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA
**TRANSTORNO
BIPOLAR**

2ª EDIÇÃO

MONICA RAMIREZ BASCO
A. JOHN RUSH

Tradução

Fabiana Kanan Oliveira

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição

Paulo Knapp

Psiquiatra. Mestre em Clínica Médica pela UFRGS.

Doutorando em Psiquiatria na UFRGS.

Formação em Terapia Cognitiva no Beck Institute, Filadélfia.

Versão impressa
desta obra: 2009



2009

Obra originalmente publicada sob o título
Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder, Second Edition
ISBN 978-1-59385-484-3

© 2005, Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc. All rights reserved.

Capa

Tatiana Sperhake – TAT studio

Preparação do original

Kátia Michelle Lopes Aires

Leitura final

Amanda Munari

Supervisão editorial

Mônica Ballejo Canto

Projeto gráfico e editoração eletrônica

Armazém Digital® Editoração Eletrônica – Roberto Vieira

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED® EDITORA S.A.

Av. Jerônimo de Ornelas, 670 - Santana

90040-340 Porto Alegre RS

Fone (51) 3027-7000 Fax (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação,
fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO

Av. Angélica, 1091 - Higienópolis

01227-100 São Paulo SP

Fone (11) 3665-1100 Fax (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444

IMPRESSO NO BRASIL

PRINTED IN BRAZIL

Em memória de David Walter Savage, 1957-2003.

Prefácio

Desde a publicação da primeira edição deste livro, em 1996, tivemos muitas oportunidades de completar e avaliar nossas estratégias cognitivo-comportamentais a fim de conter os sintomas do transtorno bipolar e prevenir a recaída. Treinamos clínicos e pesquisadores nos Estados Unidos, na América do Sul e na Europa para usar estes métodos na clínica. Outros pesquisadores têm usado a TCC e modificado nossas estratégias para aplicação em populações específicas de pacientes, com bons resultados. Além disso, ao longo dos nove anos desde a nossa publicação original, novos tratamentos farmacológicos para o transtorno bipolar têm sido desenvolvidos, testados e considerados eficazes. Realmente, são tempos interessantes e esperançosos.

Diversos desafios permanecem para clínicos e pesquisadores. Melhores métodos de detecção são necessários a fim de que a doença seja reconhecida e tratada no estágio mais inicial do seu desenvolvimento. Estratégias médicas e comportamentais devem ser reforçadas para que os portadores do transtorno tenham menos sintomas residuais de depressão entre episódios de mania e de depressão maior. São necessários métodos para ajudar os pacientes a usar o máximo de benefício disponível. Estes incluem estratégias clínicas que aumentem a adesão aos tratamentos médicos e melhorem os agentes psicofar-

macológicos a fim de que os remédios sejam mais bem tolerados. Também devemos auxiliar nos esforços de desestigmatização das doenças mentais, para que as pessoas possam se sentir mais confortáveis ao buscar tratamento psiquiátrico e psicológico. Se considerarmos a união de todos esses aspectos, tais melhorias ajudarão as pessoas a obter um sentimento de controle superior sobre seus sintomas e a conquistar uma qualidade de vida melhor.

Os métodos apresentados nesta segunda edição de *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno bipolar* representam outro passo em direção ao desenvolvimento de métodos clínicos a fim de evitar recaídas e para ajudar os pacientes a viver com a doença. Sua organização é diferente da primeira edição, para permitir maior flexibilidade aos clínicos.

Em vez de apresentar instruções sessão por sessão, o guia conduz os profissionais a selecionar os métodos que correspondam ao estágio da doença e tratamento, adaptando a intervenção aos problemas e necessidades específicas dos pacientes.

Nossa experiência tem nos mostrado que as pessoas com transtorno bipolar e seus familiares frequentemente são muito ativos na busca de maneiras de melhorar a saúde do paciente, de manter o mesmo passo com os desenvolvimentos recentes de tratamento e experimentar métodos para controlar os sintomas. Os membros

da DBSA (*Depression and Bipolar Support Alliance*) nos Estados Unidos, assim como outros grupos de autoajuda, continuam a fazer de sua missão dar apoio e educar a si mesmos e um ao outro, para transmitir esperança e desafiar os campos da psiquiatria e psicologia a auxiliá-los a encontrar novos caminhos para melhorar sua qualidade de vida. Como os portadores do transtorno desempenham um papel ativo no seu tratamento, leem a respeito e usam métodos de tratamento disponíveis por meio da terapia, de artigos de periódicos e revistas, da mídia visual e livros. Na condição de consumidores instruídos, muitas vezes começam o tratamento já tendo executado vários dos métodos sugeridos neste livro. A flexibilidade dos métodos descritos aqui permitirá que os clínicos deixem de lado os componentes do tratamento de que o paciente tem conhecimento e experiência para seguir em frente com métodos mais avançados oferecidos para controlar a depressão e a mania.

Antes que os métodos cognitivo-comportamentais apresentados neste texto possam ser úteis, o paciente deve estar apto a lidar com o fato de que tem uma doença mental séria e crônica. Os indivíduos têm muita dificuldade de aceitar tal conceito. Nossa inclinação natural como seres humanos é repelir as notícias ruins. Portanto, prover terapia e fazer dela uma experiência bem-sucedida relaciona-se tanto ao tempo certo quanto a métodos úteis. Se o

paciente estiver racionalmente apto a aprender a gerenciar seus sintomas, mas ainda emocionalmente incapaz de compreender por completo o significado de portar o transtorno por toda a vida, existirão muitos obstáculos no caminho da recuperação. Fases na direção do gerenciamento dos sintomas podem ser seguidas de períodos de frustração e raiva do tratamento, talvez até mesmo do desejo de desistir inteiramente do mesmo. Pode haver necessidade de adiar a psicoterapia ou de interrompê-la enquanto o sujeito se permite um tempo para passar pelo luto da perda de uma saúde mental completa e de uma vida descomplicada, sem depressão e mania, medicações e terapia, médicos e hospitais. É necessária paciência da parte de profissionais e pacientes para permitir que o processo normal de aceitação ocorra e para solidificar um ajustamento. Quando o paciente estiver pronto, os métodos cognitivo-comportamentais apresentados neste livro podem auxiliá-lo a recuperar o controle, a evitar sucumbir aos extremos da doença e a melhorar a qualidade de vida.

Ainda há muito a se aprender sobre o tratamento do transtorno bipolar, e nossos pacientes têm muito a nos ensinar. Se ao menos conseguirmos manter o propósito que nos trouxe ao campo da saúde mental como clínicos e pesquisadores, poderemos perseverar para encontrar respostas para os problemas significativos desta doença crônica e debilitante.

Sumário

Prefácio	vii
1. Introdução	11
2. Terapia cognitivo-comportamental para transtorno bipolar: uma visão geral	24
3. Tratamento medicamentoso para o transtorno bipolar	36
4. Intensificando a adesão	65
5. Contratos de adesão	83
6. Detecção precoce para prevenir recaídas	107
7. Gerenciamento dos sintomas comportamentais: controle dos fatores desencadeantes e aumento dos fatores positivos	131
8. Gerenciamento dos sintomas comportamentais: controle dos fatores negativos	144
9. Gerenciamento dos sintomas cognitivos: mudanças de conteúdo	159
10. Gerenciamento dos sintomas cognitivos: mudanças no processamento	176
11. Gerenciamento do estresse	192
12. Tratando dos problemas na comunicação interpessoal	207
13. Escolhendo um programa de tratamento	229

Apêndice

Protocolo de 20 sessões de tratamento cognitivo-comportamental	239
Referências	253
Índice	261



Introdução

Muito aconteceu desde que a primeira edição de *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno bipolar* foi escrita. O mundo científico compreendeu o que pacientes e terapeutas já sabiam há algum tempo: a psicoterapia pode ser um complemento útil à farmacoterapia no tratamento do transtorno bipolar. Estudos têm demonstrado a eficácia das intervenções cognitivo-comportamentais no tratamento do transtorno bipolar para melhorar os resultados e reduzir os riscos de recaída (p. ex., Cochran, 1984; Lam et al., 2000; Scott, Garland e Moorhead, 2001). Ainda, o tempo e a prática permitiram o refinamento dos métodos apresentados na primeira edição.

Nesta segunda edição, apresentamos uma elaboração dos métodos apresentados anteriormente, junto com novas estratégias para evitar recaídas e adaptações ao tratamento de crianças e adolescentes e às necessidades específicas dos pacientes, bem como intervenções para enfrentar a comorbidade psiquiátrica comum e os problemas psicológicos.

A ALIANÇA TERAPÊUTICA

Ficou claro que a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) se apoia na força da aliança terapêutica. Por parte dos clínicos, o respeito pelas preferências e necessidades do paciente, mesmo quan-

do contrárias ao julgamento clínico, é a base de uma relação de forte cooperação. Para os pacientes, a confiança nos terapeutas, mesmo quando o *feedback* não é o que o paciente quer escutar, consiste em ponto crucial para a tarefa. Os pacientes devem se sentir confortáveis para dizer ao terapeuta quando os sintomas começam a reaparecer, e os terapeutas devem estar aptos a oferecer *feedback* honesto quando os sinais de perigo não são percebidos pelos pacientes ou quando as próprias ações os colocam em risco de recaída. Em virtude de seu papel essencial na aplicação da TCC, começamos este capítulo com sugestões para construir e manter uma aliança terapêutica.

Compromisso com o tratamento

Diferente dos tratamentos de curta duração para a depressão unipolar ou transtornos de ansiedade que usam a TCC, o tratamento eficaz para as pessoas que sofrem de transtorno bipolar requer um compromisso de longo prazo. Com os altos e baixos de seu curso, os sintomas do transtorno bipolar diminuem espontaneamente ou com a ajuda de tratamento e voltam por conta própria ou com eventos precipitadores. A tarefa do profissional é não apenas auxiliar o sujeito a superar os sintomas da doença e a se recuperar das conse-

quências psicossociais, mas também a se preparar para o inevitável retorno. Isto significa que o curso da terapia deve seguir um padrão não-tradicional. As visitas costumam ocorrer semanalmente durante a primeira fase do tratamento, quando as habilidades são ensinadas, e os sintomas, reduzidos. À medida que se tem progresso, e a angústia do paciente diminui, o intervalo entre as visitas é aumentado para a cada duas semanas e, mais tarde, mensalmente, conforme a necessidade do paciente. Logo que o paciente estiver estável, a terapia pode fazer uma pausa por diversos meses ou até mesmo anos, até que os serviços de um terapeuta sejam mais uma vez necessários. Sugestões para retomar a terapia incluem o retorno dos sintomas, eventos estressantes, ou transições na vida do paciente. Se a terapia for descontinuada por seis meses ou mais, é útil para a continuidade do tratamento que o paciente faça contato com o terapeuta para fazer uma atualização dos progressos, por escrito ou por meio de um breve telefonema. Isso ajuda o terapeuta a acompanhar a evolução do paciente e a manter-se atento às principais transições na vida deste. Quando e se a terapia for retomada, o terapeuta pode ajudar o paciente a dar continuidade do ponto em que havia parado no tratamento. Melhor que seguir a regra “não ter notícia é uma boa notícia”, os terapeutas deveriam reforçar a ideia de que se interessam pelos pacientes como pessoas, e não apenas como portadores de um transtorno ou problema. Mesmo que isso pareça impossível quando se tem grande volume de trabalho, deixar um recado ou uma breve mensagem telefônica, que ocupa uma pequena quantidade de tempo do clínico, será retribuída com um melhor vínculo terapêutico, que pode ser importante quando o paciente tiver dificuldades de aderir ao tratamento ou de controlar os sintomas.

Estabilidade e estrutura

A psicoterapia é com frequência uma força estabilizadora na vida dos pacientes. As sessões de terapia podem prover uma estrutura para marcar a passagem do tempo, monitorar o progresso e alcançar metas. O *feedback* dos terapeutas sobre as mudanças percebidas desde a última sessão ou desde o início do tratamento auxilia os pacientes a medir seus progressos e a se sentir bem em relação às suas realizações. As sessões agendadas regularmente, nas quais os pacientes relatam sobre progressos entre uma sessão e outra, dão oportunidade para que os pacientes sejam responsáveis e, com isso, aumentam a chance de que eles executem os planos feitos durante a terapia. Independente do intervalo de tempo, a expectativa quanto às sessões de terapia ajuda os pacientes a se auto-observar e a identificar as dificuldades que esperam tratar com o terapeuta. A maioria das pessoas que não está envolvida com uma psicoterapia não reserva um tempo para monitorar os próprios sentimentos e ações regularmente, nem mesmo tem tempo para identificar problemas pessoais e definir metas de tratamento. A psicoterapia que enfoca o monitoramento dos sintomas, a definição de metas e a prevenção de recaídas provê estrutura para o autoaperfeiçoamento.

Sintomas e terapia

Existe uma interação entre os sintomas dos pacientes e a sua experiência nas sessões de terapia. Sintomas cognitivos e afetivos têm o maior impacto no processo de terapia. Quando a concentração é pobre ou o sujeito distrai-se facilmente, é difícil fazer muito em uma sessão. Às vezes,

precisa-se encurtar a sessão, limitar o trabalho ou dar ao paciente um descanso mental entre os tópicos de discussão. Se a perspectiva do indivíduo está alterada pela depressão, o trabalho de restabelecer a esperança deve ser mesclado com outros itens em pauta. A hipomania pode começar com mudanças cognitivas sutis. O aumento de otimismo ou o desejo de fazer mais pode aparentar normalidade, especialmente se suceder um episódio de depressão. Esse entusiasmo parece muito atraente para o terapeuta que deseja que o paciente se sinta melhor e alcance seus objetivos. O terapeuta pode se pegar concordando com os numerosos planos do paciente antes de se dar conta de que a melhora da energia e otimismo talvez sejam sintomáticos.

Se o paciente tem o pensamento acelerado, é possível que ele esqueça qualquer plano feito antes que a próxima sessão ocorra. Tomar notas auxilia a melhorar a memória do paciente entre as consultas e pode ajudar o terapeuta a acompanhar atentamente o número de planos feitos ou as tarefas de casa no decorrer da consulta.

Quando um paciente com transtorno bipolar encontra-se hipomaniaco, as sessões de terapia podem ser bastante agradáveis. Com frequência, há uma injeção de humor que faltava quando o paciente estava deprimido. Normalmente, o ritmo de fala é mais rápido, e talvez haja uma melhora do retardamento psicomotor, que pode ter feito com que as sessões anteriores parecessem se arrastar. O pensamento mais rápido do paciente e a fluidez de novas ideias dão a impressão de que o tempo está sendo usado de maneira mais eficiente. Com frequência, essas sessões deixam o terapeuta mais otimista e energizado.

Por outro lado, quando os pacientes estão deprimidos e demonstram algum retardamento psicomotor, as sessões de terapia podem ser lentas e difíceis para ambas

as partes. O terapeuta talvez se sinta obrigado a ajudar ainda mais o paciente, preenchendo os vazios quando a dificuldade de encontrar as palavras acontece, ou mostrando mais entusiasmo na esperança de animar a disposição do paciente. Um dia de clínica com vários pacientes em estado depressivo pode deixar o terapeuta extenuado e desestimulado, e fazê-lo se sentir inútil. É necessário um pouco de automonitoramento por parte dos terapeutas a fim de não transmitirem a impotência que sentem em virtude da depressão grave do paciente. Alunos de TCC instruídos a organizar um programa e a realizar tarefas no espaço de uma sessão com frequência se sentem compelidos a forçar seus pacientes deprimidos a aceitar intervenções, dão conselhos quando a colaboração está lenta, ou desejam desistir completamente da TCC.

Os métodos de TCC funcionam tão bem para os terapeutas quanto para seus pacientes. Portanto, quando sentem uma angústia interna durante as sessões de terapia, os terapeutas devem estar atentos aos próprios pensamentos automáticos, buscando os seus erros e corrigindo distorções de lógica antes que elas tenham um efeito negativo no processo terapêutico. Um aluno no início do doutorado estava tratando uma mulher de meia-idade com depressão crônica. O monólogo interno do aluno era algo parecido com: “Esta mulher está tão doente. Não posso nem começar a ajudá-la. Ela provavelmente precisa de internação. Não tenho ideia do que estou fazendo aqui. Está me levando para baixo com sua negatividade. Quanto tempo falta até que possa sair daqui?”. Mesmo que o terapeuta mantivesse a compostura e não demonstrasse sua aflição, esta série de pensamentos negativos impediu o aluno de selecionar uma estratégia da TCC que poderia ter sido útil. No lugar disso, houve um exagero na escuta reflexiva.

Enxergando o indivíduo em separado da doença

O fenômeno do transtorno bipolar pode ser tão opressivo para o paciente e para os profissionais da área de saúde que ele domina o foco da terapia. É fácil despersonalizar o problema ou organizar o tratamento em torno da remediação dos sintomas individuais e perder de vista, até certo ponto, o impacto que ela tem sobre o indivíduo. Pessoas que sofrem de transtorno bipolar têm dificuldade de saber onde os sintomas terminam e sua personalidade começa. Como colocou um paciente, “Sou uma pessoa impaciente e que julga os outros ou tenho uma doença que me faz agir desta maneira?”. Outro entrevistado, “Acho que sou um pessimista inato em virtude de todas as épocas difíceis que enfrentei quando era criança. Por outro lado, poderia ser que tenho estado deprimido por tanto tempo, que simplesmente me acostumei a pensar negativamente?”.

Os indivíduos tentam entender a si mesmos e suas experiências. Querem saber o que é estável e permanente em suas vidas e o que parece transitório ou fruto de sua doença mental. Também querem que os outros os vejam como pessoas, não como pacientes, nem como um caso de transtorno bipolar, nem como alguém esquisito. Durante a sessão, o ato de dar atenção para assuntos não relacionados com a doença é uma maneira de comunicar aos pacientes que estamos interessados por eles como pessoas. Durante os primeiros minutos da maioria das sessões de terapia, há tempo para bate-papo e narração de histórias, relatos não relacionados com a doença, que dão pistas dos acontecimentos na vida dos pacientes. Alguns pacientes são prolixos demais, e permitir demasiado tempo para a narração de histórias pode diminuir o trabalho de terapia. Entretanto, eliminar tal discurso completamente em be-

nefício do tempo transmite uma mensagem de desinteresse pelos elementos não-patológicos da vida do paciente.

Para manter o foco no indivíduo, e não apenas na doença, o terapeuta deve se informar sobre a vida do paciente antes do surgimento da doença, sobre como ele é entre os episódios e o que permanece igual independente de como se sente. Características como a inteligência, o senso de humor, o bem-estar social, os interesses, as fontes de prazer e as preferências por atividades são elementos individuais que independem da doença. Outras dicas sobre o indivíduo por trás da doença podem ser compiladas por meio da origem familiar, de como os outros membros da família do paciente funcionam e do que ele teria esperado da vida se a doença não houvesse interferido. Quando o terapeuta reserva tempo para se informar sobre tais questões, mostra interesse pelo indivíduo e valoriza a vida pessoal do paciente.

Habilidades de enfrentamento preexistentes

A TCC é uma forma de psicoterapia orientada para habilidades. Os terapeutas estão equipados com um número de ferramentas para ajudar os pacientes a gerenciar seus humores, reestruturar seu pensamento e lidar com os seus problemas. É fácil supor que o paciente se trata de um livro em branco e que as práticas a serem introduzidas não fazem parte do repertório comportamental do indivíduo. Na condição de clínicos, às vezes esquecemos que as pessoas que tratamos têm conseguido conduzir suas vidas muito antes que a terapia começasse. Podem não ter se saído muito bem, mas há chances de que possuam algumas habilidades e tenham aprendido com suas experiências ao longo do caminho. Quando supomos que as pessoas têm ha-

bilidades preexistentes para enfrentar o problema e comunicamos isso, seja verbalmente, seja por meio de ações, elas entendem que acreditamos em sua competência, em sua aptidão para resolver seus problemas e na suficiência de sua inteligência para saber quando pedir ajuda. Uma validação desse tipo aumenta a natureza colaborativa do vínculo terapêutico, essencial na TCC.

As pessoas que estão angustiadas provavelmente lidavam melhor com suas vidas em épocas em que não apresentavam angústia. As habilidades de enfrentamento não desaparecem quando aparecem os sintomas do transtorno bipolar. Entretanto, as revoluções emocionais, a confusão, a falta de motivação e energia podem tornar difícil para os indivíduos acessar as suas habilidades de enfrentamento. Muitos na verdade esquecem que ao menos possuem habilidades para lidar com a doença. As angústias do paciente aliadas com a ansia do terapeuta por ajudar podem fazer com que este introduza métodos de TCC antes de avaliar as habilidades de enfrentamento preexistentes do paciente. Algumas sugestões para identificar as habilidades dos pacientes incluem as seguintes perguntas:

- “Se você não estivesse tão angustiado, como lidaria com este problema?”
- “Você já teve este problema/sintoma antes? O que foi útil para você ao lidar com ele no passado?”
- “Como você acha que seria uma boa maneira de lidar com isso?”
- “Como você acha que as outras pessoas lidam com coisas como esta? Funcionaria com você?”
- “Que conselho você normalmente daria a um amigo se ele tivesse um problema parecido?”

Conforme será discutido no Capítulo 7, um dos primeiros passos da TCC no tratamento do transtorno bipolar é evitar que

os pacientes façam coisas que lhes provoquem piores sentimentos quanto a si mesmos. Interessantemente, a maioria dos pacientes responde rapidamente com uma lista de ações, pensamentos e situações que provavelmente os deixariam mais deprimidos ou maníacos. Eles descobriram isso por meio da sua experiência com a doença. Do mesmo modo, se o clínico pergunta sobre temas que melhorem a situação, é provável que os pacientes pensem no mínimo em algumas. Se moderado, o clínico começa pelas ideias dos pacientes (por exemplo, sair com um amigo em vez de ficar sozinho) e, então, trabalha para somar outras habilidades de enfrentamento às já presentes. Se as ideias do paciente para enfrentar os sintomas da doença parecerem exageradas (por exemplo, dormir com o uso de medicação, no fim da tarde, em vez de enfrentar a solidão neste período do dia), o terapeuta o faz refletir sobre as razões de escolher uma intervenção assim e então lhe pede para considerar as desvantagens. Com frequência, há vantagens em curto prazo nas escolhas para enfrentar os problemas, como permitir a fuga de situações estressantes, mas desvantagens em longo prazo (por exemplo, nunca se resolve de fato o problema).

Se o tempo na psicoterapia é limitado, não se sacrifica atenção à aliança terapêutica a fim de ensinar outra habilidade de TCC. No final das contas, se o paciente não se sente respeitado ou duvida da empatia do terapeuta, não usará suas habilidades fora da sessão de terapia.

A REFORMULAÇÃO DA TCC PARA TRATAMENTO DO TRANSTORNO BIPOLAR

A primeira edição do livro *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno bipolar* apresentou um protocolo de 20 ses-

sões, incluindo os procedimentos para sessões e exercícios de tarefa de casa. Omitiu-se tal estrutura nesta segunda edição a fim de tornar a intervenção aplicável a uma faixa maior de indivíduos com transtorno bipolar. Em vez disso, apresentamos e discutimos habilidades cognitivas e comportamentais para o gerenciamento dos sintomas e dos problemas associados com o transtorno, bem como algumas diretrizes para selecionar as intervenções que melhor se encaixam às necessidades do paciente. Quando desenvolvemos originalmente o protocolo de TCC para o transtorno bipolar, queríamos definir os procedimentos do protocolo de tal modo que pudessem ser testados empiricamente. No mundo da pesquisa clínica, os procedimentos devem ser especificados com detalhes suficientes para serem facilmente refeitos entre clínicos com diferentes níveis de treinamento e prática. Por tal razão, pareceu necessário prover instruções sessão por sessão, e a primeira edição realizou este objetivo. As instruções sessão por sessão estão contidas no apêndice para todos que se interessarem pelo uso do protocolo de tratamento padronizado. Com este objetivo alcançado, agora voltamos nossas atenções a prover uma intervenção suficientemente flexível e completa para ser útil a uma faixa mais ampla de pacientes, incluindo aqueles que foram recentemente diagnosticados, os que já conseguiram realizar o gerenciamento da doença e aqueles que lutam todos os dias para conseguir a remissão dos sintomas.

As necessidades terapêuticas dos pacientes mudarão conforme os seus níveis de aceitação da doença, das experiências com o gerenciamento dos sintomas e do grau de controle dos mesmos. Por exemplo, uma psicoeducação básica será necessária para o paciente que desconhece a doença, mas poderá ser desnecessária para aqueles que têm lidado com ela por muitos anos. As técnicas de TCC são úteis para alguém que percebe que seus pensamen-

tos e sentimentos variam com a trajetória da doença, mas podem ser complexos demais para uma pessoa que ainda questiona a precisão do diagnóstico. Nas seções seguintes, são apresentadas sugestões de tratamento a três grupos de pacientes: os recém-diagnosticados, os experientes com a doença, mas ainda sem estabilidade, e os em remissão continuada. A Tabela 1.1 fornece um resumo das intervenções sugeridas a estes três grupos de pacientes.

O paciente recém-diagnosticado

Não é incomum para um paciente ter sofrido com vários episódios de depressão e mania antes de se diagnosticar a doença (Suppes, 2001). A menos que os episódios tenham sido graves o suficiente para incluir sintomas psicóticos, diminuição drástica no funcionamento, ou comportamentos que chamem a atenção da polícia ou de profissionais da área de saúde, os primeiros episódios de depressão e mania com frequência passam despercebidos ou são erroneamente diagnosticados como reações ao estresse ou a problemas médicos, como uma gripe. Essa depreciação da gravidade da situação pode ser reforçada pela presença de eventos estressantes da vida, frequentemente associados com os primeiros episódios de depressão ou mania (Brown e Harris, 1978). Nas crianças, confundem-se com facilidade os sintomas de mania com problemas de conduta ou atenção, enquanto se atribuem os sintomas depressivos ao temperamento da criança.

Embora nem sempre coincida com o primeiro episódio da doença, frequentemente se recebe com temor e dúvida o diagnóstico de transtorno bipolar. O paciente e seus entes queridos podem saber muito pouco sobre a doença, mas quase sempre temem o pior. Além de se sentir mal e ter dificuldade de atenção e concentração, o

TABELA 1.1**Sugestões de intervenções por grupo de paciente****Recém-diagnosticado**

Educação

Instruções sobre o gerenciamento do estilo de vida

Planilha de Resumo dos Sintomas

Experiente, mas ainda instável

Gráficos de monitoramento do humor

Planilha de resumo dos sintomas

Controle dos fatores desencadeantes

Gerenciamento dos sintomas cognitivos

Gerenciamento dos sintomas comportamentais

Treinamento da adesão

Sintomaticamente estáveis

Prevenção de recaída

Manutenção da adesão

Realização de objetivos de vida

paciente recém-diagnosticado fica confuso em relação ao tratamento, pode ter um conceito errôneo sobre a natureza ou causa da doença e normalmente está incerto sobre o próximo passo a ser dado. À medida que a realidade da doença começa a se estabelecer, costuma-se fazer perguntas sobre o impacto do transtorno bipolar na vida do paciente, bem como sobre a habilidade para trabalhar ou cuidar da família e sobre o prospecto de recuperar a estabilidade. Uma reação razoável ao receber o diagnóstico de uma doença psiquiátrica crônica e grave por toda a vida é a negação de sua gravidade, de sua cronicidade ou da necessidade de intervenção (Dell'Osso et al., 2002; Swanson et al., 1995).

O terapeuta pode ser tão útil ao paciente recém-diagnosticado quando cuida das preocupações e questões deste e de membros da família sobre a doença quanto o tratamento e as consequências a longo prazo. À medida que o paciente e seus entes

queridos começam a compreender o que aconteceu, o terapeuta os auxilia a relacionar suas observações e experiências com o começo e com os sintomas do transtorno.

Por exemplo, a esposa de John sabia que algo estava errado com o marido, mas não conseguia fazer com que ele ou qualquer outra pessoa lhe desse ouvidos. Sabia que o marido não estava agindo normalmente, não tratava os outros com sua amabilidade característica e até apresentava mudanças físicas pela falta de sono e apetite. Quando finalmente foi diagnosticado, ela se sentiu aliviada, por ele estar recebendo os cuidados necessários, e furiosa, porque a situação teve de chegar ao extremo de uma tentativa de suicídio antes que ela pudesse fazê-lo aceitar que precisava de ajuda. John, embora claramente deprimido por vários meses, pensou que era apenas o estresse do trabalho. Agora diagnosticado, tentou repensar os últimos meses para relacionar o que ele havia enfrentado com o que lhe diziam sobre depressão.

O paciente experiente, mas ainda instável

Sandra, como muitas outras pessoas que sofrem de transtorno bipolar, aderiu à sua medicação de forma intermitente. Normalmente, as pessoas não oscilam entre adesão total a medicações e a interrupção completa. Estudos que avaliaram os índices de adesão entre indivíduos que sofrem de transtorno bipolar mostraram que a maioria dos indivíduos periodicamente pula ou altera as doses, esquecem algumas, mas não todos os tipos de medicamentos, ou interrompem o uso por períodos curtos (Keck et al, 1996; Scott e Pope, 2002a, 2002b; Weiss et al., 1998). Por parecer que a não-adesão é mais propriamente a regra do que a exceção (Basco e Rush, 1995; Svarstad, Shireman e Sweeney, 2001), os clínicos que trabalham com aqueles que ainda não alcançaram uma estabilidade consistente de remissão dos sintomas deveriam colocar o assunto em debate.

No caso de Sandra, sua vida no lar, extremamente ocupada, não segue uma rotina diária com horários de trabalho normais, intervalos para refeições ou horário de dormir fixo. Ela foi uma “super-mãe”, com três crianças pequenas, as quais levava para a escola, para aulas de piano, eventos esportivos e aulas particulares, em combinações variadas a cada dia. Por ela ser tão inteligente, bem organizada e compulsiva com as suas crianças e o lar, era fácil supor que também era organizada para tomar seus remédios. Todavia, seu horário das tardes variava de um dia para o outro e com frequência ela entrava noite adentro fazendo tarefas domésticas. Na hora de deitar, ela estava exausta e esquecia de tomar os medicamentos. Quando Sandra relatava os problemas recorrentes de pensamento rápido, distração, ansiedade e insônia, seu psiquiatra reavaliou os medicamentos e começou com um novo estabilizador de humor antes de cuidar do grau de adesão

com o antigo plano de tratamento. Como ela não respondia ao tratamento, outras mudanças foram feitas. Para melhorar o controle dos sintomas, Sandra precisaria fazer modificações na adesão ao tratamento.

A TCC auxilia esse tipo de paciente de diversas maneiras. Metas iniciais podem incluir a melhoria na adesão ao tratamento, por ajudar Sandra a aplicar suas habilidades organizacionais. Encontrar dicas para lembrá-la de tomar os remédios de maneira mais consistente talvez seja um começo. Os Capítulos 4 e 5 fornecem uma série de intervenções para gerenciar a adesão do tratamento.

Outra maneira de a TCC auxiliar o paciente experiente, mas ainda sintomático, é ajudá-lo a se familiarizar com os fatores que influenciam as oscilações do humor por meio de “gráficos do humor”, conforme descritos no Capítulo 6. Uma vez sensibilizado a tais mudanças, intervenções cognitivas e comportamentais podem ser ensinadas a fim de ajudar o paciente a lidar melhor com os sintomas, regular o sono, alcançar metas e eliminar padrões de pensamentos distorcidos. Os Capítulos 7 ao 10 contêm essas intervenções.

Trabalhar com o paciente sintomático mais de perto se assemelha à terapia cognitiva para depressão aguda, no que diz respeito às habilidades ensinadas sistematicamente com o fim de ajudar a controlar os sintomas, e as tarefas prescritas com o objetivo de difundir as habilidades além do ambiente da sessão de terapia. As habilidades são apresentadas por ordem de complexidade, começando com monitoramento do humor simples, cognitivo e/ou comportamental. Seus efeitos na redução dos sintomas são monitorados de perto, e os bons resultados, reforçados. À medida que as habilidades são adquiridas e os sintomas cedem, a frequência de visitas pode diminuir talvez de uma vez por semana para a cada quinze dias ou mensalmente e assim por

diante. Se os sintomas começarem a retornar, a frequência das visitas pode aumentar até que o paciente se sinta mais seguro das suas habilidades no gerenciamento dos sintomas.

O paciente em remissão continuada

Uma vez controlada a doença, o foco do tratamento é a manutenção dos ganhos e a melhoria na qualidade de vida. Prosseguir com a psicoterapia é útil para ajudar o paciente no monitoramento da doença e na prevenção de recaídas. Entretanto, para o paciente sintomaticamente estável, o conteúdo da terapia pode desviar da resolução dos sintomas para o gerenciamento do estresse, problemas de relacionamento, decisões de vida e questões existenciais, assim como a prevenção de recaídas.

Os pacientes em remissão prolongada normalmente procuram o tratamento depois de um estressor psicossocial ou de apresentar algum problema de gerenciamento na vida particular, como uma dificuldade conjugal ou profissional. Nessas situações, a doença não é o foco inicial do tratamento. Todavia, um problema apresentado dessa forma propõe uma oportunidade para indagar acerca do gerenciamento da doença. Se fosse necessário informações ou treinamento na prevenção de recaída, elas podem ser incorporadas ao tratamento contínuo.

Aqueles que “graduaram” na fase de treinamento de habilidades no tratamento podem ser acompanhados em intervalos menos frequentes para ajudar a manter a remissão e para facilitar a adaptação à doença, uma vez alcançada a remissão. Não é incomum que pacientes visitem o terapeuta umas poucas vezes por ano a fim de examinar seu progresso, estabelecer metas para o futuro, avaliar sintomas, ou buscar apoio para decisões ou mudanças em suas vidas. Às vezes usam a terapia para

ajudar a si próprios a se manter bem quando temem o retorno dos sintomas.

Independentemente da fase de ajuste à doença e do controle da sintomatologia, o foco principal da TCC é a prevenção de uma recaída. Espera-se que, complementando o tratamento medicamentoso com a TCC, as reincidências de mania e de depressão ocorrerão com menos frequência, serão controladas mais no início de sua trajetória e diminuirão com mais rapidez. Ajuste à doença deveria significar mais tempo de bem-estar, menos tempo de mal-estar, menos interrupções na rotina normal e melhor qualidade de vida. Para alcançar essas metas, apresentamos várias estratégias, exercícios e métodos ao longo do livro a fim de:

1. ajudar os pacientes a compreender melhor a natureza da doença;
2. desenvolver um sistema que detecte precocemente o retorno dos sintomas;
3. controle os sintomas cognitivos, comportamentais e afetivos da depressão e da mania;
4. aumente a adesão ao tratamento;
5. gerencie o estresse e resolva problemas psicossociais.

Enquanto a sequência de apresentação de cada componente da TCC varia nos pacientes conforme suas necessidades e habilidades, um novo paciente pode achar extremamente útil começar com a psicoeducação e a detecção dos sintomas antes de passar a outras áreas. As habilidades de gerenciamento dos sintomas podem ser combinadas com intervenções para resolver problemas psicossociais. É melhor perguntar no início do tratamento sobre problemas de adesão à medicação, já que as inconsistências na dosagem talvez evitem o controle dos sintomas com métodos psicoterápicos.

O julgamento clínico é necessário para ajudar o paciente a estabelecer e dar prioridade aos objetivos do tratamento.

Com interesse de desenvolver uma aliança terapêutica colaborativa, geralmente é melhor iniciar a terapia cuidando do problema apontado como mais urgente pelo paciente. Desta forma, o paciente receberá a mensagem clara de que desempenhará um papel ativo no processo terapêutico e que o terapeuta encara suas preocupações seriamente.

A Tabela 1.2 dá ao leitor uma amostra das intervenções abordadas neste livro. Ela pode ser usada com o fim de selecionar intervenções para tratar de questões específicas dos pacientes. Embora tenhamos sugerido uma estrutura para dar sequência às intervenções, é aceitável pegar e escolher as intervenções que vão ao encontro das necessidades dos pacientes no momento da intervenção e/ou que sejam possíveis de ensinar dentro dos limites de tempo da terapia. Mesmo que os clínicos passem somente um curto espaço de tempo com os pacientes a cada visita, como em uma consulta para tratar da medicação, a introdução de umas poucas intervenções em tempo ainda pode somar a um programa de prevenção de recaída.

Pontos-chave para o terapeuta lembrar

- A eficácia da TCC se baseia na força da aliança terapêutica;
- A tarefa do clínico é não somente ajudar o indivíduo a superar os sintomas da doença e a se recuperar das consequências psicossociais, mas também a preparar-se para o inevitável retorno dos sintomas;
- A psicoterapia é frequentemente uma força estabilizadora na vida dos pacientes. As sessões de terapia podem prover uma estrutura para marcar a passagem do tempo, para monitorar progressos e para alcançar objetivos;
- A psicoterapia que enfoca o monitoramento dos sintomas, o estabelecimento de objeti-

vos e a prevenção de recaídas provê uma estrutura para o autoaperfeiçoamento;

- Os métodos de TCC funcionam tão bem para os terapeutas quanto para seus pacientes. Portanto, quando sentem angústia durante as sessões, os terapeutas devem estar atentos aos seus pensamentos automáticos, buscar erros de pensamento e corrigir suas distorções de lógica antes que eles tenham um efeito negativo no processo terapêutico;
- Quando o clínico supõe que as pessoas têm habilidades de enfrentamento preexistentes para enfrentar a doença e comunica isso verbalmente ou por meio de ações, os pacientes recebem a mensagem de que o clínico acredita que eles são competentes, aptos a resolver problemas, e inteligentes o suficiente para saber quando pedir auxílio. Uma confirmação desse tipo acentua a natureza colaborativa do vínculo terapêutico – o que é indispensável na TCC.

Pontos para discutir com os pacientes

- Para os pacientes, a confiança nos terapeutas é crucial no desempenho de suas tarefas, mesmo quando o *feedback* não consiste no que o paciente espera ouvir. Os pacientes devem se sentir confortáveis para dizer ao terapeuta quando os sintomas estão começando a reaparecer, e os terapeutas devem estar aptos a dar um *feedback* honesto aos seus pacientes, quando os sinais de advertência passam despercebidos ou quando suas ações os colocam em risco de recaída.
- As pessoas angustiadas provavelmente lidam melhor com suas vidas em tempos que não estão tão angustiadas. As habilidades não desaparecem quando aparecem os sintomas do transtorno bipolar. Entretanto, as revoluções emocionais, a confusão e a perda da motivação e energia podem dificultar o acesso a habilidades individuais.

TABELA 1.2

Resumo dos problemas comuns e intervenções

Problema	Intervenção sugerida	Capítulo(s)
O paciente entende a natureza do transtorno bipolar e seu tratamento?	Faça psicoeducação. Complete o Mapa da Vida.	1, 2 e 6
O paciente precisa de mais informação sobre a sua medicação?	Forneça informações.	3
O paciente está em negação?	Forneça informações. Oponha-se a opiniões incorretas com um questionamento socrático.	4
O paciente está tendo dificuldade de aceitar a doença e o tratamento?	Identifique a fase de ajuste à doença, trate os pensamentos automáticos, facilite o luto pela perda da saúde mental.	4
O paciente está zangado por ter a doença?	Valide os sentimentos. Não passe tão rapidamente à validação.	4
O paciente está empenhado em um processo de barganha ajustando por conta própria a medicação?	Explique o processo de ajuste que inclui negociar. Normalize o processo. Permita que o paciente tenha dados sobre o planejamento de regime.	4
A adesão ao tratamento do paciente é inconsistente?	Faça psicoeducação sobre adesão. Complete o contrato de adesão.	4 e 5
O paciente conhece seus sintomas de depressão, mania, hipomania e estados mistos?	Complete a planilha de resumo dos sintomas.	6
O paciente está ciente de quando seu humor está se elevando ou baixando e os fatores que influenciam as mudanças de humor?	Complete o gráfico de monitoramento do humor.	6
O paciente não tem certeza se os sintomas estão retornando?	Revise a planilha de resumo dos sintomas.	6
O paciente se ocupa com atividades que pioram o humor ou outros sintomas?	Identifique os desencadeadores de humor e faça planos para evitá-los.	7

(continua)

TABELA 1.2Resumo dos problemas comuns e intervenções (*continuação*)

Problema	Intervenção sugerida	Capítulo(s)
O paciente parou de cultivar hábitos saudáveis?	Aumente um positivo e diminua um negativo.	7
O paciente tem maus hábitos de dormir?	Ensine higiene do sono.	7
O paciente está isolado dos outros?	Aumente o contato social.	7 e 12
O paciente se ocupa com alguma atividade divertida?	Faça um agendamento para acrescentar atividades positivas.	7
O paciente se sente oprimido e inapto para agir?	Aumente as atividades com tarefas graduais ou lista A/B.	8
A superestimulação afeta o comportamento do paciente?	Reduza ou controle a hiperatividade com estabelecimentos de metas ou lista A/B.	8
A atitude do paciente está demasiadamente negativa, ou ele está muito autocrítico ou pessimista?	Ensine a tomar, controlar e corrigir as intervenções.	9
O paciente falha em ver sua força de vontade ou os riscos de suas ações?	Trate a visão em túnel, examinando as evidências e gerando explicações alternativas.	9
O paciente parece estar chegando a conclusões precipitadas ou tendo pressupostos?	Trate os pressupostos, examinando as evidências e gerando explicações alternativas.	9
O paciente está exagerando ou minimizando as coisas?	Trate as percepções falsas obtendo <i>feedback</i> dos outros e monitorando os sintomas.	9
O paciente está com o pensamento muito inflexível?	Trate os absolutismos com o <i>continuum</i> cognitivo, pesando as vantagens e desvantagens ou a solução de problemas.	9
O paciente está deprimido por ter a doença?	Utilize os métodos para lidar com o pensamento negativo.	9
O paciente tem dificuldade para lidar com problemas psicossociais?	Ensine solução de problemas, tomada de decisões e habilidades de enfrentamento dos sintomas.	10

(continua)

TABELA 1.2Resumo dos problemas comuns e intervenções (*continuação*)

Problema	Intervenção sugerida	Capítulo(s)
O paciente está tendo dificuldade de concentração, de organizar os pensamentos e de tomar decisões?	Ensine a avançar lentamente, enfocar e estruturar.	10
O paciente está estressado?	Ensine estratégias para gerenciar o estresse.	11
O paciente está com problemas em suas relações?	Ensine habilidades de TCC para melhorar a comunicação interpessoal.	12

2

Terapia cognitivo-comportamental para transtorno bipolar

Uma visão geral

Quando se pensa no transtorno bipolar, com frequência uma imagem vem a mente: o olhar perturbado da insanidade, as divagações sem sentido de uma pessoa cuja mente corre de uma ideia a outra, tendo visões e falando com pessoas estranhas. Embora essa imagem possa caracterizar um indivíduo no pico da mania, ela não capta o todo da doença. Na verdade, existem descrições dos padrões do transtorno bipolar na quarta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV, Associação Americana de Psiquiatria, 1994a), porém a apresentação da doença e suas trajetórias variam enormemente entre indivíduos, assim como o nível correspondente de prejuízos.

O comum entre o 1% da população que sofre com o transtorno nos Estados Unidos é a natureza recorrente (Goodwin e Jamison, 1990; Zis e Goodwin, 1979). Uma vez diagnosticado, o indivíduo pode contar com futuros surtos episódicos de depressão e/ou mania, surgidos em momentos de estresse ou mudanças, ou de ocorrência periódica sem motivo. Embora alguns indivíduos afortunados tenham bem poucos episódios de mania e depressão ao

longo de suas vidas, a maioria apresenta uma frequência maior de recaídas à medida que envelhecem, com períodos de diminuição da saúde e aumento de episódios da doença (Angst, 1981; Roy-Byrne, Post, Uhde, Porcu e Davis, 1985; Zis, Grof, Webster e Goodwin, 1980). À medida que as farmacoterapias evoluem, e outros métodos são encontrados para aumentar a adesão ao tratamento, esse padrão progressivo deve melhorar. Certamente, conforme as pessoas sejam diagnosticadas na fase inicial do desenvolvimento da doença, mais oportunidades serão fornecidas para alterar a trajetória total da doença. Apesar de os índices de suicídio permanecerem altos, há razões para se ter esperanças de que o aumento da disponibilidade de intervenções psicoterápicas para se somar ao tratamento medicamentoso pode levar os indivíduos a pedir ajuda antes de chegarem à dor insuportável que faz com que a morte pareça uma solução razoável.

O que varia bastante entre os pacientes é o caráter dos seus humores, as ações que tomam em resposta aos sintomas e a sequência na qual estes aparecem. Nos mesmos indivíduos, os sintomas de mania

e depressão podem mudar de um episódio para o outro. Por exemplo, alguém tem dificuldade para dormir em um episódio de depressão e no outro tem hipersonia.

Todos os anos surgem novos desenvolvimentos no tratamento do transtorno bipolar. As medicações estão cada vez mais seguras, causam menos efeitos colaterais e proporcionam mais efeitos positivos (p. ex., Calabrese et al., 1999; Zarate, 2000). As psicoterapias foram desenvolvidas para melhorar os resultados, reduzir o número de recaídas e auxiliar na adaptação da doença (p. ex., Lam et al., 2003). Apesar de nosso extenso conhecimento da psicobiologia do transtorno bipolar, estamos somente começando a aprender como estimular os pacientes a usar consistentemente recursos farmacológicos, psicossociais e psicoterápicos.

OS SINTOMAS DE DEPRESSÃO E DE MANIA

Quando a depressão começa, o humor pode alterar de eufímico para triste, entediado, melancólico, vazio, ansioso, desanimado ou irritado. Os pacientes descrevem que se sentem impacientes, irritadiços, nervosos, perdidos, incompreendidos, desinteressados, sensíveis, zangados, estagnados ou vazios. Com frequência, descobrem que já não se importam mais com suas atividades, com as pessoas a sua volta, com a realização de tarefas na hora certa, ou com sua aparência pessoal. Sentem-se mais neutros, insensíveis e indiferentes do que tristes, magoados ou temerosos. Seguem em frente porque “têm que”, mas, se o destino os levasse a uma morte súbita e prematura, para eles estaria tudo bem.

As mudanças de atitude na depressão também podem incluir uma excessiva negatividade. Tudo parece difícil e pesado. Os pacientes estão convencidos de que

não adianta tentar fazer algo porque o resultado negativo é inevitável. As contrariedades podem parecer insuperáveis. As outras pessoas são percebidas como falsas, indiferentes ou incompetentes. A autocrítica aumenta; os fracassos da vida são relatados; os arrependimentos, repassados, e a autoestima vai lá para baixo. A pessoa deprimida não vê tais fatores como pensamentos demasiado negativos, mas sim como pensamentos realistas, apoiados facilmente por sua percepção dos fatos. Na verdade, pode haver um pouco de realismo em suas observações, mas geralmente as evidências contraditórias são ignoradas; as circunstâncias que envolvem, esquecidas, e as realizações, menosprezadas.

Se os sintomas ainda não são graves, normalmente os indivíduos conseguem manter uma rotina de trabalho e gerenciar as pequenas responsabilidades do lar, mesmo quando deprimidos. Todavia, deixam de se divertir, perdem o interesse por *hobbies*, param de se exercitar e deixam de visitar seus amigos. Quando solicitados, alegam estar muito cansados ou muito atrasados com as suas tarefas. Esforço extra no trabalho ou em casa é evitado, e o paciente pode perder mais tempo na frente da televisão ou em outro tipo de atividade solitária. No fim, o esforço mínimo já não é mais suficiente. O mau desempenho no trabalho é percebido pelos supervisores. O descuido da manutenção do lar cria tensão na família. A rejeição de convites para socializar levam ao isolamento. Empregos são ameaçados, aumentam as dívidas, e a pessoa deprimida não pode fazer nada para impedir isso.

Às vezes, existe um alívio temporário nessas situações. Quando se perde um emprego, o estresse imediato acaba, e, se ninguém faz exigências; o indivíduo é deixado em paz para sofrer em silêncio. Infelizmente, qualquer alívio tem vida curta. A realidade da vida rotineira volta aos pou-

cos e o estresse decorrente da autoconsciência e das noites mal dormidas de preocupação piora a depressão. É um ciclo autopropagador. Os sintomas causam diminuição da capacidade, a diminuição da capacidade causa problemas, e os problemas aumentam o estresse e agravam os sintomas depressivos.

Por outro lado, as mudanças de humor na mania podem ser positivas, esperançosas, entusiasmadas, eufóricas, “no topo do mundo” ou animadas. Para alguns pacientes, os episódios maníacos são sempre agradáveis. A maioria já teve períodos de extrema irritabilidade, agitação, ansiedade, tensão e temor. Para alguns, o humor agradável ou eufórico evolui para irritável à medida que a mania progride e piora.

Na mania, as mudanças cognitivas também variam muito entre pacientes, mas geralmente consistem em mudanças no processo cognitivo, na qualidade das cognições e no conteúdo dos pensamentos. Nos extremos, estamos acostumados com ilusões de grandeza e paranoia. Todavia, mais comuns são as mudanças sutis, que caem dentro dos domínios do normal no início, como mais interesse pela vida, otimismo e melhor autoestima. Se a hipomania ou mania aparece logo após um longo período de depressão, a troca pode não ser notada até que as mudanças no processo de pensamento comecem a interferir no funcionamento mais adequado. À medida que a disposição do indivíduo aumenta, com frequência existe melhora do humor. Ideias divertidas ocorrem mais frequentemente, o paciente consegue rir de si mesmo. Conforme a mania progride, o humor pode adquirir um tom mais hostil, negro ou sarcástico. Normalmente, essa mudança não é notada pelo paciente, mas é bem perceptível aos demais.

A velocidade e eficiência do processo cognitivo podem melhorar no início da evolução da mania, porém se deteriorar

conforme os pensamentos aumentam em número e em velocidade. Algumas pessoas com transtorno bipolar dizem que têm as melhores ideias quando hipomaniacas. Sentindo-se livres da natureza inibidora da depressão, a mente está aberta a novas ideias e possibilidades. Durante a hipomania, a criatividade faz os indivíduos se arriscarem a obter sucesso, diferentemente de se sentirem inibidos pelo pessimismo e com a autoconfiança baixa. Com frequência, existe um ímpeto ou uma necessidade de estímulo que sucede das mudanças de rotina ou de atividade. Caso o julgamento se torne prejudicado, as mudanças podem criar novos problemas ao indivíduo, como abandono do trabalho antes de ter um novo emprego em vista. Se a qualidade das cognições diminui e a pessoa se torna desorganizada e desconcentrada, iniciam-se mudanças, mas com frequência elas não são concluídas. Entretanto, mais frequentemente, a ânsia de mudança nas fases iniciais da mania ou hipomania se manifestam de forma benigna, como mudar o estilo do cabelo, das roupas, dos acessórios, ou os móveis em casa ou no trabalho. Pode haver uma mudança de interesses que resulte em mais tempo destinado a planejamento ou pesquisa na internet, ou acúmulo de recursos para um novo projeto.

Mudanças no conteúdo do pensamento também incluem ideias ou interesses relacionados com sexo e observação de outros. As preferências sexuais podem até mesmo mudar temporariamente. Parece mais interessante e estimulante fazer compras, e as aquisições podem ser mais facilmente justificadas, embora menos práticas. As lojas evitadas nas épocas de depressão, por estarem muito cheias de clientes, ou quando a pessoa se sentia muito introvertida para provar roupas, de repente se tornam convidativas, boas demais para se resistir a elas.

Com o início da mania ou hipomania, os indivíduos experimentam uma mudan-

ça nos seus interesses sociais. Em vez de evitar os outros, o contato social é desejado e até buscado. Conforme o humor melhora, as pessoas se descobrem o centro das atenções nas festas ou em outras reuniões. Não se sentindo mais inibidos pela ansiedade ou pela depressão, podem se permitir ser a alegria da festa. Com o advento da internet, grupos de bate-papo e de auto-ajuda *on-line* fornecem novas saídas para a ânsia de falar ou de ser ouvido.

É aparente que as mudanças no conteúdo e no processamento do pensamento na mania ocasionam mudanças de comportamento. Inicialmente esses comportamentos são muito positivos. Alguns relatam ficarem física e mentalmente mais rápidos, quando a mania começa a emergir. Se não são prejudicados pela distração ou pelo pensamento rápido, podem ser mais eficientes que o normal, fazer várias coisas ao mesmo tempo e ter resistência para arrancar o tempo necessário a se engajar em novas atividades ou persistir nas antigas. Infelizmente, as atividades estimuladas pela mania não estão livres de problemas. Se não mantidas sob controle, o aumento do contato social e do impulso sexual pode levar a relações perigosas e infidelidade, ou a ações que serão muito lamentadas quando a mania ceder e a autocensura da depressão retornar.

As atividades se desorganizam à medida que os pensamentos se tornam difíceis de organizar. Os inúmeros começos de novos projetos sem conclusão esgotam o indivíduo quando ele volta para um estado eutímico ou deprimido. O dinheiro gasto em compras compulsivas ocasiona um acúmulo de débitos. Mudanças de residência, de trabalho ou de relacionamento podem ser bastante lamentadas.

Conforme mencionado, cada paciente tem uma apresentação e sequência única de sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais. O Capítulo 6 inclui mé-

todos para avaliar os sintomas únicos de cada paciente. Existem vários métodos uniformizados de avaliação dos sintomas do transtorno bipolar, os quais serão brevemente examinados na sessão a seguir.

ESTABELECIMENTO DO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO BIPOLAR

Para estabelecer o diagnóstico de transtorno bipolar I ou II, os clínicos deveriam estar treinados e experientes em reconhecer e diagnosticar as condições psiquiátricas, assim como as condições médicas gerais causadoras de um transtorno de humor que parece mas não é na verdade um transtorno bipolar I ou II. Além disso, um histórico acurado é essencial ao diagnóstico. É melhor que se obtenha esse histórico do paciente e também de um familiar ou amigo próximo que o conheça bem há vários anos. O problema mais comum na obtenção de um histórico acurado é os indivíduos não reconhecerem ou não falarem sobre os episódios de mania ou hipomania. Na verdade, com frequência eles não buscam tratamento quando maníacos ou hipomaníacos, mas sim quando deprimidos. A natureza do episódio de depressão por si só não distingue o transtorno bipolar I e II do transtorno de depressão maior. Por meio da investigação cuidadosa e detalhada dos sintomas, obtém-se um histórico mais claro e preciso, o que é essencial.

Os diagnósticos equivocados têm consequências sérias. Prescreve-se medicação errada, equivoca-se no prognóstico, e o gerenciamento total do paciente sofre. Eis os três erros mais comuns de diagnóstico equivocado:

1. confundir episódios de depressão maior recorrentes com reações normais às dificuldades da vida;

2. falhar na detecção de episódios maníacos ou hipomaníacos;
3. julgar que o paciente tem esquizofrenia em vez de transtorno bipolar com traços psicóticos durante episódios maníacos, mistos ou de depressão maior.

Finalmente, é muito comum que os pacientes com transtorno bipolar abusem de álcool, estimulantes (anfetaminas, cocaína) ou outras substâncias episodicamente (ou cronicamente, embora isso seja menos comum). Para algumas pessoas, isso é uma tentativa de se automedicar. Para outras, essas substâncias precipitam episódios específicos. A presença ou histórico de abuso de substância não deve eliminar o diagnóstico de transtorno bipolar. Por outro lado, se todos os episódios maníacos e hipomaníacos são causados por abuso de substância e cessam em grande parte quando o abuso pára, o diagnóstico de transtorno bipolar não deve ser feito.

Autorrelato: o questionário dos transtornos de humor

O Questionário dos Transtornos de Humor (Hirschfeld, 2002) é um questionário breve de investigação preenchido pelos pacientes. Foi desenvolvido para ajudar na detecção do transtorno bipolar nos pacientes encontrados nos ambulatorios de cuidados primários. Uma cópia do questionário está disponível no site da *Depression and Bipolar Support Alliance* (www.dbsalliance.org). É capaz de detectar aproximadamente 70% dos pacientes bipolares e excluir cerca de 90% daqueles que não têm o transtorno (Hirschfeld et al., 2000). Não se pretende um instrumento de diagnóstico por si só, mas de informação a pacientes e profissionais da área de saúde, a

fim de avaliarem melhor os sintomas do transtorno e confirmarem o diagnóstico.

Evolução clínica: entrevista clínica estruturada para o DSM-IV

A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID; First, Spitzer, Gibbon e Williams, 1996) é uma entrevista estruturada organizada a fim de avaliar os critérios do DSM-IV para diagnósticos num estilo sistemático. First e colaboradores (1996) desenvolveram uma versão clínica do SCID (SCID-CV). Ele simplifica a entrevista por fornecer um livro de aplicação com as questões estruturadas e critérios do DSM-IV correspondentes e uma folha de resultados separada para registro das respostas. Critérios de decisão para determinar o humor e os transtornos psicóticos incluídos na folha de resultados. Este formato reduz a quantidade de papel usada para cada aplicação, deixando o método mais acessível. Um sistema de números que corresponde às questões do folheto de aplicação com respostas na folha de resultados ajuda o entrevistado a acompanhar a sua pontuação. Os critérios do DSM-IV estão incluídos nas questões programadas para avaliar um dado sintoma. Isso permite que o entrevistador avalie imediatamente se a resposta do paciente é ou não suficiente para satisfazer os critérios em questão.

Vários estudos têm comprovado a confiabilidade do SCID, em suas várias formas, em casos de pacientes com problemas de abuso de substâncias, transtornos de humor, transtornos psicóticos e transtornos de ansiedade (p. ex., Kranzler et al., 1995; Kranzler, Tennen, Babor, Kaden e Rounsaville, Skre, Onstad, Torgersen e Kringlen, 1991; Steiner, Tebes, Sledge e

Walker, 1995). Ele foi projetado para aplicação em adultos acima de 18 anos e têm demonstrado sua confiabilidade mesmo em populações adultas mais velhas (Segal, Kabacoff, Hersen, Van Hasselt e Ryan, 1995).

Basco e colaboradores (2000) usaram o SCID para diagnosticar pacientes psiquiátricos de ambulatorio com doenças mentais graves em um ambulatorio de cuidados à saúde mental. Comparando os diagnósticos dos enfermeiros usando o SCID com os diagnósticos feitos por clínicos pesquisadores com grau de doutores, estima-se que a confiabilidade era razoavelmente alta: o coeficiente κ alcança de 0,61 a 0,64, dependendo da especificidade do diagnóstico. Caso permitido que a avaliação SCID incorpore as informações das fichas médicas dos pacientes, a harmonia do coeficiente κ , com os médicos especialistas em diagnóstico, aumenta para 0,76 a 0,78. Essas descobertas sugerem que as entrevistas estruturadas usando o SCID, se complementadas pelas informações nos registros médicos, podem melhorar bastante a precisão dos diagnósticos na prática da rotina psiquiátrica, até mesmo em populações de pacientes gravemente doentes.

Entrevista diagnóstica para crianças e adolescentes

A Entrevista Diagnóstica para Crianças e Adolescentes (DICA) é uma entrevista semiestruturada originalmente projetada para competir com o Inventário de Entrevista para Diagnóstico (Robins, Helzer, Ratcliff e Seyfried, 1982). Avalia o histórico de toda a vida dos critérios diagnósticos do DSM-IV para transtornos em crianças e adolescentes. Descobriu-se ter uma boa confiabilidade de teste-reteste

(Welner, Reich, Herjanic, Jung e Amado, 1987; De la Osa, Ezpeleta, Oomenech, Navarro e Losilla, 1997). Mostra evidências para construir eficácia, particularmente no caso de crianças com transtorno bipolar (Reich, 2000).

AValiação DA GRAVIDADE DOS SINTOMAS

Inventário para a sintomatologia depressiva

O relatório clínico (IDS-C) Inventário para a Sintomatologia Depressiva (IDS; Rush, et al., 1986) foi projetado para mensurar os sinais específicos e sintomas de depressão; para incluir dimensões de sintomas endógenos, melancolia e atipicalidades, e para avaliar sintomas vegetativos, mudanças cognitivas, distúrbios de humor, sintomas endógenos e de ansiedade. O IDS foi revisado para incluir sintomas atípicos de paralisia “de chumbo” e sensibilidade à rejeição. Cada um dos 30 itens é classificado numa escala de 1 a 3, em que os pontos mais altos representam maior gravidade dos sintomas. Uma versão de autorrelato do IDS também está disponível. O resultado médio para o autorrelato IDS numa amostra de pacientes com depressão maior foi 36, que é significativamente diferente do controle normal (2,1) e apoia o construto de validade da medida (Rush et al., 1986). A consistência interna do IDS é alta, com α de Cronbach de 0,88. O IDS-C está altamente correlacionado com o Inventário Beck de Depressão (BDI) ($r = 0,61-0,78$) e com a Escala de Classificação para Depressão Hamilton (HRSD) ($r = 0,67-0,92$; Rush et al., 1986).

Em uma amostra de pacientes que participaram de uma pesquisa sobre de-

pressão, a confiabilidade inter-relacionada para o IDS-C foi de 0,96 para a versão de 30 itens (Rush, Gullion, Basco, Jarret e Trivedi, 1996). Quando incluídos pacientes deprimidos reincidentes e sujeitos de um grupo-controle normal para criar uma amostra maior ($N = 552$), o α de Cronbach foi de 0,93 para a versão de 28 itens do IDS-C e de 0,94 para a versão de 30 itens (Rush et al., 1996). A versão do autorrelatório estava altamente correlacionada com o BDI ($r = 0,78$) e com o HRSD ($r = 0,67$), assim como o da avaliação clínica ($r = 0,61$ com o BDI e $r = 0,92$ com o HRSD). Uma análise de fator sobre 353 pacientes que completaram a versão do autorrelatório do IDS e clínicos que completaram o IDS-C mostrou três dimensões: sintomas de humor/cognitivos, sintomas de ansiedade/excitação e sintomas vegetativos (Rush et al., 1996). O IDS-C melhora as deficiências do HRSD por avaliar os sintomas endógenos e melancólicos e os sintomas atípicos e de ansiedade. Também fornece uma escala uniforme entre os itens e reduz a avaliação de sintomas múltiplos em um único item.

Escala de avaliação da mania Bech-Rafaelsen

A Escala de Avaliação da Mania Bech-Rafaelsen (EAM-BR; Bech, Bolwig, Kramp e Rafaelsen, 1979) é uma escala de padrão clínico projetada para avaliar quantitativamente a gravidade de estado maníaco nos pacientes. Consiste em 12 itens avaliados numa escala de cinco pontos, em que o resultado total abrange uma soma de todos os itens. A EAM-BR tem uma correlação de confiabilidade interavaliadores de 0,95, usando o coeficiente Kendall de concordância, e a correlação de confiabilidade interobservadores tem o alcance de $r =$

0,97 para $r = 0,99$ (Bech et al., 1979). A homogeneidade do EAM-BR tem alcance entre $r = 0,72$ e $r = 0,94$ em dez dos itens; o sono tem um $r = 0,48$ quando correlacionado com o resultado total da escala (Bech et al., 1979).

Escala de avaliação da mania de Young

A Escala de Avaliação da Mania de Young (YMRS; Young, Biggs, Ziegler e Meyer, 1978) é uma das escalas de avaliação clínica mais amplamente usada para mensurar a gravidade dos sintomas maníacos. Não é uma medida de diagnóstico, mas compõe-se de 11 itens que são critérios para a mania, incluindo mudanças no humor, na cognição e no comportamento. A escala baseia-se em observações clínicas complementadas por uma investigação não estruturada, considerando os sintomas que não são prontamente observáveis. Young e colaboradores (1978) relataram uma confiabilidade interavaliadora de 0,93 para a medida total, e os resultados alcançaram de 0,66 a 0,92 para os itens individuais. Sua validade tem sido demonstrada por meio de correlações com outras avaliações da mania (p. ex., $r = 0,71$ - $0,89$) e da sua previsão do tempo de hospitalização (Young et al., 1978).

O CICLO DOS SINTOMAS

Existe um ciclo na hipomania e na mania no qual as novas ideias e interesses associados com a perda da inibição e aumento de energia levam a ações que superestimulam os indivíduos. Isso pode aumentar ainda mais a mania, que, por sua vez, estimula ideias, interesses e atividades. Um ótimo exemplo é a perda do sono

por causa de atividades noturnas como socializar, trabalhar em projetos, ou navegar na internet. As pessoas com transtorno bipolar frequentemente têm preferência por atividades noturnas. Ficam acordadas até tarde e perdem o sono, o que se descobriu agravar a mania e aumentar os seus sintomas. A Figura 2.1 ilustra a progressão dos sintomas cognitivos, emocionais comportamentais, seus efeitos no funcionamento psicossocial e, por sua vez, os efeitos dos problemas psicossociais na perpetuação dos episódios.

Manter um horário de dormir cedo é um sacrifício significativo para um indivíduo notívago, particularmente aqueles que se sentem cansados e lentos durante a manhã e somente começam a acelerar o ritmo no fim da tarde. Se a dose da tarde da medicação prescrita causar sonolência, com frequência é postergada ou conscientemente omitida por completo para evitar o en-

torpecimento que pode interferir nas atividades. Sem a proteção de um estabilizador de humor, a reincidência de um episódio de mania plena é quase certa.

Depois de anos de observação e experimentação, muitas pessoas com transtorno bipolar aprendem a trabalhar com os altos e baixos no seu humor. Elas podem se permitir uma rajada de hipomania, mas sabem quando pisar nos freios, regular a medicação, dormir mais e diminuir a agitação. Isso é obtido com vários níveis de sucesso. Alguns esperam tempo demais até interferir porque querem aproveitar a euforia ou porque não reconhecem a mania até que tenham se metido em problemas ou comecem a descompensar. A maioria odeia os baixos, mas se sentem indefesos para interromper a sua progressão. Aumentar a medicação estabilizadora de humor pode não auxiliar e deixá-los mais entorpecidos. Os antidepressivos correm o

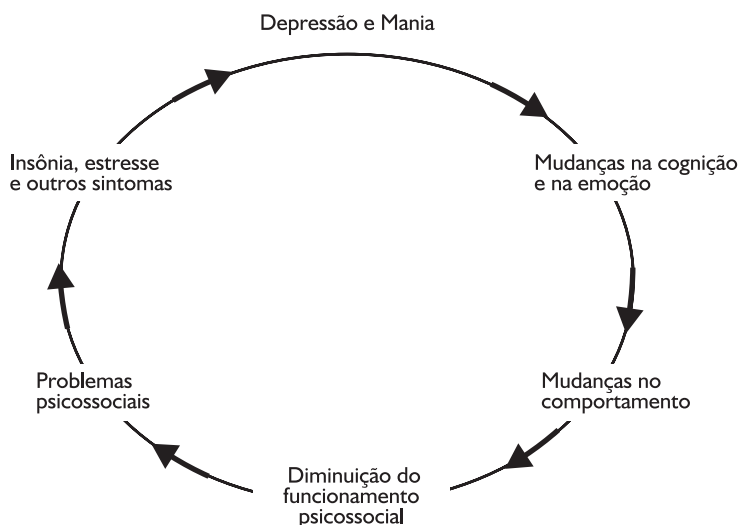


Figura 2.1 A trajetória do transtorno bipolar.

risco de induzir a mania. Procurar ajuda médica assim que os sintomas de depressão começam a emergir é complicado, se não impossível, para a maioria que não dispõe da vantagem de um plano de saúde e para muitos que têm.

É provável que até mesmo aqueles que aderem bem ao regime de medicação para o transtorno bipolar sofrem periodicamente com novos ataques de sintomas (Gelenberg, Carroll, Baudhuin, Jefferson e Greist, 1989). Eles podem evitar uma reincidência total da depressão e mania, mas terão sintomas suficientes para justificar a atenção médica. Infelizmente, apesar de terem uma experiência considerável com a doença, nem todos os pacientes desta categoria possuem a habilidade de identificar os sinais de recaída. Uma intervenção precoce geralmente é a chave para o controle dos sintomas. Esperar até que eles se tornem uma síndrome provavelmente é preditivo de um curso difícil até a normalidade.

COMO A TERAPIA PODE AJUDAR?

A psicoterapia para o transtorno bipolar é considerada artigo de luxo em um ambiente de cuidado manipulado, no qual um tratamento desse tipo é indisponível ou, quando muito, limitado. Aqueles com as formas da doença mais difíceis de gerenciar, que possuem os menores recursos psicossociais e uma abundância de problemas são os que têm menos acesso à psicoterapia. As clínicas mais acessíveis que cobram conforme a renda do paciente com frequência dispõem de uma equipe de estagiários ou de pessoal com menor experiência terapêutica do que necessário para oferecer uma intervenção adequada a uma doença tão desafiadora como o transtorno bipolar.

As intervenções psicoterapêuticas são feitas fora do formato psicoterápico tradicional de encontros semanais a longo pra-

zo com bem maior frequência do que dentro desse formato. As companhias de plano de saúde costumam limitar a duração do tratamento. Os psiquiatras, provavelmente os principais profissionais da área da saúde para tratar as pessoas com transtorno bipolar, não têm tempo de fornecer uma hora de psicoterapia junto com a administração da medicação. Os centros comunitários de saúde mental raramente têm os recursos para oferecer psicoterapia aos pacientes. Portanto, as intervenções cognitivo-comportamentais descritas ao longo deste livro deveriam ser encaradas como complementares aos tratamentos em andamento. Dada esta estrutura, como a TCC pode auxiliar as pessoas que sofrem de transtorno bipolar?

Quando a primeira edição deste livro foi publicada, a psicoterapia para o transtorno bipolar era um novo conceito. Anteriormente se acreditava que uma abordagem psicossocial para o tratamento bipolar consistia em uma perda de tempo. Os indivíduos diagnosticados com transtorno bipolar eram considerados incontroláveis, autodestrutivos e incapazes de participar do processo terapêutico. Entretanto, com melhores métodos de detecção e com a eficácia aperfeiçoada dos tratamentos médicos, o controle dos sintomas se tornou comum. As pessoas com transtorno bipolar podem de fato participar ativamente na psicoterapia e aprendem a gerenciar a doença. A psicoterapia é um veículo para ensinar aos pacientes as habilidades de que necessitam para enfrentar os sintomas que a medicação não cura inteiramente. Além disso, a psicoterapia pode amparar o efeito da medicação, fornecendo estratégias para auxiliar na consistência na tomada de medicação. Dada a natureza episódica e recorrente do transtorno bipolar, psicoterapias como a TCC ajudam na antecipação e prevenção de futuros episódios por ensinar métodos de detecção

precoce, gerenciamento do estresse e resolução de problemas.

A EFICÁCIA DA TCC

Desde que escrevemos a primeira edição, alguns estudos controlados têm sido conduzidos para examinar a eficácia da TCC para o transtorno bipolar. Embora se diferenciem um tanto no que diz respeito à metodologia, todos mostraram evidências de sua viabilidade e utilidade. Cochran (1984) conduziu o primeiro estudo de adesão. Ela avaliou a eficácia da TCC em comparação ao tratamento clínico dos pacientes de ambulatório, tendo como alvo os pensamentos e crenças que interferiam na aceitação do lítio. Após uma intervenção de 6 semanas, o grupo de TCC estava significativamente mais aderido (conforme definido pelo comparecimento às sessões e pela adesão à medicação) que os pacientes que recebiam um tratamento normal. Em 6 meses de pós-tratamento, o grupo de TCC ainda demonstrava uma melhor adesão que o grupo de tratamento normal. Globalmente, o grupo de TCC estava menos suscetível a parar o tratamento sem consentimento médico, tinha menos hospitalizações, menos episódios de depressão e mania causados pela inobservância da medicação.

Além de melhorar a adesão ao tratamento, Lam e colaboradores (2000) descobriram que 12 a 20 sessões de TCC feitas num período de 6 meses ($N = 13$) eram superior ao tratamento normal ambulatorial ($N = 12$) por reduzir a frequência de episódios e melhorar o trato dos sintomas prodômicos. Os resultados foram mantidos nos 6 meses seguintes, e menos pacientes no grupo de TCC necessitaram de neurolépticos que no grupo-controle.

Ao testar a TCC em um grupo mais difícil de pacientes com transtorno bipolar,

transtornos de personalidade comórbidos e com histórico de forte não-adesão à medicação, Scott e colaboradores (2001) descobriram que após 6 meses o grupo de TCC ($N = 21$) mostrou significativamente menos sintomas e mais melhoria no funcionamento social do que o grupo-controle da lista de espera. Quando posteriormente os pacientes em lista de espera foram tratados com a TCC, mostraram melhoria semelhante dos sintomas e funcionamento do pré para o pós-TCC e tiveram significativamente menos hospitalizações nos 12 meses de pós-tratamento relativos ao período de 6 meses em lista de espera anteriores ao recebimento da TCC.

Com o foco no controle dos sintomas residuais, Fava, Bertolucci, Rafanelli e Mangelli (2001) aplicaram a TCC em 15 pacientes em profilaxia com lítio que tiveram recaída. Inicialmente, os pacientes eram tratados com antidepressivos ou antipsicóticos. Estes medicamentos foram reduzidos à medida que a TCC começou. A participação dos pacientes em sessões de 10 a 30 minutos resultou em uma significativa diminuição nos sintomas residuais e em um maior número de meses até a próxima recaída após a TCC, relativamente aos níveis básicos. Todos os 15 pacientes tinham recaído num intervalo de 30 meses do início da terapia com lítio e antes de começar qualquer intervenção psicossocial. Somente 5 desses pacientes recaíram no período de 30 meses depois de iniciada a TCC.

Perry, Jarrier, Morriss, McCarthy e Limb (1999) aplicaram de 6 a 12 meses de TCC em pacientes com transtorno bipolar juntamente com tratamento médico padrão. Esses indivíduos foram comparados com pacientes que recebiam tratamento padrão somente por um período de observação de 18 meses. Os pacientes que faziam TCC e tratamento padrão apresentaram menos episódios maníacos, passaram menos dias hospitalizados, tiveram um período mais

longo de saúde antes de recair e uma melhora significativa no funcionamento psicossocial.

O tratamento medicamentoso da depressão bipolar sempre tem o risco de induzir a mania (Altshuler et al., 1995). Portanto, uma alternativa como a TCC, se eficaz, poderia ser uma alternativa à terapia com antidepressivos. Zaretsky, Segal e Gomar (1999) compararam a reação a TCC em pacientes com depressão bipolar ($n = 11$) e um grupo com depressão unipolar ($n = 11$). Todos estavam moderadamente deprimidos e tinham histórico de episódios depressivos múltiplos. Após 20 sessões de TCC, os pacientes com depressão bipolar e unipolar apresentaram uma diminuição dos sintomas depressivos. Embora limitada pela falta de um grupo-controle bipolar, os resultados sugerem que a TCC junto com estabilizadores de humor pode ser útil para tratar episódios agudos de depressão em pacientes bipolares sem o risco de um episódio de mania induzido pelo uso de antidepressivos.

Esses estudos iniciais sugerem que a TCC é benéfica para aumentar a adesão à medicação, gerenciar os sintomas e melhorar o funcionamento psicossocial nas pessoas com transtorno bipolar. Apesar de demonstrar a viabilidade da psicoterapia com tal população de pacientes, estudos mais completos e rigorosos serão necessários para testar os limites da eficácia da TCC.

Pontos-chave para o terapeuta lembrar

- O que varia bastante entre os pacientes é o caráter dos seus humores, as ações que tomam em resposta aos sintomas e a sequência na qual estes aparecem. Nos mes-

mos indivíduos, os sintomas de mania e de depressão podem mudar de um episódio para outro.

- Os sintomas causam danos. Os danos causam problemas. Os problemas aumentam o estresse e agravam os sintomas.
- Mesmo tendo uma experiência considerável com a doença, nem todos dispõem de habilidade para identificar os sinais de recaída. Uma intervenção precoce geralmente é considerada a chave para controlar os sintomas. Esperar até que eles se tornem uma síndrome provavelmente prediz um curso difícil até a normalidade.
- A expectativa é que, ao ler este livro, quaisquer terapeutas ou profissionais façam experiências com os métodos psicoterápicos descritos aqui e aprendam a prover psicoterapia a seus pacientes com transtorno bipolar, incluindo psiquiatras. Será possível realizar intervenções selecionadas com pacientes no tempo limitado disponível durante uma visita para o controle da medicação, ou uma sessão de intervenção de crise, com um paciente interno ou com grupos tratados em ambulatório, ou de outro tipo de terapia.

Pontos para discutir com os pacientes

- O que é comum entre o 1% da população que sofre com o transtorno nos Estados Unidos é a natureza recorrente. Uma vez diagnosticado, o indivíduo pode contar com futuros surtos episódicos de depressão e/ou mania que surgem em momentos de estresse ou mudanças, ou que ocorrem periodicamente sem motivo.
- Existem razões para se ter esperança: todos os anos há novos progressos no tratamento do transtorno bipolar. As medicações são mais seguras, causam menos efeitos

colaterais e proporcionam mais efeitos positivos. Psicoterapias têm sido desenvolvidas para melhorar os resultados, reduzir as recaídas e auxiliar na adaptação à doença.

- Os sintomas de depressão e de mania devem ser abordados.

- Dada a natureza episódica e recorrente do transtorno bipolar, psicoterapias como a TCC podem auxiliar na antecipação e prevenção de futuros episódios por ensinar métodos de detecção precoce, gerenciamento do estresse e resolução de problemas.

3

Tratamento medicamentoso para o transtorno bipolar

Este capítulo apresenta um breve resumo sobre o uso de medicamentos, seus efeitos colaterais e questões comumente encontradas no gerenciamento do transtorno bipolar de curto e longo prazos. É importante que os pacientes saibam sobre este tipo de informação. É da responsabilidade de quem prescreve a medicação fornecer tais informações aos pacientes. Entretanto, clínicos que não são médicos e que interagem com pacientes com transtorno bipolar também deveriam estar informados de modo geral sobre as questões relacionadas aos medicamentos comuns. Particularmente, esses clínicos podem reforçar a necessidade de uma cuidadosa adesão à medicação por parte dos pacientes, esclarecer questões que causem preocupação, ajudar a identificar precocemente novas crises dos sintomas ou efeitos colaterais e, essencialmente, estimular os pacientes a pedir uma opinião médica e fazer uma revisão da medicação quando necessário. Assim como o gerenciamento do diabetes exige adaptações no estilo de vida e o monitoramento cuidadoso de sintomas e mudanças ocasionais nas doses ou nos tipos de medicação, o transtorno bipolar também funciona assim. O terapeuta que não é médico pode

contribuir muito para o gerenciamento da medicação em longo prazo, das mudanças no estilo de vida e orientar os pacientes a buscar auxílio em tempo quando necessário fazer ajustes na prescrição medicamentosa.

Por outro lado, os profissionais não-médicos não são responsáveis por fornecer informações farmacológicas detalhadas para os pacientes. Mais propriamente por ajudar os pacientes a identificar as questões e problemas, sintomas e possíveis efeitos colaterais, por tratar essas preocupações-chave os profissionais não-médicos podem garantir o uso do tempo médico de maneira eficiente e adequada.

As informações contidas no presente capítulo consistem em uma sinopse de como as medicações são usadas para o transtorno bipolar (aproximadamente 2004). Na última década, um número extraordinário de medicações novas foi desenvolvido e testado para essa enfermidade. Pode-se esperar que nos próximos dois a três anos mais informações e mais medicamentos estejam disponíveis. Consequentemente, o que segue é apenas uma sinopse do que sabemos até agora. Pelo menos algumas das informações aqui contidas mudarão mais propriamente cedo do que mais tarde.

UMA VISÃO GERAL DO GERENCIAMENTO DA MEDICAÇÃO

No transtorno bipolar, utilizam-se medicações para tratar os episódios maníacos (agentes antimaníacos ou estabilizadores do humor) e os depressivos (agentes antidepressivos), ou ambos. O uso apropriado, seguro e eficaz da medicação requer colaboração do paciente e, se possível, apoio dos familiares (isto é, esposa, esposo, irmãos, pais). Com tal colaboração, são altas as chances de que a farmacoterapia controle ambos sintomas, maníacos e depressivos, na fase aguda e a longo prazo. Com o controle contínuo dos sintomas, a maior parte dos pacientes retorna ao seu nível normal de atividades, evitando hospitalizações subsequentes e sem uma diminuição prolongada ou significativa da capacidade. Entretanto, o tratamento administrado imprópriamente falhará no controle dos sintomas e por causa disso leva a uma trajetória mais ineficiente a longo prazo (prognóstico), bem como pode ocasionar efeitos colaterais indesejados ou até mesmo colocar a vida do paciente em risco.

Para aumentar a colaboração, é essencial que os pacientes entendam a razão pela qual se usa uma combinação de medicamentos e quais são os resultados esperados; se bem-sucedido, quando se pode atingir este nível; quais são os efeitos colaterais prováveis, e, mais importante, por que e quando são necessários testes laboratoriais específicos, para orientar a dosagem adequada das medicações (por exemplo, quando e como obter a dosagem de lítio ou de ácido valproico no sangue) ou para monitorar reações adversas (efeitos colaterais, como obter a contagem das células brancas ou vermelhas para os pacientes que tomam clozapina [Leponex]).

Em primeiro lugar, recomendamos que o médico que prescreve a medicação,

assim como o terapeuta que não prescreve, revise com o paciente (e familiares sempre que possível) os sinais e sintomas de mania, hipomania e depressão. Em segundo, quando prescrita uma medicação, os pacientes devem ser informados da razão para o seu uso e dos seus efeitos colaterais mais comuns, a fim de que determinem se a medicação está funcionando corretamente ou não, estejam alertas e relatem tão logo possível efeitos colaterais observados. Em terceiro, os pacientes (e familiares) deveriam ser ensinados a como monitorar, medir e registrar os sintomas maníacos e depressivos, para, quando chegar a hora de encontrar o médico que prescreve a medicação, tenham um retrato fiel de quais os efeitos da medicação e se em virtude disso será melhor fazer os ajustes apropriados (ver Capítulo 6). Em quarto lugar, quem prescreve precisa estar disponível por telefone e deve encontrar o paciente com frequência suficiente para fazer ajustes na dose ou no tipo de medicação em tempo.

Um leque de opções de medicamentos antimaníacos e antidepressivos eficazes está disponível. Via de regra, um único estabilizador de humor (por exemplo, o lítio, o ácido valproico ou a carmabazepina) compõe o tratamento inicial. Assim como o tratamento de outros problemas de saúde comuns (por exemplo, artrite, diabete, doenças cardíacas e hipertensão), a escolha dos remédios é em parte um trabalho de tentativa e erro. Alguns pacientes reagem bem e encontram poucos efeitos colaterais com certa medicação, enquanto outros se dão melhor com outro tipo de medicação ou com uma combinação de remédios. A melhor maneira de determinar se um medicamento específico é ou não adequado para um paciente em particular é experimentando. Consequentemente, prescreve-se uma medicação, e avaliam-se a sua tolerabilidade e seus efeitos benéficos. Se a medicação for tolerada, mas ape-

nas parcialmente bem-sucedida, um segundo medicamento é acrescentado, ou, no caso de uma péssima tolerabilidade ou insucesso, a mesma é substituída por outra medicação. Novamente, os benefícios e a tolerabilidade deste segundo passo são avaliados. Com tempo, esta sequência de passos leva a uma medicação ou combinação de medicações que provê um ótimo controle dos sintomas, com o mínimo de efeitos colaterais.

A série de passos sugeridos requer colaboração substancial entre o médico que prescreve a medicação e o paciente. Como a medicação não funciona completamente por várias semanas, a seleção de um tratamento ideal para um paciente em particular costuma exigir uma avaliação dos efeitos sintomáticos por algumas semanas. Uma vez estabilizado o estado do paciente, as consultas para o tratamento medicamentoso se tornam menos frequentes. Entretanto, o monitoramento contínuo dos sintomas é essencial para garantir que a estabilização perdure ou se deve fazer uma revisão periódica do tipo de medicação ou da sua dosagem para tratar de um novo episódio de sintomas, caso isso ocorra.

Quanto ao gerenciamento da medicação para o transtorno bipolar, podemos dividir o tratamento em duas fases: a aguda e a de manutenção. O tratamento na fase aguda destina-se aos pacientes com episódio de mania, hipomania ou depressão maior. No tratamento agudo, o primeiro e mais importante objetivo é controlar e eliminar os sintomas. Se alcançada a eliminação dos sintomas, tipicamente o paciente retorna a um nível normal de funcionamento interpessoal, ocupacional e social. O tratamento da fase aguda pode durar tão pouco quanto 6 semanas (se a primeira medicação for eficaz e bem tolerada) ou pode durar de 6 a 9 meses. No tratamento da fase aguda de duração mais longa, com frequência é necessário escolher entre diversos medicamentos para encontrar um ou a combinação de medicamentos que dará um

ótimo benefício com o mínimo de efeitos colaterais.

Controlados os sintomas, os medicamentos da fase aguda são continuados, na mesma dose, para manter um estado assintomático e prevenir o retorno do episódio de humor mais recente (isto é, mania, hipomania ou depressão). No início da fase de manutenção, o tratamento psicossocial, reabilitador e psicoterápico são frequentemente acrescentados para intensificar o funcionamento psicossocial ou para ensinar os pacientes a gerenciar o estresse e outras questões do dia-a-dia, a fim de auxiliá-los a eliminar os sintomas e ou a melhorar as atividades.

Mais tarde na fase de manutenção, a meta é prevenir o início de um novo episódio de transtorno de humor (mania, hipomania ou depressão), em geral por continuar com os mesmos medicamentos. Assim como outras doenças crônicas, a exemplo do diabete ou da artrite, os pacientes com transtorno bipolar são mantidos sob medicação (ou medicações) para controle dos sintomas de sua doença por períodos prolongados. O tratamento de manutenção dura toda a vida para quase todos os pacientes com transtorno bipolar. O controle prolongado dos sintomas resulta do ótimo funcionamento contínuo cotidianamente.

Para ambas as fases do tratamento, a aguda e a de manutenção, os pacientes devem tomar a medicação (ou medicações) prescrita diariamente. Diferente da aspirina, por exemplo, que é administrada para o tratamento da dor de cabeça somente quando o indivíduo realmente está com dor, os medicamentos para o transtorno bipolar devem ser tomados regularmente nos dias bons e ruins dias, na mesma dose. Além do mais, não é incomum, durante os tratamentos mais longos, que alguns sintomas retornem mesmo que o paciente esteja tomando os medicamentos de forma adequada. Por exemplo, o inverno nas latitudes do norte pode estar associado com o desenvolvimento de alguns sintomas de-

pressivos, ou a primavera ou o outono podem estar associados com o desenvolvimento de alguns sintomas hipomaníacos. Para outros pacientes, estresses da vida cotidiana, viagens frequentes por múltiplas zonas de horário, o uso de alguns medicamentos sem prescrição médica, ou o desenvolvimento de uma doença viral podem desencadear o aumento e, então, a subsequente diminuição dos sintomas. Consequentemente, na fase de manutenção, com frequência há necessidade de ajustes nos medicamentos, que, se efetuados a tempo, podem facilmente impedir a piora sintomática (ver seção posterior acerca das questões sobre o tratamento de longo prazo).

O QUE OS PACIENTES PRECISAM SABER SOBRE O GERENCIAMENTO DA MEDICAÇÃO

Para obter uma ótima adesão por parte do paciente, é útil que os médicos lhe expliquem vários princípios gerais sobre o uso eficaz dos medicamentos antimaníacos e antidepressivos:

1. Os objetivos do tratamento medicamentoso são, em primeiro lugar, controlar os sintomas e, em segundo, manter o estado assintomático por períodos prolongados de tempo. Tais objetivos normalmente requerem ajustes do tipo de medicação, dosagem ou ambos.
2. A fim de obterem um ótimo benefício, os pacientes deveriam seguir com rigor o tratamento prescrito, monitorar com atenção seus sintomas e efeitos colaterais, e informar a quem prescreve a medicação os sintomas e efeitos colaterais a cada consulta, e como eles possam ter modificado as recomendações quanto às dosagens ou aos tipos de medicamento tomados.
3. Se desenvolverem efeitos colaterais, os pacientes e seus familiares, que frequentemente são as primeiras pessoas a per-

ceber os problemas, deveriam relatá-los ao médico o mais cedo possível, para evitar um desconforto prolongado. A maior parte dos indivíduos não toma os medicamentos que causam efeitos colaterais significativos por muito tempo. Portanto, se os efeitos colaterais forem significativos, mesmo os pacientes com uma grave doença recorrente, como o transtorno bipolar, têm probabilidade de interromper a medicação ou de alterar a dose. Nesse ponto se encontra o maior risco: os episódios maníacos ou depressivos retornarão, e pode haver necessidade de hospitalização. Claramente, os pacientes deveriam ser bastante estimulados a relatar os efeitos colaterais desde o início, para que os médicos lidem com os mesmos de maneira agressiva e previnam uma adesão ao tratamento insatisfatória da parte do paciente.

4. Outros medicamentos prescritos, assim como as drogas de abuso (i.e., álcool, cocaína, anfetaminas, alucinógenos e narcóticos), são conhecidos por afetar direta e significativamente a eficácia dos medicamentos prescritos e é bem possível que também intensifiquem os efeitos colaterais. Para um controle ideal do transtorno bipolar, os pacientes deveriam informar sobre todos os outros medicamentos que estejam tomando para doenças médicas comuns e psiquiátricas a fim de garantir que nenhuma delas seja contraindicada ou interaja adversamente com os medicamentos prescritos para o transtorno bipolar. Em essência, os medicamentos podem interagir (os prescritos e os ilícitos) de modo a perderem sua eficácia ou doses normais podem se tornar tóxicas se associadas a outros medicamentos.
5. Medicamentos antimaníacos (lítio e anticonvulsivos especialmente) podem afetar adversamente o desenvolvimento do feto. O lítio deve ser o menos teratogênico desses medicamentos. Sempre

que possível, as mulheres que desejam engravidar devem examinar seus planos com o auxílio de um médico a fim de que o medicamento mais seguro seja escolhido antes que ela engravide.

6. Às vezes, medicamentos associados (como remédio para dormir ou ansiolíticos) são usados para aumentar o efeito de medicamentos antimaníacos ou antidepressivos.
7. Ademais, os medicamentos associados são usados com frequência por breves períodos, a fim de controlar um novo ataque de sintomas de mania ou de depressão. Mesmo seguros, os medicamentos associados não são frequentemente necessários por longos períodos de tempo.

Em resumo, a chave para um gerenciamento eficaz e seguro da medicação para o transtorno bipolar implica na detecção precoce, no monitoramento cuidadoso dos sintomas e dos efeitos colaterais, no ajuste diligente das doses ou tipos de medicamentos, na detecção precoce e no relato de possíveis novos ataques de sintomas e de efeitos colaterais. Cada passo exige uma relação colaboradora ativa entre médicos e pacientes, assim como dos familiares envolvidos, para se trabalhar em conjunto no gerenciamento bem-sucedido desta enfermidade de longo prazo.

A próxima seção do presente capítulo revisa os medicamentos específicos usados para tratar a mania e a depressão. São feitos comentários sobre os medicamentos para grupos especiais de pacientes (medicamente doentes, crianças e adolescentes). Então, examinamos as interações medicamentosas e os tratamentos de estimulação do cérebro. Examinamos brevemente os algoritmos de tratamento (sequências específicas passo a passo usadas para identificar a melhor medicação ou combinação de medicamentos para cada paciente). A parte final do capítulo avalia questões so-

bre o tratamento do transtorno bipolar a longo prazo.

MEDICAMENTOS USADOS PARA TRATAR A MANIA

Conforme mencionado anteriormente, na última década se testemunhou um rápido crescimento quanto à descoberta de diversos medicamentos que podem ser usados no tratamento da mania e da hipomania, assim como da depressão do transtorno bipolar. Muitos agentes antimaníacos são chamados de estabilizadores de humor porque controlam ambos sintomas, os maníacos e os depressivos. Entretanto, a maior parte dos estabilizadores de humor são um pouco *mais* eficazes no tratamento de qualquer uma das fases do transtorno bipolar, na maníaca ou na depressiva. Por exemplo, o lítio é um estabilizador de humor e um excelente medicamento antimaníaco; também possui um efeito antidepressivo satisfatório, mas não tão potente. Outros estabilizadores de humor, como a lamotrigina (Lamictal), são especialmente eficazes para a depressão, mas também possuem ação antimaníaca, particularmente nos tratamentos de longo prazo. A lamotrigina é eficaz para prevenir a mania e a hipomania, mas não é muito útil no tratamento antimaníaco agudo porque a dose do medicamento deve ser titulada (aumentada) por várias semanas, o que tipicamente leva muito tempo para ajudar o paciente em mania aguda em um período razoável de tempo.

No tratamento da mania e da depressão, os médicos usam drogas, algumas que possuem aprovação do FDA (Food and Drug Administration, órgão responsável pela liberação dos remédios nos Estados Unidos) e outras que não possuem. Algumas dessas drogas sem aprovação foram ou estão sendo estudadas com o objetivo de obter a aprovação do FDA. Para esses

medicamentos, a pesquisa clínica sugere sua segurança e eficiência, mas os dados disponíveis não são suficientes para obter a aprovação do FDA. Como regra básica, é melhor inicialmente escolher medicamentos que têm a aprovação do FDA antes de passar aos menos estudados, porque as evidências das pesquisas que apoiam os agentes aprovados pelo FDA costumam ser melhores que as evidências para os que não têm aprovação. Todavia, mesmo assim, os clínicos com frequência são obrigados a usar medicamentos “sem rótulo” (i.e., sem a aprovação do FDA) porque os medicamentos aprovados podem ter se mostrado ineficazes, perigosos, ou mal tolerados por alguns pacientes. Até o presente momento, alguns agentes antimaníacos e antidepressivos estão sob inspeção do FDA, portanto esta sinopse certamente se tornará obsoleta. Além do debate com seus os atuais clínicos, os pacientes ou familiares podem entrar em contato com a *Depression and Bipolar Support Alliance* (www.dbsalliance.org) ou buscar mais informações em *sites* bem conceituados (por exemplo, WebMD – www.WebMD.com) ou *sites* de empresas farmacêuticas para se manter atualizado.*

A Tabela 3.1 resume os medicamentos antimaníacos mais comumente usados. Eles incluem o lítio, certos anticonvulsivos e antipsicóticos atípicos selecionados. Todos esses agentes, exceto a lamotrigina, são eficientes no tratamento da fase aguda da mania (i.e., solucionam o episódio maníaco). Em alguns casos, como demonstrado, alguns desses medicamentos também possuem indícios que sugerem ou provam sua prevenção da recorrência de episódios maníacos e hipomaníacos. Às vezes, alguns desses agentes previnem ou diminuem a gravidade de recaídas ou reincidências dos

episódios de depressão maior (p. ex., lamotrigina, ver Tabela 3.2). Parece que o lítio possui maior atividade antidepressiva que a carbamazepina ou o valproato. Os agentes antipsicóticos atípicos têm menos atividade antidepressiva que a maioria dos antidepressivos. Com frequência, mais de um medicamento antimaníaco é usado em conjunto para tratar os sintomas maníacos agudos.

Os medicamentos antimaníacos ou os estabilizadores de humor eficientes no tratamento agudo de um paciente continuam a ser usados na fase de manutenção. Entretanto, com o passar do tempo, normalmente são feitas tentativas para reduzir a dose ou até eliminar alguns medicamentos antimaníacos a fim de diminuir os problemas causados pelos efeitos colaterais. De qualquer modo, todos os pacientes com transtorno bipolar precisam tomar pelo menos um estabilizador de humor (agente antimaníaco). Isso é crucial no controle das consequências da doença a longo prazo.

Lítio

O medicamento antimaníaco mais bem estudado é o lítio. Em 1949, o médico australiano John Cade descobriu que o lítio era eficaz quando tratava um paciente maníaco gravemente incapacitado, em um hospital público, que conseguiu voltar ao seu funcionamento normal com o uso do medicamento (na verdade, o paciente só veio a falecer nos anos de 1980 e teve uma carreira bem-sucedida enquanto se tratava com lítio). O lítio é um sal de custo razoavelmente baixo. Aparece em quantidades mínimas no organismo humano, portanto alergias a ele são bastante raras. A Tabela 3.1 mostra as composições com lítio disponíveis no mercado.

O lítio é um medicamento antimaníaco e antidepressivo, embora tenha sido mais amplamente avaliado como agente

* N. de R.T. No Brasil: ABRATA (Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos), www.abrata.org.br.

TABELA 3.1 Medicamentos usados para tratar a mania								
Substâncias	Nomes comerciais dos medicamentos	Doses usuais para adultos	Dose ou nível máximo	Efeitos colaterais comuns	Exames laboratoriais iniciais	Monitoramento	Advertências	Eficácia na manutenção
Lítio ^{a, b}	Carbolitium Carbolim	0,7-1,2 mEq/litro	1,2 mEq/litro de nível plasmático	Náusea, vômitos, diarreia, tremores, aumento do peso, poliúria, polidipsia, acne, lentidão cognitiva	Função renal, função da tireoide, ECG, contagem dos glóbulos sanguíneos	Níveis de lítio sérico, função dos rins e da tireoide	Toxicidade do lítio	+ +
Anticonvulsivantes								
Carbamazepina Carbamazepina liberada controlada	Tegretol, Tegretol CR	800-1000 mg/dia 4-12 µg/ml (nível-alvo no sangue)	1.600 mg/dia (até 12µg/ml)	Sedação, tontura, problemas gastrointestinais, problemas de equilíbrio, função renal insatisfatória, lentidão cognitiva	Contagem dos glóbulos sanguíneos, análise da urina, função hepática	Contagem dos glóbulos sanguíneos Função hepática	Anemia Baixa contagem de glóbulos brancos	+ +
Ácido valproico	Depakote, Depakene	50-150 mEq/litro	Nível de 150 mEq/litro	Náusea, vômitos, aumento do peso, queda de cabelo	Contagem dos glóbulos sanguíneos, função hepática	Contagem dos glóbulos sanguíneos Função hepática	Toxicidade do fígado Pancreatite	+ +
Lamotrigina ^b	Lamictal Lamitor	Não é recomendado para mania aguda		Dores de cabeça	Nenhum	Em casos graves de rash	Casos graves de rash (Síndrome de Stevens-Johnson)	+ +
Oxcarbazepina	Trileptal	600-2.400 mg/dia dividido em doses	2.500 mg/dia	Fadiga, náusea, vômitos, tontura, sedação, baixo nível de sódio	Função renal	Níveis de sódio	Nenhuma	+/-

(continua)

TABELA 3.1
Medicamentos usados para tratar a mania (continuação)

Substâncias	Nomes comerciais dos medicamentos	Doses usuais para adultos	Dose ou nível máximo	Efeitos colaterais comuns	Exames laboratoriais iniciais	Monitoramento	Advertências	Eficiência na manutenção
Antipsicóticos Atípicos								
Aripiprazole	Abilify	15-30 mg/dia	30 mg/dia	Problemas gastrointestinais, sonolência, inibição	Nenhum	Nenhum	Nenhuma	+
Clozapina	Leponex	100-900 mg/dia dividido em doses	900 mg/dia	Sedação, salivação, transpiração, pulso acelerado, aumento de peso, diabetes, pressão arterial baixa, constipação	Contagem dos glóbulos sanguíneos	Contagem dos glóbulos sanguíneos	Pressão arterial baixa, Baixa contagem dos glóbulos brancos, convulsões, miocardite	-
Olanzapina ^{a, b}	Zyprexa	10-20 mg/dia	40 mg/dia	Sonolência, aumento de peso, tontura, sensação de boca seca, aumento de lipídeos no sangue, diabetes	Nenhum	Peso, glicemia de jejum, perfil lipídico	Nenhuma	+ +
Quetiapina ^a	Seroquel	100-800 mg/dia	800 mg/dia	Sonolência, sensação de boca seca, aumento de peso, tontura	Nenhum	Nenhum	Nenhuma	-
Risperidona ^a	Risperdal	3 mg/dia	6 mg/dia	Sonolência, problemas gastrointestinais, ativação motora	Nenhum	Nenhum	Nenhuma	-
Ziprazidona	Geodon	40-160 mg/dia	160 mg/dia	Sonolência, tontura, inquietação motora	Nenhum	Nenhum	Nenhuma	-

^a Substância aprovada pelo FDA para o tratamento da mania aguda.
^b Substância aprovada pelo FDA para o tratamento de manutenção.

TABELA 3.2 Medicamentos usados para tratar a depressão no transtorno bipolar							
Substâncias	Nomes comerciais dos medicamentos	Doses usuais para adultos	Dose ou nível máximo	Efeitos colaterais comuns	Exames laboratoriais iniciais	Monitoramento	Advertências
Lítio	Carbolitium, Carbolim	600-1.800 mg/dia (0,7-1,2 mEq/litro)	1,2 mEq/litro	Náusea, vômitos, diarreia, sedação, aumento do peso, poliúria, polidipsia, acne, psoríase	Função renal, função da tireoide, ECG, contagem dos glóbulos sanguíneos	Níveis de lítio sérico, função dos rins e da tireoide	Neurotoxicidade, baixa função da tireoide, baixa função renal, problemas de condução cardíaca
Antidepressivos Tricíclicos							
Inibidores da recaptção de norepinefrina							
Desipramina*	Normaprin, Pertofrane	100-250 mg/dia	250 mg/dia	Sensação de boca seca, visão borrada	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Maprotilina	Ludomil	100-225 mg/dia	225 mg/dia	Sensação de boca seca	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Nortriptilina	Pamelor	50-150 mg/dia	150 mg/dia	Sensação de boca seca, visão borrada	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Protriptilina*	Vivactil	15-60 mg/dia	60 mg/dia	Ansiedade	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Inibidores da recaptção mistos de norepinefrina-seretonina							
Amitriptilina	Tryptanol	100-250 mg/dia	250 mg/dia	Sensação de boca seca, visão borrada	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Amoxapina*	Asendin	150-400 mg/dia	400 mg/dia	Sensação de boca seca	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Clomipramina	Anafranil	150 mg/dia	200 mg/dia	Sensação de boca seca	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Doxepina*	Adapine, Sinequan	100-300 mg/dia	300 mg/dia	Sedação	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Imipramina	Tofranil	100-250 mg/dia	250 mg/dia	Sensação de boca seca, visão borrada	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Trimipramina*	Surmontil	100-300 mg/dia	300 mg/dia	Sedação, sensação de boca seca	Nenhum	Nenhum	Nenhuma

* N. de R. T. Não disponível no Brasil. (continua)

TABELA 3.2
Medicamentos usados para tratar a depressão no transtorno bipolar (continuação)

Substâncias	Nomes comerciais dos medicamentos	Doses usuais para adultos	Dose ou nível máximo	Efeitos colaterais comuns	Exames laboratoriais iniciais	Monitoramento	Advertências
Inibidores da monoaminoxidase							
Fenelzine*	Nardil	60-90 mg/dia	90 mg/dia	Pressão arterial baixa	Nenhum	Pressão arterial	Precauções dietéticas
Tranilcipromina	Parnate	40-60 mg/dia	60 mg/dia	Pressão arterial baixa	Nenhum	Pressão arterial	Precauções dietéticas
Antipsicóticos atípicos							
Olanzapina	Zyprexa	5-15 mg/dia	20 mg/dia	Sonolência, aumento de peso, tontura, sensação de boca seca	Nenhum	Peso, glicose, lipídios ^a	Observe o aumento de peso inicial, alterações dos níveis de glicose
Combinação de Olanzapina e Fluoxetina*	Symbyax	Olanzapina: 6-12 mg/dia Fluoxetina: 25-50 mg/dia	Olanzapina: 12 mg/dia Fluoxetina: 50 mg/dia	Vertigem, aumento de peso, aumento do apetite, inchaço, tremores, sensação de fraqueza, dificuldade de concentração	Nenhum	Peso, glicose, lipídios ^a	Nenhuma
Anticonvulsivantes							
Ácido valproico	Depakote, Depakene	1.000-1.500 mg/dia	1.500 mg/dia	Náusea, vômitos, sedação, aumento do peso	Contagem dos glóbulos sanguíneos, função hepática	Contagem dos glóbulos sanguíneos, função hepática	Toxicidade no fígado Pâncreas
Lamotrigina	Lamictal	100-400 mg/dia	600 mg/dia	Dores de cabeça	Nenhum	Em casos graves de rash	Casos graves de rash (Síndrome de Stevens-Johnson)

^a Possivelmente.
* N. de R.T. Não disponível no Brasil.

(continua)

TABELA 3.2 Medicamentos usados para tratar a depressão no transtorno bipolar (continuação)							
Substâncias	Nomes comerciais dos medicamentos	Doses usuais para adultos	Dose ou nível máximo	Efeitos colaterais comuns	Exames laboratoriais iniciais	Monitoramento	Advertências
Antidepressivos mais novos							
Bupropiona	Wellbutrin Wellbutrin SR	100-450 mg/dia	450 mg/dia	Dores de cabeça, agitação, insônia	Nenhum	Nenhum	Não use se houver histórico prévio de convulsões ou transtornos alimentares
Citalopram	Cipramil	20-60 mg/dia	60 mg/dia	Dores de cabeça, problemas gastrintestinais, disfunções sexuais, sedação	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Escitalopran	Lexapro	10-20 mg/dia	20 mg/dia	Dores de cabeça, problemas gastrintestinais, disfunções sexuais, sedação	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Fluoxetina	Prozac	20-40 mg/dia	80 mg/dia	Problemas gastrintestinais, insônia, sedação, disfunções sexuais	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Paroxetina	Aropax Paxil	20-40 mg/dia	60 mg/dia	Problemas gastrintestinais, insônia, sedação, disfunções sexuais	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Mirtazapina	Remeron	30-45 mg/dia	45 mg/dia	Sedação, aumento de peso	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Nefazodone	Serzone*	250-500 mg/dia	600 mg/dia	Sedação	Nenhum	Nenhum	Deficiência no fígado (raro)
Trazodone	Donaren	150-300 mg/dia	600 mg/dia	Sedação	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Venlafaxina	Effexor	150-225 mg/dia	375 mg/dia	Náusea, tontura, sonolência,	Nenhum	Nenhum	Nenhuma
Venlafaxina XR	Effexor XR	140-180 mg/dia	225 mg/dia	transpiração, sensação de boca seca, nervosismo, disfunções sexuais	Nenhum	Nenhum	Nenhuma

* N. de R.T. Não disponível no Brasil.

antimaníaco em estudos das duas fases do tratamento, a aguda e a de manutenção. O lítio foi aprovado pelo FDA para o tratamento da mania em ambas. Os pacientes com episódios típicos de mania costumam responder rapidamente, no período de uma a três semanas. O índice de resposta positiva nos pacientes que tomam somente o lítio para o tratamento da fase aguda da mania é aproximadamente 50 a 75% (Goodwin e Jamison, 1990). Em comparação, os pacientes com episódios maníacos disfóricos (i. e., episódios maníacos acompanhados de sintomas depressivos ou irritabilidade substancial) ou com uma trajetória de ciclagem rápida (i. e., quatro ou mais episódios maníacos, depressivos ou hipomaníacos por ano) parecem ter menor índice de resposta positiva quando usado apenas o lítio: menos de 50% desses pacientes apresentam melhora significativa. Caso o uso de lítio em monoterapia não seja totalmente eficaz no tratamento da fase aguda da mania, frequentemente se utiliza uma combinação do lítio com outros medicamentos antimaníacos (listados na Tabela 3.1 como medicamentos antipsicóticos atípicos e anticonvulsivos) a fim de se obter uma remissão mais completa dos sintomas. A fase depressiva do transtorno bipolar também pode responder ao uso exclusivo do lítio, embora essa resposta não ocorra até a terceira ou quarta semana de tratamento.

O lítio deve ser tomado em uma dosagem que apareça no nível sanguíneo, dentro de um limite terapêutico específico (i. e., 0,7 a 1,2mEq/litro), que é determinada por amostras de sangue colhidas entre 10 a 12 horas depois da última dose oral. A dosagem oral necessária para obter este nível varia entre diferentes indivíduos. No início do tratamento com o lítio, geralmente os níveis são verificados com frequência (p. ex., a cada uma ou duas semanas), e a dose é ajustada para se alcançar um nível terapêutico no sangue. Quando se obtém um nível terapêutico, determina-

ções periódicas do nível sanguíneo ainda são essenciais a fim de garantir que o paciente toma uma quantidade terapêutica de lítio, mas não tóxica, no tratamento de longo prazo.

As situações clínicas específicas que requerem a dosagem do nível de lítio incluem: após uma mudança da dosagem (de 5 a 10 dias depois), durante grande alteração no peso (p. ex., dieta), durante um tratamento com diuréticos (os “comprimidos de água” são frequentemente usados para tratar a hipertensão ou outras doenças cardíacas), durante uma mudança no humor (para verificar a adesão e por que o nível de lítio diminui na mania e aumenta na depressão), durante problemas de saúde comuns, incluindo a gripe (que pode interferir no equilíbrio dos fluidos e eletrólitos), ou por suspeita de toxicidade pelo uso do medicamento (Preston, O’Neal e Talaga, 1994).

Na fase de manutenção do tratamento, os níveis terapêuticos de lítio no sangue são os mesmos constatados como eficazes na fase aguda do tratamento. Isolado, o lítio é eficaz na fase de manutenção de 30 a 60% dos pacientes com transtorno bipolar. Entretanto, em outros pacientes pode ocorrer o retorno de alguns sintomas maníacos ou depressivos tomando apenas lítio na fase de manutenção, mesmo que o nível de medicação esteja adequado. Nesses casos, frequentemente se acrescenta outro agente antimaníaco, ou, às vezes, se substitui o lítio.

A maior dificuldade do tratamento com lítio está no fato de os pacientes tomarem doses bem menores do que devem, ou em excesso. Tomar doses de lítio em menor quantidade que o recomendado fornece pouco ou nenhum benefício. Por outro lado, doses excessivas do medicamento causam efeitos colaterais significativos (Tabela 3.1), os mais comuns são sede, aumento exagerado do volume urinário, aumento anormal de peso, cansaço e sensação de boca seca. Os efeitos colaterais mais

preocupantes são aumento anormal de peso, redução do funcionamento cognitivo, aumento exagerado do volume urinário, náusea e cansaço. Em alguns casos, o lítio pode afetar a função da glândula da tireoide ou dos rins. O lítio diminui a produção e a liberação do hormônio da tireoide pela respectiva glândula. Cerca de 1 a 3% dos pacientes que usam lítio desenvolvem hipotireoidismo (i. e., baixa função da tireoide). As mulheres têm maior chance que os homens de ter hipotireoidismo induzido pelo uso de lítio. O medicamento também pode afetar o sistema tubular renal, interferindo na habilidade do rim de concentrar urina e, consequentemente, aumentando a quantidade de urina e frequência em alguns pacientes. Este aumento do volume urinário não oferece risco de vida porque não é causado pela destruição progressiva dos rins.

O lítio tem uma baixa razão de dose terapêutica e dose tóxica, ou seja, a dose terapêutica é só um pouco mais baixa que a dose tóxica. Os efeitos tóxicos do lítio são geralmente vistos em níveis de sangue de 1,5 mEq/litro. Desta maneira, quando usadas quantidades maiores que as doses terapêuticas produzem-se reações tóxicas. Os sinais mais precoces de toxicidade com frequência incluem tremor (muitas vezes um tremor leve que progride para um tremor grosseiro), diarreia, náusea e pouco equilíbrio (ataxia). Se o médico reconhecer uma reação tóxica nesta fase e reduzir a dosagem, os danos são raros. Em níveis mais altos (i. e., acima de 1,8 mEq/litro), pode ocorrer confusão mental, atenção prejudicada, arritmias cardíacas, perda súbita da consciência e até mesmo morte. O reconhecimento imediato e o tratamento desses sinais e sintomas mais graves são essenciais.

Não existem contraindicações absolutas para o uso do lítio, mas diversos problemas de saúde comuns e o uso simultâneo de certos medicamentos requerem cau-

tela. A função do rim debilitada é uma contraindicação relativa porque o rim remove o lítio do organismo. É melhor evitar o lítio nos casos de demência, porque os pacientes parecem particularmente sensíveis aos efeitos do lítio no sistema nervoso central. O medicamento pode piorar a fraqueza muscular observada na *miastenia gravis*. Certos diuréticos e alguns outros medicamentos tomados juntamente com o lítio aumentam (ou diminuem) os níveis deste e, assim, exigem um monitoramento ainda mais cuidadoso, para uma terapia segura.

Anticonvulsivos

Carbamazepina

Nos anos de 1970 e no início dos anos de 1980, pesquisadores japoneses e norte-americanos descobriram que a carbamazepina, um anticonvulsivo, consistia em um tratamento eficaz para a mania. Além da carbamazepina (Tegretol), outros anticonvulsivos como o ácido valproico (Depakote, Depakene) também são agentes antimaníacos eficientes (Bowden et al., 1994, ver adiante). Novamente, os pacientes podem tomar pouca quantidade de carbamazepina ou demasiada, mas os clínicos devem monitorar com frequência o nível da droga no sangue. O nível alvo é bem determinado. Entretanto, a carbamazepina pode diminuir a contagem de células brancas ou vermelhas no sangue, que também deveriam ser monitoradas. Os efeitos colaterais ocasionados pela carbamazepina diferem dos ocasionados pelo lítio. Incluem tontura, falta de coordenação, visão dupla, distúrbios gastrintestinais e pensamento lento, todos relacionados com a dosagem. Ajustes na dosagem são necessários para minimizar os efeitos colaterais enquanto se preserva o efeito antimaníaco. Entretanto, se administrada adequadamente, a carbama-

zepina costuma causar poucos efeitos colaterais para a maioria dos pacientes.

Um possível efeito colateral raro, mas muito importante, é a diminuição da habilidade da medula óssea de produzir células brancas para combater infecções e plaquetas a fim de ajudar o sangue a coagular. Estima-se que a incidência dessa supressão da medula óssea (agranulocitose) seja de 1 em 40.000 e 1 em 125.000 pacientes (Post et al., 1983).

A carbamazepina é eficaz no tratamento da fase aguda em 30 a 60% dos pacientes com mania. Ela também parece eficaz (embora menos estudada) na fase de manutenção do tratamento. Mostrou-se eficaz na prevenção de recaídas ou recorrências de mania ou de hipomania, mas pode ser menos eficaz na prevenção de recaídas ou recorrências de depressão. A carbamazepina pode ser mais eficaz que o lítio no tratamento agudo da mania disfórica e nos tipos de transtorno bipolar com ciclagem rápida. Consequentemente, o medicamento representa uma alternativa útil ao uso de lítio para os pacientes com mania disfórica ou com trajetória de ciclagem rápida. Observou-se também que a carbamazepina funciona muito bem quando acrescentada ao lítio, nos casos em que este sozinho não é totalmente eficaz, ou vice-versa.

A dosagem oral média da carbamazepina é de 800 a 1.000 mg/dia, embora se observem os efeitos terapêuticos em dosagens de 400 até 1.200 mg/dia. A maioria dos laboratórios informa que o nível terapêutico no sangue é de 4 a 12 mEq/litro de carbamazepina, mesmo que a relação entre nível no sangue e resposta terapêutica não esteja bem definida (Post et al., 1983). Por causa de sua meia-vida curta, os pacientes geralmente tomam carbamazepina duas ou três vezes ao dia. Dividindo a dose ao longo do dia, obtêm-se um nível no sangue mais constante e menos efeitos colaterais. Embora a carbamazepina esteja livre de muitos dos efeitos colaterais

ocasionados pelo lítio, pode causar uma variedade de outros efeitos colaterais preocupantes. Como com qualquer medicamento, os riscos e os benefícios devem ser avaliados.

A carbamazepina também induz as enzimas do fígado, de modo que o metabolismo da própria substância e de alguns outros medicamentos são verdadeiramente aumentados. Portanto, com o passar do tempo (de 3 a 8 semanas), uma dose oral estabelecida de carbamazepina pode resultar em níveis subterapêuticos da medicação. Na maioria dos casos, é mesmo necessário aumentar a carbamazepina para manter um nível terapêutico no sangue. Além disso, o medicamento frequentemente diminui o nível no sangue de outros medicamentos metabolizados por oxidação (como os tricíclicos ou outros antidepressivos ou anticoncepcionais), de modo que as doses desses agentes precisem ser aumentadas quando os pacientes estão tomando carbamazepina. Observemos que a carbamazepina pode tornar ineficaz a ação de remédios anticoncepcionais por aumentar o seu metabolismo.

Carbamazepina – liberação controlada

Esta composição permite doses menos frequentes (normalmente duas vezes ao dia) que a carbamazepina (normalmente de três a quatro vezes ao dia) e, por esse motivo, melhora a adesão ao tratamento.

Oxcarbazepina

Este medicamento é um anticonvulsivante tomado duas vezes ao dia. Não tem aprovação do FDA para o tratamento do transtorno bipolar. Sua estrutura assemelha-se bastante à da carbamazepina. Indí-

cios sugerem que a oxcarbazepina é um pouco mais bem tolerada que a carbamazepina.

Ácido valproico

Atualmente existem grandes indícios de que o ácido valproico (ou valproato; Depakote e Depakene) é eficaz no tratamento agudo da mania, mesmo nos casos em que o lítio se mostrou ineficaz ou parcialmente eficaz (p. ex., quando a mania disfórica ou uma história de ciclagem rápida está presente; Rosenbaum, Fava, Nierenberg e Sachs, 2001; McElroy, Keck, Pope e Hudson, 1988). Um eletroencefalograma levemente anormal (McElroy, Keck e Pope, 1987) é outro indicador em potencial de resposta positiva ao ácido valproico no tratamento do transtorno bipolar.

A dose oral de ácido valproico deveria ser suficiente para alcançar níveis no sangue de 50 a 150 mg/ml. Embora dentro dos limites terapêuticos, os níveis de ácido valproico no sangue podem não correlacionar com a eficácia terapêutica. Este agente potencializa os efeitos do GABA (ácido gama-aminobutírico), um importante neurotransmissor inibitório no sistema nervoso central. Intensificando os efeitos do GABA, diminui-se potencialmente a atividade elétrica, e, portanto, há um efeito anticonvulsivante. O GABA junto com o lítio também pode afetar o sistema de transmissão mensageiro dentro das células (McElroy et al., 1988).

O ácido valproico é bem tolerado e normalmente tem menos efeitos colaterais que a carbamazepina. Os efeitos colaterais mais comuns são náusea, diarreia, tremor leve e sedação. O aumento anormal de peso e a queda do cabelo são menos comuns, mas preocupantes. A forma de comprimidos revestidos (Depakote) reduz ou elimina a náusea em comparação com outras composições de ácido valproico. Embora a supressão da medula óssea, que está asso-

ciada com a carbamazepina, não ocorra com o ácido valproico, uma doença no fígado rara, mas grave, tem sido observada em crianças com convulsões tratadas com ácido valproico. Entretanto, em adolescentes e adultos, o ácido valproico não ocasionou problemas graves no fígado.

Lamotrigina

A lamotrigina (Lamictal) é o anticonvulsivo mais novo a receber a aprovação do FDA como tratamento preventivo para ambas as fases do transtorno bipolar, a depressiva e a maníaca. Mostrou-se eficaz em alguns pacientes resistentes ao tratamento de episódios de depressão maior e possivelmente também para ambos os transtornos, o bipolar e o de depressão maior (Barbee e Jamhour, 2002; Frye et al., 2000). Acredita-se que ela trabalha por meio de um sistema neurotransmissor diferente (glutamato) dos outros estabilizadores de humor ou antidepressivos.

A lamotrigina não é clinicamente útil no tratamento agudo da mania porque a dose de medicamento deve ser gradualmente aumentada por diversas semanas a fim de reduzir as chances de uma reação na pele chamada de *rash*, bastante grave para um número pequeno de pessoas. Algumas dessas reações na pele induzidas por medicamento estão associadas com uma reação tóxica sistêmica conhecida por Síndrome de Stevens-Johnson, que pode ser fatal (observada em 1 a cada 1.000 pacientes). A dosagem terapêutica de lamotrigina é de 100 a 400 mg/dia, mas o medicamento deve ser iniciado com doses de 25 mg/dia por duas semanas. A reação na pele, se é que vai se desenvolver, tipicamente ocorre nas primeiras semanas de tratamento, entre a oitava e a décima, enquanto a dose está sendo aumentada. Uma vez alcançado o nível terapêutico, a lamotrigina costuma ser bem tolerada, com mínimos efeitos colaterais.

A lamotrigina é mais eficaz na prevenção de recaídas e recorrências depressivas, mas também se observou sua eficácia na prevenção de recaídas de mania e hipomania. A lamotrigina também pode ser usada no tratamento agudo da fase depressiva do transtorno bipolar. Não requer nenhum teste laboratorial inicial nem monitoramento contínuo.

Medicamentos antipsicóticos

Medicamentos antipsicóticos típicos

Às vezes, agentes antipsicóticos antigos (neurolépticos) se mostram úteis no tratamento da fase aguda da mania, porém mais frequentemente são os antipsicóticos de nova geração (chamados de antipsicóticos atípicos) que têm melhores resultados. A clorpromazina foi aprovada pelo FDA para o tratamento da mania aguda. Agentes mais antigos como o haloperidol (Haldol), a tioridazina (Melleril) e a clorpromazina (Amplcitol) com frequência são associados com lítio ou com um anticonvulsivo para ajudar a controlar alucinações (vozes ou visões) ou ilusões (crenças irracionais fixas), para induzir o sono, para reduzir pensamento grandioso inadequado, ou para diminuir a irritabilidade ou comportamentos impulsivos que fazem parte dos episódios maníacos. Entretanto, normalmente os medicamentos antipsicóticos não são necessários para tratar episódios hipomaníacos. Nem sempre os medicamentos antipsicóticos são necessários na fase de manutenção do tratamento mesmo nos pacientes com sintomas psicóticos, caso estejam tomando outro estabilizador de humor. Por outro lado, bem poucos pacientes que são psicóticos durante a fase aguda da mania podem precisar de pequenas dosagens de medicamentos antipsicóticos por períodos prolongados a fim de

garantir que suas ilusões, alucinações e outros sintomas de mania não reincidam.

Os medicamentos antipsicóticos mais antigos (neurolépticos) reduzem a agitação psicomotora, mas podem ser menos eficazes para outras características principais dos episódios maníacos. Acatisia aguda (inquietação motora subjetiva), diminuição da capacidade cognitiva (p. ex., dificuldade de concentração), efeitos colaterais anticolinérgicos (p. ex., visão borrada, sensação de boca seca e dificuldade para urinar, especialmente nos homens) e, após o uso crônico, discinesia tardia (perturbação que causa movimentos involuntários) são problemas comuns no uso de antipsicóticos antigos. Esses problemas podem ser reduzidos ou evitados usando uma dose menor necessária de neurolépticos sempre que clinicamente possível, ou por meio do uso de medicamentos antipsicóticos de nova geração.

Medicamentos antipsicóticos atípicos

Na última década, diversos medicamentos antipsicóticos atípicos (também chamados de antipsicóticos de segunda geração) receberam a aprovação do FDA para o tratamento da esquizofrenia. Pesquisas recentes têm avaliado esses agentes no tratamento agudo e a longo prazo da mania (com ou sem sintomas psicóticos). No momento, a olanzapina (Zyprexa), a risperidona (Risperdal) e a quetiapina (Seroquel) têm aprovação da FDA para o tratamento agudo da mania. Desses, somente a olanzapina tem aprovação do FDA para a fase do tratamento de manutenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. É fácil de usar clinicamente, mas está associada com um aumento de peso substancial em 25 a 30% dos pacientes, o que tipicamente ocorre dentro do período de 6 a 10 semanas. Os dois agentes atípicos mais novos (o aripiprazole [Abilify] e a ziprazi-

dona [Geodon]) estão sendo estudados como tratamento da fase aguda ou potencialmente como tratamento da fase de manutenção do transtorno bipolar.

O FDA publicou recentemente uma advertência sobre o risco crescente de aumento do açúcar no sangue e de diabetes em decorrência do uso de agentes antipsicóticos atípicos. Ainda está em fase de estudo a maior ou menor probabilidade de esses medicamentos causarem tais problemas, mas eles parecem possuir diferenças quanto à incidência de aumento de peso, o que faz com que alguns acreditem que isso contribui para o aparecimento destes problemas. O aripiprazole e a ziprazidona possuem a menor probabilidade de aumento de peso, enquanto a clozapina e a olanzapina têm a maior (Associação Norte-Americana de Diabetes, 2004).

Clozapina (Leponex)

Este agente foi o primeiro antipsicótico atípico. Tem a aprovação do FDA para o tratamento da esquizofrenia, caso outros tratamentos de primeira linha fracassem. É um medicamento altamente eficaz. Descobriu-se sua eficácia em uma pesquisa controlada com pacientes resistentes ao tratamento do transtorno bipolar na fase maníaca ou maníaca mista (Suppes et al., 1999). Enquanto a eficácia da clozapina para casos de transtornos bipolares difíceis de tratar é bem aceita, especialmente para pacientes maníacos ou que apresentam estados mistos, a substância não tem a aprovação do FDA para tratar o transtorno bipolar. Por outro lado, a clozapina tem um perfil de efeitos colaterais significativos, incluindo a possibilidade de diminuir a contagem de células brancas até uma zona de perigo. A clozapina também diminui a pressão sanguínea e requer um monitoramento regular da contagem das células do sangue (semanalmente nos primeiros seis meses; depois, a cada duas semanas). Pode

ter efeito sedativo e ocasionar aumento de peso (veja Tabela 3.1). Consequentemente, a clozapina não é a primeira opção entre os medicamentos antipsicóticos atípicos, mas pode auxiliar quando outros agentes antipsicóticos atípicos falharam (Suppes, Phillips e Judd, 1994).

Combinação de tratamentos

Como mencionado antes, é comum o uso de uma combinação de dois ou mais medicamentos no gerenciamento do transtorno bipolar, particularmente para controlar a mania (p. ex., lítio e antipsicóticos atípicos com frequência são usados juntos). Entretanto, pouquíssimos estudos randomizados controlados prospectivos têm avaliado a segurança e eficácia de diferentes combinações de medicamentos. Os efeitos colaterais tóxicos, assim como os não-tóxicos, podem aumentar quando usada uma combinação de medicamentos, e o monitoramento cuidadoso das respostas clínicas e dos danos causados pelos efeitos colaterais é especialmente importante. Ainda não se sabe se uma combinação é melhor que a outra.

MEDICAMENTOS USADOS PARA TRATAR A DEPRESSÃO

Assim como os medicamentos antimaníacos, os medicamentos antidepressivos desempenham um papel importante em ambas as fases do transtorno bipolar, a aguda e a de manutenção. A Tabela 3.2 resume os medicamentos antidepressivos baseados nos efeitos neuroquímicos mais importantes, que se acredita serem considerados pela sua ação terapêutica. Os primeiros antidepressivos foram os compostos antidepressivos tricíclicos (ADT), assim chamados por conter um núcleo com três anéis, incluindo a imipramina, a amitriptilina, a desipramina, a doxepina e a nortriptilina.

tilina) e os inibidores da monoaminoxidase (IMAO; fenelzina e tranilcipromina). Ambas classes foram descobertas nos anos de 1950. O tricíclico mais novo é a clomipramina (Anafranil). Os medicamentos antidepressivos mais novos, introduzidos no início dos anos de 1970, às vezes chamados de agentes heterocíclicos (anéis múltiplos) ou agentes unicíclicos (um anel) incluem a amoxapina, a maprotilina, a trazodona e a bupropiona. O grupo mais novo, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), inclui o citalopram, a fluoxetina, a fluvoxamina (aprovada pelo FDA nos Estados Unidos como um medicamento para o transtorno obsessivo-compulsivo), a paroxetina, o escitalopram e a sertralina. Além desses medicamentos antidepressivos específicos, lembremos que alguns medicamentos antimaníacos (especialmente o lítio e certos anticonvulsivantes) também possuem propriedade antidepressiva. Todos os medicamentos antidepressivos podem induzir episódios maníacos ou hipomaníacos em pacientes com transtorno bipolar, particularmente se o paciente não está tomando um agente estabilizador de humor junto com a medicação antidepressiva.

Nenhum medicamento antidepressivo é conhecido por ser preferencialmente eficaz no tratamento do transtorno bipolar. Além disso, ao prescrever qualquer medicamento antidepressivo é possível:

1. começar com uma dose muito alta;
2. aumentar a dosagem muito rapidamente;
3. não aumentar a dose rapidamente o suficiente;
4. não dar ao medicamento antidepressivo tempo suficiente para alcançar eficácia.

Por razão de todos os medicamentos antidepressivos parecerem igualmente eficazes, e de todos levarem várias semanas para ter efeito total, os efeitos colaterais

desempenham papel-chave na seleção de um dentre esses vários tratamentos. Assim como acontece no tratamento da mania, o método de tentativa e erro é frequentemente usado para selecionar o antidepressivo mais eficaz e mais bem tolerado para um paciente em particular. Em geral, se um paciente não se adapta com uma classe de medicamentos, com frequência irá tolerar e reagir a uma classe diferente. Interessantemente, a intolerância (isto é, o desenvolvimento de efeitos colaterais intoleráveis) a um agente de uma classe *não* necessariamente significa que o paciente não irá tolerar outro medicamento da mesma classe.

Efeitos colaterais

Os efeitos colaterais de um medicamento antidepressivo se devem ao efeito farmacológico que pode não estar relacionado com o seu mecanismo terapêutico presumido. Por exemplo, para os compostos antidepressivos tricíclicos, os efeitos colaterais anticolinérgicos incluem sensação de boca seca, visão borrada, constipação, sedação e dificuldade para urinar, o que não é necessário para efeito terapêutico. Pacientes mais idosos têm maior probabilidade de sofrer com os efeitos colaterais anticolinérgicos. Novos medicamentos (p. ex., a bupropiona, os ISRS, a mirtazapina e a venlafaxina) possuem menos efeitos colaterais anticolinérgicos.

É importante ajudar os pacientes que tomam antidepressivos a distinguir os sintomas depressivos dos efeitos colaterais do medicamento. É sempre útil para os médicos conversar sobre os efeitos colaterais com os pacientes antes de prescrever qualquer medicamento antidepressivo. Os pacientes deveriam saber:

1. quais efeitos colaterais são mais ou menos prováveis;

2. quais efeitos colaterais são perigosos;
3. quais efeitos colaterais desaparecerão gradualmente com o tempo e
4. quais métodos podem ser usados para combater os efeitos colaterais caso ocorram.

Por exemplo, frequentemente a depressão vem acompanhada de sensação de boca seca, dificuldade para dormir e disfunção sexual. Por outro lado, alguns medicamentos antidepressivos podem na verdade causar ou piorar esses sintomas baseados nos efeitos colaterais da medicação. Portanto, é importante que os pacientes observem os sintomas específicos antes de começar a tomar um antidepressivo; dessa maneira, se depois de tomarem a medicação por algum tempo começarem a relatar os mesmos sintomas como efeitos colaterais, um registro do tipo e da gravidade dos sintomas prévios à medicação estará disponível. O rastreamento cuidadoso dos sintomas e dos efeitos colaterais ao longo do tratamento ajuda a distingui-los da falta de efeito terapêutico.

Tipicamente, os efeitos colaterais são observados cedo (isto é, dentro de poucos dias após o início do medicamento) ou quando aumentada a dose. Alguns compostos antidepressivos tricíclicos são sedativos (embora nem todos na mesma medida), como a trazodona, a nefazodona e a mirtazapina. A maioria dos médicos recomenda que se tome o medicamento sedativo na hora de dormir, para que qualquer sedação que ocorra seja maximizada durante o sono. Ingerir-se uma única dose dos compostos antidepressivos tricíclicos uma vez ao dia (tão eficaz quanto as doses divididas), o que é preferível para otimizar a adesão. Doses mais baixas estão associadas a menos efeitos colaterais. Diminuir a dose ou aumentá-la de forma mais gradual é com frequência um primeiro passo excelente caso ocorram efeitos colaterais. Às

vezes, acrescenta-se outro medicamento para tratar os efeitos colaterais, ou é necessário trocar o antidepressivo, se os ajustes nas doses não resultarem em melhor tolerância e boa eficácia. Efeitos colaterais de longo prazo são especialmente importantes na seleção entre os antidepressivos disponíveis. De modo geral, os medicamentos mais novos (p. ex., bupropiona, venlafaxina e ISRS) têm menos efeitos colaterais em curto e longo prazo que os medicamentos mais antigos (p. ex., os compostos antidepressivos tricíclicos).

Efeitos colaterais na pressão sanguínea

A tontura para se levantar (hipotensão postural) é um efeito colateral relativamente comum com os compostos antidepressivos tricíclicos e IMAO manifestado por uma queda na pressão sanguínea quando o indivíduo muda de posição, em especial ao levantar. A venlafaxina pode causar o aumento da pressão sanguínea em doses mais altas.

Efeitos colaterais nas funções sexuais

Os efeitos colaterais nas funções sexuais são comuns (habilidade reduzida para manter a ereção e/ou o orgasmo) com os compostos antidepressivos tricíclicos e IMAO e relativamente poucos com os novos medicamentos (p. ex., escitalopram, venlafaxina, paroxetina e sertralina). Alguns medicamentos mais novos (nefazodona, bupropiona e mirtazapina) têm poucas disfunções sexuais. A trazodona pode causar priapismo, uma ereção dolorosa e prolongada que ocorre sem estimulação sexual em 1 a cada 6.000 homens.

Ansiedade, insônia e inquietação

Alguns pacientes sentem ansiedade crescente, inquietação ou insônia em decorrência do uso de certos agentes mais ativadores, como a bupropiona, a desipramina ou a protriptilina.

Efeitos colaterais no apetite e no peso

Alguns compostos antidepressivos tricíclicos (p. ex., a amitriptilina e a imipramina), como também a olanzapina, a fluoxetina e a mirtazapina, por exemplo, podem aumentar o apetite e o peso. Os medicamentos com menor probabilidade de ocasionar aumento de peso incluem a bupropiona e os ISRS (especialmente se usados por curtos períodos).

Risco de overdose

Os compostos antidepressivos tricíclicos e os IMAO podem ser mortais se o suprimimento de duas semanas for ingerido em um espaço de tempo menor. Os agentes mais novos são muito mais seguros no que diz respeito a superdosagem.

Risco de ciclagem rápida

A ciclagem rápida se refere ao transtorno bipolar que tem no mínimo quatro episódios de humor em um ano. Um episódio de humor inclui episódios depressivos, maníacos, mistos ou hipomaníacos. Esses pacientes (a propósito, é mais provável em mulheres) sofrem maior prejuízo funcional e requerem medicamentos antimaníacos e estabilizadores de humor mais agressivos. Uma das causas da ciclagem rápida pode ser o medicamento antidepressivo

(aparentemente qualquer antidepressivo pode fazer isso). O tratamento é diminuir a dose ou eliminar por completo o antidepressivo.

Selecionando a melhor dose

Geralmente, os compostos antidepressivos tricíclicos (e os IMAOs) devem ter suas doses aumentadas por diversas semanas para minimizar os efeitos colaterais. Dessa maneira, o clínico aumenta gradualmente a dosagem por 7 até 14 dias para a dose mais baixa do limite terapêutico. Se não houver nenhuma reação depois de várias semanas e os efeitos colaterais forem mínimos, a dosagem da medicação é gradualmente aumentada ao máximo conforme ilustrado na Tabela 3.2. Se após 6 semanas aumentando as doses ainda não houver reação, o clínico deve mudar de medicamento ou obter o nível no sangue (para alguns compostos antidepressivos tricíclicos) a fim de determinar se a dosagem está adequada. A maioria dos agentes mais novos (p. ex., escitalopram, bupropiona, mirtazapina e paroxetina) requer menos ajustes nas doses.

Os inibidores da monoaminoxidase

Por causa das precauções necessárias relativas a dieta, os IMAOs não são comumente usados para tratar o transtorno bipolar. Entretanto, algumas evidências sugerem que tais medicamentos podem ser particularmente úteis no transtorno bipolar quando outros grupos de medicamentos fracassaram (Himmelhoch, Thase, Mallinger e Houck, 1991). Os efeitos colaterais mais comuns dos IMAOs incluem hipotensão postural, aumento anormal de peso, disfunção sexual, insônia, diminuição da energia, nervosismo, irritabilidade, tremor

res, transpiração, taquicardia, palpitações, edema (inchaço) e contração muscular.

Pacientes que tomam um IMAO não devem associar alguns medicamentos ou comer certos alimentos. Os medicamentos proibidos são vários, a maioria das drogas de abuso e muitos medicamentos que não precisam de receita.

Se essas proibições não são seguidas, a pressão sanguínea pode aumentar repentinamente, causando dores de cabeça, náusea, vômito e risco de derrame cerebral. Mesmo que um alimento não cause reação nas primeiras vezes que o paciente o consumir, sempre há o risco de que ocorra na próxima vez. Além do mais, a quantidade de alimento ou medicamento proibido consumido determina o risco de aumento repentino da pressão sanguínea (um episódio hipertensivo). Por exemplo, quatro taças de vinho tinto têm maior probabilidade de causar um episódio hipertensivo do que duas. Dor de cabeça frequentemente sinaliza o início de um episódio hipertensivo. Os pacientes que tomam IMAO com esses sintomas deveriam ir à emergência de um hospital para ter sua pressão sanguínea verificada e, se necessário, receber tratamento.

Antidepressivos mais novos

Os agentes mais novos se tornaram populares, em virtude de seu melhor perfil quanto aos efeitos colaterais, também pela segurança na superdosagem e pelo ajuste mais fácil das doses. Não apresentam efeitos anticolinérgicos observados nos compostos antidepressivos tricíclicos, mas os ISRS causam de fato sintomas gastrintestinais e interferem no desejo ou na função sexual (p. ex., ejaculação retardada e anorgasmia). Os ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram) mostraram-se eficazes na fase depressiva do transtorno bipolar. Algum aumento anormal de peso ocorre de fato no tratamento

de longo prazo (de 6 a 12 meses) em 6 a 20% dos pacientes que usam esses agentes. A paroxetina é a que tem maior probabilidade de causar aumento de peso do grupo. Assim como com outros medicamentos antidepressivos, os ISRS podem precipitar um episódio maníaco ou hipomaniaco no transtorno bipolar.

A bupropiona não tem efeito na serotonina, mas afeta norepinefrina e dopamina. Algumas evidências sugerem que a bupropiona é eficaz quando os ISRS não o são. As formas com liberação estendida (Wellbutrin SR) podem ser tomadas duas ou uma vez ao dia, respectivamente, o que favorece a adesão. Os efeitos de longo prazo do medicamento são mínimos e não incluem disfunção sexual ou aumento de peso. No caso de superdosagem, o risco principal é de convulsões.

A venlafaxina e a mirtazapina são os medicamentos mais novos dentre os que afetam tanto os sistemas da norepinefrina e da serotonina. A venlafaxina XR, de longa ação, é mais fácil de tomar e mais bem tolerada que a venlafaxina de meia-vida mais curta. Frequentemente é necessário o aumento das doses. Pode ocorrer hipertensão em 2 a 4% dos indivíduos que tomam este medicamento, especialmente em dosagens mais altas. Por outro lado, existe evidência de que, aumentando a dose, aumenta a probabilidade de uma resposta terapêutica e/ou a redução de sintomas causados pelo agente.

A mirtazapina é mais fácil de dosar, mas ocasiona aumento de peso e sedação em uma proporção significativa de pacientes. Ela tem efeitos mínimos na função sexual.

GRUPOS ESPECIAIS DE PACIENTES

Três grupos especiais merecem comentários: aqueles com sintomas psicóticos quando maníacos ou depressivos, as crian-

ças e adolescentes, e os pacientes idosos ou clinicamente mais frágeis.

Os pacientes com alucinações ou delírios quando maníacos ou depressivos com frequência necessitam de cuidados mais intensivos, de um tratamento com internação, até que controlados os sintomas psicóticos. Frequentemente, medicamentos antipsicóticos são necessários na fase aguda do tratamento. Quando controlados os sintomas psicóticos, a dose da medicação antipsicótica é reduzida. Em vários casos, se um bom controle subsequente dos episódios de humor é alcançado por meio de um estabilizador de humor, a medicação antipsicótica pode ser descontinuada, embora o paciente ainda precise ser monitorado de perto.

Para crianças e adolescentes, há menos estudos para guiar o tratamento. O lítio, o valproato e a carbamazepina parecem todos eficazes (Kowatch et al., 2000). As dosagens estão bem menos estabelecidas para os pacientes pediátricos. Os compostos antidepressivos tricíclicos não são indicados para esses pacientes porque ineficazes para a depressão unipolar nessa faixa de idade. Os IMAOs são particularmente perigosos dada a necessidade de cuidadosa adesão e o risco de interação entre medicamentos com drogas de abuso (p. ex., cocaína associada ao IMAO pode causar uma crise hipertensiva). Alguns ISRS (p. ex., fluoxetina) tem sido estudados em pacientes pediátricos deprimidos, mas diversos agentes mais novos (p. ex., venlafaxina) não foram testados por completo com essa faixa de idade. O monitoramento cuidadoso, as visitas frequentes e o ajuste cauteloso das doses são essenciais para esses pacientes mais jovens.

Os pacientes mais idosos ou clinicamente frágeis requerem um aumento mais lento das doses e provavelmente mais baixas, porque muitos dos medicamentos usados para o transtorno bipolar, seja para mania, seja para depressão, são metabolizados mais lentamente por pacientes ido-

sos. Evidências recentes também sugerem que certos grupos raciais (p. ex., asiáticos) também podem metabolizar alguns desses medicamentos mais lentamente. Entretanto, não há evidências de que pacientes idosos ou com doenças médicas não reagirão a esses medicamentos. Para alguns medicamentos, o monitoramento médico cuidadoso é necessário (ver tabelas 3.1 e 3.2) a todos os grupos de idade. Tal monitoramento pode ser especialmente importante para pacientes com o sistema imunológico ou cardíaco comprometido. Além disso, é essencial monitorar outros medicamentos que os pacientes mais idosos estejam tomando para outros problemas (hipertensão, problemas gastrintestinais, etc.), porque podem resultar em interações medicamentosas.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

A maior parte dos pacientes com transtorno bipolar toma medicamentos múltiplos, ou para tratar o próprio transtorno ou para tratar problemas de saúde comuns. Consequentemente, o prescritor deve estar ciente de possíveis interações entre medicamentos.

Existem tipos diferentes de interações medicamentosas em potencial. Uma delas envolve a ligação química de proteínas e deslocamento do medicamento por outras substâncias. Um medicamento pode deslocar o outro de sua ligação às proteínas. Os medicamentos ligados à proteína não conseguem entrar nas células e, por isso, não estão ativos até que fiquem livres ou desligados das proteínas na corrente sanguínea. Um medicamento pode impedir outro de se ligar a essas proteínas. O resultado é um nível aumentado na corrente sanguínea do medicamento deslocado. Assim, maior quantia de medicamento está disponível para entrar nas células. Por exemplo, o nefazodone desloca o haloperidol das proteínas no sangue, o que por

sua vez aumenta a biodisponibilidade do haloperidol. Este aumento de biodisponibilidade pode causar mais efeitos colaterais ou interferir no efeito terapêutico se a dose não for ajustada.

Um segundo tipo de interação medicamentosa é a competição pelo mesmo sistema de enzima envolvido no metabolismo e decomposição química dos medicamentos. Por exemplo, a fluoxetina e os compostos antidepressivos tricíclicos competem pelo mesmo sistema de isoenzima no fígado. Quando a fluoxetina é usada com um composto antidepressivo tricíclico no mesmo paciente, o nível dessa substância na corrente sanguínea pode ser notadamente aumentado (duas ou até quatro vezes mais) se comparado quando os compostos antidepressivos tricíclicos são usados sozinhos. Assim, esta combinação aumenta os efeitos colaterais dos compostos antidepressivos tricíclicos. A solução é reduzir a dose oral, frequentemente com a ajuda das dosagens dos níveis da droga no sangue.

Um terceiro tipo de interação medicamentosa envolve a autoindução. Isto é, alguns medicamentos induzem o seu próprio metabolismo (p. ex., a carbamazepina pode induzir o seu próprio metabolismo e o de outros medicamentos metabolizados pelo sistema de enzimas envolvido com o metabolismo da carbamazepina). Portanto, com o tempo, será preciso aumentar a dose de carbamazepina ou a dos outros medicamentos quando administrados juntamente.

Um quarto tipo de interação medicamentosa inclui o efeito combinado de dois medicamentos no sistema nervoso central no nível dos neurônios. Por exemplo, os compostos antidepressivos tricíclicos e o álcool são mais que aditivos na sua habilidade de causar diminuição da capacidade cognitiva, porque ambas as substâncias estão ativas no nível dos neurônios na mesma região do cérebro, o que causa prejuízo no processo mental se tomadas em doses significativas.

Nosso conhecimento sobre as enzimas do fígado (proteínas) que nos ajudam a metabolizar as substâncias cresceu drasticamente ao longo da última década, e este conhecimento continua a se expandir com rapidez. A fim de receberem auxílio para gerenciar a doença, os pacientes com transtorno bipolar sempre devem informar cada médico, dentista ou farmacêutico de todos os medicamentos que estiverem tomando. Quando uma mudança na medicação (na dose ou no tipo) é feita, o médico que a prescreve deve avaliar o que é recomendável de acordo com os outros medicamentos que o paciente esteja tomando. Tal conhecimento permite que os profissionais avaliem apropriadamente a segurança de adicionar ou retirar um medicamento, assim como modificar de maneira inteligente a dose do medicamento caso sua prescrição seja julgada segura.

Por exemplo, um dentista recomenda codeína para dor de dente, mas, se o paciente estiver tomando um medicamento como a fluoxetina ou a paroxetina, a codeína não fará efeito porque cada uma dessas duas substâncias bloqueia uma enzima do fígado chamada P4502D6. Para que a codeína funcione, esta enzima deve converter a codeína ao seu metabólito ativo. Com a enzima bloqueada por alguma substância, nenhuma analgesia vai acontecer quando o paciente é tratado com codeína. Até mesmo alguns medicamentos que não precisam de receita, assim como alguns remédios naturais ou à base de ervas podem afetar a absorção, o metabolismo ou os efeitos dos medicamentos prescritos. Sempre que um paciente com transtorno bipolar decidir tomar outro medicamento, deve consultar o seu médico antes de tomar tal decisão.

TRATAMENTOS DE ESTIMULAÇÃO CEREBRAL

A eletroconvulsoterapia (ECT) normalmente não é a primeira linha de trata-

mento. Entretanto, ela pode ser extremamente importante para alguns pacientes com transtorno bipolar, especialmente quando os episódios maníacos ou depressivos não respondem à medicação. Dessa forma, os candidatos à ECT geralmente tiveram somente uma resposta parcial ou nenhuma resposta a vários tratamentos anteriores durante o episódio maníaco ou depressivo. A ECT também é eficaz para pacientes com episódio maníaco misto (ou disfórico).

Existem evidências substanciais de que a ECT funciona. Na verdade, ela é aproximadamente 70 a 90% eficaz em episódios maníacos ou depressivos graves que fracassaram nas respostas a tratamentos com medicação. Por esta razão, embora a ECT frequentemente não se trate de um tratamento de primeira linha, ela pode salvar vidas. A ECT é usada mais tipicamente como tratamento da fase aguda do que da fase de manutenção. Após o tratamento agudo com ECT, os pacientes continuam com o uso de medicamentos. As doses de medicação são ajustadas conforme descrito anteriormente.

Maneiras novas, melhores e mais seguras para estimular o cérebro estão sendo pesquisadas. Por exemplo, dar um estímulo elétrico muito breve parece diminuir os efeitos colaterais cognitivos (memória). Outras modificações, incluindo o uso de campo magnético, seja para induzir convulsões (convulsoterapia magnética – CTM), seja para estimular certas regiões específicas do cérebro (estimulação magnética transcraniana repetitiva ou EMTr), parecem ter muito menos ou efeito algum na memória, proporcionando efeitos antidepressivos e possivelmente anti-maníacos.

Outro método de estimulação é chamado de terapia de estimulação do nervo vago (ENV). Com a aprovação do FDA para tratar a epilepsia, a ENV consiste em estímulos intermitentes muito breves e suaves no nervo vago esquerdo (que se encontra no pescoço e que produz sinais para o sis-

tema límbico, também conhecido como cérebro emocional). A estimulação é produzida por um dispositivo do tamanho de um cronômetro, implantado embaixo dos músculos do peito (como um marca-passo para o coração). A ENV está sob revisão do FDA para uso em pacientes resistentes ao tratamento da depressão em ambos transtornos, o bipolar e a depressão maior (Sackeim et al., 2001).

ALGORITMOS DE TRATAMENTO

A última década foi um período de rápida explosão nos tipos de tratamentos disponíveis para o transtorno bipolar. Agora nos defrontamos com um novo desafio: definir a maneira mais eficiente e útil de selecionar o tratamento mais adequado entre as muitas opções e, quando necessário, combinar medicamentos apropriadamente para alcançar um controle máximo dos sintomas e uma melhora plena nas funções do dia-a-dia, enquanto também se busca minimizar o incômodo dos efeitos colaterais. Recentemente, usando evidências científicas e unanimidade entre especialistas clínicos, diversas normas específicas ou tratamento mais específico com recomendações de passos (chamado de algoritmos) têm sido colocados em circulação (Associação Americana de Psiquiatria, 1994b; Kahn et al., 2001; Sachs, Printz, Kahn, Carpenter e Docherty, 2000; Suppes, Rush, Kramers e Webb, 1998; Suppes, Swann, et al., 2001). O melhor algoritmo ou norma ainda está para ser identificado. Entretanto, já se têm evidências (Suppes et al., 2003) de que o tratamento à base de algoritmos pode ser mais eficaz e útil que as práticas atuais. Muitas pesquisas estão em progresso para definir melhor qual são os próximos passos e o melhor tratamento para as pessoas com transtorno bipolar que não atingiram uma resposta satisfatória em uma ou mais tentativas nos tratamentos anteriores.

Atualmente, o mais importante para o paciente é a necessidade de monitorar com cuidado, registrar e conversar com o seu médico sobre os sinais e sintomas da mania e da depressão. Monitorando cuidadosamente os efeitos de cada passo no plano de tratamento, o paciente pode ajudar o médico a fazer ajustes bem adequados nas doses ou nos tipos de medicamentos usados. Além disso, os pacientes desempenham um papel decisivo, otimizando os resultados terapêuticos ao manter escolhas saudáveis e apropriadas de estilo de vida (ver a seguir) e por antecipar e se preparar para questões que poderiam potencialmente afetar o gerenciamento de seu transtorno bipolar (como fazer uma cirurgia, engravidar, etc.).

Exatamente como no caso do diabetes, da hipertensão e de muitos outros problemas de saúde comuns e crônicos, é a combinação das duas coisas, os medicamentos e uma vida cotidiana bem ordenada que produz o melhor resultado. Por exemplo, quanto, que tipo e quando tomar insulina ou outros medicamentos para o diabetes deve estar combinado com a administração adequada dos tipos e doses, com a quantidade de comida ingerida e com os outros medicamentos tomados para alcançar um ótimo controle do diabetes. O mesmo acontece com o transtorno bipolar (ver a seguir).

O GERENCIAMENTO DE LONGO PRAZO DO TRANSTORNO BIPOLAR

O paciente e seus entes queridos (membros familiares ou amigos) são essenciais para o cuidado ideal de curto e longo prazo do transtorno bipolar. Esta seção avalia o que eles podem fazer para monitorar o transtorno, controlar os fatores estressores, antecipar problemas e gerenciar bem os medicamentos. O primeiro passo requer que os pacientes reconhe-

çam que o transtorno bipolar necessita de cuidado a longo prazo e que, se o tratamento for executado apropriadamente, em boa parte dos casos o paciente obtém uma vida saudável, feliz e produtiva. É preciso simplesmente de foco, compromisso e, no início, de um grande esforço. Com tempo, necessita-se de menos esforço, mas uma atenção cuidadosa será sempre indispensável para manter a situação sob controle.

Definindo o transtorno

O gerenciamento ideal do transtorno bipolar requer o monitoramento diligente, ao menos semanalmente e em alguns casos diariamente, dos sintomas maníacos, hipomaníacos e depressivos. São esses sintomas (os tipos de sintomas, sua severidade e seu impacto no funcionamento) que guiam o médico para selecionar, ajustar e mudar os medicamentos. Além disso, um registro cuidadoso dos tipos e da gravidade dos efeitos colaterais é decisivo para a resolução de modificar os medicamentos.

Alguns pacientes têm sintomas que mudam quase todos os dias. Nesses casos, a labilidade ou instabilidade no humor requer alteração do medicamento estabilizador de humor ou até a redução ou retirada do medicamento antidepressivo. Em outros casos, o paciente pode estar tomando outro medicamento com ou sem prescrição que deveria ser substituído por causar instabilidade no humor. Assim, além de monitorar e registrar os sintomas maníacos e depressivos e os efeitos colaterais dos medicamentos, o controle de todos os medicamentos usados diariamente é essencial para auxiliar o médico encarregado de prescrever o tratamento farmacológico.

Também é muito útil estar a par da situação, tendo uma descrição clara de quais sintomas ocorrem e em que ordem no caso de cada paciente específico que sofreu um episódio maníaco, hipomaníaco ou

depressivo. Alguns pacientes, à medida que ficam deprimidos, primeiro notam fadiga, então insônia, sentimento de culpa e, finalmente, perda do apetite. Outros pacientes relatam uma progressão diferente dos sintomas. Podem primeiro notar que estão dormindo demais, então começam os problemas de concentração, talvez seguidos de perda do apetite e, por fim, o desenvolvimento da tristeza. Frequentemente, a progressão dos sintomas é a mesma para um paciente quando ele tem o primeiro episódio depressivo (ou maníaco ou hipomaníaco) e nos seguintes, mas a progressão dos sintomas é com frequência bem distinta entre diferentes indivíduos. É quase como uma “assinatura” para cada paciente. Com base no histórico prévio, é possível reconhecer e registrar essa assinatura, e, futuramente, o médico e o paciente podem com frequência distinguir se este está tendo alguns dias bons ou ruins ou se é provável que ele esteja ingressando em um episódio maníaco ou depressivo. Dessa maneira, evitam-se as mudanças precoces na medicação, e se fazem em tempo oportuno as mudanças necessárias na medicação.

Além disso, os familiares desempenham um papel decisivo ao:

1. ajudar a definir a assinatura e ao
2. auxiliar o médico na avaliação, especialmente quando a hipomania esteja acontecendo.

Há um caso que ilustra esta questão. O paciente, quando estava ficando maníaco, ia dormir mais cedo (22h em vez de 23h30), levantava-se mais cedo (4h em vez de 6h) e ia até a loja de conveniências para conversar sobre assuntos do mundo com o balconista. Este comportamento foi percebido por sua mulher, o que permitiu que médico e paciente reconhecessem com bastante antecedência quando a mania começava a se tornar um risco.

Com frequência, o monitoramento regular dos sintomas e uma cuidadosa conversa com o paciente e seus familiares identificam outros períodos perigosos. Por exemplo, será que a depressão piora ou aparece na fase pré-menstrual de uma paciente? É mais provável que alguma estação do ano esteja mais associada com a mania ou com a depressão? Para as pessoas que precisam voar longas distâncias e atravessar diversos fusos horários, isso faz melhorar ou piorar o humor? Isso precipita a depressão ou a mania? Ao reconhecer que tipos de eventos levam à desregulação, devem ser feitas mudanças no estilo de vida, e a medicação, mudada, ou consultas mais frequentes ao médico podem ser agendadas quando o risco de agravamento dos sintomas é mais alto.

Bioestressores

Uma série de eventos previstos, além das estações do ano e das fases do ciclo menstrual, é conhecida por desregular ou exacerbar o transtorno bipolar. Isso inclui o abuso de substâncias, infecções virais ou bacterianas intercorrentes, gravidez e parto, assim como estresses psicológicos, como mudar de residência, cumprir prazos, ir além dos limites usuais ou se comprometer excessivamente com projetos ou pessoas. O álcool e quase todas as substâncias de abuso desregulam o transtorno bipolar de duas maneiras. Primeiro, com frequência mudam os níveis terapêuticos no sangue dos medicamentos antimaníacos, antidepressivos e estabilizadores de humor. Segundo, podem ter um efeito direto nos próprios sistemas do cérebro que já não funcionam bem devido ao transtorno bipolar. Por exemplo, os moderadores de apetite ou os estimulantes, como a anfetamina ou a cocaína, desregulam diretamente os sistemas da norepinefrina e dopamina no cérebro. Como consequência, mesmo se

o paciente estiver com um esquema apropriado de medicação, seu funcionamento falhará quando acrescentados outros químicos. Portanto, a abstinência de substâncias ilícitas é essencial. O consumo de álcool deveria ser *muito modesto* ou eliminado. Muito modesto significa uma taça de vinho ou uma lata de cerveja por dia.

As infecções virais, como a hepatite ou mononucleose, assim como o vírus da gripe e até mesmo o do resfriado, podem em alguns pacientes (nem todos) precipitar uma depressão ou piorar o humor deprimido. O mecanismo não está claro. Com frequência o histórico do paciente revela tal padrão. Essas costumam ser depressões breves, mas mais longas para alguns. Tomar a vacina contra gripe anualmente ou contra a hepatite pode ser bastante útil nesses casos. Além disso, se os episódios não são tão severos ou tão longos, talvez seja sensato *não* acrescentar um antidepressivo se um evento assim acontecer no futuro.

Estresses cotidianos (cumprir prazos, ter longas e imprevisíveis horas de trabalho, lidar com um grande número de clientes em potencial em feiras, concorrer a um cargo político, etc.) podem precipitar episódios maníacos ou depressivos, novamente em alguns pacientes, mas em outros, não. Com frequência, o histórico identifica tais padrões, especialmente se os familiares forem convidados a dar as suas observações. Quais estresses causam a desregulação do humor? Eles podem ser evitados ou gerenciados de maneira construtiva? Por exemplo, os prazos podem ser planejados para que a pressão de fazer tudo em um espaço muito curto de tempo seja reduzida? Algumas obrigações podem ser delegadas a outros nessas situações de alta tensão? Depois de uma viagem de negócios por várias cidades, o paciente deveria tirar um dia de folga para relaxar?

Uma gravidez apresenta duas questões:

1. Como gerenciar os medicamentos usados para o transtorno bipolar, bem como outros medicamentos usados por longo tempo durante a gravidez e parto.
2. Como antecipar e controlar a provável desregulação do humor em muitas mulheres durante a gravidez e ainda mais provável depois do parto. A melhor regra prática aqui é planejar a gravidez para que os medicamentos que causam riscos teratogênicos sejam interrompidos antes da concepção. Durante a gravidez são essenciais visitas mais frequentes ao médico, acompanhamento psicoterápico e coordenação de um obstetra em termos de gerenciamento da medicação. Também é bastante útil antecipar e tratar profilaticamente a esperada e muitas vezes severa depressão pós-parto, em especial quando existe histórico prévio de depressão pós-parto.

Gerenciamento da medicação

A regra mais importante para otimizar o gerenciamento da medicação, como já observado, é deixar bem claro todos os medicamentos em uso para todos os médicos que prescrevem (com ou sem receituário especial, produtos naturais e herbais, álcool e drogas ilícitas). Tal orientação minimiza o risco de interações medicamentosas e também previne mudanças inapropriadas nos medicamentos usados para o transtorno bipolar, porque outros medicamentos podem causar alterações no humor por si próprios. Por exemplo, para alguns, os moderadores de apetite ou descongestionantes causam hipomania. O tratamento em tais casos é simplesmente interromper o medicamento, em vez de acrescentar um antimaníaco. Claramente, é essencial que se faça um registro cuidadoso de todos os medicamentos tomados.

Além disso, com o passar do tempo esse registro auxilia o médico a simplificar

o esquema de medicamentos dos pacientes que conseguiram estabilidade e bom controle do transtorno bipolar. Tal atitude não apenas economiza dinheiro, mas reduz os efeitos colaterais indesejados.

QUANDO PEDIR AJUDA

À medida que cada paciente desenvolve perícia no gerenciamento do transtorno bipolar, a hora de pedir ajuda fica clara. A regra mais importante aqui é: se o paciente não tem certeza sobre procurar o seu médico, deveria fazê-lo. É muito mais fácil dar um telefonema breve assim que as alterações do humor começarem do que reagir a uma crise. Às vezes, algum familiar terá uma preocupação, porém o paciente poderá não reconhecer a questão, ou, então, talvez se trate de um alarme falso. De qualquer maneira, é melhor conferir os sintomas do que se preocupar e ficar em dúvida. Será somente um dia ruim, como todos nós temos, ou será o começo de uma depressão clínica? Será uma alegria normal de conseguir uma promoção no trabalho, ou a exuberância pressagiando um episódio maníaco? Neste momento, decisões precisam ser tomadas. Armado com o reconhecimento de sua assinatura e de um registro cuidadoso das mudanças no humor e nos medicamentos, médico, paciente e familiares podem trabalhar juntos para decidir o que fazer, se é que realmente haverá necessidade. Por meio da abordagem de equipe, é mais provável a obtenção do máximo controle do transtorno bipolar. Os medicamentos são o suporte principal do tratamento para o transtorno. Entretanto, a seleção da melhor medicação ou combinação de medicamentos para um paciente em particular depende de respostas individuais. Clínicos, pacientes e, sempre que possível, os familiares devem trabalhar juntos para experimentar cuidadosa e diligentemente um ou às vezes vários medicamen-

tos a fim de obterem os melhores resultados. Por causa das crises de sintomas, doenças concomitantes, gravidez, uso de medicamentos para problemas de saúde comuns e uma série de outras situações, os medicamentos devem ser cuidadosamente ajustados ao longo dos meses e anos de tratamento do transtorno bipolar. Pacientes bem informados e versados acerca dos sintomas, efeitos colaterais e objetivos gerais do tratamento medicamentoso são membros essenciais da equipe de tratamento. Mesmo que encontrar o esquema de medicação certo pode exigir muito tempo, o esforço quase sempre é compensado com o retorno ao bom funcionamento e com um mínimo de efeitos colaterais. Os pacientes devem ser estimulados a perguntar, aprender e conversar sobre todas as questões envolvendo os medicamentos, com os profissionais apropriados, em tempo oportuno.

Pontos-chave para o terapeuta lembrar

- Os pacientes deveriam ser informados da razão para o uso de cada medicamento específico e dos efeitos colaterais comuns para ajudarem a determinar se o medicamento está funcionando corretamente e, assim, vigiar e relatar os efeitos colaterais importantes em tempo oportuno.
- A pessoa que prescreve a medicação precisa estar disponível por telefone e deveria consultar o paciente com frequência o suficiente para fazer ajustes oportunos na dose ou no tipo de medicamento.
- A maioria dos pacientes com transtorno bipolar está tomando medicamentos múltiplos, seja para o transtorno bipolar, seja para outros problemas de saúde comuns. Consequentemente, o médico prescritor deve estar ciente das potenciais interações medicamentosas.

Pontos para discutir com os pacientes

- É essencial que os pacientes entendam as razões pelas quais se usa o medicamento ou combinação de medicamentos, qual é o resultado esperado (caso seja bem-sucedido), quando se pode obter êxito, quais são os efeitos colaterais prováveis e, principalmente, por que e quando testes laboratoriais específicos são necessários, seja para guiar a dosagem correta dos medicamentos, seja para monitorar as situações adversas.
 - Os pacientes e seus familiares deveriam ser ensinados a como monitorar, medir e registrar os sintomas maníacos e depressivos, para que, quando chegar o momento de ver o profissional que prescreve a medicação, ele tenha uma ideia clara de como os efeitos da medicação eram e, deste modo, estarem mais aptos a fazer os ajustes apropriados.
 - Para ambas as fases do tratamento, a aguda e a de manutenção, os pacientes devem tomar o medicamento (ou medicamentos) prescrito diariamente, nos bons e maus dias, na mesma dosagem.
- Os pacientes deveriam saber:
 1. quais efeitos colaterais do medicamento são mais prováveis;
 2. quais efeitos colaterais são perigosos;
 3. quais efeitos colaterais desaparecerão gradualmente com o tempo;
 4. que métodos podem ser usados para interromper os efeitos colaterais caso ocorram.
 - Os pacientes precisam monitorar, registrar e conversar cuidadosamente sobre os sinais e sintomas da mania e da depressão com o seu médico. Por monitorar cuidadosamente os efeitos de cada passo do plano de tratamento, o paciente pode ajudar o médico a fazer ajustes na dose ou nos tipos de medicação usada.
 - Os pacientes desempenham um papel crucial para otimizar os resultados, por manter escolhas de estilo de vida saudáveis e apropriadas, ao antecipar e estar preparado para questões em potencial que poderiam afetar o gerenciamento adequado do transtorno bipolar (fazendo uma cirurgia, engravidando, etc.).

Intensificando a adesão

COLOCANDO A ADESÃO EM PERSPECTIVA

A adesão é um conceito multidimensional. Vários fatores influenciam o grau de adesão do paciente ao tratamento. Ela muda de forma com o passar do tempo, e as decisões do paciente que a afetam são algumas vezes emocionais e em outras totalmente racionais. Via de regra, os clínicos têm uma concepção equivocada sobre a complexidade do processo de tratamento no caso de pessoas que sofrem com doenças mentais crônicas. Existe uma tendência de demasiada simplificação, classificando os indivíduos como aderentes ou não. Para serem úteis aos pacientes, os clínicos devem colocar a adesão em sua própria perspectiva. Entendendo o quanto a não-adesão é comum, os desafios que os pacientes enfrentam e os padrões de não-aderência prepararão os clínicos para interceder nos problemas de aderência.

A não-adesão é tão norma quanto exceção

As pesquisas sobre a adesão com os medicamentos na psiquiatria (Basco e Rush, 1995) em populações médicas co-

muns (Meichenbaum e Turk, 1987) revelaram que a maioria dos pacientes é total ou parcialmente não-aderente ao tratamento. É mais provável que a adesão ocorra quando o tratamento é breve e os problemas de saúde produzem desconforto. Há menos chance de que ocorra com os tratamentos profiláticos, quando os sintomas estão em remissão, ou antes que se deem complicações significativas (Meichenbaum e Turk, 1988). Entre os pacientes com transtorno bipolar, as estimativas de não-adesão variam conforme o método de coleta dos dados. Por exemplo, considerando uma perspectiva global da adesão, Svarstad e colaboradores (2001) examinaram reclamações de medicamentos da *Medicaid* para estimar a frequência com a qual as prescrições medicamentosas eram compradas por pacientes com doenças mentais graves pelo período de um ano. Os autores descobriram que 33% dos 67 pacientes diagnosticados com transtorno bipolar compraram irregularmente suas prescrições de medicamento. Keck e colaboradores (1996) descobriram que, dos 101 pacientes hospitalizados com mania, 64% tinha sido não-aderente com a farmacoterapia no mês anterior à admissão. Basco e Rush (1995) descobriram que, entre pacientes com transtornos de humor, a probabilidade de ade-

são variava de 0,53 a 0,63 para a farmacoterapia.

A adesão não é um fenômeno “tudo ou nada”

Os pacientes com frequência são descritos como aderentes ou não, como se isso configurasse uma característica, e não um comportamento. Os estudos sobre os índices de adesão na farmacoterapia mostram que a maioria dos pacientes tende a esquecer algumas, mas não todas, as doses de medicação, enquanto uma minoria interrompe totalmente o tratamento (Keck et al., 1996; Scott e Pope, 2002a). Por exemplo, Weiss e colaboradores (1998) examinaram os índices de adesão de 44 pacientes com transtorno bipolar. Dependendo dos tipos de medicamentos, os índices individuais variaram de 66 a 100%. Entretanto, somente 21% dos pacientes que tomavam lítio aderiam completamente ao tratamento, e 13% dos que tomavam lítio e 8% dos que tomavam ácido valproico relataram consumir menos de um terço das doses. A variação dos índices de adesão entre pacientes, assim como sua associação limitada com qualquer predisponente, sugere que a adesão deve ser mais precisamente vista como um *continuum* de comportamento do que como uma característica.

A adesão é mais difícil do que parece

A confusão mental e a desorganização causada por depressão, mania e estados mistos, bem como as distrações externas no meio ambiente do paciente, fazem com que a adesão seja mais difícil de alcançar do que parece. Além disso, os pacientes são com frequência requisitados a cumprir recomendações complicadas e ca-

ras que produzem efeitos colaterais desconfortáveis e envolvem horários difíceis de consumo das doses.

Enquanto os médicos prescrevem medicamentos, e os terapeutas combinam tarefas, supondo que suas orientações serão seguidas, é ingenuidade supor que os pacientes seguirão o plano de tratamento só porque os clínicos dizem que funcionará. Aceitar isso ajudará os clínicos a diminuir suas expectativas a níveis mais realistas e a planejar com antecedência uma não-adesão, em vez de supor que ela ocorrerá ou esperar pelo melhor. Abordar os pacientes com uma conversa prática sobre as complexidades da adesão (p. ex., “É difícil manter o tratamento por longos períodos de tempo”.) abre a porta para uma conversa franca e para um planejamento proativo (p. ex., “O que você acha que poderia interferir em sua adesão ao plano de tratamento?”, “O que podemos fazer sobre isso?”).

Você nem sempre pode prever quem irá aderir ao tratamento

Estudos clínicos têm mostrado que o grau de adesão ao tratamento é um predisponente importante dos resultados nos casos de pacientes com transtorno bipolar (Craig, Fennig, Tanenberg-Karant e Bromet, 2000; Ghaemi, Boiman e Goodman, 2000; Kulhara, Basu, Mattoo, Sharan e Chopra, 1999; Scott e Pope, 2002b; Tsai et al., 2001) com total adesão, conduzindo a melhores resultados totais, conforme esperado. Entretanto, esses estudos não apresentam uma associação consistente entre a adesão e as características da doença como duração do episódio, idade em que começou o transtorno ou a polaridade dos episódios (Aagaard e Vestergaard, 1990; Colom et al., 2000, 1982; Danion et al., 1987; Frank et al., 1985; Jacob et al., 1984).

A descoberta mais consistente entre os estudos é a de que uma maior comorbidade psiquiátrica associa-se com baixos índices de adesão. Por exemplo, os pacientes com transtorno bipolar tratados que têm problemas de abuso de substâncias ou transtornos de personalidades apresentam mais dificuldade em seguir os planos de tratamento (Aagaard e Vestergaard, 1990; Colom et al., 2000; Danion et al., 1987; Jacob et al., 1984, Brown et al., 2001). Infelizmente, a maioria das pessoas diagnosticadas com transtorno bipolar sofre de um ou mais problemas psiquiátricos secundários. Mais de 65% desses indivíduos têm no mínimo um diagnóstico de Eixo I comórbido, e aproximadamente 43% têm dois ou mais transtornos de Eixo I comórbido (McElroy et al., 2001).

O melhor preditor do futuro é o passado

Scott e Pope (2002a), em suas pesquisas dos níveis plasmáticos no sangue de estabilizadores de humor em pacientes com transtorno bipolar (N = 78) e transtorno depressivo maior (N = 20), descobriram que um dos melhores preditores de adesão incompleta ao tratamento era um histórico prévio de não-adesão. Especificamente, 84% dos pacientes que relataram um histórico anterior de não-adesão admitiram que haviam sido somente parcialmente aderentes com os seus medicamentos no mês anterior à avaliação, e 47% haviam sido não-aderentes durante a semana anterior à avaliação.

Existe mais do que simplesmente negação

Uma suposição clínica comum é a de que os pacientes que não cooperam com seus tratamentos estão num processo de

negação dos próprios problemas. Existem algumas evidências empíricas limitadas de que, na verdade, a não-aderência com o tratamento pode relacionar-se com a negação da doença por parte dos pacientes com transtorno bipolar (Greenhouse, Meyer e Johnson, 2000; Keck et al., 1996; Peralta e Cuesta, 1998; Scott e Pope, 2002a). Dell’Osso e colaboradores (2002) descobriram que pacientes internos com depressão bipolar, estados mistos, ou episódios maníacos tinham menos *insight* da sua doença que aqueles com depressão unipolar. Os pacientes maníacos relataram com maior frequência menor probabilidade de que os medicamentos ajudassem a reduzir os sintomas e apresentaram menos *insight* em relação às consequências sociais do transtorno bipolar, em comparação a pacientes depressivos bipolares e mistos (Dell’Osso et al., 2000), e negaram com maior frequência que seus sintomas sejam sinais de doença mental (Swanson et al., 1995).

Enquanto a pesquisa confirma o senso comum clínico, a magnitude da relação entre as características clínicas ou negação/aceitação e adesão ao tratamento é mínima, dando conta somente dos 16% de variação (p. ex., Greenhouse et al., 2000). Isso é insuficiente para explicar porque a adesão aumenta e diminui, ou o que se pode fazer a respeito disso. Para entender inteiramente a natureza da adesão ao tratamento, deve-se olhar mais de perto as tomadas de decisão entre a prescrição do tratamento e sua execução diária. No mínimo, há duas exigências para a adesão diária do tratamento:

1. os pacientes precisam lembrar que um comportamento relacionado com o tratamento deve ocorrer, como tomar comprimidos;
2. devem tomar a decisão de se dedicar a esse comportamento relacionado com o tratamento.

A doença interfere na adesão

A lembrança das recomendações do tratamento pode ser afetada pela diminuição da concentração e da memória associadas com depressão e mania, e existem evidências recentes de estudos empíricos de que o poder de decisões fica prejudicado quando os pacientes estão em estado maníaco ou depressivo (Murphy et al., 2001; Rubinsztein et al., 2001). Entretanto, mesmo quando relativamente assintomáticos, as pessoas que têm medicamentos prescritos para tratar o transtorno bipolar com frequência decidem suspender o seu uso. Um melhor entendimento da tomada de decisões dos pacientes é crítico para resolver o quebra-cabeça da não-adesão.

REPENSANDO A ADEÇÃO

Uma representação mais exata de adesão é a de que se trata de um comportamento que aumenta e diminui ao longo do tempo. De acordo com o modelo de crença de saúde (Becker, 1974), a decisão de cumprir o tratamento, no início, depende de os pacientes pensarem ou não que o tratamento prescrito é compreensível, aceitável e gerenciável. Entretanto, mesmo se esses pré-requisitos forem satisfeitos, diversos fatores podem influenciar na adesão. Tais obstáculos incluem fatores intrapessoais como sintomas, negação ou esquecimento (Keck et al., 1996). As dificuldades interpessoais com profissionais, equipe ou estabelecimentos de saúde também fazem os pacientes não aderirem ao tratamento (Gitlin, Cochran e Jamison, 1989). O sistema social influencia na forma de concorrência entre outros estabelecimentos de saúde, desestímulo por parte da família, ou publicidade negativa na mídia, todos esses fatores podem influenciar na decisão de um indivíduo quanto a tomar a medicação ou participar de uma psicoterapia (Meichenbaum e Turk, 1988). Os efeitos

colaterais ou inconveniências causadas pelo próprio tratamento incluem custos, complexidades do esquema medicamentoso e falta de transporte para clínicas ou farmácias, que também representam obstáculos em potencial à adesão (Glitlin et al., 1989; Keck et al., 1996; Nilson e Axelsson, 1989).

A conexão entre os obstáculos do tratamento e a adesão normalmente não é direta. Os membros familiares costumam não restringir o acesso do paciente aos medicamentos, a maioria dos sintomas não impede o tratamento, os clínicos não forçam os pacientes a interrompê-lo, e nem sempre as inconveniências são impossíveis de superar. Em vez disso, o sistema intrapessoal, interpessoal e social e os obstáculos relacionados com o tratamento parecem afetar a percepção dos pacientes sobre o tratamento, que, por sua vez, influencia as decisões de se dedicar ou não à intervenção recomendada. De acordo com a teoria da decisão, essas percepções ajudam a moldar a heurística ou regras práticas comuns para as decisões de tratamento feitas pelo paciente (Tversky e Kahneman, 1974) e são baseadas na impressão, em vez de nas avaliações formais dos custos e benefícios do tratamento.

Preferencialmente, para facilitar a adesão, o tratamento deveria ser conveniente, confortável e acessível. A família, os amigos e profissionais deveriam dar apoio e estímulo. As razões para se aderir deveriam ser convincentes, e a decisão, óbvia e tomada com facilidade. Infelizmente, quase sempre as circunstâncias que envolvem o tratamento estão longe da perfeição, e a natureza da doença em si e suas sequelas criam conflitos e complexidades em todos os níveis. Com esquemas de multidoses e restrições percebidas no estilo de vida exigidas para gerenciar a doença, os pacientes com transtorno bipolar estão na posição de decidir, muitas vezes diariamente, se aderem às instruções de seus médicos e tomam a medicação, ou se arriscam que não terão problema se esquecerem uma dose.

A DECISÃO DE ADERIR OU NÃO AO TRATAMENTO

A pesquisa sobre tomada de decisão, um ramo da psicologia social-cognitiva, explora as teorias de tomada de decisão que nos ajudam a entender melhor o problema da não-adesão no transtorno bipolar. Por exemplo, acredita-se que as pessoas usam uma heurística pessoalmente neutra e não-sistemática para tomar decisões (Plous, 1993). Essas heurísticas são formadas pelo conceito ou modelo mental de um problema ou situação e podem não se basear completamente em fatos ou lógica. Por exemplo, se um indivíduo estereotipa negativamente os doentes mentais como criminosos ou moradores de rua, pode rejeitar um diagnóstico de transtorno bipolar, que não se encaixa com a sua opinião pessoal. Se a atitude em relação aos psiquiatras formou-se por representações desabonadoras, então qualquer conselho ou recomendação de tratamento será visto como suspeito. Se alguém confia somente em medicamentos homeopáticos, então os medicamentos alopáticos podem ser vistos como prejudiciais.

Na psiquiatria e em outras áreas da medicina, as visões ou heurísticas usadas pelos médicos para tomar decisões em relação aos tratamentos são provavelmente bastante diferentes das visões ou heurísticas usadas por leigos (Byram, Fischhoff, Embrey, de Bruin e Thorne, 2001; Morgan, Fischhoff, Bostrom e Atman, 2002; Silverman et al., 2001).

Portanto, a não-adesão ao tratamento pode ser definida como uma discrepância entre as recomendações do tratamento derivada dos conceitos da doença por parte dos clínicos e da aceitação pelos pacientes dessas recomendações, a qual se baseia no único modelo mental de doença que eles possuem.

Algumas pesquisas preliminares com populações clínicas têm mostrado uma relação entre a discrepância dos modelos

mentais e os níveis de adesão dos clínicos e dos pacientes. Cohen, Tripp-Reimer, Smith, Sorofman e Lively (1994), usando valores de hemoglobina A1c (HbA1c) como indicadores da adesão dos pacientes com o tratamento, tentaram correlacionar o grau de discrepância entre a visão dos pacientes e dos profissionais e a adesão. As correlações não alcançaram uma estatística significativa nesta pequena amostra de 14 pacientes, para os quais os níveis de HbA1c estavam disponíveis, mas mostravam tendência na direção de uma discrepância maior associada com níveis mais altos de HbA1c, um indicador do grau de adesão ao tratamento e controle da doença. Especificamente, 68% daqueles pacientes em que o modelo mental era congruente com o modelo mental dos médicos tinham níveis de HbA1c normais, comparados com apenas 52% daqueles com discrepâncias menores e somente 50% daqueles com grandes discrepâncias entre o modelo mental dos pacientes e dos médicos. Em uma amostra de pacientes deprimidos em um estabelecimento de primeiros cuidados, Brown e colaboradores (2001) descobriram que o modelo mental do transtorno dos pacientes associava-se à procura por ajuda, a estratégias para lidar com os sintomas e à adesão à medicação. Para tratar melhor as questões de adesão com os pacientes, talvez seja útil saber os tipos de processos de pensamento que levam um paciente a se aproximar ou se distanciar do tratamento. A teoria de decisão proporciona algumas pistas para explicar tal processo.

Por exemplo, de acordo com a “teoria da satisfação” (Simon, 1956), os pacientes escolherão um caminho que satisfaça o que acreditam ser a sua necessidade mais importante, mesmo que a escolha não seja uma boa ideia. Para algumas pessoas, a escolha de evitar ou interromper o tratamento pode não ser ideal, mas ainda assim satisfazer a necessidade de se sentir normal e de não ser rotulado como doente

mental. Para outros, a decisão de aderir à farmacoterapia deve satisfazer a necessidade de estabilidade emocional, mesmo que os medicamentos causem efeitos colaterais desconfortáveis.

De acordo com a “teoria da prospecção” (Kahneman e Tversky, 1979), uma vez que os sujeitos se dediquem ativamente ao tratamento, a decisão de continuá-lo pode ser ditada pela aversão à potencial perda da estabilidade previamente adquirida, pois a ameaça de perdas é geralmente mais influenciável que a probabilidade de ganhos positivos. Por outro lado, antes que alcançada a estabilidade dos sintomas, a ameaça de perdas financeiras devido ao custo dos medicamentos pode ser mais convincente que a promessa de ganhos na saúde mental.

Como observado anteriormente, a adesão ao tratamento tende a ser mais parcial do que completa ou ausente (Greenhouse et al., 2000; Keck et al., 1996; Scott e Pope, 2002a). Com frequência, os pacientes fazem escolhas para modificar as dosagens ou o horário de algumas doses, mas não de todos os medicamentos de seu esquema medicamentoso. Podem substituir substâncias “naturais” por remédios prescritos, ou tentar alterar seus estilos de vida como um substituto para os tratamentos biológicos. As decisões tomadas podem depender da estratégia cognitiva usada pelo paciente. Por exemplo, caso usem um “modelo do ponto ideal” (Plous, 1993), os pacientes escolherão a opção mais próxima da sua escolha ideal. Desta maneira, se a falta de necessidade total de medicamentos constituísse uma opção ideal, eles alterariam o uso de medicamentos para chegar o mais perto disso possível.

Plous (1993) descreve diversas estratégias de tomada de decisão usadas quando se dispõe de escolhas múltiplas, como alternativas variadas de medicamentos ou opções por adesão parcial ou total às recomendações do tratamento. Caso usem uma “regra conjuntiva”, os pacientes elimina-

rão todas as opções de tratamento que caírem fora de um limite predefinido (p. ex., recusar-se a tomar qualquer medicamento que provoque aumento de peso ou considerar somente os medicamentos reembolsados por suas empresas de plano de saúde). Usando a “regra disjuntiva”, cada alternativa de tratamento é avaliada em termos de seu melhor atributo, como prover o maior controle dos sintomas, com o mínimo de custo, ou tendo o menor número de efeitos colaterais associados. Com uma estratégia “lexicográfica”, o paciente seleciona o atributo mais importante (p. ex., potencial para aumento de peso) e escolhe a alternativa mais desejável dentro disso. Tversky (1972) descreveu uma estratégia de tomada de decisão de “eliminação por aspecto”, na qual um atributo por vez é revisado, e qualquer opção de tratamento que não vá ao encontro deste critério é eliminada. Por exemplo, primeiro os medicamentos que causam aumento de peso são rejeitados, depois os que têm preços proibitivos e, então, aqueles que não constam na listagem do plano de saúde.

O enquadramento da necessidade dos sintomas por parte dos clínicos também pode ajudar na decisão dos pacientes de aderir ou não ao tratamento. Se a probabilidade de recaída sem tratamento consistente é descrita como inevitável, de acordo com o “efeito da certeza” (Tversky e Kahneman, 1981), então, há mais chances de os pacientes concordarem com o tratamento quando os riscos são descritos em detalhes do que quando enquadrados como meramente possíveis (Tversky e Kahneman, 1982). Quando os riscos são apresentados como catastróficos ou lamentáveis e são temidos pelos pacientes, há maiores probabilidades de se tomarem medidas preventivas (Dunning e Parpal, 1989; Slovic, 1987; Stone e Yates, 1991). Isso pode ser particularmente verdadeiro quando os pacientes se lembram com facilidade das experiências anteriores, quando a suspensão dos medicamentos resultou em

uma recaída grave de depressão ou mania (Tversky e Kahneman, 1974). É claro que a negação também pode falsear as lembranças quanto a recaídas relacionadas com a não-adesão. Quando os pontos de referência não estão disponíveis e os riscos são difíceis de imaginar, a probabilidade de adesão diminui.

Faz parte da natureza humana tentar fazer sentido por meio das próprias experiências. Entretanto, às vezes as conclusões tiradas podem ser errôneas, os padrões podem ser vistos falsamente em eventos aleatórios, ou ocorrências incomuns podem ser percebidas como triviais e prováveis de acontecer. No caso de um tratamento medicamentoso para o transtorno bipolar, uma doença que naturalmente aumenta e diminui em gravidade, esquecer umas poucas doses com poucas consequências podem levar à suposição de que esquecer os remédios é sempre seguro. O que se esqueceu foram as vezes em que a diminuição das doses de medicação levou ao agravamento dos sintomas e à retomada rápida do tratamento. Os seres humanos estão propensos aos erros de julgamento, mesmo quando o pensamento não está prejudicado pelos sintomas. Acreditamos em golpes de sorte, pensamos que tudo, no final, ficará bem, ignoramos os índices de base dos eventos e desconsideramos as informações contrárias às nossas crenças (Plous, 1993). As estimativas de probabilidade são mais influenciadas pelos resultados positivos do que pelos negativos (Plous, 1993). Então, para os pacientes com transtorno bipolar, a noção de que “ficarão bem” no caso da não-adesão ao tratamento é mais crível que a ideia de que “ficarão doentes”. Esses tipos de conclusões errôneas levam a escolhas de ação arriscadas, neste caso à não-adesão ao tratamento e a resultados ruins.

Conhecidas as muitas influências em potencial nas decisões dos pacientes quanto seguirem os planos de tratamento prescritos, é importante que os clínicos explo-

rem cada razão para se aderir ou não ao tratamento. Se os seus algoritmos de tomada de decisões são mais bem compreendidos, então as intervenções podem estar focadas na correção de opiniões erradas sobre a doença e seu tratamento, e instruções podem ser fornecidas de modo que as decisões tomadas estejam baseadas em uma perspectiva equilibrada dos fatos.

Não existe um exercício formal para se aprender sobre as decisões dos pacientes quanto a aderir à farmacoterapia que substitua o ato de prestar atenção aos indícios e se informar sobre os aspectos positivos e negativos do tratamento. Se um ambiente foi criado para uma conversa aberta e honesta sobre a adesão, com o tempo os clínicos aprenderão como os pacientes tomam decisões cotidianas acerca do tratamento.

MENSURAÇÃO DA ADESÃO

A maneira mais simples de avaliar a adesão é perguntar aos pacientes se eles têm usado todos os medicamentos, se têm esquecido alguma dose e se têm tomado as doses nos horários corretos diariamente. Os questionários também são úteis porque fornecem um formato padrão para avaliar a adesão autopercebida e autorrelatada e possibilitam que os clínicos comparem a pontuação da adesão de um dado paciente com o passar do tempo ou a pontuação de vários pacientes. Embora simples, os autorrelatórios podem ser imprecisos por causa dos déficits de memória, das lembranças tendenciosas ou das distorções deliberadas.

Em investigações científicas e em alguns estabelecimentos clínicos, os profissionais de área de saúde usam uma “contagem de comprimidos” para medir a adesão dos pacientes. Depois de distribuir um número de comprimidos que iguale ou exceda a quantidade necessária até a próxima visita, o profissional instrui o paciente

a devolver os comprimidos que não foram usados. Então, conta os comprimidos remanescentes e compara o total ao número previamente distribuído. As discrepâncias constituem evidência de uma adesão insatisfatória. A contagem de comprimidos é consideravelmente mais complexa, mas tende a ser mais precisa que os autorrelatos. Quando compararam os autorrelatos de adesão com a contagem de comprimidos nos mesmos pacientes, Park e Lipman (1964) descobriram que 40% dos autorrelatos não estavam de acordo com os resultados da contagem de comprimidos. Também constataram que discrepâncias menores tendem a acontecer mais frequentemente que divergências maiores.

Um método mais comumente usado para avaliar a adesão no tratamento é medir as concentrações plasmáticas ou níveis do medicamento no sangue. Uma proporção maior que a esperada da relação da dose prescrita para o nível plasmático da substância pode sugerir uma adesão insatisfatória. A comparação da relação dos níveis plasmáticos da dosagem em um dado indivíduo durante certo tempo permite levar em consideração variações individuais no metabolismo e evita acusações inválidas de adesão insatisfatória, quando a proporção em um paciente difere daquelas observadas em outros pacientes. As mudanças na proporção de um indivíduo podem indicar com maior probabilidade a adesão insatisfatória, mesmo que o horário das doses e a frequência dos exames continuem constantes.

Embora a mensuração do uso de medicamento via exame de sangue pareça um método mais preciso que os autorrelatos, a consistência com a qual os níveis sanguíneos refletem a dose ingerida pode variar de acordo com o tipo de medicação (Hollister, 1982). Por exemplo, as concentrações plasmáticas de lítio configuram indicadores razoavelmente confiáveis da adesão do paciente, pressupondo a consistência no horário das doses e na frequência

dos exames. Entretanto, tal método não é perfeitamente seguro, como o exemplo a seguir ilustra.

O Sr. Fulton vem tomando lítio para o transtorno bipolar por vários anos. Às vezes ele toma a medicação de maneira consistente e às vezes não. Ele não quer que o médico saiba de sua inconsistência com a medicação, então ou adia a ida ao consultório até que possa retomar o hábito de tomar o lítio, ou, caso não disponha de muito tempo, somente toma a medicação de maneira correta por alguns dias imediatamente antes da mensuração do nível de lítio no sangue. O Sr. Fulton descobriu um pouco por acidente que, se ele toma a medicação consistentemente por vários dias seguidos, o exame de sangue revela um nível de lítio dentro do limite terapêutico. Ele vê essa situação como inofensiva e evita receber outra repreensão do médico sobre a adesão com a medicação.

Schwarcz e Silbergeld (1983) sabiam que pacientes como o Sr. Fulton podiam alterar a verificação dos níveis de lítio se soubessem que estava chegando a hora de fazer os exames, então conduziram um estudo no qual os pacientes faziam exames de sangue sem nenhum aviso prévio, a fim de verificar no ato os níveis plasmáticos de lítio. Dos 26 pacientes clínicos usando lítio que participaram, 42% ($N = 11$) apresentaram níveis de lítio abaixo do limite terapêutico. Esses 11 pacientes receberam aconselhamento sobre a adesão com a medicação, e mais da metade melhorou a adesão ao esquema de tratamento.

O grau de participação ativa dos pacientes no tratamento também indica o nível de sua adesão. Comparecer aos compromissos, atrasar-se para as consultas, envolver-se ou não com o tratamento e executar as tarefas de casa entre as consultas são todos indicadores da adesão geral no tratamento.

Na clínica prática, a determinação da adesão por meio de conversas com os pa-

cientes é o método mais amplamente usado. No Capítulo 5, examinamos os métodos para estabelecer um ambiente terapêutico, onde se discuta a adesão abertamente, e o paciente se sinta confortável o suficiente para responder com honestidade. Isso não significa que a verificação dos níveis de medicação no sangue seja desnecessária. Embora não se trate do melhor método para monitorar a adesão, frequentemente é crítico para o gerenciamento farmacológico dos pacientes determinar se os níveis de medicação no sangue estão dentro do limite terapêutico e não excedem clinicamente os níveis seguros.

A determinação da adesão ao tratamento não é sempre prática fora do autorrelato do paciente. Métodos válidos clinicamente úteis, precisos e confiáveis ainda não foram aperfeiçoados. Em estudos de investigação de outras áreas da doença, descobriram-se alguns métodos simples e úteis de autorrelato. A medida ilustrada pela Figura 4.1 inclui perguntas típicas apresentadas pelos pesquisadores clínicos para avaliar os níveis de adesão. Forneceu-se também uma grade de respostas para a contagem dos pontos. A pontuação de cada item deve ser somada para originar a pontuação final.

Por favor, circule a resposta que melhor descreve as suas experiências recentes com o ato de tomar a medicação.

1. Você <u>sempre</u> toma a medicação como lhe foi prescrita?	Sim	Não
2. Você tem <u>algum</u> problema para tomar a medicação como lhe foi prescrita?	Sim	Não
3. Você está tomando algum medicamento prescrito para o transtorno bipolar neste momento?	Sim	Não
4. Você alguma vez para de tomar a medicação quando se sente melhor?	Sim	Não
5. Você alguma vez para de tomar a medicação quando se sente pior?	Sim	Não
6. Você às vezes esquece de tomar a medicação?	Sim	Não
7. Quantos dias você esqueceu de tomar os medicamentos na semana passada?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7</div>	
8. Quantos dias você não tomou os medicamentos propositalmente na semana passada?	<div>0 1 2 3 4 5 6 7</div>	
9. Qual proporção de medicamentos você esqueceu na semana passada?	<div>Nenhuma Menos da metade Aproximadamente metade Mais da metade Todas</div>	
10. Qual proporção de medicamentos você esqueceu no mês passado?	<div>Nenhuma Menos da metade Aproximadamente metade Mais da metade Todas</div>	

Figura 4.1 Questionário Basco de adesão. Derivado de Choo et al. (1999); Keck et al. (1996); Kwon et al. (2003); Magura, Laudet, Mahmood, Rosenblum e Knight (2002); Peveler, George, Kinmonth, Campbell e Thompson (1999); Scott e Pope (2002b); Sternhell e Corr (2002).

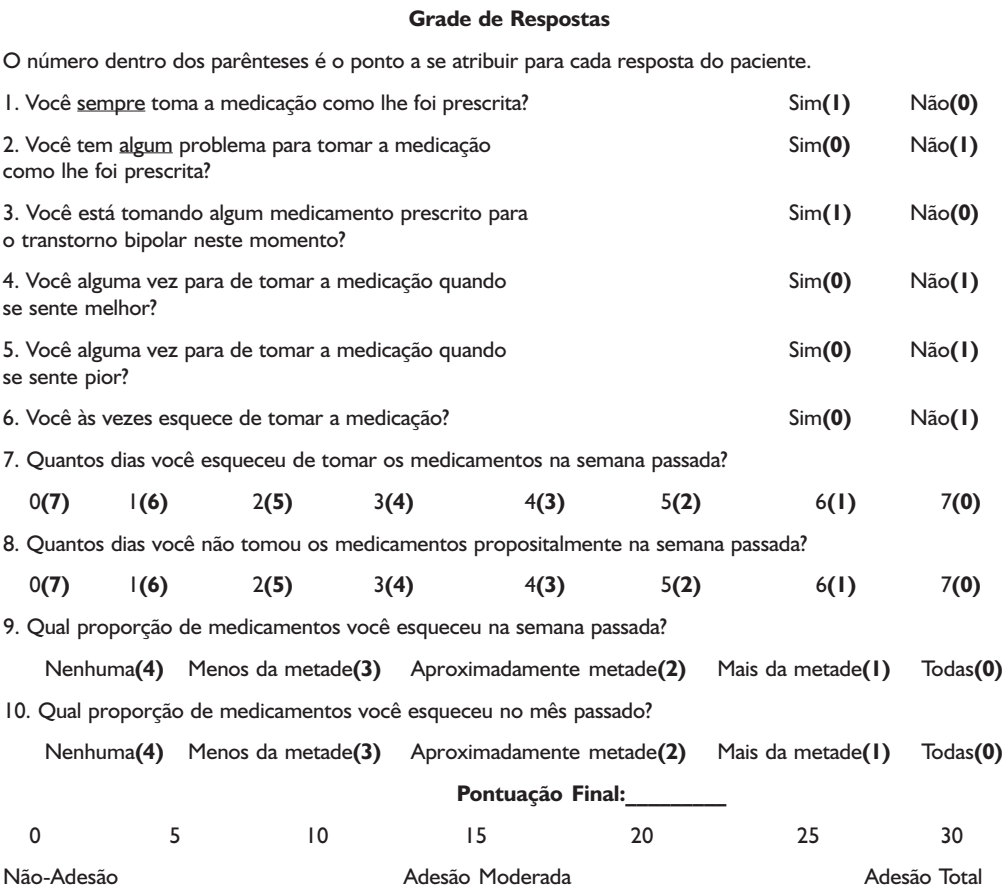


Figura 4.1 Continuação

NÃO PODERIA SER APENAS NEGAÇÃO?

Muitos profissionais pressupõem que os pacientes que não cooperam com o tratamento negam seus problemas, e existe alguma evidência empírica que apoia tal ideia (Greenhouse et al., 2000; Keck et al., 1996; Peralta e Cuesta, 1988; Scott e Pope, 2002a). Keck e colaboradores (1996) descobriram que a negação e um *insight* pobre constituíam fatores comuns associados com a adesão insatisfatória da medicação entre os pacientes internados para o tratamento da mania, e Greenhouse e colabo-

radores (2000) descobriram uma relação curvilínea, na qual somente altos níveis de negação se relacionaram com a adesão insatisfatória ao tratamento.

Entretanto, a aceitação não é a ausência de negação; na verdade, as duas parecem estar apenas moderadamente correlacionadas (Greenhouse et al., 2000). Para compreender melhor o ajuste que as pessoas fazem por terem uma doença crônica que altera consideravelmente a vida, como o transtorno bipolar, é útil considerar a negação e a aceitação como pontos finais de um processo, como proposto por Elisabeth Kübler-Ross (1970, 1974) ao des-

crever o ato de enfrentar um sentimento de perda significativo. Desta maneira, a aceitação de um diagnóstico de transtorno bipolar e o seu tratamento vêm só depois que as pessoas fizeram o luto do eu “normal” ou mentalmente “saudável”. Usando a descrição de Elisabeth Kübler-Ross das fases de luto, a negação consiste somente na primeira fase que as pessoas passam ao enfrentar uma perda.

Os profissionais que trabalham com pacientes recém-diagnosticados perceberão um tom de incredulidade ou desacordo com o diagnóstico, como um indício da negação. Com frequência, existe uma suavização da seriedade do prejuízo ou das atitudes que levaram o paciente à atenção de um profissional da área da saúde. A segunda fase de Kübler-Ross é a raiva. Nossos pacientes expressam raiva por causa da injustiça de “pegar” a doença. A raiva por ter que tomar medicação, modificar o seu estilo de vida e ser diferente de todas as demais pessoas pode ser expressa como raiva do profissional ou dos membros familiares que os forçaram ao tratamento ou transmitiram o gene da doença. O terceiro passo no processo de ajuste é a barganha, que normalmente acontece dentro do indivíduo, e não entre o profissional da área de saúde e o paciente, embora essa última opção fosse preferível. Os autoajustes na dosagem da medicação e a substituição dos antidepressivos por promessas de se exercitar e pensar mais positivamente são exemplos do que as pessoas fazem durante a fase de barganha. A quarta fase – a depressão – começa quando não é mais possível ignorar a precisão do diagnóstico de transtorno bipolar ou a necessidade de medicação, ou quando os pacientes se confrontam diretamente com as consequências que alteram suas vidas. A adesão com a medicação pode começar a melhorar à medida que o indivíduo compreende a necessidade do tratamento. A aceitação ou a adaptação à doença e ao tratamento constitui o objetivo final, mas a regressão a es-

tágios anteriores é possível, quando o indivíduo encontra problemas com o tratamento ou restrições indesejáveis.

O progresso de um paciente pelos estágios de luto pode ficar evidente em seus comentários sobre o tratamento ou nas mudanças de sentimento quando a conversa aborda os problemas ou as mudanças no tratamento. Outro indicador são os pensamentos verbalizados pelos pacientes ao conversarem acerca de suas opiniões do transtorno, dos sintomas e dos profissionais da área de saúde. A Tabela 4.1 apresenta alguns exemplos de pensamentos negativos automáticos e comportamentos associados com cada estágio no processo de luto.

Para aqueles recém-diagnosticados com transtorno bipolar, a aceitação do diagnóstico inicial depende da opinião que eles têm do problema. Alguns encontram alívio quando o que vivenciam é finalmente identificado e tratado. Os que possuem um histórico familiar de transtorno bipolar, particularmente parentes em primeiro grau, podem não se surpreender com o diagnóstico, mas em geral se sentem desanimados e decepcionados. Nesses casos, a negação de que a doença existe pode nunca configurar um problema, mas as ideias sobre o controle da doença são fantasiosas. Por um lado, os pacientes podem compreender intelectualmente o elo entre seus genes, sua bioquímica e seus sintomas relacionados com o humor. Todavia, por outro lado, a não-adesão comportamental com o tratamento pode indicar a falta de aceitação da cronicidade ou gravidade da doença. Os indivíduos que não estão prontos para aceitar o diagnóstico de transtorno bipolar evitarão o sistema de saúde. Podem ser intimados pela justiça para receber tratamento, mas, uma vez liberados, provavelmente interromperão a medicação.

A adesão entre crianças e adolescentes com transtorno bipolar depende enormemente da adesão das pessoas responsáveis por ministrar a medicação ou supervi-

Tabela 4.1**Pensamentos automáticos e comportamentos associados com os estágios de luto da doença**

Pensamentos	Comportamentos
Negação	
<ul style="list-style-type: none"> ■ “Eu não tenho isso. O médico cometeu um erro. Deve ser porque tenho bebido muito.” ■ “Vai passar.” 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Buscar uma segunda opinião. ■ Buscar outras explicações para os sintomas. ■ Ignorar as recomendações de tratamento.
Raiva	
<ul style="list-style-type: none"> ■ “Não é justo que eu tenha essa doença.” ■ “Não consigo lidar com isso agora.” ■ “Por que eu? O que fiz para merecer isso?” 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recusar-se a ouvir conselhos. ■ Recusar-se a falar sobre a doença. ■ Perder a calma com profissionais da área de saúde, farmacêuticas, ou qualquer pessoa associada com o tratamento.
Barganha	
<ul style="list-style-type: none"> ■ “Eu vou colocar minha vida em ordem.” ■ “Vou parar de beber, começar a acordar na hora certa, me exercitar, conseguir um emprego melhor, e tudo vai ficar bem.” ■ “Vou fazer dieta, regularizar meu sono. Vou melhorar.” ■ “Vou tentar usar remédios naturais. Realmente não preciso de medicamentos.” 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ajustar as doses. Modificar o horário das doses. ■ Trocar remédios ativos por “remédios naturais”. ■ Ficar acordado até tarde a fim de evitar tomar remédios para dormir. ■ Beber álcool para evitar os ansiolíticos.
Depressão	
<ul style="list-style-type: none"> ■ “Nunca vou ter uma vida normal.” ■ “Ninguém vai me querer.” ■ “Eu me odeio.” 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comportar-se de forma autodestrutiva. ■ Evitar os estímulos relacionados com a doença. ■ Afastar-se dos outros.
Aceitação	
<ul style="list-style-type: none"> ■ “Posso superar isso.” ■ “Não é o fim do mundo.” ■ “Não tenho que desistir de tudo só porque preciso tomar medicação.” 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aderir ao tratamento. ■ Conversar abertamente sobre opções de tratamento com os clínicos antes de interromper a medicação.

sionar o seu uso. Às vezes, os pais barganham ou coagem as crianças a tomarem a medicação, mas talvez não consigam forçar a adesão com outros comportamentos de autogerenciamento, como dormir em um horário razoável ou evitar o consumo

de álcool e outras drogas fora de casa. Adultos jovens que já não estão sob o controle dos pais afirmam a sua independência rejeitando a medicação e ignorando os sintomas ou “resistindo” a eles. Outros podem não ter sofrido suficientes consequências

da doença para aceitar a noção de que o tratamento contínuo é necessário, particularmente se os membros familiares protegeram e ajudaram o indivíduo até que o episódio findasse. Colom e colaboradores (2000) descobriram menores índices de adesão entre pessoas que sofreram relativamente poucos episódios de depressão e maiores entre os que haviam sofrido mais episódios da doença. A negação pode estar no ápice nos primeiros anos da doença. A condescendência com as exigências da família e do médico talvez só aconteçam depois que as interrupções na vida dos pacientes se tornam graves demais ou muito frequentes para serem ignoradas.

Lidando com a negação

Proporcionar aos pacientes uma explicação completa sobre o transtorno bipolar pode ser tudo do que se precisa para aqueles que estão prontos a aceitar o diagnóstico e o tratamento. Para aqueles em negação, a instrução sobre a doença é normalmente insuficiente quando não conseguem aceitar a possibilidade de que têm uma doença mental crônica. O questionamento socrático consiste em um método de terapia cognitiva eficiente para auxiliar os pacientes a lidar com as questões de negação. O objetivo é que os pacientes desafiem suas opiniões incorretas acerca do transtorno bipolar e as substituam por uma perspectiva que promova o autocuidado e a adesão. Vejamos um exemplo do uso de questionamento socrático para explorar a questão da negação em uma paciente recém-diagnosticada com transtorno bipolar.

Suzanne é uma moça hispânica de 24 anos encaminhada ao terapeuta por seu psiquiatra após um período de hospitalização por depressão maior.

Terapeuta: O que a traz aqui?

Suzanne: Todo mundo acha que preciso de terapia.

Terapeuta: Todo mundo?

Suzanne: Bem, minha mãe, meu médico e minha irmã.

Terapeuta: E o que você acha?

Suzanne: Não sei. Imagino que se supõe que todas as pessoas com transtorno bipolar precisem de terapia.

Terapeuta: Você concorda com isso?

Suzanne: Acho que sim. Nem mesmo tenho certeza se é isso o que eu tenho. Sei que fico deprimida. Fui hospitalizada duas vezes por causa disso.

Terapeuta: O que faz o seu médico pensar que você também tem mania?

Suzanne: Não sei. Acho que às vezes fico um pouco estranha.

Terapeuta: Estranha?

Suzanne: Tenho mudanças de humor. Posso ficar um pouco hiperativa e boba. Como ontem, comecei a rir de um comercial estúpido na TV, e, então, tudo ficou engraçado. Comecei a fazer piadas, e meu pai ficou irritado comigo e disse que eu estava ficando exaltada novamente.

Terapeuta: Ser boba e rir não são atitudes normais da sua personalidade?

Suzanne: Não muito. Normalmente sou bastante quieta quando estou com os meus pais.

Terapeuta: Você sabe o que é mania?

Suzanne: Sim, mas não fico louca assim.

Terapeuta: Você sabe a respeito da hipomania?

Suzanne: Sim, mas também não acho que seja isso.

Terapeuta: Como você explica as mudanças de humor?

Suzanne: Não consigo. Pensei que poderia ser algo relacionado com os hormônios, mas também não era isso. Comecei a tomar pílulas anticoncepcionais e parei de tomar antidepressivos por

um mês para ver se obtinha algum resultado. Fiquei muito deprimida e comecei a pensar em maneiras de me matar.

Terapeuta: Então isso a convenceu de que a depressão era verdadeira. O que a convenceria de que a hipomania também foi?

Suzanne: Se ficasse realmente maníaca, como algumas pessoas ficam quando gastam muito dinheiro ou fazem coisas estúpidas, então teria que acreditar que tenho transtorno bipolar.

Terapeuta: Então você precisaria ficar doente o suficiente para “se encenar” antes de estar convencida?

Suzanne: Sei que isso parece bastante estúpido. Não quero perder completamente o controle dessa maneira.

Terapeuta: Você já esteve perto disso?

Suzanne: Bem, talvez. No ano passado fiz uma viagem com meus amigos para Cancun. Estávamos nos divertindo, bebendo e dançando. Todo mundo ficou cansado e queriam voltar para o quarto, mas eu queria ficar mais. Achei que eles estavam se comportando como velhas senhoras. Eles me convenceram a ir embora às três da manhã, mas eu estava muito agitada para conseguir dormir. Eles acharam que eu tinha usado alguma droga, mas não tinha. Nem sequer bebi muito. Aquilo meio que me assustou porque eu queria dormir, meu corpo estava cansado, mas não consegui pegar no sono até aproximadamente às nove horas da manhã. A minha mente não desligava.

Terapeuta: Essa é a única coisa que aconteceu nessa viagem que incomodou você?

Suzanne: No dia anterior, fiquei acordada a noite inteira e fui assistir aqueles mergulhadores que ficam pelos rochedos na costa. Normalmente sou medrosa, mas, se algum dos meus amigos tivessem dito “Duvido que você mergulhe”, já me sentiria compelida a aceitar o desafio. É completamente contrário à minha pessoa fazer qualquer coisa que seja perigosa, mas eu quase fiz. O que me assustou é que parte do meu cérebro sabia que era uma péssima ideia e a outra parte não se importava se eu morresse mergulhando. Isso parece maníaco, não?

Terapeuta: Sim, parece.

À medida que os pacientes começam a digerir a ideia de ter o transtorno bipolar, é melhor conceder-lhes tempo para pensar sobre o que tudo isso significa para eles antes de começar a intervir. Uma consulta subsequente proporcionaria uma oportunidade de se informar mais sobre os pensamentos e sentimentos dos pacientes em relação à doença a fim de se começar a instruí-los sobre o seu gerenciamento.

Lidando com a raiva

Quando os pacientes precisam confrontar as consequências físicas, financeiras e psicossociais de ter o transtorno bipolar, a frustração e a raiva podem vir à tona. Não é incomum que fiquem frustrados com a abordagem de tentativa e erro para encontrar a medicação certa, com os efeitos colaterais desconfortáveis e indesejados, e com a imposição dos sintomas e

do tratamento em suas vidas. Eles perdem a confiança nos médicos quando o tratamento prescrito não funciona. Lembram de como era se sentir normal e associam esse sentimento com o tempo em que não tomavam medicação. A infeliz conclusão a que chegam é que a medicação constitui o problema em vez de a solução, e, por consequência, a adesão diminui. Na condição de clínicos, frequentemente subestimamos a paciência necessária para tolerar o processo longo, dispendioso e desconfortável de encontrar o melhor esquema de medicação para um dado paciente, em particular para aqueles com a doença refratária. Queremos ser úteis, e não causam danos, mas também podemos nos tornar frustrados com o processo. Os pacientes percebem as expressões faciais de seus médicos, a linguagem corporal e as entonações sutis originadas por essa frustração, mas podem interpretá-las erroneamente como evidências de desaprovação e desânimo com o processo, ou sentirem desesperança quanto à busca de uma medicação apropriada. As reações dos médicos podem reforçar a própria frustração do paciente e o sentimento de desesperança em relação à doença.

Mesmo depois de haverem trabalhado sua raiva por ter a doença, este sentimento pode piorar quando os pacientes são lembrados das inconveniências causadas pela doença e do quanto a sua qualidade de vida foi comprometida. Brenda fornece um ótimo exemplo disso.

Brenda é uma diretora de propaganda de 50 anos que enfrenta o transtorno bipolar há mais de 25 anos. Ela se tornou exímia no controle das mudanças de humor, é bastante consistente no uso da medicação e tem tido uma carreira profissional bem-sucedida, apesar da doença. Seu único arrependimento é haver optado por não ter filhos. Ela disse a si mesma que o estresse de criar um filho seria demais, já que controlar a si própria tratava-se de

um trabalho de turno integral. No entanto, a verdadeira razão para que não tivesse filhos foi a incapacidade de se perdoar caso transmitisse os genes do transtorno bipolar à criança. Ela acredita que a culpa iria consumi-la e o desespero iria arrastá-la para um estado de depressão que a deixaria incapaz de funcionar como mãe.

Sempre que Brenda pensa a respeito de como a sua vida poderia ter sido diferente se tivesse filhos, ela fica enfurecida com a doença. Sua mãe tinha transtorno bipolar e de seus seis irmãos e irmãs, ela foi a única que herdou a doença. “Odeio ter essa doença. Por que eu? Passo algum tempo com as minhas lindas sobrinhas e sobrinhos e mais tarde me pego amaldiçoando minha mãe e a mim mesma.”

Brenda não precisou de uma conversa para levantar o espírito ou de estímulo para dar graças a Deus. Ela não precisou ter seus pensamentos negativos analisados. Em vez disso, este tipo de paciente precisa de confirmação do quanto é difícil viver com os altos e baixos do humor, com os efeitos colaterais da medicação e com o constrangimento de revelar informações sobre a sua doença para outras pessoas. Embora saiba que tomou as decisões certas, o apoio às suas escolhas e sacrifícios pode ser tranquilizador durante as épocas em que a situação fica difícil.

Em reação à raiva, muitos profissionais instintivamente proporcionavam encorajamento e apoio, inclusive tentativas de mascarar o próprio desânimo: “olhar o lado positivo das coisas” e oferecer esperanças de maneira menos convincente. Uma estratégia alternativa é validar os sentimentos de frustração dos pacientes em vez de passar rapidamente demais por eles querendo afastá-los. É razoável ter confiança nos próprios sentimentos de frustração sobre o processo vagaroso e sobre a efetividade menos que perfeita do tratamento. Tal conselho auxilia a fortalecer a afinidade com o paciente.

Barganhando pelo tratamento

À medida que os pacientes trabalham no processo de ajuste, indo da negação para a aceitação, podem imaginar ao longo do caminho que conseguem administrar a doença por meio de mudanças de comportamento. Se fizerem isso, podem se convencer de que talvez o diagnóstico não esteja completamente correto, que uma leve versão da doença esteja presente, ou que a mente prevalece sobre o corpo. Cada um escolhe o seu argumento para reduzir a dependência da farmacoterapia. Embora alguns tentem negociar com seus psiquiatras, muitos travarão um debate interno no qual são feitas promessas de um melhor autocuidado em troca da redução da necessidade de tratamentos formais. Outros decidem reduzir o consumo de álcool e melhorar os hábitos de sono e alimentação com esperanças de que os sintomas melhorem. Esse tipo de barganha pode ser interpretado como uma aceitação da doença sem a aceitação do tratamento.

O ato de barganhar também toma a forma de autoajuste ao esquema de medicação. Por exemplo, alguns pacientes modificam o horário ou a frequência do medicamento de acordo com um algoritmo não-sistemático que criaram. Isto pode incluir pular doses do medicamento, aumentar o intervalo entre as doses, aumentar ou diminuir a dose para alcançar uma remissão mais completa ou para ter menos efeitos colaterais. Outros pacientes substituem alguns ou todos os medicamentos por “remédios naturais”. A barganha normalmente consiste em retomar o esquema de medicação prescrito se o paciente começar a se sentir pior. Entretanto, o desejo de evitar ao máximo o uso de medicamentos pode levá-lo a subestimar os sintomas até que alcancem níveis intoleráveis.

Para auxiliar as pessoas a reconhecer a barganha como uma maneira de se ajus-

tar ao transtorno bipolar, o terapeuta pergunta se o paciente está fazendo mudanças ou propõe obter resultados no que diz respeito a se sentir melhor quanto à doença. Deve-se permitir que os pacientes tenham tempo para considerar a conexão entre barganhar comportamento e ajuste. A isso se seguiria a normalização do processo de barganha como uma fase que muitos experimentam até que se sintam confortáveis com o tratamento. Deve-se estimular os pacientes a expressarem seus sentimentos sobre a doença. É preciso se informar sobre o impacto que a doença teve nas vidas dos pacientes e como isso modificou a visão que possuem de si mesmos.

É uma questão de continuar com os autoajustes do paciente ou insistir na adesão ao plano prescrito. Permitir que os pacientes façam sugestões de mudanças configura uma maneira de expressar respeito por suas opiniões. Se o paciente sugerir um tratamento alternativo contraindicado, ainda pode existir uma oportunidade de negociar por um plano que resolva suas preocupações, mas clinicamente seguro.

Não é incomum que os pacientes expressem seus descontentamentos com o tratamento medicamentoso para o terapeuta, mas falhem em dar um *feedback* direto para o psiquiatra. Isso pode ocorrer devido à falta de assertividade, ao esquecimento ou planejamento inadequado do paciente, à intimidação pelo psiquiatra ou a tempo insuficiente durante a visita para tratar da medicação.

O médico que prescreve a medicação pode estimular os pacientes a descrever os fatores positivos e negativos dos seus medicamentos, e o terapeuta ensinar o paciente a dar voz às suas preocupações por meio do treino da assertividade ou de exercícios de *role-play*. Se necessário e com a autorização do paciente, o terapeuta liga diretamente para o psiquiatra a fim de facilitar a comunicação com o paciente.

Deprimido por estar doente

Conforme os indivíduos avançam nos estágios de luto de Kübler-Ross, trabalhando na direção da aceitação, normalmente alcançam um ponto onde se tornam totalmente cientes do significado e da profundidade de sua doença mental e o potencial para desorganizar suas vidas. Os custos de admitir a necessidade de farmacoterapia podem deixá-las oprimidas, perturbadas e desesperançosas com o futuro. Sentir tristeza depois de receber o diagnóstico de uma doença psiquiátrica crônica e incurável não é uma emoção abastecida por distorção cognitiva, mas uma resposta razoável ao que frequentemente parece uma sentença de morte. A depressão trata-se de uma parte necessária do processo de luto e não deveria ser rejeitada ou tratada muito rapidamente.

A reestruturação cognitiva talvez seja necessário para ajudar os pacientes a desafiarem seus pensamentos automáticos negativos e para preparar experimentos que testem as suas suposições sobre o futuro, se a depressão se prolongar ou se as crenças do paciente em relação à doença se tornarem distorcidas. O comparecimento em grupos de apoio como a *Depression and Bipolar Support Alliance* e inúmeros livros autobiográficos podem proporcionar modelos de uma convivência bem-sucedida com a doença.

Receber o diagnóstico de transtorno bipolar causa um efeito prejudicial na autoestima. Para recuperar a autoconfiança, os indivíduos devem examinar a visão que têm de si para incorporar a sua personalidade pré-mórbida com as mudanças causadas pelos episódios de depressão e mania. Alguns veem o transtorno bipolar como um defeito de caráter ou como uma cicatriz permanente. Subestimam suas habilidades para enfrentar a doença, ignoram os bons resultados e subestimam a capacidade dos outros de serem compreensíveis e de dar

apoio. O terapeuta pode auxiliá-los a reconstruir a autoestima ao desafiá-los a se redefinir: “Quem você é agora? O quão diferente de antes você está? Em que aspectos você continua sendo exatamente igual? Você ficou mais forte que antes?”.

A fantasia da aceitação

O saber clínico sugeriria que, quando as pessoas aceitam completamente as condições de sua doença, cooperam ansiosamente com o tratamento. Infelizmente, assim como a aceitação não é sempre um pré-requisito para a adesão, alcançar a aceitação não a garante. Problemas práticos – como esquecimento ou falta de recursos (Keck et al., 1996), efeitos colaterais intoleráveis da medicação (Gitlin et al., 1989; Keck et al., 1996; Nilson e Axelsson, 1989), desconforto com profissionais da área de saúde (Gitlin et al., 1989) e desestímulo familiar à farmacoterapia – podem interferir até mesmo nas melhores intenções de cumprir o tratamento.

No próximo capítulo, introduziremos estratégias para enfrentar esses e outros obstáculos à adesão total com o tratamento.

Pontos-chave para o terapeuta lembrar

- A adesão é um comportamento que aumenta e diminui com o decorrer do tempo.
- A adesão ao tratamento tem mais probabilidade de ser parcial do que completa ou ausente.
- Os melhores indicadores de adesão incompleta ao tratamento são o histórico prévio de não-adesão e a comorbidade psiquiátrica.
- A magnitude da relação entre negação/aceitação e adesão ao tratamento é mínima,

uma importância de apenas aproximadamente 16% de variação.

- No mínimo existem duas exigências para a adesão diária ao tratamento. Primeiro, os pacientes devem lembrar que um comportamento relacionado com o tratamento precisa ocorrer, como tomar os remédios; segundo, devem tomar a decisão de se dedicar àquele comportamento relacionado com o tratamento.
- Se um ambiente foi criado para uma conversa aberta e honesta acerca da adesão, com tempo os profissionais aprenderão como os pacientes tomam decisões cotidianas sobre o tratamento.
- A aceitação do diagnóstico de transtorno bipolar e do seu tratamento vem só depois de o paciente enlutar a perda do eu “normal” ou mentalmente “saudável”. Usando a descrição de Kübler-Ross das fases de luto, a negação é somente a primeira fase que as pessoas experimentam ao enfrentar uma perda.
- Alcançar a aceitação, entretanto, não garante a adesão.

Pontos para discutir com os pacientes

- Os pacientes escolherão um caminho que satisfaça o que acreditam ser a sua necessidade mais importante mesmo que a escolha não constitua uma boa ideia. Para algumas pessoas, a escolha de evitar ou interromper o tratamento pode não ser ideal, mas satisfazer a necessidade de se sentir normal e não ser rotulado de doente mental. Para outros, a decisão de aderir à farmacoterapia deve satisfazer a necessidade de estabilidade emocional, mesmo que os medicamentos causem efeitos colaterais desconfortáveis.
- Se a probabilidade de recaída sem tratamento consistente é descrita como inevitável, de acordo com o “efeito da certeza” (Tversky e Kahneman, 1981), as pessoas têm maior tendência de concordar com o tratamento do que se os riscos são enquadrados meramente como prováveis, particularmente quando descritos em detalhes.
- Se considerarmos as muitas influências em potencial nas decisões dos pacientes de seguir os seus planos de tratamento prescritos, é importante que os profissionais explorem cada razão para aderir ou não ao tratamento.

Contratos de adesão

ESTABELECIMENTO DE UM FÓRUM PARA A DISCUSSÃO DOS PROBLEMAS DE ADESÃO

A Sra. Munoz não tomava a sua medicação regularmente. Com todas as coisas que ela tinha na cabeça, com frequência esquecia. Ela tinha estado relativamente livre dos sintomas, mas sabia que era impossível prever por quanto tempo mais ela se sentiria bem, antes que a dor da depressão ou o caos da mania pudesse vir e despencar em cima dela. Periodicamente, a Sra. Munoz jurava se tornar mais diligente quanto à medicação. Ela não contava sempre toda a história ao seu terapeuta, Dr. Mendez. Quando ele perguntava sobre o assunto, ela respondia: “Sim, doutor, ainda estou tomando o meu lítio e estou me sentindo ótima. Não há problema com os sintomas. Estou bem”. A Sra. Munoz havia aprendido a gostar de seu médico e se importava com o que ele pensava dela. O Dr. Mendez ficaria decepcionado se soubesse que a Sra. Munoz não aderiria adequadamente ao esquema de medicação. “Ele ficaria preocupado comigo”, pensava ela, “Ficarei bem”. Embora a Sra. Munoz se sentisse à vontade quando conversava com o Dr. Mendez sobre a maioria das coisas, ela acreditava que a sua falha em tomar a medicação como lhe havia sido prescrita viria a preocupá-lo. Ela temia a sua desaprovação, rejeição e retirada do apoio. Consequentemente, a Sra. Munoz sonegava informações sobre as doses não tomadas.

Para evitar esse tipo de problema, é importante estabelecer um precedente de discussão das questões de adesão no início do tratamento. Entretanto, os profissionais devem primeiro aceitar que os pacientes não vão sempre seguir as instruções, mesmo que elas tenham sido claramente explicadas, que sejam do maior interesse dos pacientes e que isso vá ajudá-los enormemente com os seus transtornos. Segundo, é importante introduzir a ideia de que a adesão total pode ser difícil de alcançar mesmo quando o paciente tem as melhores intenções. Por exemplo, o profissional deve dizer:

“Como você provavelmente já sabe, esta medicação será mais útil se você tomá-la todos os dias. Muitas pessoas têm dificuldade de fazer isso. Elas esquecem, ou os medicamentos terminam, ou simplesmente decidem que não gostam dela. Quero conversar sobre qualquer problema que você venha a ter para tomar a sua medicação regularmente ou sobre quaisquer dúvidas que tenha a respeito dela de um modo geral. Isto nos dará a chance de desenvolver um plano que ajude você a ser mais consistente com os medicamentos ou a conversar sobre fazer mudanças quando algum de nós achar necessário. Esta ideia faz sentido para você? Para fazermos isto, você e eu temos que nos sentir a vontade para conversar sobre as vezes que você deixa de tomar seus medicamentos.”

Alguns profissionais estão preocupados que este tipo de conversa sobre adesão possa inadvertidamente provocar a não-adesão dos pacientes por deduzir que ela é aceitável. Assemelha-se com a preocupação de que perguntar sobre pensamentos suicidas possa na verdade sugerir o suicídio aos pacientes. Esta teoria ainda não foi formalmente testada, mas a experiência sugere que ela não tem base nos fatos. Para evitar tal sugestão, a mensagem dada aos pacientes deve ser de que a não-adesão ao tratamento é comum, mas traz más consequências para o seu bem-estar.

Depois que o Sr. Silver reclamou dos efeitos colaterais da sua medicação, o clínico-geral sugeriu que ele ligasse para o seu psiquiatra a fim de perguntar sobre a interrupção do medicamento. O Sr. Silver estava se sentindo melhor, e ele e seu clínico-geral estavam preocupados com os quilos extras que aquele tinha ganhado desde que havia começado a tomar lítio. Embora os pacientes costumem interromper a medicação sem antes procurar um profissional, o Sr. Silver ligou para o seu psiquiatra para pedir permissão. O psiquiatra havia instituído o hábito de conversar sobre a adesão à medicação com todos os pacientes, e este precedente, que foi estabelecido durante o tratamento, fez com que o Sr. Silver se sentisse à vontade para discutir as mudanças na medicação antes de tomar alguma medida.

Se mais de um profissional está tratando um paciente (p. ex., um psiquiatra e um psicoterapeuta), é melhor que cada um esteja ciente do plano de tratamento do outro. Desta maneira, podem trabalhar juntos para monitorar o progresso do paciente e determinar se a não-adesão configura-se um problema. Não é necessário começar cada consulta com uma interrogação: “Você tomou a sua medicação nesta semana? Tem certeza de que não esqueceu nenhuma dose? Me mostre o frasco de comprimidos e deixe que eu mesmo veja”.

É melhor uma abordagem menos acusatória. Por exemplo, “Você tem tido alguma dificuldade para tomar a medicação ultimamente?”. Se não há indicação de que a adesão tem sido um problema, não existe razão para continuar com a conversa. Se o clínico tiver algum indício de que o paciente não tem tomado a medicação (p. ex., resultados de exames laboratoriais que indiquem um baixo nível plasmático da medicação), é melhor conversar com o paciente diretamente, afirmando que os resultados laboratoriais estavam abaixo do nível terapêutico, o que normalmente significa que o paciente tem esquecido algumas doses. O clínico pode normalizar o problema lembrando o paciente que muitas pessoas apresentam dificuldade de aderir ao tratamento por um longo período de tempo.

O sucesso de um plano de tratamento depende muito da aceitabilidade do paciente. A maneira mais simples de determinar a resposta do paciente é revisar o diagnóstico e o tratamento junto com este e perguntar a sua opinião. “O diagnóstico faz sentido?” “Você acha que ele descreve o que você tem sentido?” “Você acha que este plano de tratamento vai funcionar?” Conforme o paciente for respondendo, o clínico presta atenção nas crenças latentes ou nas atitudes em relação ao tratamento.

Não é incomum que os pacientes se sintam apreensivos com o tratamento. Se tiverem preocupações prolongadas, podem concordar em seguir as recomendações do tratamento enquanto estiverem no escritório, mas falhar em segui-las quando estiverem em casa. Perguntar sobre os sentimentos e preocupações dos pacientes dá aos profissionais da área de saúde uma oportunidade de tratar destas questões antes de interferir no tratamento. Perguntas simples (p. ex., “Por quanto tempo vou ter que tomar a medicação?”) podem sugerir alguma preocupação com adicção, dependência ou custo de tratamento. Comportamentos não-verbais também dão pis-

tas das preocupações latentes. Expressão de confusão, ceticismo ou outras expressões faciais podem sugerir que os pacientes estão preocupados ou que não estão prestando atenção. Verbalizar tais observações (p. ex., “Você parece confuso”) pode abrir a porta para o diálogo.

Embora os receios ou as crenças dos pacientes sobre o tratamento possam parecer ilógicos ou absurdos, é melhor validar suas preocupações latentes do que negar ou rejeitá-las. Se um paciente diz “Me sinto como um viciado quando tenho que tomar remédio todos os dias”, pergunte sobre as suas preocupações e demonstre que você entende esta perspectiva. Por exemplo, os profissionais podem perguntar: “O que você acha que vai acontecer se você continuar tomando esta medicação?”. Uma estratégia menos eficiente é invalidar as preocupações do paciente: “Não seja bobo. Estes são medicamentos prescritos, e não drogas de rua. Eles não vão deixá-lo exaltado e não vão causar dependência”.

Para obter adesão ao tratamento, as pessoas devem entender:

1. a razão física do tratamento;
2. o propósito da intervenção;
3. os resultados esperados se a intervenção tiver êxito;
4. as suas responsabilidades específicas.

Uma pessoa que não entende a importância ou propósito do tratamento não tem razão para cumpri-lo. Os pacientes nem sempre se dão conta de que necessitam deste tipo de informação ou que têm o direito de fazer perguntas. Os clínicos podem ajudar os seus pacientes a ser consumidores esclarecidos, estimulando-os a fazer perguntas e a serem tão ativos no plano de tratamento quanto se espera que sejam na execução do plano medicamentoso.

O quanto os pacientes sentem que tem os recursos necessários para executar uma intervenção também afeta a adesão. Os re-

ursos podem incluir dinheiro para comprar a medicação ou para as consultas, transporte para a clínica, habilidade de lembrar de tomar as múltiplas doses diariamente, tolerância aos efeitos colaterais, assim como apoio e assistência de terceiros. A falta de recursos é um obstáculo comum à adesão para as pessoas que não têm condições de trabalhar por causa de sua doença. A assistência financeira de assistentes sociais, serviço social e famílias pode ser particularmente útil na redução deste obstáculo ao tratamento.

A PSICOEDUCAÇÃO

As pessoas com doenças psiquiátricas nem sempre recebem informações suficientes sobre os seus transtornos ou tratamentos. Sintomas como dificuldade de concentração, pensamentos rápidos, distração e ansiedade podem não estar sempre aparentes para os clínicos, mas reduzir a compreensão do paciente ou a retenção de informações. Do mesmo modo, os profissionais podem não transmitir as informações efetivamente ou não dispor de tempo suficiente para educar os pacientes. O jargão usado nas interações diárias entre os profissionais de saúde mental é frequentemente confuso para os pacientes (p. ex., “Você está tendo uma crise hipomaníaca” ou “Você pode estar tendo uma recaída de depressão maior”). Os pacientes às vezes podem recordar o diagnóstico feito no passado, mas não entender o que isso significa. Nem sempre eles pedem esclarecimento, porque estão envergonhados de reconhecer que não entendem uma palavra ou expressão usada para descrever a sua doença ou tratamento. Às vezes os profissionais da área de saúde não conseguem dar informações adequadas, porque acreditam que o paciente é incapaz de entender, que não estão interessados ou que já tenham sido informados anteriormente por outro

profissional. Apesar das boas intenções, o aprendizado não acontece se a informação não é claramente comunicada ou recebida.

Em clínicas ou práticas com muito movimento, com frequência há pouco tempo para a educação do paciente. Por necessidade, os profissionais devem reduzir as consultas a fim de poderem atender um número maior de pacientes. Enquanto devem existir muitas explicações razoáveis para a educação inadequada do paciente, existem poucas desculpas legítimas.

Por que a educação do paciente é importante

Existem algumas evidências de que a educação do paciente pode melhorar a adesão ao tratamento e facilitar o ajuste à doença. Peet e Harvey (1991) escolheram aleatoriamente 60 pacientes que tomavam lítio para participar de um grupo educacional que assistiu a uma palestra em vídeo de 12 minutos sobre o lítio e recebiam o conteúdo da palestra transcrito ou para receber a farmacoterapia tradicional. A observação e a medição das atitudes dos pacientes em relação ao lítio e ao entendimento do tratamento com lítio antes e depois do vídeo educacional mostrou uma melhora significativa depois das palestras.

Van Gent e Zwart (1991) proporcionaram sessões educativas para 14 pacientes com transtorno bipolar e para seus parceiros e parceiras. Após cinco sessões educativas e acompanhamento por seis meses, os parceiros demonstraram maior entendimento da doença, do lítio e das estratégias sociais para lidar com os sintomas de seus companheiros. Os níveis séricos de lítio dos pacientes se mantiveram iguais após um ano do programa de educação em relação aos níveis atingidos durante o programa. Isto sugere que o programa de educação pode ter ajudado a prevenir a dete-

rioração da adesão ao longo do tratamento, que com frequência é encontrada nos pacientes tratados com lítio.

Altamura e Mauri (1985) e Youssel (1983) também testaram a eficácia da educação do paciente em melhorar a adesão no tratamento de pacientes ambulatoriais com depressão. Ambos estudos indicaram que os pacientes que receberam informações sobre a sua doença tinham maior probabilidade de seguir o plano de tratamento prescrito.

Em um estudo mais elaborado de educação do paciente, Seltzer, Roncari e Garfinkel (1980) proporcionaram nove palestras para pacientes internos sobre o seu diagnóstico, trajetória de tratamento, medicação, efeitos colaterais, recaídas e importância do apoio social. Baseado no diagnóstico e no tipo de medicação atual, 44 pacientes com esquizofrenia, 16 com transtorno bipolar e 7 com depressão maior foram colocados em um desses grupos de aporte educacional ou em um grupo-controle sem aporte educacional. A adesão era medida por meio de contagem dos comprimidos ou níveis de medicação no sangue. Cinco meses mais tarde, os pacientes dos grupos educativos demonstraram maior adesão ao tratamento e tinham menos receio dos efeitos colaterais e da dependência dos medicamentos, do que aqueles no grupo-controle. O índice de não-adesão para os membros do grupo educacional foi 9%, enquanto o índice de não-adesão para o grupo-controle foi de 66%.

Esses estudos são alguns exemplos do valor da educação do paciente. É difícil de afirmar se o tipo de efeito observado (p. ex., diminuição dos efeitos colaterais e melhor adesão) depende do tipo de informação fornecida aos pacientes. Os pacientes psiquiátricos, como todos os outros pacientes, podem ser melhores participantes no processo de tratamento se compreenderem a natureza do transtorno e o seu papel no tratamento.

Por que a educação da família é importante

Ângela foi diagnosticada com transtorno bipolar quando estava no primeiro ano de faculdade, mas conseguiu controlar a doença razoavelmente bem e se formou com distinção. Depois da formatura, ela voltou para casa a fim de morar com seus pais até que estivesse bem estabelecida em seu novo emprego na empresa de seu pai e se sentisse confiante para morar sozinha. Vários anos se passaram e ela ainda estava morando com os pais. Ângela se ressentia com essa situação, mas receava ficar sozinha. Os pais viam a filha como uma “deficiente”, incapaz de se cuidar e frágil. Ela era protegida do estresse e se esperava pouco dela em casa. Ela não era pressionada para trabalhar em turno integral ou estimulada a construir sua vida independente da família. Quando Ângela encarava alguns desafios no trabalho ou fazia algum curso de graduação, retrocedia no primeiro sinal de desconforto.

Ao encontrar com Ângela pela primeira vez, ficou claro que ela tinha várias concepções equivocadas sobre a doença e sua vulnerabilidade a recaídas. A mãe, uma enfermeira aposentada, alimentou as preocupações de Ângela de que ela nunca levaria uma vida “normal”. Ela sentiu a necessidade de evitar que a filha se expusesse a qualquer estresse ou desafio.

A situação de Ângela é bastante comum e dá um bom exemplo de como é importante educar os pacientes e seus membros familiares sobre a doença. A maioria das famílias dos pacientes terá dúvidas sobre os sintomas da mania e da depressão, sobre o tratamento e sobre o prognóstico para o futuro. Educar os membros familiares acerca do transtorno bipolar cumpre duas funções. Primeiro, ajuda os membros familiares a lidar com a sua própria dor e sofrimento e os prepara para os tempos di-

fíceis que estão por vir. Segundo, a educação da doença recruta a família como participantes ativos no processo de tratamento.

Aquelas pessoas que moram junto, que têm contato regular ou que possam auxiliar os pacientes no tratamento devem estar envolvidas com o processo de educação. Esposos, filhos e pais são bons candidatos. Às vezes, amigos da família também estão incluídos. A verdadeira questão é: quem o paciente quer que se envolva no tratamento? É necessário mensurar o envolvimento dos familiares às necessidades especiais de cada indivíduo. Como sempre, é importante que o profissional proteja a confidencialidade do paciente e obtenha a sua permissão antes de dar informações clínicas aos membros da família.

Quando educar

Cada contato com os pacientes e membros familiares é uma oportunidade para educá-los sobre como conviver com o transtorno bipolar. O momento mais óbvio é quando se faz o diagnóstico. Frequentemente, isso acontece na emergência de um hospital ou numa unidade de internação, quando o paciente se encontra gravemente doente. À medida que a condição mental do paciente está reabilitada, o processo de educação é iniciado.

Depois que o paciente houver sido liberado do hospital, o processo de educação continua. Como foi mencionado anteriormente, os sintomas experimentados durante a fase aguda do tratamento podem ter interferido na habilidade dos pacientes de compreender toda as informações dadas, e os profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes ambulatoriais podem sondar o quanto de informação foi assimilada e preencher algumas lacunas. A informação será mais bem assimilada se as experiências do dia-a-dia forem utilizadas para ilustrar os conceitos

ensinados. Cada visita de um paciente ambulatorial oferece uma oportunidade para que os profissionais perguntem sobre as experiências que os seus clientes possam ter tido com os sintomas do transtorno bipolar e sobre o tratamento.

É comum para os pacientes mudarem os profissionais da área de saúde diversas vezes durante o curso de suas vidas. A cada ponto de transição, o processo de educação inicia novamente. Mesmo que os indivíduos tenham recebido cuidados de profissionais proeminentes, com reputação de educar o paciente e seus membros familiares, aqueles que mais tarde derem seguimento ao tratamento de um paciente nunca devem supor desnecessária a educação. Além disso, à medida que as pesquisas continuarem a expandir o nosso entendimento da psicobiologia e do tratamento dos transtornos de humor, existirão novas informações para partilhar.

Os profissionais se diferenciam por suas filosofias de tratamento. Por exemplo, alguns psiquiatras ensinam os pacientes a fazer mudanças no seu esquema de medicação quando as crises de depressão ou mania parecem iminentes. Outros preferem conversar sobre qualquer mudança na dosagem com os pacientes antes de qualquer ajuste desta natureza. Os pacientes podem não saber que existem estratégias diferentes para controlar os sintomas do transtorno bipolar, dependendo dos seus sintomas, dos seus estilos de vida e preferências, treinamento e agrado dos médicos. Podem pressupor logicamente que um novo psiquiatra proporcionará o mesmo cuidado que o anterior teve. Quando tratarem de pacientes novos, os profissionais podem diminuir os equívocos por partilhar a filosofia do seu tratamento. Se esta filosofia de cuidados não combinar com as necessidades dos pacientes, é melhor conversar durante a fase inicial do tratamento e, se necessário, indicá-los outro profissional.

Como educar

Há bastante material informativo sobre o transtorno bipolar disponível em livrarias, por meio da *Depression and Bipolar Support Alliance* (DBSA – www.dbsalliance.org) e do *National Institute of Mental Health* (dos Estados Unidos).^{*} A internet é uma ótima fonte de informações, dispondo desde dados reais sobre as opções de tratamento a relatos da doença. Grupos de apoio *on-line* se tornaram populares como alternativas às terapias de grupo. Divisões locais da DBSA conduzem seminários educativos e grupos de autoajuda para as pessoas que têm transtorno bipolar ou depressão e para os membros familiares. Muitas organizações convidam profissionais e pesquisadores da comunidade para realizar mensalmente apresentações aos grupos da DBSA.¹

MÉTODOS PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO

O objetivo da TCC aplicada ao transtorno bipolar é maximizar a adesão à farmacoterapia e a outras formas de tratamento ao longo do tempo. A ênfase no enfraquecimento da adesão pressupõe que, mesmo sob as melhores circunstâncias, a maioria dos pacientes não terá condições de cumprir perfeitamente o tratamento em todas as épocas, particularmente se o tratamento perdurar toda a vida. Se os objetivos e métodos de tratamento são aceitáveis para os pacientes, a TCC empenha-se em aumentar a probabilidade de que o tratamento será seguido como prescrito. Isto

^{*} N. de R.T. No Brasil, ABRATA, www.abrata.org.br.

é alcançado pela identificação e remoção dos fatores que interfiram na adesão.

Nossa abordagem usa uma variação de contratos comportamentais que foi refinada e aumentada com a identificação e resolução dos obstáculos para a adesão. Este elemento crítico no contrato se diferencia dos contratos comportamentais tradicionais por ajudar as pessoas a antecipar os impedimentos à adesão antes que apareçam. Este processo de “investigação de erros” permite uma conversa aberta de adesão ao tratamento como um objetivo combinado mutuamente, mais que uma simples ordem. Os profissionais introduzem a noção de que a adesão total com o tratamento seria preferível, proporcionando uma análise racional sobre a necessidade de uso consistente da medicação a fim de maximizar a sua eficácia. Se o paciente não concorda com tal lógica, mais conversas são necessárias a fim de esclarecer como os medicamentos psicotrópicos funcionam e determinar se os pacientes têm algum equívoco em relação à farmacoterapia. Não é incomum que as pessoas com transtorno bipolar tenham passado por experiências ruins com medicamentos, particularmente se seus sintomas foram graves o suficiente para exigir tratamento de emergência ou hospitalização, ou se os medicamentos causaram efeitos colaterais graves. Tais experiências podem deixar os pacientes receosos das intenções de seus psiquiatras e da utilidade da farmacoterapia.

Outro aspecto que difere a abordagem da TCC para a adesão dos contratos comportamentais tradicionais é que não se oferece nenhuma recompensa externa. O foco da intervenção está na consistência dos pacientes com o tratamento porque isto faz com que se sintam melhores. Os profissionais podem ajudar, mas o ato de tomar a medicação regularmente é, no final das contas, responsabilidade do paciente. As consequências da não-adesão são internas

e pessoais. As recompensas pela adesão também devem ser.

A intervenção de contratos comportamentais para melhorar a adesão começa com uma clara definição do plano de tratamento ou de seus objetivos. Esses incluem um horário para as doses de medicamentos (p. ex., tomar 300 mg de lítio pela manhã, à tarde e antes de dormir), planos de consultas (p. ex., comparecer à consulta médica uma vez por mês, participar das reuniões dos Alcoolistas Anônimos três vezes na próxima semana) e/ou tarefas de casa (p. ex., preencher o Gráfico de Monitoramento do Humor todos os dias). Para ser bem-sucedido, o paciente e o profissional da área de saúde devem ambos entender e concordar com o plano de tratamento. Uma vez estabelecido, deve ser documentado em um formato que proporcione um registro a paciente e profissionais. A Figura 5.1 apresenta um exemplo da primeira parte de um contrato comportamental, em que os planos de tratamento são especificados.

O segundo passo no contrato de adesão é identificar os fatores que potencialmente evitariam que o paciente tomasse a medicação todos os dias. Isso inclui aspectos sobre o indivíduo (p. ex., humor, receios com a medicação e esquecimento) e influências externas (p. ex., membros da família que desestimulam o uso de medicamentos ou aconselhamento médico conflitante). A Tabela 5.1 lista alguns dos obstáculos comuns à adesão ao tratamento.

Para ajudar a identificar obstáculos em potencial à adesão, os terapeutas podem se informar sobre as experiências passadas do paciente, nas quais ele teve dificuldade para tomar os medicamentos de maneira consistente. A Tabela 5.2 lista algumas perguntas que exemplificam e podem ajudar a obter tais informações.

Pode ajudar se o profissional perguntar sobre qualquer horário do dia em par-

Eu, _____ (nome do paciente) _____, planejo seguir os planos de tratamento listados a seguir.

1. Tomar 900 mg de Lítio CR450 antes de dormir
2. Tomar 4 mg de AMBIEN para me ajudar a dormir
3. Ir ao médico uma vez por mês
4. Telefonar para o meu médico se eu achar que estou começando a ter mais sintomas ou se achar que é necessário fazer alguma mudança na medicação. Concordo em telefonar antes de fazer alguma mudança no esquema medicamentoso por conta própria.

FIGURA 5.1 Contrato de adesão: Parte I – Plano de tratamento.

TABELA 5.1

Obstáculos à adesão

Variáveis intrapessoais

1. Remissão dos sintomas e incapacidade de perceber a necessidade de continuar o tratamento.
2. Término da medicação do paciente e falta de uma nova prescrição.
3. Negação de que tem uma doença crônica, estigma associado com o transtorno bipolar.
4. Esquecimento.

Variáveis do tratamento

1. Efeitos colaterais da medicação.
2. O horário da medicação não se ajusta aos horários pessoais do paciente.
3. O paciente procura um novo médico, que muda os planos de tratamento.

Variáveis do sistema social

1. Estressores psicossociais.
2. Aconselhamento médico concorrente.
3. Desestímulo por parte da família e amigos.
4. Relatos de má experiência de outras pessoas com os medicamentos.

Variáveis interpessoais

1. Pouca concordância com o terapeuta e/ou psiquiatra.
2. Estabelecimentos clínicos cheios, desconfortáveis ou outros aspectos desagradáveis.

Variáveis cognitivas

1. O paciente não gosta da ideia de depender de medicamentos.
2. O paciente acha que deveria conseguir lidar sozinho com as alterações do humor.
3. O paciente atribui erroneamente os sintomas do transtorno bipolar a outra origem.
4. O paciente está receoso das intenções do psiquiatra.

TABELA 5.2

Como se Informar sobre a adesão

- “Todo mundo tem problemas para aderir ao tratamento. Isso já foi um problema para você?”
- “Que coisas no passado podem ter evitado que você tomasse a medicação regularmente?”
- “O que poderia evitar que você tomasse a medicação todos os dias?”

ticular em que as doses possam ser esquecidas ou puladas. Algumas pessoas saem apressadas para o trabalho e esquecem de tomar a dose da manhã. Outros adormecem antes de tomar a dose da noite. As doses no período da tarde são difíceis de lembrar se o indivíduo está ocupado com estudo, trabalho, responsabilidades com o cuidado dos filhos, reuniões, almoço, ou outras atividades neste horário.

Para antecipar os obstáculos em potencial à adesão, às vezes é útil fazer com que os pacientes imaginem as circunstâncias normais em que tomam a sua medicação ou executam uma tarefa de casa. Quais são as suas atividades típicas durante o horário em que geralmente tomam a medicação? Onde geralmente estão? Existem outros fatores no seu ambiente que

possam ser relevantes (p. ex., estar sozinho *versus* estar acompanhado, proximidade à medicação e horários das refeições)? A planilha de obstáculos ao tratamento na Figura 5.2 apresenta um formato para os pacientes listarem os obstáculos em potencial.

A Parte II do contrato de adesão lista os potenciais obstáculos para a adesão (ver Figura 5.3). Identificar os obstáculos pode ser o passo mais difícil na abordagem da TCC para melhorar a adesão. Frequentemente, é necessário usar um método de tentativa e erro, trabalhando por meio dos obstáculos iniciais e fazendo os pacientes monitorarem as circunstâncias que acompanham a não-adesão. A resolução dos obstáculos à adesão se torna o objetivo imediato do tratamento.

A seguir estão os fatores que possivelmente evitariam que eu aderisse ao meu plano de tratamento:

Problemas Práticos (p. ex., esquecimento, mudanças de horário, falta de dinheiro)

Problemas de Atitude ou Medos (p. ex., “Eu não tenho transtorno bipolar”, “Os medicamentos não vão funcionar”)

Estresses Cotidianos

(p. ex., problemas familiares, perda do emprego, desestímulo familiar ao uso da medicação)

Problemas Relacionados ao Tratamento

(p. ex., efeitos colaterais, problemas com o médico ou com a clínica)

Sintomas (p. ex., confusão mental, hipomania, preocupação)

FIGURA 5.2 Planilha dos obstáculos no tratamento.

Eu antecipo esses problemas no seguimento do meu plano de tratamento:

1. Se eu continuar a aumentar de peso em decorrência do lítio, posso querer parar de tomá-lo.
2. O AMBIEN pode parar de funcionar, e precisarei de algo mais forte.
3. Posso não ter tempo de buscar prescrições novas.
4. Quando chego tarde em casa, estou muito cansado para ir até a cozinha tomar meus comprimidos.

FIGURA 5.3 Contrato de complacência: Parte II – Obstáculos à complacência.

Alguns pacientes ansiosos por agradar seus médicos dirão que nada vai impedi-los de tomar a medicação. Enquanto esse entusiasmo geralmente é genuíno, o profissional da área de saúde não deve omitir a conversa sobre os obstáculos que, embora não planejados, podem surgir. Nesses casos, pode ser útil revisar as experiências passadas em que os pacientes tiveram dificuldade de seguir o tratamento como havia sido prescrito.

A última seção do contrato de adesão estabelece planos para evitar ou superar os obstáculos listados na segunda seção. Para cada obstáculo, paciente e terapeuta desenvolvem um plano para reduzir a probabilidade de que ele ocorra ou delineiam uma maneira de lidar com o obstáculo caso ele interfira na adesão. Deve-se perguntar aos pacientes sobre as estratégias que tentaram usar no passado para lidar com cada questão. Modificam-se ou adicionam-se estratégias para enfrentar a não-adesão conforme necessário, e escreve-se o plano na terceira parte do contrato (Figura 5.4). Nas seções seguintes, examinaremos as estratégias para tratar dos obstáculos mais comuns à adesão com a medicação.

O contrato pode ser desenvolvido por qualquer um dos profissionais da área de saúde que estejam trabalhando com o paciente informado do plano de tratamento. Pode levar até 45 minutos para se desenvolver inicialmente o contrato. O contrato deve ser revisado periodicamente para modificar os objetivos do tratamento se necessário, determinar qualquer problema com a adesão e mudar o plano com vistas a tratar dos obstáculos do tratamento, caso isso seja preciso. Às vezes os pacientes sentem-se mais à vontade para admitir os problemas com a adesão para outros profissionais que não seus médicos (p. ex., enfermeiros ou terapeutas). Eles tentam passar uma boa impressão ou temem as consequências de decepcionar o seu médico por admitir a não-adesão. Não é crítico que o psiquiatra faça parte do desenvolvimento do contrato ou da sua revisão. Entretanto, é importante que o plano de tratamento que forma a base da intervenção esteja de acordo com as recomendações do médico. Pedir para que os pacientes levem seus medicamentos ou falem diretamente com o psiquiatra auxilia a evitar a ocorrência de erros.

Para superar esses obstáculos, planejo fazer o seguinte:

1. Aderir aos Vigilantes do Peso. Caminhar pela vizinhança.
2. Melhorar o sono por não beber café depois das 16 horas ou qualquer outra bebida com cafeína.
3. Planejar com antecedência. Marcar no calendário agora a data de quando será necessária nova prescrição.
4. Manter a dose da noite na cabeceira com um copo de água.

FIGURA 5.4 Contrato de adesão: Parte III – Plano para reduzir os obstáculos à adesão.

REDUZINDO OS OBSTÁCULOS À ADEÇÃO

Nas seções seguintes, examinaremos as estratégias que descobrimos ser úteis para lidar com os obstáculos comuns à adesão. Entretanto, é preciso mencionar que as soluções dos pacientes para os seus próprios obstáculos no tratamento são frequentemente muito mais eficazes e criativas que as criadas pelos profissionais. Portanto, antes de encaminhar qualquer intervenção da TCC, perguntamos aos pacientes como eles têm lidado anteriormente com cada obstáculo. Prescrevemos os métodos que tenham sido bem-sucedidos ou os modificamos para deixá-los mais úteis, bem como evitamos as estratégias que não tiveram êxito nas experiências dos pacientes.

Obstáculos intrapessoais à adesão

Entre os obstáculos intrapessoais para a adesão do tratamento estão os sintomas, humor, crenças, atitudes e medos. A gravidade dos sintomas é uma variável intrapessoal que pode determinar a ansia de um paciente em se engajar ou permanecer no tratamento. Os pacientes com sintomas facilmente perceptíveis que desejam alívio imediato do seu desconforto estão mais suscetíveis a cumprir o tratamento. Se os sintomas são menos perceptíveis, e os efeitos colaterais, desconfortáveis, a adesão total se torna mais incerta. Alguns sintomas do transtorno bipolar, como confusão mental, pensamentos rápidos, dificuldade de concentração, ou diminuição da memória, podem tornar difícil para os pacientes compreender totalmente, lembrar ou organizar a si próprios bem o suficientemente para seguir o tratamento.

Os sintomas de depressão ou de mania também podem afetar a adesão. Quan-

do deprimidos, talvez os pacientes achem difícil motivar a si próprios para buscar tratamento, estejam cansados demais para se levantar e tomar a medicação, ou não se interessem em tentar fazer as tarefas de casa. Sentimentos de desesperança podem acompanhar a crença de que o tratamento é inútil, então por que se preocupar? Quando hipomaníacos ou eutímicos, alguns pacientes com transtorno bipolar não enxergam a necessidade de continuar com a medicação.

Trata-se de um período em que a família e os amigos podem ser particularmente úteis por estimular a adesão à medicação ou ajudar na busca de ajuda. Os membros familiares perguntam com frequência se devem ou não “pressionar” os parentes depressivos para que saiam da cama, tomem banho e se vistam, tomem a medicação ou vejam seus médicos. A resposta é “sim, mas gentilmente”. A natureza recorrente do transtorno bipolar permite, de fato, algumas oportunidades de planejamento antecipado para o próximo episódio da doença. Quando os pacientes estão eutímicos, estes e os membros familiares podem conversar sobre o que cada um deveria fazer quando a depressão ou a mania tornar a suceder. Por exemplo, Edwin começou a se recuperar da depressão. Encontrou-se com o seu médico e com seus pais antes de sair do hospital.

Médico: Você parece estar muito melhor.

Edwin: Acho que estou. Dessa vez achei que não fosse resistir.

Mãe: Nós também não. Tivemos tanto medo que achamos que um dia chegaríamos em casa do trabalho e o encontraríamos morto.

Pai: Ele não queria ser hospitalizado. Não estava tomando a sua medicação. Não queria se ajudar.

Médico: Você começou a ficar deprimido a seis meses atrás, mas isso lhe pareceu controlável?

- Edwin:* Tinha condições de trabalhar até o mês passado.
- Médico:* Sei que você estava relutante inicialmente para me telefonar ou para vir para o hospital. Você se sente bem com sua experiência aqui?
- Edwin:* Tudo bem. Me sinto melhor, mas preferiria estar em casa.
- Médico:* Acho que se tivéssemos conseguido tratar esse episódio de depressão mais cedo, provavelmente poderíamos tê-lo tratado em ambulatório. Se você começar a se sentir deprimido novamente, imagino o que poderemos fazer para tratá-lo mais rapidamente.
- Mãe:* Eu tentei fazer com que ele lhe telefonasse, mas ele se recusou. Por isso que desisti de discutir com ele e eu mesma lhe telefonei.
- Pai:* A gente sabia que isso ia acontecer. Foi exatamente como da última vez.
- Médico:* O que você percebeu?
- Pai:* Ele estava muito calado. Não tinha fome. Simplesmente sentava no seu quarto e escutava o rádio. Às vezes podíamos escutar o rádio às 2 ou 3 da manhã. Sabíamos que ele não estava dormindo. Achamos que talvez ele não estivesse tomando a sua medicação.
- Mãe:* Ele estava cansado. Ele passava da hora de acordar e às vezes chegava atrasado no trabalho e, então, simplesmente parou de ir. Ligaram de lá, mas o que poderíamos dizer? Só dissemos que ele estava doente, e eles presumiram que ele tinha pegado a gripe que todos estavam tendo.
- Médico:* O que seus pais podem fazer na próxima vez, se existir uma próxima, para motivar você a continuar com a medicação e a pedir ajuda?
- Edwin:* Darem apoio.
- Mãe:* Nós lhe damos apoio!
- Edwin:* Você me aborrece cada vez que eu pareço um pouco cansado. Se não quero comer, você se preocupa. Você sempre pensa que estou ficando deprimido quando geralmente estou somente tendo um dia ruim.
- Médico:* Mas você nem sempre está “bem”. Como desta vez, não era somente estresse por causa do trabalho que o deixou cansado e sem apetite.
- Edwin:* Às vezes é sério, mas eu fico cansado com os aborrecimentos.
- Médico:* O que eles poderiam dizer quando se preocuparem com você que não pareça um aborrecimento?
- Edwin:* (Pausa) Eles podem simplesmente dizer “Estou preocupado com você. Você está bem?”, e, se eu disser que sim, devem me deixar em paz.
- Mãe:* Mas é isso que fazemos!
- Edwin:* Não, mãe, você não acredita em mim e então segue perguntando até que eu fique irritado.
- Médico:* Talvez exista uma solução que lhe dê a ajuda de que você precisa sem contrariá-lo. Se os seus pais concordarem em perguntar e então esquecer o assunto quando você diz que está bem, você se dispõe a fazer algumas coisas?
- Edwin:* Como o quê?
- Médico:* Levar a sério as preocupações deles. Perguntar a si mesmo se você está começando a ficar depressivo. Você conhece os sinais. Se não for depressão, você não terá todos os sintomas físicos. Se você não estiver certo ou se você achar que pode estar tendo uma recorrência dos sintomas, me telefone para que possamos fazer algo a respeito, antes que a situação fique fora de controle. Outra coisa, antes de

você parar completamente de tomar a medicação, entre em contato comigo para que possamos conversar sobre os seus planos.

Edwin: Estou disposto, mas não sei se eles conseguem parar com os aborrecimentos.

Pai: Nós tentaremos, mas ficamos nervosos. Queremos ter certeza de que ele está bem.

Médico: Vamos tentar esse plano. Se não funcionar, nós arranjaremos um melhor. *(Para os pais)* Aqui está uma lista de sintomas de depressão. Se vocês ficarem preocupados, consultem a lista e se perguntem se ele está tendo vários sintomas ao mesmo tempo. Se não estiver, provavelmente não há por que se preocupar. Todo mundo se sente para baixo ou cansado de tempos em tempos, até mesmo o seu filho.

Outro tipo de obstáculo intrapessoal à adesão ao tratamento são as concepções equivocadas sobre a doença e seu tratamento. Por exemplo:

- “Você só toma remédios quando está doente, não quando está se sentindo bem.”
- “Se você tomar remédio por muito tempo, pode se tornar imune a ele. Então, quando você realmente precisa de remédio, não fará mais efeito.”
- “Como saberei se ainda preciso da medicação se eu continuo a tomá-la?”
- “Quando tomo a medicação, me sinto como um ‘papa-comprimidos’. Ficarei dependente da medicação se eu tomá-la.”
- “Me incomoda ser controlado pelos medicamentos.”
- “Se a minha depressão é biológica, então não há nada que possa fazer a respeito disso.”

Os erros de pensamento típicos de pacientes deprimidos também podem interferir na adesão ao tratamento. Por exemplo, a *atenção seletiva* aos aspectos negativos do tratamento, como potenciais efeitos colaterais ou probabilidade de pouca resposta, pode proporcionar aos pacientes mais razões para não tomar a medicação do que confiança em sua eficácia. A *hiper-generalização* das experiências anteriores também pode configurar um problema: “Bem, eu tentei a medicação desta vez, e ela não me ajudou. Não vejo razão para tomá-la novamente.” *Personalizar* as experiências ruins dos outros também influencia os pacientes: “Minha mãe tomou esse, e não a ajudou em nada” ou “Minha tia tomou esse remédio, e ela teve um ataque cardíaco”. Declarações do tipo *deveria* (p. ex., “Eu não deveria precisar depender da medicação” ou “Eu não deveria estar doente”) também evitam que muitos pacientes procurem ou sigam um tratamento.

Para alguns pacientes, o uso contínuo de medicação é uma lembrança desconfortável de que são diferentes, de que estão contaminados com uma doença crônica e que esta doença pode comprometer o seu futuro. Negligenciar a medicação elimina a lembrança. Em diversas pesquisas com pacientes que tomam lítio (Jamison, Gerner e Goodwin, 1979; Johnson, 1973, 1974; Simons, Levine, Lustman e Murphy, 1984; Vestergaard e Amdisen, 1983), uma das razões mais comuns citadas pelos pacientes para interromper a medicação era a sua aversão por depender da medicação para controlar o seu humor. Nesses casos, o obstáculo à adesão é o significado vinculado ao ato de tomar a medicação. A solução do problema requer um exame deste significado especial, a avaliação da sua validade e uma redefinição de “tomar medicação” que seja aceitável para os pacientes e, portanto, os deixe à vontade para cumprir o tratamento de medicação.

- Charles:* Odeio tomar esses comprimidos.
- Terapeuta:* Por que você odeia?
- Charles:* Eles me deixam com sede. E ganhei todo esse peso. Não é justo.
- Terapeuta:* O que não é justo?
- Charles:* Essa doença estúpida. Ter que pensar nela o tempo inteiro. Não poder fazer as coisas que as pessoas normais fazem.
- Terapeuta:* Que tipo de coisas?
- Charles:* Tudo!
- Terapeuta:* Me ajude a entender o que você quer dizer com “tudo”.
- Charles:* A vida. Minha vida não é normal. Eu não sou normal e nunca serei.
- Terapeuta:* Você está certo. Você tem uma doença que o torna diferente da maioria das pessoas. Ter que tomar remédios todos os dias é parte disso. Existem algumas coisas específicas que você gostaria de fazer, mas que você acha que a sua doença o está impedindo de fazer?
- Charles:* Bem, sim. Não posso passar a noite inteira na rua com os meus amigos como costumava fazer. Não posso beber. Nunca poderei voar de avião, viver livre ou simplesmente me divertir sem me preocupar que possa estar me divertindo demais, você sabe, perdendo o controle.
- Terapeuta:* Você está dizendo que ter o transtorno bipolar e tomar medicação é como perder a sua liberdade?
- Charles:* Sim, é como ser um prisioneiro, sou cerceado.
- Terapeuta:* Você sempre se sente assim?
- Charles:* Não. Na maior parte do tempo eu posso lidar com a situação bastante bem. É quando os amigos aparecem para assistir um jogo e daí querem sair para fazer festa. Tenho que agir como a minha própria mãe e dizer (*sarcasticamente*), “Não, pessoal, o Charlie precisa ficar em casa e tomar a sua medicação”.
- Terapeuta:* É nessas oportunidades que você para de tomar a medicação?
- Charles:* Acho que sim. Mas começo a me sentir mal depois de um tempo e tenho que começar a tomá-la novamente.
- Terapeuta:* Quando você para de tomar a medicação, você sente que tem mais liberdade?
- Charles:* Não, não mesmo.
- Terapeuta:* Então, de que forma não tomar a medicação ajuda você?
- Charles:* Não ajuda. Sou simplesmente louco.
- Terapeuta:* Se isso não ajuda, talvez exista outra coisa que você possa fazer para se sentir melhor quando pensar que perdeu a sua liberdade.
- Charles:* Como o quê?
- Terapeuta:* Bem, parece que você sugeriu duas soluções até agora – liberdade total, o que significa nenhuma medicação e nenhuma doença, ou total restrição, o que significa nenhuma diversão. Imagino que poderia conciliar as partes.
- Charles:* Acho que poderia ir a festas, mas voltar para casa antes de virar um lobisomem. (*risadas*)
- Terapeuta:* Acho que você está no caminho certo. Talvez possamos encontrar um caminho para você manter a sua liberdade e, ao mesmo tempo, manter a sua saúde. Isso lhe parece um bom plano? Dessa maneira, quando você começar a se sentir cerceado, você tem escolhas de

ação em vez de parar de tomar a sua medicação. O que você acha?

Charles: OK.

Neste exemplo, paciente e terapeuta podem remover o obstáculo cognitivo à adesão da medicação por lidar com os sentimentos de restrição do paciente de uma maneira mais eficiente.

Quando apropriado, os clínicos devem tratar as concepções equivocadas sobre a medicação com os pacientes apresentando informações a eles. Vários estudos demonstraram a eficácia da educação do paciente na mudança das atitudes em relação à doença (Cohen, 1983; Peet e Harvey, 1991; Seltzer et al., 1980; Van Gent e Zwart, 1991), por meio do ensino de estratégias sociais para lidar com os sintomas (Van Gent e Zwart, 1991) e da melhoria da adesão (Altamura e Mauri, 1985; Seltzer et al., 1980; Van Gent e Zwart, 1991; Youssel, 1983). Na prática geral, é melhor fornecer informação verbal ao paciente e recomendar leitura suplementar sobre o assunto. Uma lista de materiais educacionais recomendados pode ser encontrada no apêndice deste livro. Videoteipes informativos estão disponíveis para complementar as leituras ou as instruções verbais. Os pacientes podem assistir os videoteipes na sala de espera ou em salas de exibição privadas se o espaço permitir.

Assim como outros obstáculos à adesão, a prevenção é a chave para superar os obstáculos intrapessoais. No início do tratamento, os clínicos podem perguntar sobre as experiências passadas dos pacientes com o tratamento, medicação, psicoterapia e profissionais da área de saúde. Os pacientes têm alguma preocupação em começar um tratamento novamente? Os pacientes têm alguma preocupação relacionada com o terapeuta? Os pacientes já tiveram alguma dificuldade para aderir ao tratamento? Dispor de tempo para conversar sobre tais dificuldades em potencial

no início do curso do tratamento proporciona uma oportunidade para diminuir os obstáculos antes que eles causem problemas.

Obstáculos do sistema social à adesão

A família e os amigos podem estimular os pacientes a buscar tratamento, fornecer cuidados físicos quando necessário e ajudar os pacientes a lidar com o estresse. Entretanto, os membros familiares e os amigos que têm crenças sobre o tratamento contrárias às crenças dos profissionais podem influenciar negativamente a adesão ao tratamento. Em particular, se amigos ou parentes tiveram ou escutaram que outros tiveram más experiências com a medicação, podem desencorajar os pacientes a tomar a medicação. Além disso, os membros familiares que acreditam que os pacientes deveriam estar aptos a “sair dessa” sozinhos censuram a busca de ajuda externa. O *feedback* que os pacientes recebem nesses casos pode incluir:

- “Meu marido pensa que psiquiatria é um monte de conversa fiada.”
- “Minha mãe disse que eu só preciso de férias longe das crianças.”
- “Depois que minha colega viu aquele especial na televisão sobre remédios, ela disse que, com todos os riscos envolvidos, eu estava em melhor situação deprimida.”
- “Meu pai disse que só ‘bananas’ tomam esse remédio.”

Talvez seja útil se reunir com o paciente e seus familiares para conversar sobre essas questões e proporcionar a todos os participantes a oportunidade de dar voz a suas preocupações. Se os pacientes estiverem dispostos, pode ser benéfico convidar os membros da família para participar de algumas sessões de tratamento, telefo-

nar quando tiverem preocupações e se tornarem ativos no processo de tratamento. É útil renomear o seu ceticismo em relação à terapia e ao terapeuta como um sinal de que eles estão interessados no bem-estar dos pacientes. É particularmente importante que os profissionais controlem a sua capacidade de agir defensivamente e tentem manter a mente aberta e respeitar as opiniões alheias.

Os aconselhamentos médicos contraditórios são o obstáculo social mais forte para a adesão. A fonte do aconselhamento pode vir de outra pessoa que não seja um profissional da área de saúde, dos noticiários televisivos, de programas de entrevistas, de artigos de revistas ou do *Physicians' Desk Reference* (2003), que é uma base de dados em farmacologia e toxicologia.

“Quando morei na Califórnia, meu terapeuta me disse que eu tinha problemas psicológicos provenientes da minha família disfuncional. Ele disse que eu precisava de uma psicoterapia de longo prazo, e não de medicação. O médico da minha família diz que se pode ficar viciado nesses remédios, então ele nunca permitiu que eu os tomasse.”

Os profissionais enfrentam um grande risco se tentam desconsiderar as palavras de um outro profissional que possa estar associado ao paciente. Um profissional que rejeita o aconselhamento de outro força os pacientes à desagradável situação de ter que escolher em qual profissional acreditar. Uma posição estrategicamente mais segura é presumir que, dada a informação disponível no momento, as recomendações devem ter sido válidas ou que os pacientes podem haver lembrado incorretamente as opiniões de outros clínicos. Antes de discordar abertamente de outros profissionais, os terapeutas devem demonstrar um esforço de compreender a opinião contraditória. Por exemplo, o terapeuta pode perguntar aos pacientes o que eles pensam sobre

a opinião contraditória. Se eles não têm certeza de qual abordagem de tratamento é a melhor para eles, o terapeuta conversa a respeito do tema mais extensamente, sugere leituras relacionadas e/ou que se procure uma terceira opinião.

Se materiais publicados são a fonte de opiniões médicas contraditórias, deve-se reservar tempo para conversar sobre esses materiais com os pacientes. As descrições de efeitos colaterais potenciais dos medicamentos listados no *Physicians' Desk Reference*, por exemplo, frequentemente assustam pacientes e familiares. É importante conversar com os pacientes sobre a probabilidade de tais problemas, avaliar esses efeitos contra os potenciais benefícios do tratamento e desenvolver um plano para determinar as suas ocorrências e intervenções, caso necessário.

Estressores como obstáculos à adesão

Os estressores psicossociais, como problemas conjugais, prejuízos financeiros ou desemprego, podem interferir no tratamento de três maneiras. Primeiro, as pessoas preocupadas com os problemas do dia-a-dia podem esquecer de tomar seus medicamentos, de fazer as tarefas de casa ou até de comparecer aos compromissos. Segundo, os estressores consomem um tempo que poderia ser empregado em atividades relacionadas com o tratamento (p. ex., participar das reuniões de um grupo de apoio). Terceiro, os estressores exacerbam os sintomas. Por exemplo, o estresse pode manter as pessoas acordadas à noite. A falta de sono pode, por sua vez, causar fadiga, letargia, diminuição da motivação ou até um episódio maníaco.

Nelly andava com a cabeça cheia. A empresa onde trabalhava havia sido vendida, e ela receava perder o emprego em

breve. Havia sido difícil encontrar este trabalho, e ela estava preocupada com a possibilidade de não ter tanta sorte da próxima vez. O transtorno bipolar a havia incapacitado por extensos períodos de tempo nos últimos oito anos. Sua carteira de trabalho tinha vários intervalos difíceis de explicar para os contratantes em potencial. Ela deitava sem conseguir dormir e ficava pensando sobre esses problemas. Quando finalmente conseguia pegar no sono, tinha um sono agitado. Pela manhã, Nelly estava cansada e facilmente sentia fadiga. Sabia que, sem conseguir dormir, muito em breve começaria a experimentar sintomas de mania. Embora estivesse tomando sua medicação como lhe havia sido prescrita, isto não era suficiente para prevenir um ataque dos sintomas se a insônia persistisse. Se ela reconhecesse a emergência de seus sintomas, poderia optar por intervir com agentes farmacológicos para melhorar a qualidade do sono, com métodos de solução de problemas para lidar com os seus estressores ou com técnicas comportamentais para facilitar o sono.

As intervenções apropriadas à redução de estressores psicossociais que interferem no tratamento variam de acordo com o tipo de estressor. Uma abordagem de solução de problemas estruturada pode ser eficaz para os problemas que estão sob controle do paciente (Capítulo 10). Os problemas interpessoais, como os conflitos conjugais ou familiares, os problemas comportamentais infantis ou a relação com os amigos podem requerer tratamento conjunto para pacientes e familiares (Capítulo 12). Para os estressores psicossociais, como desemprego, problemas médicos, dívidas ou problemas escolares no caso das crianças, pode ser útil procurar a ajuda de um estabelecimento de serviço social. Até a remoção efetiva do estressor, um plano compensatório é necessário para lidar com os sintomas (p. ex., insônia) e com os obstáculos ao tratamento (p. ex., esquecimento).

Obstáculos à adesão relacionados com o tratamento

Os fatores relacionados ao tratamento que dificultam o cumprimento deste tratamento incluem combinações complexas ou dosagens de medicamentos que são difíceis de lembrar, e efeitos colaterais e horários das doses que não combinam com os horários pessoais do indivíduo.

A Sra. Henry deveria tomar a sua medicação na primeira hora da manhã, perto do horário do almoço e antes de dormir. Entretanto, ela dormia tarde e inevitavelmente esquecia a dose da manhã. Com frequência ela ficava acordada até tarde para assistir filmes que passavam na televisão e atrasava a tomada da medicação à tarde, porque isso a deixava sonolenta. Às vezes, ela pegava no sono no meio do filme, antes que tivesse tomado a dose de medicação antes de dormir.

Na maior parte dos casos, adequar o regime de tratamento aos horários e estilos de vida dos pacientes previne os obstáculos à adesão relacionados com o tratamento. Na prática, deve ser necessário adequar os horários das doses à rotina diária dos pacientes. Por exemplo, reduzir o número das doses diárias necessárias usando fórmulas com liberação controlada simplifica os planos medicamentosos e diminui a probabilidade de que os pacientes esqueçam das doses. O uso de preparações de lítio com liberação controlada produz uma concentração sérica de lítio estável mais fácil e confiável (Arancibia, Flores e Pezoa, 1990, Caldwell, Westlake, Schriver e Bumbier, 1981; Wallis, Miller e McFadyen, 1989). Parece não existir nenhuma diferença significativa no total de biodisponibilidade do lítio com liberação controlada *versus* preparações de carbonato de lítio padrão (Caldwell et al., 1981; Cooper, Simpson, Lee e Bergner, 1978). Além disso, embora um pouco controversa, parece

não haver nenhuma diferença significativa nos efeitos colaterais das formulações de lítio com liberação controlada e a padrão (Lyskowski e Nasrallah, 1981).

Para os antidepressivos, a literatura sobre o uso de uma dose diária em vez de um esquema de doses múltiplas concluiu que, para muitos pacientes, doses únicas (especialmente à noite) de antidepressivos são tão eficientes quanto o esquema de doses múltiplas. Especificamente, os pacientes atingem níveis de medicação no sangue comparáveis nas duas modalidades de esquema de doses e relatam níveis semelhantes de resposta ao tratamento. Quando existem diferenças, geralmente elas são a favor do esquema de dose única. Sugere-se que isto se deve ao menor número de relatos sobre os efeitos colaterais quando se toma uma única dose à noite, já que estes geralmente ocorrem nas primeiras horas após a ingestão, enquanto os pacientes estão dormindo. Os horários de doses únicas, se comparados com os de doses múltiplas, são menos complicados e, portanto, podem melhorar a adesão do paciente ao tratamento.

Ao personalizar um esquema de medicação às necessidades dos pacientes, é útil considerar suas atividades diárias.

O Sr. Sanders estava apresentando um agravamento dos sintomas maníacos no fim do dia. Seu trabalho corrido e sempre com muita pressão o estimulava. No fim da tarde, ele tinha dificuldade de relaxar, de se desligar dos pensamentos sobre o trabalho e de dormir. Por causa da movimentação da tarde, que o levou à falta de sono e, eventualmente, à mania no passado, o médico do Sr. Sanders prescreveu o seu regime de medicação com base nessa variação de sintomas. Além disso, o médico permitiu que o Sr. Sanders tivesse uma pequena quantidade extra de medicação para ajudá-lo a dormir, quando necessário.

Embora a filosofia tradicional seja minimizar o número de medicamentos prescritos, nesse caso, a flexibilidade para este

paciente responsável ajuda a prevenir a mania.

Se um esquema requer doses múltiplas e de mais de um medicamento, os horários das doses podem ser difíceis de lembrar para alguns pacientes. Se a medicação for puramente profilática, não existem sintomas que ajudem os indivíduos a tomá-la. Nesse caso, pode ser útil associar a tomada da medicação com algum outro evento que aconteça regularmente, como tomar junto a uma das refeições, ao escovar os dentes ou ao tomar uma xícara de café pela manhã. Alguns porta-remédios que cabem no bolso possuem sistema de sinal sonoro que funciona como um lembrete. Com tempo, a tomada dos comprimidos pode virar parte da rotina diária, como se vestir ou comer.

ADEQUANDO O TRATAMENTO AO ESTILO DE VIDA DE UM ADOLESCENTE

Chloe começou a terapia ansiosa para aprender sobre terapia cognitiva. Ela era uma adolescente inteligente de 18 anos, cursando o último ano do ensino médio, diagnosticada com transtorno bipolar quando ingressou no primeiro ano. Leu todos os livros, frequentou reuniões em grupos de apoio e via seu médico com regularidade para tratar da medicação. Parecia não ter muitos problemas com a depressão, mas havia sido hospitalizada duas vezes durante episódios maníacos e estava perpetuamente hipomaníaca. Seus amigos a achavam divertidíssima. Seus professores a achavam inteligente e criativa. E os garotos não se cansavam dela. Recentemente ela havia dado um susto em seus pais quando pegou o carro e foi para o interior presumivelmente para procurar o seu artista de *rock* favorito. Quando ficou sem gasolina e se deu conta de que não tinha dinheiro, ligou para a sua mãe a fim de pedir ajuda. Quando Chloe não soube dizer onde estava e parecia desesperada para encontrar seu ídolo da música que acreditava estar em uma loca-

ção para gravar um novo vídeo, a mãe de Chloe teve certeza de que ela estava maníaca. Por sorte, com a ajuda do atendente do posto de gasolina, a mãe pôde localizá-la e buscá-la antes que ela se corresse algum perigo.

Em algum nível, Chloe soube que estava agindo irracional e impulsivamente, enquanto, em outro, simplesmente não se importava. Ela se deixou levar pelo entusiasmo da aventura e não se importou com as consequências. Na volta para casa, a mãe a repreendeu severamente por sua irresponsabilidade e, com palavras raivosas e lágrimas, falou a Chloe o quanto estava exasperada.

“Você tem que se responsabilizar por sua doença, Chloe. Você não pode continuar fazendo isso com a gente. Quando vai colocar na sua cabeça que você não é como os outros jovens? É claro, os outros jovens fazem coisas estúpidas e preocupam seus pais, mas eles não aparecem no meio do nada, ficam sem gasolina e não têm a presença de espírito de ao menos saber onde estão! O que aconteceria se nós não a tivéssemos encontrado e você realmente perdesse as estribeiras?”

Chloe não queria escutar, mas teve que admitir que também havia se assustado. Queria desesperadamente ser como os outros jovens. O medicamento que ela tomava a deixava sem graça, devagar e gorda. Achava que se conhecia bem o suficiente para saber quando precisava tomar a medicação e quando não precisava. No entanto, ver sua mãe chorar a fez duvidar de si mesma.

Um dos desafios que os adolescentes diagnosticados com transtorno bipolar enfrentam é como viver a vida de adolescente, com seus prazeres e suas dores, e lidar com uma doença crônica e debilitante. Os períodos de depressão interferem na realização dos eventos de um desenvolvimento normal. Os episódios maníacos presenciados pelo grupo podem causar vergonha e rejeição social. A hipersexualidade e comportamentos de risco experimentados pelos adolescentes “normais” são aumentados nos jovens com transtorno bipolar, e

os problemas de saúde e psicossociais são acrescidos à inconveniência de ter que lidar com a doença. Os problemas de atenção e concentração podem interferir no aprendizado que, por sua vez, afeta as oportunidades para o futuro.

Os tratamentos direcionados para a prevenção de recaídas em adolescentes não estão isentos de problemas. Os medicamentos podem causar efeitos colaterais considerados intoleráveis pelos adolescentes. As recomendações sobre mudanças de estilo de vida, como reduzir a superestimulação e evitar a perda do sono, podem não ser realistas ou aceitáveis, particularmente se existem outros jovens morando em casa que não tenham a doença e, portanto, não estão sujeitos a tais restrições.

Fazer com que os adolescentes cumpram as exigências do dia-a-dia na escola ou as tarefas domésticas é um desafio para a maioria dos pais. Os adolescentes ressentem essas imposições. Fazer com que os adolescentes com transtorno bipolar cumpram a farmacoterapia e as restrições de estilo de vida, além das exigências da escola e de casa, é um desafio ainda maior, e o ressentimento de ser diferente pode incentivar a não-adesão.

FILHOS, PAIS E MEDICAÇÃO: QUEM DEVE CUIDAR?

É responsabilidade dos pais monitorar e distribuir os medicamentos para os jovens com transtorno bipolar. No caso dos adolescentes, a situação ideal é que eles assumam a responsabilidade de tomar a sua própria medicação diariamente, e os pais monitoram a necessidade de repor os medicamentos na medida em que os mesmos terminam. Entretanto, é provável que essa situação ideal não ocorra com todos os adolescentes. Com frequência, os pais têm que diariamente lembrar, incomodar, convencer ou forçar os jovens a tomar a medicação. Isso se soma ao cabo de guerra

que normalmente se desenvolve entre pais e adolescentes, à medida que estes tentam estabelecer uma independência dos pais.

Ao mesmo tempo em que os jovens não querem que os pais controlem os seus medicamentos, a maioria não possui habilidades organizacionais para gerenciá-los consistentemente sozinhos. Os pais reclamam sobre ter que lembrar os filhos de tomar os seus medicamentos, mas não seria realista presumir que os jovens possam cumprir o tratamento sem ajuda.

O caminho mais direto para solucionar os problemas de adesão dos adolescentes bipolares é os terapeutas facilitarem a comunicação entre eles e os pais.

Terapeuta: Obrigada por ambos terem comparecido hoje. Gostaria que tivéssemos a oportunidade de conversar sobre a melhor maneira de ajudar Dante a tomar a sua medicação diariamente. Sei que esta tem sido uma questão complicada para vocês, mas acho que podemos encontrar uma maneira de contornar tal situação.

Mãe: Não entendo por que isso tem que ser tão difícil assim. Ele sabe o que vai acontecer se não tomar o remédio. Ele só precisa ser responsável. Eu mesma tomo a minha medicação para pressão alta todos os dias. Disse a ele: “Você só precisa fazer o que eu faço. Coloque a medicação no balcão do banheiro e tome assim que se levantar”.

Terapeuta: Dante, você tentou seguir o conselho da sua mãe?

Dante: Eu tento lembrar, mas às vezes eu levanto tarde e saio com pressa. Digo a mim mesmo para tomar depois do banho, mas esqueço.

Mãe: Eu pergunto para ele a respeito, quando ele está saindo de

casa e ele sempre diz “sim”, mas olho no seu porta-remédios, e eles ainda estão lá. Ele não quer que eu o trate como uma criança, mas juro que esse garoto nunca os tomaria se eu não o lembrasse.

Terapeuta: Dante, você se importa que a sua mãe o lembre?

Dante: Odeio quando ela me incomoda. Posso fazer isso por conta própria a maior parte do tempo. Mas, se estou com pressa, esqueço se tomei ou não, e até a hora de voltar pra casa quando os vejo no porta-remédios é tarde demais.

Terapeuta: Você acha que precisa desses comprimidos pela manhã?

Dante: Acho que sim. Quero dizer, quando não os tomo por alguns dias, me dou conta disso.

Terapeuta: O que acontece com você?

Dante: Fico louco. Não quero estar na escola. Não consigo entender o professor. Tudo que quero é sair de lá.

Terapeuta: Então você se sente melhor quando toma a sua medicação todos os dias?

Dante: Provavelmente sim.

Mãe: Então por que você fica tão bravo quando eu lhe digo para tomá-la?

Dante: Odeio que me digam o que fazer!

Mãe: Tá vendo? Não sei o que fazer com ele.

Terapeuta: Vamos pensar em algumas soluções para o problema, que funcionem para vocês dois.

Os terapeutas podem conduzir a conversa em direção a um acordo, por meio do qual os pacientes sintam-se apoiados a tomar a medicação em vez de incomodados, e os pais se sintam menos estressados ou sobrecarregados. Uma possibilidade é,

em vez de tentar que o filho ou filha se adapte ao esquema prescrito de doses, ter o regime alterado para se adequar ao estilo de vida do filho. No caso de Dante, pode ser útil alterar a dose da manhã para depois do horário da escola ou para antes de dormir, do que continuar a ter problemas quanto ao uso da medicação tão logo ele se levante.

Uma segunda consideração é alterar as expectativas dos pais. Todos os pais gostariam que seus filhos cumprissem espontaneamente as instruções sem precisarem ser lembrados, mas nem todos os jovens têm essa habilidade. Normalizar esta dinâmica com os pais pode ajudá-los a ter expectativas mais realistas. Uma vez feito tal ajuste, os pais podem ajudar ou lembrá-los com um tom neutro, em vez de mostrar irritação, ressentimento ou desapontamento. Se houver algum outro filho na família naturalmente mais organizado, maduro ou coercivo, que assuma a responsabilidade de controlar a medicação e ajudar a adaptar as expectativas dos pais em relação ao filho com transtorno bipolar, os pais contrastam as forças e fraquezas dos dois jovens, ou qualquer diferença relativa ao desenvolvimento e a fatores associados com a doença relevantes à adesão.

Para obter um compromisso entre pais e filho ou filha, o terapeuta deve perguntar ao jovem o que sua mãe ou pai poderia fazer para ajudar. Dante pediu à mãe que ela alcançasse um comprimido e um copo de água quando entrasse no quarto para acordá-lo todas as manhãs. A mãe de Dante preferiu que ele mesmo cuidasse disso, mas concordou que seu plano seria menos desgastante para ela do que repreendê-lo.

Se feita uma solicitação para que um dos pais mude o próprio comportamento, deve-se perguntar ao jovem o que ele ou ela se dispõe a fazer em troca. No caso de Dante, ele concordou em tomar o comprimido imediatamente e sem contestar. Ele também concordou em reabastecer seu

porta-remédios todas as semanas e a tomar a dose da noite mais consistentemente. O terapeuta o ajudou com os passos de solução de problemas a fim de encontrar um sistema que funcionasse para lembrá-lo de tomar a medicação.

Uma vez feito um plano para aumentar a adesão, a verificação do novo sistema deve ser feita depois de um período de experiência. Os pais e o jovem em questão devem relatar suas experiências e modificações feitas quando necessário.

Nem todos os pais são organizados e controlados o suficiente para eles mesmos tomarem remédios diariamente. Uma intervenção simples que ajuda os pacientes a manter o controle da medicação é usar porta-remédios que dividem as doses por dia da semana. A vantagem dos porta-remédios divididos é que eles podem auxiliar a reduzir o conflito que alguns pacientes têm com seus membros familiares sobre ter tomado ou não a medicação. Embora não seja perfeitamente seguro, se os pacientes concordarem em deixar seu porta-remédios em um lugar acessível, os membros da família podem verificar as doses à medida que tomadas, em vez de confrontar os pacientes quando houver suspeita de não-adesão.

Com o advento dos aparelhos eletrônicos, como relógios com sinal sonoro, agendas eletrônicas ou lembretes de compromissos no computador, existem métodos mais novos disponíveis para lembrar os pacientes de tomar seus medicamentos.

NÃO-ADESÃO ÀS TAREFAS DE CASA

As intervenções comportamentais prescritas durante as sessões de terapia necessitam da iniciativa do paciente entre as sessões. Não importa o quão bem a tarefa seja traçada e o quanto de incentivo o terapeuta dê, a execução das tarefas depende basicamente da vontade do paciente

de fazê-las. As pessoas podem ser resistentes de experimentar coisas novas ou de recommear as atividades que têm evitado por algum tempo.

Entretanto, o terapeuta deve ter cautela em como abordar uma conversa sobre a adesão às tarefas de casa. Alguns pacientes sentem-se culpados por não fazer a tarefa prescrita. Podem estar preocupados com a possibilidade de decepcionar o terapeuta devido à sua não-adesão. Se o terapeuta expressa crítica ou desapontamento, verbalmente ou não, os pacientes podem se sentir pior, e a relação terapêutica pode ficar prejudicada. Os pacientes devem sentir que estão executando as tarefas para se ajudar, e não para agradar o terapeuta. O terapeuta pode fazer muito para reforçar tal noção. Primeiro, quando a tarefa de casa é combinada no início da terapia, o terapeuta enfatiza que as sessões de terapia duram somente uma hora a cada semana. Para que seja útil, a maior parte do trabalho de terapia deve ser feito entre as sessões. O ritmo da terapia depende em grande parte da quantidade de trabalho feito pelos pacientes entre as sessões. Segundo, embora guiados pelo terapeuta, as tarefas de casa devem ser traçadas pelo paciente. Essa colaboração ajuda os pacientes a “tomar posse” das tarefas de casa. Terceiro, o terapeuta solicita aos pacientes que prevejam como se sentiriam conversando com o terapeuta sobre não ter conseguido fazer as tarefas de casa. O terapeuta deve explorar o raciocínio do paciente e dar um *feedback* corretivo sobre a sua própria reação. Quarto, ao combinar uma tarefa de casa, o terapeuta deve considerar se o paciente tem recursos para executar a tarefa. Por exemplo, antes de atribuir uma tarefa que consista em uma leitura extensa, o terapeuta deve considerar não apenas se o paciente tem meios para comprar o livro, para se deslocar até uma livraria, mas também se ele consegue se concentrar o sufi-

ciente para ler. O terapeuta não deve induzir o paciente ao fracasso por não permitir ou não dispor de tempo suficiente para considerar a viabilidade das tarefas de casa. Quinto, o terapeuta deve sempre reservar um tempo para revisar tarefa a cada sessão, preferivelmente no início de cada sessão. Isto comunica ao paciente que a tarefa é importante e que vale a pena conversar sobre o assunto. Sexto, se a tarefa de casa não foi concluída, o terapeuta deve reavaliar a sua importância, utilidade e viabilidade antes que ela seja novamente prescrita. É possível que, depois de considerar melhor, o paciente decida que foi uma ideia ruim, ou talvez ele encontre outra maneira de desempenhar a tarefa. Se o terapeuta acredita que é melhor não prescrever novamente a mesma tarefa, deve cancelá-la em vez de deixá-la incompleta. Se não for retirada da lista de tarefas “por fazer” do paciente, ela pode se tornar um incômodo ou mais uma tarefa que não foi completada.

Tornar-se perito na adesão ao tratamento é um processo contínuo. Em decorrência de as pessoas variarem quanto ao grau de adesão com o passar do tempo, a questão deve ser revista periodicamente ao longo da trajetória do tratamento. Caso estabelecido um ambiente terapêutico onde as conversas acerca da adesão ao tratamento são confortáveis, as perguntas sobre comportamentos relacionados com o tratamento e sobre os obstáculos à adesão podem se tornar uma rotina que faz parte das consultas para tratar da medicação e da psicoterapia.

Ao mesmo tempo em que os progressos de adesão estão sendo feitos, o próximo passo na TCC aplicada ao transtorno bipolar pode ser tomado: desenvolver um sistema de alerta precoce para as recorrências de depressão e de mania. O Capítulo 6 abrange métodos para aumentar a vigilância dos sintomas.

Pontos-chave para o terapeuta lembrar

- É importante estabelecer um precedente de discussão das questões de adesão no início do tratamento. Entretanto, os profissionais devem primeiro aceitar que os pacientes não seguirão sempre as instruções, mesmo que elas tenham sido claramente explicadas, sejam do maior interesse dos pacientes e que isso os auxilie muito na melhora dos seus transtornos.
- O indivíduo que não entende a importância ou o propósito do tratamento não tem razão para cumpri-lo.
- Os profissionais podem ajudar os pacientes a ser consumidores esclarecidos, estimulando-os a fazer perguntas e a serem tão ativos no plano de tratamento quanto se espera que sejam na execução do esquema medicamentoso.
- O objetivo da TCC aplicada ao transtorno bipolar é maximizar a adesão à farmacoterapia e a outras formas de tratamento ao longo do tempo. A ênfase no enfraquecimento da adesão pressupõe que, mesmo sob as melhores circunstâncias, a maioria das pessoas não tem condições de cumprir perfeitamente o tratamento em todas as épocas, particularmente se o tratamento é para a vida toda.
- Fazer com que os adolescentes com transtorno bipolar cumpram a farmacoterapia e as restrições de estilo de vida, além das exigências da escola e de casa, é um desafio ainda maior, e o ressentimento de ser diferente pode incentivar a não-adesão.

Pontos para discutir com os pacientes

- É importante introduzir a ideia de que a adesão total pode ser difícil de alcançar mesmo quando o paciente tem as melhores intenções.
- Não é incomum que os pacientes se sintam apreensivos com o tratamento. Se eles manifestarem preocupações prolongadas, podem concordar em seguir as recomendações do tratamento enquanto estiverem no escritório, mas falham quando em casa. Perguntar sobre os sentimentos e preocupações dos pacientes dá aos profissionais da área de saúde uma oportunidade de tratar destas questões antes de interferir no tratamento.
- Educar os membros familiares sobre o transtorno bipolar cumpre duas funções: primeiro, ajuda os membros familiares a lidar com a sua própria dor e sofrimento e os prepara para os tempos difíceis que estão por vir; segundo, a educação sobre a doença recruta a família como participantes ativos no processo de tratamento.
- Não é incomum que os indivíduos com transtorno bipolar tenham passado experiências ruins com medicamentos, particularmente se seus sintomas foram graves o suficiente para exigir um tratamento de emergência ou hospitalização, ou se os medicamentos causaram efeitos colaterais graves. Tais experiências podem deixar os pacientes receosos das intenções de seus psiquiatras e da utilidade da farmacoterapia.
- Todo mundo tem problemas para aderir ao tratamento. Isso já foi um problema para você?
- Que coisas no passado podem ter evitado que você tomasse a medicação regularmente?
- O que poderia evitar que você tomasse a medicação todos os dias?
- Antes de encaminhar qualquer intervenção de TCC, deve-se perguntar aos pacientes como eles têm lidado anteriormente com cada obstáculo. Prescrevem-se os métodos que tenham sido bem-sucedidos, ou se fazem modificações para torná-

-los mais úteis, e evitam-se as estratégias que não tiveram êxito nas experiências dos pacientes.

- Para alguns pacientes, o uso contínuo de medicação é uma lembrança desconfortável de que eles são diferentes, de que estão contaminados com uma doença crônica e que esta doença pode comprometer o seu futuro. Negligenciar a medicação elimina a lembrança.
- O caminho mais direto para solucionar problemas de adesão dos adolescentes bipolares é os terapeutas facilitarem a comunicação entre eles e seus pais.

NOTA

1. Usando novas tecnologias para distribuir informações sobre a terapia cognitiva aplicada à depressão, o Dr. Jesse Wright da Universidade de Louisville, do Departamento de Psiquiatria, desenvolveu um programa de multimídia em DVD-ROM que apresenta de 4 a 6 horas de terapia cognitiva em formato interativo. O programa se chama “Good Days Ahead” e está disponível no *site* www.mindstreet.com.

Detecção precoce para prevenir recaídas

Como mencionado no início deste livro, a força da TCC está no seu potencial para melhorar a trajetória do transtorno bipolar. Por intermédio da detecção precoce das recorrências ou recaídas, são proporcionadas oportunidades de intervenção antes que os pacientes atinjam as profundezas da depressão maior ou as altitudes da mania.

Rhonda tem lutado para controlar o transtorno bipolar pelos últimos 15 anos. Ela sofreu dois longos episódios de depressão maior, cada um com duração de vários anos, e muitos outros episódios mais curtos. Ela teve apenas um episódio de mania grave que a levou à hospitalização, mas continuou a ter crises de sintomas hipomaniacos.

Para controlar a doença, Rhonda tentou usar vários medicamentos (na maioria antidepressivos) com sucesso limitado. Tentou aconselhamento, terapia de grupo e grupos de autoajuda. Enquanto esses a auxiliarem a gerenciar o estresse, não conseguiram fazer com que ela mantivesse o humor estável. Sua vida se concentrou no combate à depressão e em manter a hipomania sob controle, enquanto ela tentava trabalhar e criar suas duas filhas. Rhonda se sente vitimizada pela doença. Frequentemente, ela se sente indefesa para resistir às flutuações biológicas que a joga de lá para cá, tirando o chão de sob os seus pés e derrubando seus planos.

Por sorte, Rhonda tem um marido que lhe dá muito apoio, que a encoraja quando ela está para baixo e confisca seus cartões de crédito quando percebe que ela está ficando compulsiva. Ao mesmo tempo em que Rhonda aprecia os esforços dele, também detesta sobrecarregá-lo com a doença. Às vezes ela fantasia fugir para longe de casa ou acabar com a sua vida. Uma boa noite de sono geralmente lhe dá novas esperanças ou muda o seu humor ou lhe faz ganhar tempo para dizer ao seu marido a respeito de seus pensamentos desesperados. Embora seja difícil, Rhonda encontrou uma maneira de permanecer o mais saudável possível. Ela sabe quando as mudanças estão se aproximando e as detém com medicação ou mudando o próprio comportamento.

Rhonda é um exemplo de uma típica paciente com transtorno bipolar, que teve muitos altos e baixos e ainda é sintomaticamente instável. Para ajudar pacientes como ela a lidar com as suas flutuações de humor, é necessário entender quais sintomas aparecem primeiro na sequência da depressão e da mania, quais fatores podem precipitar as mudanças de humor e as reações dos pacientes que auxiliam a controlar os sintomas ou fazem com que eles piores. Uma vez conhecidos esses fatos, o terapeuta ajuda o paciente a se planejar com antecedência para as recorrências e

crises de sintomas. A intervenção precoce inclui reconhecer a apresentação mais inicial dos sintomas e fazer ajustes que contenham a sua progressão. Construir um Gráfico da Vida e completar a Planilha de Resumo dos Sintomas e o Gráfico de Monitoramento do Humor são exercícios de TCC que ajudam o desenvolvimento de um sistema de alerta precoce. O gráfico da vida é uma linha do tempo que representa graficamente o início e o fim de cada episódio da doença, incluindo as condições comórbidas, como os períodos de ansiedade ou de abuso de substância. Os eventos mais importantes e os tratamentos devem ser acrescentados. Frequentemente, há uma associação entre o início dos primeiros episódios, seja de depressão, seja de mania, e os eventos mais importantes da vida, como perdas, doença ou problemas físicos, ou mudanças de empregos, familiares ou de casa (Ambelas, 1979; Glassner, Haldipur e Dessauersmith, 1979). Entretanto, tal associação diminui com o tempo, conforme as recorrências se tornam mais imprevisíveis.

Outros fatores comuns que precipitam as recorrências de depressão e de mania incluem a interrupção dos medicamentos, períodos de privação de sono, abuso de substância e superestimulação (Wehr, Sack e Rosenthal, 1987; Wehr e Wirz-Justice, 1982; Brown et al., 2001). Estes precipitantes podem ocorrer secundariamente às mudanças de emprego, viagens, nascimento de um filho, e qualquer fato que altere o ciclo sono/vigília. Todos esses eventos devem ser registrados no Gráfico da Vida. Embora a precisão do gráfico esteja limitada pela memória do paciente, é um exercício útil começar a ver os padrões que de outra forma pareceriam apenas flutuações no humor ao acaso.

A Planilha de Resumo dos Sintomas chama a atenção das pessoas para as mudanças afetivas, cognitivas, comportamen-

tais e físicas ocorridas durante a depressão, mania e hipomania. Esses estados sintomáticos são contrastados com os estados eutímicos ou normais, para que o paciente comece a distinguir as mudanças relacionadas com a doença das flutuações normais. A identificação da forma branda e moderada dos sintomas é estimulada, assim como as mudanças experimentais, que são únicas para a pessoa, e não necessariamente prototípicas da doença.

Por exemplo, Janice se deu conta de que barulhos muito altos a incomodavam mais quando ela estava entrando na hipomania. Bob queria comprar novas ferramentas quando começava a se alterar. Roxanne prestava atenção às cores que ficam mais brilhantes à medida que seu humor começa a “subir”. Nos estágios iniciais da depressão, Saul tinha que reler os artigos do jornal porque não conseguia concentrar a sua atenção no que lia. Dolores preferia comer “porcaria” a ter de cozinhar, e Marta ficava sem paciência com as reclamações de seus filhos sobre a escola, professores ou amigos.

Enquanto a Planilha de Resumo dos Sintomas foca as experiências dentro dos episódios, os Gráficos de Monitoramento do Humor rastreiam as flutuações diárias nos sintomas do presente. O humor pode não ser sempre a melhor variável para monitorar porque as mudanças cognitivas, físicas e comportamentais podem ser mais proeminentes ou mais noticiáveis para o paciente. Neste capítulo, apresentamos um padrão tradicional para os Gráficos de Monitoramento do Humor, mas é mais útil para os pacientes criarem seus próprios sistemas de rastreamento, que se encaixem aos seus conceitos de mudanças no humor. Instruções de como construir os Gráficos da Vida, as Planilhas de Resumo dos Sintomas e os Gráficos de Monitoramento do Humor aparecem ao longo deste capítulo.

O DILEMA DE DIMINUIR A HIPOMANIA

Quando o terapeuta houver desenvolvido uma relação baseada na confiança com seus pacientes, os quais ele acompanhou durante vários episódios de depressão, quer que eles experimentem um alívio de suas tristezas para que possam melhorar a qualidade de suas vidas, alcançar seus objetivos ou simplesmente ter um intervalo de tempo sem se sentir mal. Quando os pacientes ocasionalmente começam a apresentar sintomas hipomaniacos, é razoável que o terapeuta tenha sentimentos confusos em relação a isso. Por um lado, o terapeuta preocupa-se que a hipomania se transforme em mania e provoque nos pacientes um sofrimento considerável se a situação chegar a ficar fora de controle. Por outro lado, é agradável para o terapeuta ver seus pacientes sorrirem, para variar. O sentimento de esperança é recuperado, os pacientes percebem possibilidades antes escondidas durante o período de depressão e parecem alegres. Os terapeutas odeiam desempenhar o papel de quem tira o alívio das suas penúrias, mas não estariam prestando um serviço aos pacientes se não partilhassem com eles a preocupação de que estejam ficando maníacos e se não os auxiliassem a colocar as precauções apropriadas em perspectiva.

Isto aconteceu recentemente com uma paciente que tenho tratado (MRB) por aproximadamente cinco anos.

Lillian é uma pessoa maravilhosa, uma boa mãe e que dá duro no trabalho. Ela tenta fazer com que seu ânimo deprimido não a deixe para baixo, mas tem pagado um preço alto por nadar contra a corrente. Ela passa por períodos em que se sente exausta e desencorajada, com raiva e sem esperanças, desnorteada e arrependida. Durante essas épocas, a morte parece uma alternativa razoável. Os

seus medicamentos têm evitado com sucesso que ela fique maníaca e têm aliviado muitos dos sintomas graves de depressão, mas posso ver nos seus olhos o desgaste por lutar contra a maré de tristeza e cansaço. Assim como para muitas outras pessoas com transtorno bipolar, a depressão residual é a norma da sua vida.

Lillian me telefonou um dia, após muitos meses sem ter aparecido aqui para perguntar a minha opinião sobre o seu humor. Seu marido achava que ela estava agindo de forma “um pouco esquisita” e ela admitiu que sentia alguma agitação interna. Queria saber se eu achava que ela estava maníaca. Ao vê-la na sala de espera com um grande sorriso estampado no rosto usualmente neutro, eu sabia que ela estava diferente. Ao escutar o vigor da sua risada quando fez um comentário engraçado sobre a sua vinda ao consultório, lembrei-me da última vez em que a vi hipomaniaca. Lillian me pediu para ser honesta com ela, mas era óbvio que ela não queria realmente escutar as más notícias. Tentamos nos manter objetivas e revisamos os sintomas dela, suas mudanças de comportamento e a sua atitude mais positiva. Neste estágio inicial da hipomania, ela ainda não tinha problemas. Na verdade, funcionava melhor do que o normal. Ela tinha novas ideias para o seu trabalho, criativas e razoáveis. Tinha mais energia para enfrentar as tarefas domésticas acumuladas, que haviam sido desprezadas por muitos meses. Ela falava por telefone com os amigos deixados de lado, fazia mais brincadeiras com sua filha e dava mais atenção ao seu marido. Todos estavam felizes, mas apreensivos.

Os métodos da TCC para ajudar esta paciente a prevenir uma recaída tinham funcionado razoavelmente bem ao longo dos anos. Ela evitava a mania e sofria com apenas uma leve fadiga, com um humor neutro, e a motivação diminuía como consequência da depressão residual. Em razão de ela e de seu psiquiatra acharem que o aacrécimo de um antidepressivo ao esquema farmacológico a deixaria inevitavelmente hipomaniaca, Lillian compensava seus sintomas usando métodos da

TCC e sua determinação para continuar com suas responsabilidades domésticas e profissionais, mesmo quando preferiria não sair da cama. Não nos encontrávamos mais regularmente na medida em que ela, seu marido e sua filha estavam experientes no monitoramento do início dos sintomas. Ela telefonava quando achava que os sintomas pudessem estar voltando. Trabalhávamos juntas para ajudá-la a ser mais consistente com a medicação, conversávamos sobre o reaparecimento da sua raiva por ter a doença e fazíamos planos para prevenir que os seus sintomas piorassem. Ela sabia como consultar o psiquiatra e assim o fazia. Nós nos encontrávamos semanalmente, às vezes com um telefonema no meio da semana para dar uma verificada, particularmente se havia suspeita de mania, até que os sintomas cedessem novamente. A prevenção de recaída funcionou.

Entretanto, quando ela recentemente apresentou sintomas de hipomania, eu lhe perguntei como poderia ajudá-la. Ela disse que gostaria que eu a ajudasse a se manter hipomaniaca por algum tempo. Ela sabia que não podia se dar ao luxo de ficar maniaca e que sua euforia poderia mudar rapidamente para irritabilidade e agitação. Também estava preocupada que a hipomania fosse percebida no trabalho. Naquele momento, ela ainda se sentia no controle, mas não confiava inteiramente na doença. Ela poderia piorar, e o seu desejo de aproveitar um período sem depressão a faria ignorar os sinais e os sintomas da mania.

Sendo enormemente experiente com a doença, ela não precisava de uma aula sobre os perigos da hipomania. Sabia o que fazer e tinha que decidir onde estabelecer um limite. Eu somente poderia compreender a sua vontade de prolongar o alívio da depressão, encorajá-la a seguir o seu próprio julgamento sobre as precauções a serem tomadas e estar disponível caso ela precisasse de mim. De qualquer maneira, a bola estava no seu lado da quadra.

Os métodos da TCC podem ser ferramentas poderosas para ajudar os indivíduos

com transtorno bipolar a evitar uma recaída. Todavia, as pessoas têm que decidir por si mesmas se querem usá-los. A possibilidade de a mania ser atraente, especialmente para aqueles que tem uma mania eufórica e que sofreram com mais baixos do que altos na trajetória da doença. Parte da metodologia de prevenção de recaída é ajudar as pessoas a aceitarem a necessidade de impor limites às suas ações, a fim de manter a eutímia e evitar a mania.

O exame das vantagens e desvantagens do uso de metodologias para a prevenção de recaída consiste em um método de auxiliar as pessoas a decidir se estão aptas a assumir o controle da doença. Em vez de convencê-las a serem consistentes com os medicamentos, a monitorar os seus sintomas, a normalizar seus horários, ou a desistir de atividades superestimuladoras, deve-se convencê-las de que o gerenciamento do estilo de vida compensa o esforço.

AS VANTAGENS E DESVANTAGENS DO AUTOCONTROLE

Quando os indivíduos com transtorno bipolar procuram terapia, isso geralmente acontece com algum estímulo de médicos, terapeutas, ou familiares, e todos eles devem ter defendido o autocontrole de alguma maneira. Quando estão aptos a dar esse passo no tratamento, manifestam com honestidade que farão o necessário para prevenir uma recaída. Entretanto, na verdade, nem sempre têm plena ciência do que isso significa. A maioria não sabe do que terão de abrir mão para adquirir maior estabilidade. Quando o descobrem, com frequência não ficam muito felizes. Os adolescentes detestam ter que desistir de suas festas até altas horas, os adultos odeiam abrir mão das bebidas alcoólicas, e ninguém quer abandonar os altos de humor se tiveram sorte o suficiente para tê-los sem apresentar problemas por isso.

Os terapeutas cognitivos são treinados para proporcionar uma análise racional de qualquer intervenção que apresentem aos pacientes, e isso também é verdadeiro para os tratados com transtorno bipolar. O que deve preceder o ensino das intervenções específicas para a prevenção de recaída é a aceitação de que a análise racional do gerenciamento do autocontrole e do estilo de vida pode levar à redução dos sintomas. Para realizar essa tarefa, o terapeuta deve proporcionar uma visão geral da análise racional por trás da prevenção de recaída. Isto inclui informar e lembrar os pacientes que a sua doença é crônica e recorrente e que ela precisará de gerenciamento pelo resto de suas vidas. Embora as pessoas que tenham a doença saibam disso, escutar novamente e aprender os detalhes da prevenção de recaída pode levantar muitos sentimentos negativos sobre a doença e seu tratamento.

O primeiro elemento da prevenção de recaída do qual os indivíduos discordam são as restrições impostas ao seu estilo de vida. Para diminuir as chances de recaída, precisarão regular o ciclo de sono/vigília, limitar o consumo de álcool e uso de drogas e evitar as fontes de superestimulação consideradas agradáveis. Alguns vão encerrar isso como uma punição por ter a doença. O seu descontentamento com tal ideia pode fazer com que exagerem na sua percepção da quantidade de restrições requeridas e talvez, temporariamente, leve-os a resistir ou a rejeitar as sugestões terapêuticas.

Para lidar com essas reações, o terapeuta deve primeiro ter empatia com o infortúnio do paciente e evitar “ver as coisas pelo lado positivo” do tratamento. O questionamento socrático pode ser usado a fim de esclarecer as percepções do paciente sobre a doença, sobre o tratamento e sobre o que ele pode fazer para atacar as causas da doença. Qualquer incorreção é resolvida com a psicoeducação do paciente, em vez do uso de técnicas de análise lógica.

Se o paciente ainda tiver alguma hesitação sobre a TCC e sobre as estratégias de prevenção de recaída, ou se está preocupado por precisar efetuar mudanças no estilo de vida, um procedimento mais formal de análise de pensamento pode ser necessário. Um bom método é avaliar as vantagens e desvantagens de fazer as mudanças necessárias para prevenir uma recaída e as vantagens e desvantagens de manter o *status quo*. Usando uma grade dois por dois, o terapeuta pede ao paciente que escreva o que pensa ou o que lhe foi dito serem os prós e os contras de fazer as mudanças no estilo de vida necessárias ao controle da doença. O terapeuta deve lembrar de não encorajar uma análise unilateral das opções. Para ser convencido de que as mudanças são necessárias, o paciente não deve se sentir pressionado por ninguém além de si mesmo.

Após a conclusão dos quatro quadrantes, o terapeuta pede ao paciente para escolher os itens mais importantes de cada quadrante. Isto deve ser limitado a um ou dois itens. O exame dos temas que envolvem os itens mais importantes de cada quadrante deve revelar um padrão com razões convincentes para exercitar o autocontrole, como evitar o estresse que uma recaída ocasiona aos paciente e a seus membros familiares, e razões convincentes para não exercitar o autocontrole, como perder a liberdade ou desistir dos prazeres da vida.

O estresse, a liberdade e o prazer são todos conceitos razoavelmente subjetivos, mas podem ser tratados operacionalizando-se cada um deles. O que se quer dizer com abrir mão da liberdade ou do prazer? Joe, um estudante universitário, disse que significava nunca sair com os seus amigos. Quando eles começam a se preparar para sair, Joe prepara-se para dormir. Para Barbara, significava não ficar acordada até tarde com o seu novo marido, que é noturno, e por consequência disso seu casamento está prejudicado. Essas reações têm um cheiro de catástrofe ou de magnificação do

negativo que pode ser tratado com psicoeducação, negociação e, ou métodos de análise lógica.

Uma vez identificadas e tratadas as distorções cognitivas, a parte final da tarefa é fazer um *brainstorm* – procedimento utilizado para encontrar solução para um problema por meio de uma série de ideias – com o paciente sobre as maneiras de maximizar as vantagens do autocontrole e do gerenciamento do estilo de vida, e, ao mesmo tempo, minimizar as desvantagens. Os capítulos 7 a 10, sobre as intervenções comportamentais e cognitivas para a depressão e mania, fornecem várias ideias de como enfrentar esse desafio. No geral, um pouco de automonitoramento e o estabelecimento de limites são requeridos, mas a completa restrição e privação são desnecessárias.

GRÁFICOS DA VIDA PARA A OBTENÇÃO DE UMA VISÃO GERAL

Durante as primeiras sessões de terapia, os pacientes e seus terapeutas podem trabalhar juntos para construir Gráficos da Vida. O processo de construção de um Gráfico da Vida pode ser muito educativo para o paciente, especialmente quando a não-adesão com a medicação precedeu a recorrência dos sintomas. O primeiro passo para se construir um Gráfico da Vida é desenhar uma linha de referência no meio da página que representa um estado “normal” ou eutímico (ver a Figura 6.1). Muitos pacientes relatam que nunca se sentiram “normais”; portanto, a linha de referência deve representar um estado normal relativo, ou seja, com relação aos extremos da depressão e da mania que o sujeito experimentou. Por exemplo:

“Pense sobre uma época em que você se sentia muito melhor. Talvez você conseguisse fazer mais coisas, ou pensar com mais clareza. Isto representará o meio do

gráfico. Você teve dias em que se sentiu mais deprimido que isso e outros em que se sentiu mais hiperativo ou maniaco que isso.”

O segundo passo é acrescentar os episódios de depressão, mania e estados mistos na linha do tempo. Os pontos abaixo da linha de referência representam a depressão, e os pontos acima da linha indicam a mania. A Figura 6.2 fornece exemplos de como esses episódios podem ser representados. Quanto maior for a distância da linha de referência, mais severos são os sintomas. A extensão de cada episódio na linha do tempo reflete a duração relativa do episódio. O início da doença deve estar no canto esquerdo do gráfico, e o estado do humor atual do paciente, no canto direito. O Gráfico da Vida mostra a evolução da doença desde o início até o presente. A Figura 6.3 é uma amostra de um Gráfico da Vida.

Na maior parte dos casos, os pacientes podem fazer seus próprios Gráficos da Vida. O terapeuta começa explicando como o gráfico funciona. Desenha uma linha de referência para o paciente e explica como as depressões e as manias são representadas. Pergunta a ele como se sente agora e marca o canto direito da linha, conforme exemplificado na Figura 6.2. A seguir, pergunta quando o paciente que os sintomas atuais começaram. Outra maneira de pensar a respeito disso é pedir para que tente lembrar quando foi a última vez em que se sentiu bem, assintomático ou “normal”. O terapeuta faz uma marca na linha, anota a data aproximada e pede para que acrescente a maneira como os sintomas evoluíram do ponto de início até o momento presente. O próximo passo é juntos anotar o primeiro episódio. O terapeuta dá um lápis e o gráfico ao paciente e solicita que ele inclua os episódios remanescentes.

Se um indivíduo teve inúmeros episódios da doença, a construção do Gráfico da Vida pode ser complicada. Em outros casos, a trajetória do transtorno bipo-

A linha representa a passagem do tempo do início da doença até o presente. Use os exemplos de episódios da Figura 6.2 para desenhar o seu padrão de depressão e mania com o passar do tempo.

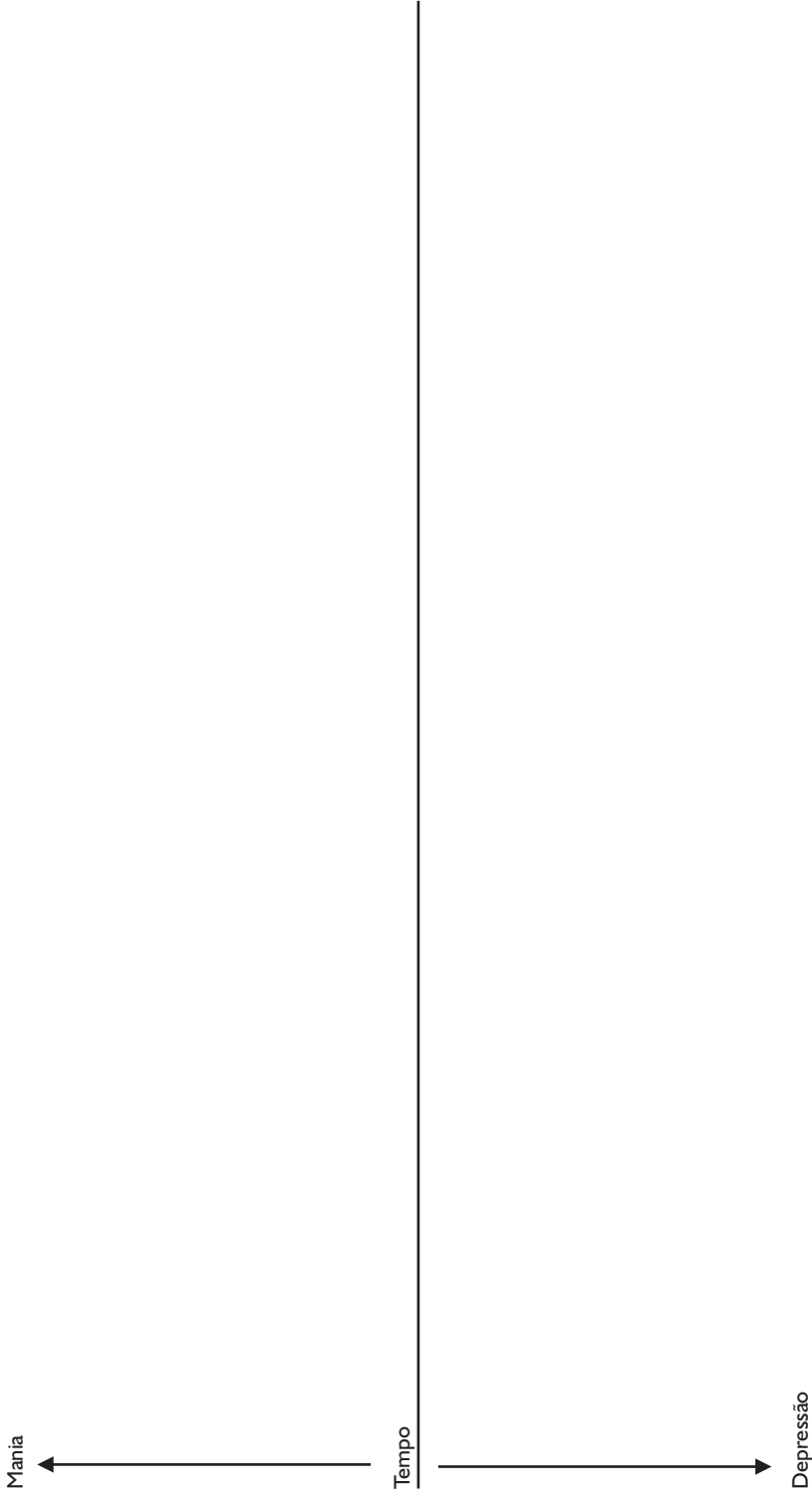


FIGURA 6.1 Gráfico da Vida.

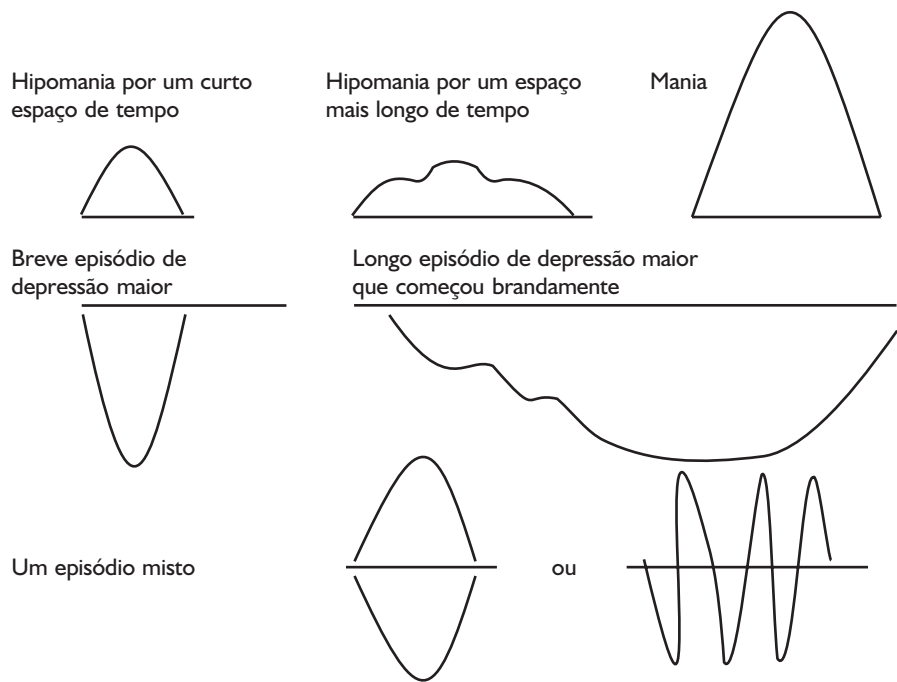
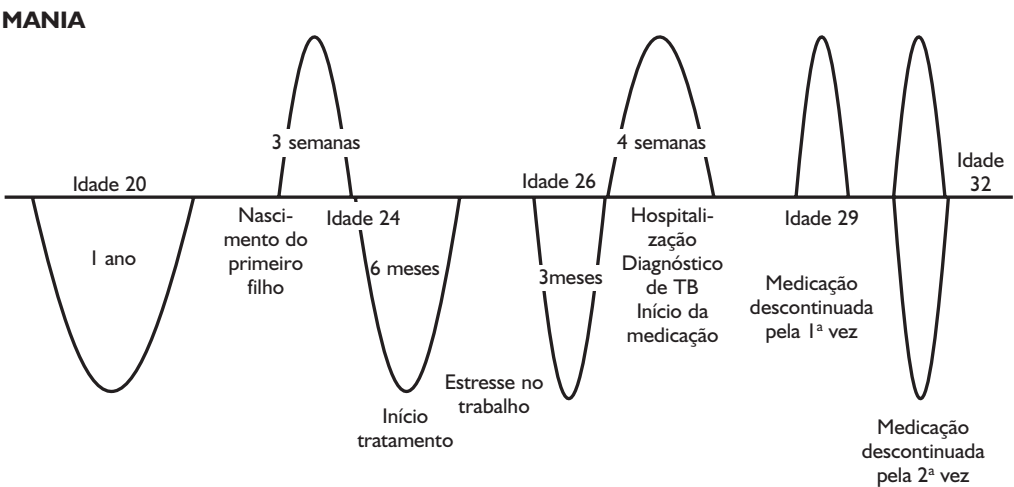


FIGURA 6.2 Exemplos de episódios para o Gráfico da Vida.



DEPRESSÃO

FIGURA 6.3 Exemplo de Gráfico da Vida

lar não começa com um episódio distinto de depressão ou mania facilmente definido. Pode ter havido problemas na escola, em casa ou no trabalho, ou algumas dificuldades para se relacionar com terceiros. Normalmente, é mais fácil começar com o episódio mais recente e voltar atrás no tempo. Também pode ser útil para o paciente tentar recordar hospitalizações ou visitas a emergências e usar tais eventos como pontos de referência para a identificação dos episódios. Revisar os registros médicos ou conversar com os membros da família também auxilia a complementar a trajetória da doença no Gráfico da Vida do paciente.

O passo seguinte é completar com os tipos e datas de tratamentos recebidos. O registro médico pode ser particularmente útil para completar essa tarefa. Embora um profissional tenha prescrito os medicamentos ao longo de períodos de tempo distintos, é possível e até provável que o paciente não os tenha tomado sempre. Esta parte da construção do Gráfico da Vida proporciona ao profissional a oportunidade de introduzir o tópico da adesão da medicação por simplesmente verbalizar que muitas pessoas têm dificuldade de tomar seus medicamentos regularmente, em especial se estão se sentindo melhor ou tendo efeitos colaterais indesejáveis. O paciente se recorda de tomar os medicamentos regularmente antes de cada episódio da doença? Quando apropriado, escreve-se no gráfico “medicação interrompida”.

DESENVOLVENDO UM SISTEMA DE ALERTA PRECOCE

Todo mundo tem flutuações no humor em reação aos fatores do ambiente, como estresse, notícias agradáveis, desapontamentos, ou a eventos internos, como humor, alterações hormonais, cansaço, preocupações e afetos. Na verdade, em apenas um dia não é incomum um indivíduo

experimental vários estados de humor diferentes. Por ser normal que as pessoas reajam emocionalmente para ambos os estímulos, internos (p. ex., lembranças e medos) e externos (p. ex., jogos de futebol e comerciais de televisão), os pacientes com transtorno bipolar terão mudanças no humor “normais” e “anormais” ou sintomáticas. O desafio para os profissionais, pacientes e membros familiares é diferenciar os dois.

As flutuações normais no humor são transitórias e/ou ligadas a eventos de estímulos específicos. Quando o estímulo do evento houver passado, o humor lentamente volta ao normal. Alguns eventos estressantes, como um divórcio, terão um impacto duradouro e não serão considerados anormais. Os estresses envolvidos não constituem eventos isolados que acabam quando a pessoa vai dormir, cada dia pode representar novos problemas ou lembretes dos antigos. Outros eventos (p. ex., morte na família) podem ser descontínuos, mas as reações emocionais persistem por algum tempo. Como regra geral, uma vez cessado um estressor, o humor deveria começar a melhorar. Um agravamento persistente ou gradual do humor em vez de uma melhora pode indicar que a reação inicial está evoluindo para uma depressão clínica significativa.

O estado do humor isoladamente pode não fornecer informação o suficiente para determinar se a reação é normal ou anormal. As mudanças cognitivas, comportamentais e psicológicas simultâneas são mais informativas. Para distinguir as mudanças no humor normais das anormais, o paciente e o profissional necessitam de um ponto de referência com o qual possam determinar as mudanças sintomáticas.

Detecção precoce por meio da autoconsciência

O cenário ideal para a prevenção de uma recaída é a farmacoterapia profilática

100% eficiente e a adesão ao tratamento do paciente 100% consistente. É claro, também seria fundamental que o estresse fosse reduzido a um nível mínimo, que nunca se perdesse o sono por motivo de viagem, mudanças de horário ou superestimulação, que não se consumisse álcool ou drogas, que a gravidez e problemas de saúde comuns fossem todos evitados.

Entretanto, o ideal não é sempre possível ou desejado, e a próxima melhor situação é ser o mais consistente possível com o sono, com a medicação e com o controle do estresse, e estar atento para o retorno dos sintomas de depressão ou mania. A detecção precoce proporciona a oportunidade de uma intervenção e refreamento precoces.

O problema é que a maioria das pessoas não possui consciência de que está começando a ter uma recaída até que os sintomas sejam muitos e razoavelmente graves. Para ajudar no desenvolvimento de um sistema de alerta precoce, a autoconsciência dos sintomas deve ser aumentada e refinada. As Tabelas 6.1 e 6.2 apresentam as formas branda, moderada e severa dos sintomas comuns da mania e da depressão. Pretende-se que as pessoas com transtorno bipolar tenham consciência da forma branda dos sintomas que vivenciam e façam ajustes conforme necessário para evitar a perda do sono, monitorar os medicamentos mais atentamente para evitar o esquecimento de doses, limitar os estimulantes como cafeína ou barulho, e tomar medidas para reduzir o estresse. Pequenas ações preventivas podem ser tudo que se precisa para recobrar a estabilidade.

Se essas medidas forem insuficientes e os sintomas persistirem ou progredirem para as formas moderada ou severa, intervenções farmacológicas e/ou não-farmacológicas mais diretas talvez sejam necessárias. Uma consulta com o psiquiatra e/ou terapeuta responsável pelo tratamento, por telefone ou pessoalmente, deve ser providenciada o mais rapidamente possível.

A apresentação dos sintomas comuns de depressão e de mania nas Tabelas 6.1 e 6.2 também pode ser usada como parte do processo de psicoeducação educação do paciente, em particular para aqueles que recém foram diagnosticados com o transtorno bipolar. O profissional fornece uma cópia ao paciente de cada lista e pede que circule os sintomas que experimentou. Se o paciente circular as formas de sintomas severos e moderados, e não os brandos, o profissional pergunta sobre o que sentiram antes do início do episódio. Os pacientes novos podem não conseguir lembrar dos sintomas brandos, especialmente se estiverem se recuperando de um episódio de mania. Os familiares ou amigos próximos que tiveram a oportunidade de observar o paciente no desenrolar do episódio podem ajudar no processo de educação, ao revisar a lista e falar aos pacientes e profissionais da área de saúde o que observaram. Isso pode ser alcançado por meio de sessões de terapia conjunta com os entes queridos ou, se isso não for prático, como temas de casa (o paciente leva as listas de sintomas para aqueles em que confiam e pede que circulem os sintomas que observavam). Este tipo de exercício ajuda o profissional a saber quais os sintomas que devem ser cuidados e a preparar o paciente para criar a sua própria lista com o resumo dos seus sintomas, descrita na próxima sessão.

PLANILHA DE RESUMO DOS SINTOMAS

Enquanto o Gráfico da Vida proporciona uma visão global da trajetória da doença, a Planilha de Resumo dos Sintomas se concentra mais detalhadamente nos sintomas específicos que ocorrem durante os episódios de depressão e de mania. Como mostrado na Figura 6.4, a planilha de resumo dos sintomas é uma maneira de

TABELA 6.1

Sintomas comuns de mania

Forma branda do sintoma	Forma moderada do sintoma	Forma severa do sintoma
Tudo parece chato; impaciência ou ansiedade	Fico com raiva mais facilmente	Irritabilidade
Mais feliz que o normal, perspectivas positivas	Dou mais risadas e faço piadas	Humor eufórico, no topo do mundo
Mais falante; mais bem humorado	Socializo e falo com os outros	Fala rápida ou afrita
Mais pensamentos; mentalmente aguçado, rápido; perco o foco	Pensamento desorganizado; pouca concentração	Pensamento rápido
Mais autoconfiante que o normal; menos pessimista	Sinto-me inteligente; não tenho medo de tentar; excessivamente otimista	Grandiosidade (ilusões de grandeza)
Ideias criativas; novos interesses; receptividade às mudanças	Planejo fazer mudanças; sou desorganizado nas ações; bebo ou fumo mais	Desorganização nas atividades; começo mais coisas que termino
Agitação, comportamentos nervosos, como roer as unhas	Impaciente; preferência por atividades com movimento que sedentárias	Agitação psicomotora; não consigo parar quieto
Menos eficiente no trabalho; dificuldade de se concentrar nas tarefas	Não termino as tarefas; me atraso para o trabalho; irrito os outros	Não consigo terminar as atividades normais no trabalho ou em casa
Não me sinto à vontade com outras pessoas	Desconfiado	Paranoia
Maior interesse sexual	Sonhos eróticos; busco ou percebo estímulos sexuais	Aumento do interesse sexual busco atividade sexual; maior promiscuidade
Percebo sons e pessoas irritantes, perco a linha de raciocínio	Barulhos parecem mais altos; as cores mais brilhantes; a mente te devaneia facilmente; necessidade de lugares calmos para focar os pensamentos)	Distração (tenho que me esforçar muito para focar os pensamentos ou não consigo focar em absoluto

começar a diferenciar os estados de humor normais dos anormais e os sintomas. A planilha resume os sintomas principais da depressão e da mania para um dado paciente e os contrasta com o estado normal ou eufímico do indivíduo. Isto proporcio-

na ao paciente e ao profissional diretrizes que servem para comparar as flutuações de humor e dos sintomas. Se alguns dos sintomas listados na planilha durante a depressão ou mania acompanharem as flutuações de humor, são reações aos es-

TABELA 6.2

Sintomas comuns de depressão

Forma branda do sintoma	Forma moderada do sintoma	Forma severa do sintoma
Humor triste, para baixo ou neutro	Choro mais facilmente	Tristeza severa
Sem vontade de socializar	Envolver-me menos com os outros	Falta de interesse nas atividades usuais
Mais falante; mais bem humorado	No clima para socializar e falar com os outros	Fala rápida ou aflita
As atividades usuais não são tão divertidas como esperava	Divirto-me até que a atividade termine	O prazer diminui
Culpo-me mais prontamente quando as coisas dão errado; vejo minhas próprias faltas	Autocrítica	Culpa excessiva e inapropriada
Tenho menos fome que o normal; posso pular refeições ocasionalmente e não sinto fome	O ato de comer proporciona menos prazer	Diminuição do apetite
As roupas ficam mais soltas, nenhuma grande perda de peso (p. ex. 1-2 kg)	Perceptível perda de peso	Significante perda de peso
O sono fica menos tranquilo; penso por horas antes de dormir; levo mais tempo para adormecer	Levo muito mais tempo para adormecer; acordo brevemente durante a noite	Insônia – não consigo dormir facilmente, acordo durante a noite e fico acordado
Perco interesse nas tarefas como ler; fico frustrado com tarefas longas	Tenho que reler textos; não consigo focar bem os pensamentos	Concentração prejudicada
Sinto-me como que me movendo mais lentamente; não aguçado mentalmente	A lentidão para se mexer é notada pelos outros; longas pausas antes de responder a perguntas	Retardo psicomotor
Desejo de que a dor fosse embora; pensamentos de fuga; pessimismo	Pensamentos de que a vida não vale a pena; desesperança; não consigo imaginar uma vida melhor	Ideias ou tentativas suicidas; não se importar em morrer
Autodúvida; um pouco de autocrítica	Baixa autoestima, aversão à própria aparência, sentir-se fracassado.	Sentimentos de inutilidade

trezadores mais que “normais” e deveriam ser monitoradas de perto. A Figura 6.5 é uma planilha de resumo dos sintomas para um homem de 35 anos com histórico de transtorno bipolar.

Para começar o resumo dos sintomas, o profissional deve pedir que o paciente descreva como é quando está em um estado “normal”, assintomático. No início, isto pode ser difícil, especialmente se os pacientes apresentam mais estados sintomáticos nos últimos anos. Inquirir sobre uma descrição das suas personalidades, estilos, comportamentos típicos, gostos e antipatias, temperamentos, senso de humor, hábitos e rotinas diárias pode ajudar. Uma folha-corrida dessas descrições pode ser mantida na planilha de resumo dos sintomas na coluna chamada “Quando me sinto bem”. As contribuições dos membros familiares e de amigos podem ser particularmente úteis para o exercício, porque com frequência eles se recordam de como o paciente era antes do início da doença.

Separadamente para os episódios de depressão e para os de mania, o paciente lista os sintomas que tenham sido experimentados mais comumente. No caso de incerteza, o profissional pode revisar os sintomas identificados na época de uma avaliação de diagnóstico passada. Para cada sintoma, o profissional verifica como ele se diferencia dos outros estados. Por exemplo, se a insônia é um sintoma da depressão, o profissional deve perguntar como os hábitos de sono do paciente são diferentes de quando ele está hipomaniaco ou maniaco e quando eutímico. Cada sintoma é listado na coluna apropriada da planilha (os sintomas de hipomania são acrescentados à coluna da mania). Se os sintomas de depressão e de mania ocorrem ao mesmo tempo dentro de um mesmo episódio, o profissional marca na planilha de resu-

mo que os sintomas das duas colunas ocorrem simultaneamente. Perguntas para investigar e ajudar os pacientes a lembrar dos sintomas incluem as seguintes:

- “Como a sua vida muda quando você está deprimido ou quando você está maníaco?”
- “Como as opiniões de si mesmo, dos outros e do futuro mudam – se é que elas mudam – quando você está deprimido ou maníaco em relação a quando está se sentindo bem?”
- “O que as outras pessoas reparam durante os períodos sintomáticos?”
- “Que comentários as outras pessoas fazem?”

As respostas para cada uma dessas perguntas podem ser incluídas na planilha de resumo dos sintomas.

Quando estiver completa, a planilha fornece uma descrição razoavelmente detalhada do paciente no estado deprimido, maníaco e assintomático. Uma cópia da planilha de resumo dos sintomas é dada ao paciente, e outra cópia mantida como registro para futuras referências. Se os membros familiares ou amigos participam das sessões, é útil fornecer a eles também uma cópia da planilha. Outras informações podem ser acrescentadas à medida que disponibilizadas.

Assim como o Gráfico da Vida, a Planilha de Resumo dos Sintomas permite que profissional e paciente encontrem padrões maiores de sintomas ao longo do histórico da doença. Com o objetivo de prevenir as recaídas e recorrências de depressão e de mania, essa informação proporciona um ponto de referência como comparativo para que o paciente verifique as flutuações dos sintomas. Quando as flutuações parecerem transitórias e minimamente

penosas, o paciente aprende a percebê-las sem se preocupar. Quando persistem e começam a parecer com as descrições de depressão e/ou mania da planilha de resumo dos sintomas, é hora de intervir para evitar uma recaída ou recorrência.

Utilizando a Planilha de Resumo dos Sintomas

Comunicação

Entre os usos da Planilha de Resumo dos Sintomas está facilitar a comunicação entre o paciente, os vários profissionais da área de saúde, os membros familiares e outros entes queridos. Se todas as partes estão cientes de como a mania e a depressão se apresentam em um dado paciente, a comunicação sobre as preocupações e a necessidade de intervenção podem ser mais completas e precisas. Por exemplo, se a esposa de um paciente telefona para o terapeuta a fim de expressar preocupação com as alterações no padrão de sono ou com as mudanças de atividades, a Planilha de Resumo dos Sintomas auxilia a esposa a explicar quais sintomas estão sendo observados. Se, quando o terapeuta encontrar o paciente, ficar claro que este não se dá conta dos sintomas, a planilha pode ser revisada, e as observações da esposa, abordadas.

Em um cenário diferente, se o paciente apresenta sintomas ao terapeuta e demanda que ele o auxilie a explicá-los para o psiquiatra, a Planilha de Resumo dos Sintomas ajuda terapeuta e psiquiatra a partilharem um entendimento comum da apresentação dos sintomas do paciente.

Maria foi para a sessão de terapia reclamando sobre a sua mãe. O terapeuta percebeu claramente que ela estava mais irritada que o normal e que falava mais rapidamente do que de costume. Quando o terapeuta perguntou sobre os sintomas de

mania, Maria ficou ofendida e rapidamente colocou a culpa na sua mãe pelos conflitos recentes que não a tinham deixado dormir a noite inteira e que a irritavam. Maria confiava no terapeuta e estava disposta a se acalmar e a ouvi-lo sobre suas preocupações. Juntos decidiram que ela não podia se dar ao luxo de ter outra noite de sono maldormida, mas Maria não tinha certeza do que fazer a respeito disso. Juntos telefonaram para o psiquiatra de Maria a fim de pedir aconselhamento. Como o psiquiatra também tinha uma cópia da planilha de resumo dos sintomas de Maria, compreendeu as preocupações do terapeuta e sugeriu uma opção de medicamento que a auxiliaria a dormir. A lista de sintomas facilitou a comunicação entre os profissionais da área de saúde que desempenhavam o processo de tomada de decisão.

Detecção da recaída

Quando os indivíduos com transtorno bipolar sofrem os altos e baixos normais da vida, experimentam os mesmos tipos de estresse e suas muitas manifestações, assim como os que não têm a doença. Entretanto, no caso dos bipolares não se torna sempre explícito quando se trata de depressão ou apenas de estresse ou angústia, como é de se esperar na ocorrência de eventos problemáticos.

A Planilha de Resumo dos Sintomas ajuda a distinguir entre as recaídas sintomáticas e as flutuações normais das emoções. Ao revisar a planilha, o paciente pode calcular o número de sintomas que está sentindo. Se isso não ficar claro, coloca-se um ponto de interrogação próximo ao sintoma e ele é avaliado novamente no dia seguinte. Se a depressão ou a mania estiver reaparecendo, espera-se que um número de sintomas se desenvolva simultaneamente. Se for meramente uma reação normal a eventos psicossociais, positivos ou negativos, então somente um ou dois sinto-

mas estão presentes e somente na forma branda ou moderada.

Os pacientes que conseguiram estabilizar os sintomas e que não estão mais em contato regular com o terapeuta, podem pedir ajuda para determinar se uma recaída é iminente. Se ambos, terapeuta e paciente, tiverem cópias da Planilha de Resumo dos Sintomas, podem revisá-la rapidamente pelo telefone para determinar se uma visita é necessária. Se usada como uma ferramenta de triagem durante as fases iniciais do desenvolvimento de um episódio, com frequência a recaída pode ser contida rapidamente e solucionada.

Se não estiver ocorrendo uma recaída, qualquer sintoma brando presente com frequência é resolvido antes que o paciente faça uma consulta de *follow-up* ao terapeuta.

Terminando com as disputas familiares

Quando Prudence e seu marido Walter discutem sobre as crianças ou sobre dinheiro, às vezes Walter pergunta a Prudence se ela tem tomado os seus medicamentos. Com esta pergunta ele deixa implícito que acredita que Prudence esteja entrando em crise. Ela encara isso como a maneira com a qual Walter desvia a culpa do problema discutido. Ele indiretamente verbaliza que não acredita na validade do argumento dela e que não levará a sério as suas preocupações. Isto sempre a deixa furiosa, então ela defende seu ponto de vista mais inflexivelmente. Seu tom de voz mais alto e as afirmações negativas sobre o comportamento de Walter o convencem ainda mais de que ela está reagindo de forma exagerada e que provavelmente se descuidou do medicamento, como já aconteceu no passado.

Infelizmente, esse tipo de confronto acontece nos lares de muitos indivíduos

com o diagnóstico de transtorno bipolar. Os membros familiares, principalmente os cônjuges ou os pais, acreditam estarem apenas tentando ajudar. O problema geralmente é o *timing* inadequado. O questionamento sobre os sintomas ou medicamentos é feito por reação a um desafio. Portanto, funciona como uma afirmação defensiva, e não como uma demonstração genuína de preocupação.

Para resolver uma discussão sobre a perturbação ou não de um paciente por causa de um problema real familiar, ou sobre sua irritabilidade e negatividade porque a mania ou a depressão possa estar retornando, a planilha de resumo dos sintomas é revisada. Se for a doença, vários sintomas devem estar presentes não somente durante uma discussão, mas ao longo dos últimos dias. Se não for a doença, mas apenas um problema familiar ou conjugal, os únicos sintomas são os expressados durante a interação, como a raiva, a irritação, afirmações negativas e fala mais rápida.

Caso se trate do retorno dos sintomas da doença (i.e., se vários sintomas estão presentes simultaneamente), o paciente precisa tomar as precauções necessárias, mas retomar o problema em questão em outro momento, quando a expressão emocional não estiver afetada pela doença. Se os sintomas não estiverem presentes, a discussão deve ser encerrada, e o problema, resolvido. Em virtude de os argumentos poderem aumentar a irritação e interferir no sono, faria bem ao paciente monitorar mais de perto o seu humor, para estar certo de que o conflito não causa um agravamento dos sintomas.

O terapeuta auxilia a negociar um acordo entre a família e o paciente. Sempre que houver uma pergunta sobre os sintomas, o paciente levará a sério a preocupação e revisará a Planilha de Resumo dos Sintomas. Em troca, o membro familiar tentará ser objetivo em relação à presença dos sintomas, mas também revisará a Planilha

de Resumo dos Sintomas, e não a usará como uma estratégia para brigar. O terapeuta deve explicar claramente como os sintomas se desenvolvem e como é possível saber a diferença entre uma reação negativa e os sintomas de recaída.

Os problemas de comunicação não relacionados com o transtorno bipolar são comuns nos casais e famílias com dificuldades para conviver bem. Os terapeutas podem ser úteis funcionando como árbitros durante as visitas familiares, a fim de assegurar que todas as partes tenham a chance de dar a sua opinião e de serem ouvidas sem interrupção. O Capítulo 12 abrange os problemas interpessoais decorrentes do transtorno bipolar e inclui diretrizes para ajudar os indivíduos a se tornarem melhores comunicadores.

Avaliando as ideias maníacas

Em algumas épocas, é um verdadeiro desafio clínico distinguir as ideias maníacas das criativas. Somente por sentir-se criativo não necessariamente quer dizer que o paciente esteja ficando maníaco. Entretanto, o aumento da energia e a fluidez de pensamento que acompanham a hipomania branda podem facilitar o pensamento criativo e estimular as ações de solução de problemas. Sentir excitação com ideias novas e possibilidades anima o humor e auxilia a recuperar o seu ritmo. Tais mudanças podem ser facilmente confundidas com sintomas de mania, em especial nos casos daqueles que enfrentaram um longo acometimento de depressão.

A planilha de resumo dos sintomas pode ajudar o paciente e seu médico ou terapeuta a avaliar essas situações. A maior parte das pessoas prefere não apresentar mania e quer saber se há motivo para alguma preocupação. Revisar a lista dos sintomas maníacos pode tranquilizar o paciente de que ele está meramente feliz, e

não hipomaníaco; desta maneira, qualquer ideia nova não precisa configurar uma suspeita. Se uma revisão mostra que vários sintomas estão presentes, mesmo que apenas em grau brando, é melhor monitorá-los de perto e evitar levar a cabo qualquer novo plano até que haja certeza de que não se trata de influência da mania.

Avaliando as ideias depressivas

Semelhante ao processo de diferenciar o bom humor do humor hipomaníaco, a planilha de resumo dos sintomas também pode ajudar os bipolares a distinguir um pensamento negativo associado com a depressão de reações negativas relativas aos eventos normais da vida.

Cheryl não aguenta mais o seu chefe. Ela suportou toda a crítica que foi capaz de tolerar e está pronta para pedir demissão. Enquanto ela digitava um rascunho do que seria a sua carta de demissão, disse a si mesma: “Você tem certeza de que não está apenas deprimida?”. A dúvida ficou na sua mente. Ela tinha todas as razões para estar aborrecida com o seu chefe. Qualquer pessoa ficaria aborrecida nesta situação. No entanto, mudar de emprego a essa altura poderia também não ser a melhor coisa a fazer. Ela não podia se dar ao luxo de cometer o engano de se demitir de uma hora para outra e depois se arrepender disso quando a depressão passasse.

Para ajudá-la a tomar uma decisão, Cheryl marcou uma consulta com o seu terapeuta a fim de revisar seus sintomas e voltar ao tratamento psicoterápico caso necessário. Embora as manifestações dos sintomas variem levemente de um episódio de depressão para o próximo, os itens de depressão da planilha de resumo dos sintomas fornecem um ponto de referência a paciente e terapeuta. Se os sintomas estivessem voltando, Cheryl deveria estar sentindo vários sintomas da lista. Se ela estivesse meramente estressada, não

Categoria	Quando Maníaco	Quando Deprimido	Quando estou bem
Humor			
Atitude em relação a mim			
Autoconfiança			
Atividades usuais			
Atividades sociais			
Hábitos de sono			
Hábitos alimentares/apetite			
Concentração			
Velocidade do pensamento			
Criatividade			
Interesse em se divertir			
Inquietação			
Senso de humor			
Nível de energia			
Como os barulhos me afetam			
Perspectivas para o futuro			
Padrões de fala			
Habilidade de tomada de decisão			
Preocupação com os outros			
Pensamentos sobre a morte			
Habilidade para funcionar			
Outras áreas:			

Figura 6.4 Planilha de resumo dos sintomas.

Categoria	Quando Maníaco	Quando Deprimido	Quando estou bem
Humor	Irritável	Triste	Contente
Atitude em relação a mim	Sou o único que pensa	Eu me odeio	Estou bem
Autoconfiança de muitas coisas	Muito autoconfiante	Sem autoconfiança	Acho que sou capaz
Atividades usuais	Começo, mas não termino	Fico na cama ou assisto TV	Trabalho. Limpo a casa. Faço exercícios
Atividades sociais	Não aguento ficar perto das pessoas	Não quero que ninguém me veja	Visito os amigos e a família
Hábitos de sono	Durmo 4 horas por noite	Durmo o tempo inteiro	Durmo de 7 a 8 horas
Hábitos alimentares/apetite	Esqueço de comer	Não sinto fome	Gosto de comer
Concentração	Não consigo frear os pensamentos	Fico olhando para a página, mas não consigo ler	Consigo ler o jornal e me concentro bem
Velocidade do pensamento	Tenho pensamentos rápidos e desorganizados	Minha mente fica lenta e preguiçosa	Normalmente penso rápido
Criatividade	Sou muito criativo até alcançar meu auge	Não tenho pensamentos criativos	Posso ser criativo em casa
Inquietação	É muito difícil parar quieto	Não quero sair do sofá	Gosto de ficar ocupado e de me manter em movimento
Senso de humor	Sou mais sarcástico	Nada é engraçado	Gosto de contar piadas
Nível de energia	Alto. Energia exaltada	Nenhuma	Suficiente para fazer as coisas
Como os barulhos me afetam	Barulhos me irritam	Não escuto o que acontece ao meu redor	Normalmente não me incomodam
Perspectivas para o futuro	Tudo é possível	Não existe futuro	Não tenho certeza do que o amanhã trará
Padrões de fala	Falo rápido e incessantemente	Tenho dificuldade para lembrar de palavras ou não falo	Falo bastante, mas não costumo interromper os outros
Habilidade de tomada de decisão	As decisões são tomadas impulsivamente	Não consigo tomar decisões	Posso tomar boas decisões

(continua)

Figura 6.5 Exemplo de planilha de resumo dos sintomas.

Categoria	Quando Maníaco	Quando Deprimido	Quando estou bem
Preocupação com os outros	Não me preocupo com os outros	Preocupo-me com o que os outros pensam de mim	Sou atencioso com os outros
Pensamentos sobre a morte	Penso mais a respeito de Deus	Os outros ficariam melhor sem mim	Não penso sobre isso
Habilidade para funcionar	Estou no meu melhor até um certo ponto	Funciono com muito esforço	Funciono normalmente
Outras áreas: Atividade sexual	Não consigo parar de pensar em sexo	Nenhum interesse	Raramente interessado

Figura 6.5 (Continuação)

deveria ter mais que uns poucos sintomas, como desânimo e talvez algum distúrbio de sono.

Em caso de dúvida, é melhor monitorar os sintomas de perto e protelar decisões sobre mudanças importantes na vida até que se tenha certeza de que o panorama negativo comum à depressão não está influenciando as escolhas. Também pode ser útil usar métodos de reestruturação cognitiva para avaliar as evidências por trás das percepções negativas, como no caso da Cheryl em relação ao seu emprego.

Monitorando o progresso

Outra utilidade da planilha de resumo dos sintomas é o monitoramento do progresso em relação à remissão dos sintomas. Enquanto as medidas de avaliação padronizadas fornecem resultados normativos da gravidade dos sintomas, uma lista personalizada permite que o paciente e os profissionais da área de saúde monitorem

as mudanças dos sintomas específicos do indivíduo. Se o tratamento for eficiente ou os episódios da doença cederem naturalmente, o número de sintomas experimentados dos que constam na lista deve diminuir, assim como a gravidade.

GRÁFICOS DE MONITORAMENTO DO HUMOR

Os gráficos de monitoramento do humor podem ser usados para restringir o foco dos amplos grupos de sintomas durante os episódios típicos, para olhar melhor as mudanças diárias no humor, na cognição e no comportamento. Trata-se do nível de monitoramento requerido para identificar os sintomas subsindrômicos que precedem os episódios de mania e depressão. O gráfico de monitoramento do humor pode ser usado para avaliar as mudanças afetivas, como tristeza ou euforia, mas é mais útil quando utilizado para rastrear os sintomas que indicam o agravamento inicial em determinado indivíduo. Algumas pessoas são

mais sensíveis às mudanças em relação às perspectivas de vida (mais otimistas ou pessimistas), na própria visão que têm de si mesmas (mais autoconfiantes ou autocríticas). Outras notam as mudanças de energia (aumento ou diminuição) ou nas atividades (mais ativas ou socialmente mais retraídas). A planilha de resumo dos sintomas pode ajudar o profissional e o paciente a decidir quais sintomas são os mais importantes e necessitam de monitoramento.

A fileira no meio do gráfico mostrado na Figura 6.6 representa a eutímia. Os pontos acima dessa fileira de referência, de zero a +5, representam os níveis de mania; os pontos mais altos do gráfico indicam os episódios maníacos. Os pontos abaixo da fileira de referência, de zero a -5, representam os níveis de depressão, e os menores pontos indicam os episódios de depressão maior. As variações normais do humor variam de -1 a +1. A graduação de +2 a -2 alerta os pacientes de que se deve começar a monitorar os sintomas um pouco mais atentamente. Uma pontuação de +3 ou -3 indica que está na hora de intervir para evitar que os sintomas piorem. Por exemplo, com a pontuação de +3 ou -3 está na hora de telefonar para o médico se o paciente não tem uma consulta previamente marcada para os próximos dias.

Este simples gráfico de monitoramento do humor pode ser suficiente para alguns pacientes. Entretanto, é melhor que se faça um gráfico personalizado às necessidades especiais de cada paciente. Por exemplo, os que têm várias mudanças de humor no espaço de um dia podem precisar de um gráfico desenvolvido com uma escala de classificação para os diferentes horários do dia (p. ex., manhã, tarde e noite). As informações sobre as circunstâncias que acompanham as mudanças de humor podem ser anotadas no gráfico. Esse tipo de informação auxilia os profissionais a desenvolver intervenções para prevenir que o humor piore. Por exemplo, os pacientes podem descobrir que o seu humor é alte-

rado quando saem de casa e vão para o trabalho, quando seus filhos voltam da escola, quando veem seus cônjuges ou quando estão com fome. Essas alterações no humor não necessariamente requerem uma intervenção farmacológica, mas podem ser tratadas com técnicas de TCC.

Situações como a quantidade de álcool consumida, de dinheiro gasto e de medicamentos necessários também podem ser monitoradas por meio de um gráfico. De maneira semelhante, as alterações dos sintomas, como as mudanças no sono, podem ser rastreadas. Em razão de a seleção dos sintomas para monitoramento depender das manifestações especiais de sintomas do indivíduo, é uma medida inteligente trabalhar com cada paciente para desenvolver um sistema de monitoramento personalizado. O profissional deve encorajar cada paciente a ser criativo e a desenvolver um gráfico que forneça a maior quantidade possível de informações úteis.

LIGANDO OS PONTOS

O gráfico de monitoramento do humor e a planilha de resumo dos sintomas são ferramentas para ajudar os pacientes a se tornarem mais sensíveis ao início dos sintomas. Também se pretende que auxiliem as pessoas a estabelecer conexões entre as suas mudanças de humor e outros eventos internos e externos. Ao fazer isto, o portador de transtorno bipolar pode vir a se familiarizar com as situações ou eventos que desencadeiam o agravamento dos seus sintomas, assim como atentar mais às mudanças sutis de pensamentos, sentimentos, ou ações que ocorrem no início de um episódio de depressão ou de mania.

Não é incomum para os bipolares atribuir os sintomas às fontes erradas. Erros comuns incluem colocar a culpa de uma insônia relacionada com a depressão no barulho externo, ou culpar os problemas familiares por suas mudanças de humor.

Gráfico de monitoramento do humor

Nome: _____
Semana: _____

Maníaco			Plano	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
+5	Sem dormir, psicótico	Ir para o hospital	•	•	•	•	•	•	•	•
+4	Maníaco, julgamento prejudicado		•	•	•	•	•	•	•	•
+3	Hipomaníaco	Ligar para o médico	•	•	•	•	•	•	•	•
+2	Energizado	Tomar uma atitude	•	•	•	•	•	•	•	•
+1	Ativo, feliz	Monitorar mais de perto	•	•	•	•	•	•	•	•
0	Normal		•	•	•	•	•	•	•	•
-1	Devagar, para baixo	Monitorar mais de perto	•	•	•	•	•	•	•	•
-2	Triste	Tomar uma atitude	•	•	•	•	•	•	•	•
-3	Deprimido	Ligar para o médico	•	•	•	•	•	•	•	•
-4	Paralizado		•	•	•	•	•	•	•	•
-5	Suicida	Ir para o hospital	•	•	•	•	•	•	•	•

Deprimido

O que causou a mudança de humor?

FIGURA 6.6 Gráfico de monitoramento do humor.

Se os sintomas são encarados como respostas normais ao estresse, às mudanças ou aos eventos externos, as oportunidades de intervenção precoce podem ser desperdiçadas.

Por outro lado, existem estímulos diversos dos causados pela doença que produzem experiências subjetivas semelhantes aos sintomas. Por exemplo, mudanças no horário do trabalho que reduzem a quantidade de horas de sono podem causar cansaço ou fadiga. Mudanças hormonais pré-menstruais podem causar mau

humor e aumento de peso. Ficar sozinho ou escutar músicas tristes pode deixar a pessoa melancólica. A convivência com alguém desagradável no trabalho pode diminuir a motivação de estar lá. Todas essas circunstâncias estão dentro da faixa de normalidade da experiência humana, e não necessariamente indicam depressão.

De modo semelhante, as notícias boas podem fazer com que alguém se sinta feliz e talvez até mesmo eufórico por algum tempo, dependendo do tipo de evento. Conversar com pessoas interessantes ou conhecer

lugares novos pode estimular novas ideias. A antecipação de eventos agradáveis ou emocionantes pode dificultar o sono à noite. Encontrar um novo parceiro romântico pode estimular a libido. Embora esses possam ser sintomas de mania, quando transitórios e não concomitantes é bem provável que consistam apenas em respostas positivas normais para as coisas boas da vida.

Se os gráficos de monitoramento do humor são usados para monitorar ambas as mudanças dos sintomas e as circunstâncias que as cercam, as conexões extraídas dos dois ajudam o paciente e o profissional a compreender melhor a natureza das flutuações do humor. Normalmente, são encontrados padrões entre as mudanças de sintomas e os estressores, como adesão incompleta, perda do sono e ciclos hormonais.

Conhecer os precipitadores das mudanças sintomáticas de humor auxilia o paciente a planejar com antecedência como evitar o agravamento dos sintomas.

Estelle sempre tem sintomas de depressão antes do período menstrual. Ela fica mais chorona, muito sensível a críticas e, às vezes, irritadiça. Ela se preocupa com os seus sentimentos de tristeza, o que normalmente atribui a eventos externos, como ser ignorada pelo namorado. Depois de manter o gráfico de monitoramento do humor por diversos meses, o padrão ficou claro. Depois desse ponto, Estelle pôde planejar-se com antecedência e preparar-se para esses períodos, fazendo um esforço especial para educar a si mesma e evitar reagir exageradamente à rejeição percebida por ela. Ela também começou um tratamento ginecológico para controlar seus problemas hormonais.

Stan tem dificuldade de controlar o seu humor durante a temporada de futebol americano. Há anos sua esposa vem lhe dizendo que ele fica exageradamente entusiasmado por causa do esporte e que não deveria mais assisti-lo. Stan acha que ela imagina coisas. Para testar a teoria de

sua esposa, ele concordou em manter um gráfico de monitoramento do humor durante a temporada. Houve um aumento na irritabilidade e perda de sono depois do jogo nas noites de segunda. Os jogos terminam tarde, e Stan tem que estar no trabalho às 8 da manhã, então ele dorme menos nas noites de segunda. Dormir menos o deixa irritadiço. Os jogos das noites de quinta não são um problema porque ele folga nas sextas e pode dormir até mais tarde. Quando o padrão se repete, semana após semana, Stan não pode mais negar a conexão entre os fatos.

GERENCIAMENTO DO ESTILO DE VIDA

Cada vez que um paciente apresenta uma nova mudança de humor, um novo ataque de sintomas ou a recorrência da depressão ou da mania, tem a oportunidade de aprender mais sobre os fatores que aumentam a sua vulnerabilidade a uma recaída. Com este conhecimento, podem ser feitos ajustes para evitar ou para lidar com tais circunstâncias. Os fatores mais comuns que desencadeiam oscilações no humor ou crises de sintomas em portadores de transtorno bipolar são a adesão inconsistente ao tratamento farmacoterápico, a perda do sono, o estresse e a superestimulação de vários tipos.

Para evitar a recorrência dos sintomas, é possível planejar-se com antecedência para as épocas do ano que parecem provocar os sintomas, como uma mania iniciada na primavera, ou depressões durante os feriados. Isto pode incluir uma alteração no esquema de medicação, monitorar os sintomas mais de perto, estabelecer limites para as atividades ou aprender novas maneiras de gerenciar os estressores comuns.

Julia aumenta um pouco a quantidade de lítio no começo de março. É a época em que ela fica suscetível à mania. Harriett

fica estressada durante o verão, quando seus filhos estão de férias da escola por vários meses. É fácil para ela acumular tarefas, exaurir-se e irritar-se. Em setembro, quando as crianças voltam para a escola, ela já está deprimida. Harriett poderia valer-se de intervenções comportamentais examinadas nos próximos capítulos para controlar o seu estresse e, por meio disso, reduzir o risco de recaída.

Se certos eventos da vida parecem desencadear recaídas, como mudanças no trabalho, nascimento de um filho, fim de um relacionamento ou morte de um ente querido, é possível planejar-se com antecedência para se autoprotger quando antecipados os eventos. São nesses momentos que a psicoterapia pode ser particularmente útil. O terapeuta auxilia o paciente a lidar com a perda, a manter hábitos saudáveis, a evitar os obstáculos que interferiram na adesão à medicação e substituir as estratégias de enfrentamento da situação ineficientes por outras que solucionem os problemas e previnam a recaída.

Pontos-chave para o terapeuta lembrar

- Para ajudar os pacientes a lidar com as suas flutuações de humor, é necessário entender quais os sintomas que aparecem primeiro na sequência da depressão e da mania, quais fatores podem precipitar as mudanças de humor e quais respostas dos pacientes podem ajudar a controlar os sintomas ou piorá-los. Uma vez conhecidos esses fatos, o terapeuta pode ajudar o paciente planejar-se com antecedência para as recorrências e crises de sintomas.
- Um exame dos prós e contras das recorrências deveria revelar um padrão com razões convincentes para o exercício do autocontrole, como evitar o estresse que uma recaída traz ao paciente e a seus membros familiares, e razões convincentes que não o favoreçam, como perder a liberdade ou desistir dos prazeres da vida.
- A maioria dos pacientes não tem ciência de que estão no início de uma recaída até que os sintomas sejam muitos e estejam razoavelmente graves. Para ajudar no desenvolvimento de um sistema de alerta precoce, a autoconsciência dos sintomas deve ser aumentada e refinada.
- Cada vez que um paciente tem uma mudança de humor, um novo ataque de sintomas ou a recorrência da depressão ou da mania, dispõe da oportunidade de aprender mais sobre os fatores que aumentam a vulnerabilidade a uma recaída. Com tal conhecimento, ajustes podem ser feitos para evitar ou para lidar com as circunstâncias.

Pontos para discutir com os pacientes

- Os métodos da TCC constituem ferramentas valiosas para ajudar os portadores de transtorno bipolar a evitar uma recaída. No entanto, eles decidem por si mesmos se querem usá-las.
- Em vez de convencer os pacientes a serem consistentes com os medicamentos, a monitorarem os seus sintomas, a normalizarem seus horários, ou a desistirem das atividades superestimuladoras, eles devem se convencer de que o gerenciamento do estilo de vida compensa o esforço.
- A maioria não sabe do que terão de abrir mão para adquirir uma maior estabilidade. Quando descobrem, frequentemente não ficam muito felizes.
- Os terapeutas devem proporcionar uma visão geral da análise racional por trás da prevenção de recaída. Isto inclui informar e lembrar os pacientes que a doença é crônica e recorrente e que precisará de gerenciamento pelo resto de suas vidas. Em-

bora quem tem a doença saiba disso, escutar novamente e aprender os detalhes da prevenção de recaída pode levantar muitos sentimentos negativos sobre a doença e seu tratamento.

- O melhor cenário para que os pacientes sejam o mais consistente possível com o sono, com a medicação e com o controle do estresse é estar atento ao retorno dos sintomas de depressão ou mania. A detecção precoce proporciona a oportunidade de intervenção e refreamento precoces.
- Não é incomum os pacientes atribuírem os sintomas às fontes erradas. Erros comuns incluem colocar a culpa de uma insônia relacionada com a depressão no barulho externo, ou responsabilizar os problemas familiares por suas mudanças de humor. Se os sintomas são encarados como respostas normais ao estresse, às mudanças ou aos eventos externos, as oportunidades de intervenção precoce podem ser perdidas.

Gerenciamento dos sintomas comportamentais

Controle dos fatores desencadeantes e aumento dos fatores positivos

Nos capítulos iniciais deste livro, mencionamos ou sugerimos diversas estratégias comportamentais de gerenciamento. Neste capítulo, detalhamos tais estratégias. Em muitos casos, as intervenções comportamentais úteis para controlar os comportamentos reforçados ou organizados inadequadamente durante a mania também podem ser usados para superar os déficits comportamentais durante a depressão. As variações para cada exercício são discutidas, mas os procedimentos completos para cada intervenção, apresentados uma vez apenas.

Duas regras práticas para tratar os problemas comportamentais no transtorno bipolar são as seguintes:

1. É mais fácil acrescentar comportamentos positivos que interromper os negativos.
2. Antes de tentar fazer com que as coisas melhorem, tente primeiro fazer com que os pacientes evitem piorar as coisas.

CONTROLE COMPORTAMENTAL DOS SINTOMAS-GATILHO DE DEPRESSÃO

Embora existam variações consideráveis de pessoa para pessoa, há alguns atributos comuns nos gatilhos dos sintomas entre os indivíduos que sofrem de depressão. Descrevemos esses padrões comuns mais a frente. Entretanto, é melhor perguntar a cada paciente específico a respeito desses fatores que parecem piorar de maneira previsível a sua depressão. Uma categoria a ser considerada é a evitação ou o impedimento dos reforços positivos, como o contato com as pessoas que se importam com ele ou como a dedicação às atividades agradáveis. Os estímulos positivos podem distrair os indivíduos e proporcionar uma visão mais equilibrada da realidade, o que inclui os aspectos positivos assim como os negativos. A ausência do positivo permite que o indivíduo sinta somente as aflições e a negatividade. O modelo cognitivo de depressão proposto por Beck, Rush, Shaw e

Emery (1979) sugere que as pessoas necessitam vivenciar o sentimento de realização ou de domínio, assim como a sensação de prazer, para manter um estado eutímico. A baixa energia e motivação e a perspectiva sem esperanças que caracterizam a depressão frequentemente evitam que as pessoas se dediquem ou completem tarefas que proporcionariam um sentimento de domínio sobre seus mundos. Por tal razão, carecem de sentimentos de satisfação. Quando o humor está severamente disfórico e não reage aos estímulos positivos, dedicar-se às atividades positivas não produz facilmente sentimentos de prazer ou de alegria. Quando esse é o caso, os indivíduos deprimidos se esquivam das oportunidades que trazem uma quantidade mínima de gratificação e, portanto, não conseguem acumular experiências positivas para compensar a miséria da depressão.

Outra categoria a ser considerada quando se indagar sobre os fatores que podem piorar a depressão de um indivíduo é a exposição aos estímulos negativos. As experiências negativas ou estressantes pioram a depressão, em especial quando o sujeito temporariamente carece da habilidade de solucionar problemas ou organizar o pensamento bem o suficiente para superar os obstáculos da vida. Os estímulos negativos comuns são conflitos com terceiros, notícias televisivas que enfatizam desastres no mundo, músicas ou filmes tristes, outras pessoas deprimidas, reclamações alheias, um ambiente bagunçado ou desorganizado, problemas financeiros e pessoas insensíveis. A exposição excessiva a esses estímulos negativos pode aumentar a tristeza, a irritabilidade e a ansiedade e afetar as perspectivas dos indivíduos quanto a si mesmos e à vida. Diante da adversidade sentem mais desânimo em relação ao futuro e impotência para superar disputas; em consequência, veem a si próprios como inúteis. Igualmente, quando incapazes de cooperar, perdem as oportunidades de sentir os reforços positivos por seus esforços.

Uma terceira categoria de fatores que contribuem para piorar a depressão são os comportamentos de evitação. Quando as pessoas estão deprimidas e se defrontam com os problemas, frequentemente se esquivam do estresse em vez de lidar com ele. Pelo fato de que a evitação funciona para reduzir o estresse, de acordo com a teoria de aprendizado, a evitação é reforçada negativamente. Assim, a evitação desliga emocionalmente o estresse, mesmo que apenas por algum tempo. Portanto, é mais provável que a pessoa deprimida, na próxima vez, valha-se da evitação como uma tática, em vez de confrontar os problemas. Ela afasta os aborrecimentos mais rapidamente e exige menos esforço do que resolver o problema. Os comportamentos de evitação incluem a procrastinação, o isolamento das outras pessoas, ou o engajamento a um comportamento alternativo como distração das dificuldades. Infelizmente, esconder-se do mundo só piora a situação do indivíduo que tenta superar a depressão. Mesmo que a pessoa deprimida compreende isso logicamente, a redução rápida do estresse decorrente da evitação constitui um reforço poderoso e difícil de resistir.

A intervenção consiste em perguntar aos pacientes o que poderiam fazer para tornar a depressão pior. Pede-se que façam uma lista durante a consulta. Se tiveram alguma experiência com a depressão, saberão o que no passado os fez se sentir pior em vez de melhor. Ficar sobrecarregado e isolado dos outros, envolver-se em conflitos raivosos, relembrar perdas do passado, revisar os arrependimentos e conversar com pessoas também deprimidas estão entre as situações que podem piorar a depressão. Uma vez listados esses itens, os pacientes são instruídos a evitar tais situações negativas até que se sintam mais fortes. Para preencher o tempo que seria ocupado com eventos negativos, acrescentem-se atividades positivas que não consumam muita energia e que possam distrair o indivi-

duo dos eventos negativos até que novas habilidades de enfrentamento sejam ensinadas. O paciente pode achar útil partilhar esta intervenção com os membros familiares ou amigos e obter as suas ideias sobre o que parece piorar a depressão.

CONTROLE COMPORTAMENTAL DOS SINTOMAS-GATILHO NA MANIA

Os indivíduos que enfrentaram episódios maníacos no passado normalmente sabem o que pode piorar os sintomas maníacos. Dada a alta probabilidade de que a hipomania se transforme em mania (Gelenberg et al.; 1989), os que tiveram experiências negativas com a mania estarão motivados a controlar os sintomas enquanto estiverem brandos. Alguns podem ter aprendido por meio da experiência que existem vários fatores que transformam a hipomania em mania. O benefício desta experiência é que os pacientes aprendem o que fazer para evitá-la. Nem todas as pessoas que experimentaram a mania sabem o que causou a piora dos sintomas e necessitam de orientação do terapeuta ou psiquiatra a fim de monitorar os comportamentos que carregam consequências em potencial para exacerbar a hipomania.

Os fatores mais comuns que contribuem para o desenvolvimento ou agravamento da mania é a não à medicação, privação do sono, superestimulação e uso de álcool e drogas. Os Capítulos 4 e 5 incluíram estratégias para a prevenção e melhoria do problema de adesão. No presente capítulo, abrangemos os métodos comportamentais para lidar com a perda do sono e com a superestimulação.

Quando perguntado aos pacientes o que poderia piorar a hipomania, aqueles com experiência listaram exemplos de situações e pessoas superestimuladoras, atividades noturnas que interferiam em uma boa noite de sono, tentativa de estender o

“estar alto” devido ao uso de álcool ou drogas, mudanças inesperadas ou dedicação a novas atividades e a atividades que proporcionam muita excitação, como socializar, fazer compras ou dirigir em alta velocidade. O dilema para as pessoas que sofrem de transtorno bipolar é que, mesmo sabendo que tais comportamentos podem piorar a sua situação, eles são altamente reforçadores e sedutores, e não são problemáticos para os seus amigos ou membros familiares com quem socializam. Contribuir com o desejo de se dedicar a comportamentos potencialmente perigosos constitui o fluxo reforçado de ideias características da hipomania e da mania. Isto, acrescido ao julgamento prejudicado, aumento da distração e incapacidade de perceber riscos, resulta em um comportamento que exacerba a sintomatologia maníaca. Portanto, embora seja crítico as pessoas que começam um novo episódio de mania terem comportamentos que exacerbem a situação, o desejo de tê-los está imbricado com o desejo de ter experiências agradáveis, sobretudo se o indivíduo se recuperou recentemente de um longo episódio de depressão.

Vários indivíduos com transtorno bipolar preferem atividades noturnas às matutinas. Conversas até altas horas com outras pessoas, ao vivo, pelo telefone ou *on-line* são agradáveis e estimulantes. Tais contatos são tão agradáveis que o hipomaniaco nem sempre se dá conta de que já é bem tarde. Uma vez terminadas as conversas, pode levar algum tempo para desacelerar e parar de pensar nisso, e, portanto, o sono é atrasado ainda mais. Se a pessoa tiver que acordar cedo para trabalhar, ir à escola ou cumprir responsabilidades familiares, consegue ter apenas uma quantidade limitada de sono. A perda do sono exacerba a mania. Entretanto, perguntar a alguém nesta situação se pode renunciar às atividades noturnas a fim de dormir é problemático por diversas razões. Se elas concordarem, ainda assim podem ter dificulda-

de de adormecer. Se o ato de ir para a cama cedo for encarado como uma privação ou restrição, gera resistência e ressentimento. Se a necessidade de reduzir o estímulo e dormir normalmente é percebido e aceito, isso também faz a pessoa com transtorno bipolar de pensar que ela não é como todas as outras pessoas. Isto pode levá-la a se sentir estranha, esquisita ou anormal e ter sentimentos de raiva ou tristeza.

A sensibilidade do terapeuta para com estas questões é fundamental para resolvê-las com o paciente. É importante ter empatia com a pessoa pelas restrições colocadas sobre ela visando ao controle da doença. Ao mesmo tempo, o terapeuta deve permitir que o paciente tome suas próprias decisões acerca das ações preventivas. Com frequência, dizemos aos pacientes: “Você sabe o que precisa fazer e só você pode tomar a decisão de fazê-lo. Você entende as consequências das suas ações e só você pode estabelecer limites para si mesmo ou ir atrás dos seus desejos e assumir os riscos. Não posso lhe dizer o que fazer. Somente posso lhe dar orientação. A decisão diária de estabelecer limites cabe inteiramente a você”.

O terapeuta auxilia a educar os pacientes a respeito das ações que podem tomar para reduzir o risco de recair em mania, especialmente se não estiverem conscientes dos fatores colaboradores. Se os pacientes estão dispostos a tomar uma atitude, podem fazer listas das situações potencialmente problemáticas, como perda do

sono ou atividades tarde da noite, durante as consultas e evitar esses fatores estimulantes ao mesmo tempo que melhoram a adesão ao tratamento ou buscar acréscimos aos seus esquemas de medicação. A Tabela 7.1 fornece exemplos da lista de uma paciente que poderiam piorar a sua mania.

ACRESCENTANDO ATIVIDADES POSITIVAS

Assim com as pessoas podem prever o que deixará sua depressão ou mania pior, normalmente são bastante boas para identificar os hábitos saudáveis a acrescentar à sua rotina diária. Conforme mencionado no início deste capítulo, é muito mais fácil acrescentar comportamentos positivos que eliminar os negativos. Reservar um tempo para desenvolver ou retomar os hábitos saudáveis significa menos tempo disponível para se dedicar a comportamentos ineficientes ou que pioram a situação. Portanto, antes de se dedicar a intervenções comportamentais elaboradas, simplesmente pergunte aos pacientes sobre os hábitos positivos que acham que deveriam desenvolver ou retomar, mas que foram negligenciados. Os mais comuns ficarão em torno de uma alimentação saudável, controle do uso de álcool e da cafeína, manutenção de uma rotina diária, consumo regular dos medicamentos e prática de exercícios. Alguns relatam a procrastinação como um

TABELA 7.1

“Coisas que poderiam piorar a minha mania”

- Assistir TV até às 3 horas da manhã e levantar às 6 e meia para trabalhar
- Sair para dançar com meus amigos – música alta, ficar na rua até tarde, muito álcool
- Pular doses da medicação porque acho que estou bem
- Discutir com a minha mãe tarde da noite
- Ceder ao meu impulso de fazer compras, ficar muito tempo no *shopping*, ser atraída por liquidações, gastar

problema e expressam o desejo de retomar atividades evitadas, como as tarefas do lar, o pagamento das contas e dos impostos.

Acrescentando uma mudança positiva e interrompendo uma negativa

Um método simples de favorecer mudanças positivas é fazer com que os indivíduos primeiro selecionem um hábito saudável para melhorar. Alguns exemplos incluem ter uma dieta mais saudável, fazer exercícios mais regularmente, pagar as contas em dia e beber menos café. O segundo passo é pedir aos pacientes que comecem um novo comportamento que os aproxime do seu objetivo. O último passo é fazer com que selecionem um comportamento problemático que gostariam de extinguir. Se ter uma dieta mais saudável for o hábito escolhido, podem deixar de comer tarde da noite, por exemplo depois das 20 horas, e começar a fazer uma refeição pela manhã. Se este for o único passo do processo, é algo simples e, se bem-sucedido, motivará o paciente a ir mais longe.

Jim acumula muito papel em seu escritório. Ele tem pilhas de correspondência, jornais, revistas, propagandas antigas e impressões de *sites* da internet, arquivos, materiais de escritório, embalagens de comida e outros tipos de lixo que não foram descartados. Jim sabe que isso é um problema, mas ele não tem vontade de resolvê-lo, não tem tempo de se organizar ou encontra outras coisas que prefira fazer a separar as pilhas de lixo do que seja realmente importante guardar. Ele sabe que precisa ter hábitos organizacionais melhores e que a bagunça no seu escritório evita que ele seja produtivo e eficiente. Por ter seu escritório em casa, ele vê a desordem se alastrando para outras partes da casa. Jim decidiu solucionar o problema começando a abrir a sua correspondência quando ela chega e descartando os papéis desnecessários, como

os envelopes e propagandas. Isso não vai ajudá-lo a lidar com as pilhas em seu escritório, mas vai evitar que ele continue a aumentá-las. O hábito que ele decidiu interromper foi imprimir informações de *sites* da internet. Em vez disso, escolheu salvar as páginas no seu computador em uma pasta especial para as coisas de seu interesse, de que ele possa precisar dias depois. De maneira semelhante, isso diminui o acúmulo, mas ainda não o ajuda a limpar o escritório. Entretanto, mudanças comportamentais que são avanços aumentarão a confiança do indivíduo para lidar com outras dificuldades e, sucessivamente, produzem uma pequena quantidade de alívio emocional do estresse causado pelo problema. A intervenção comportamental inicial de Jim que interrompeu o acúmulo de papel fez com que ele sentisse mais controle sobre o seu ambiente, e não uma vítima do mesmo. Isto aumentou a sua motivação para continuar com as tarefas de limpeza com pequenos incrementos e o convenceu de que, para solucionar o problema, não seria necessário fazer tudo de uma só vez, perspectiva que o havia impedido de tomar uma atitude em várias ocasiões.

Algumas pessoas desempregadas perdem a habilidade de manter uma rotina diária sem a estrutura de um horário de trabalho. Elas podem ficar acordadas durante a noite e dormir durante o dia, fazer as refeições em horários incomuns e não manter nenhum compromisso social, educacional, recreacional ou doméstico. Essas mesmas pessoas reclamam que se sentem perdidas, sozinhas, desconectadas do mundo e desorganizadas. Sabem que precisam de estrutura, como tentar ir dormir e se levantar em um horário específico todos os dias e extinguir o hábito de tirar cochilos durante o dia. Este tipo de troca de horário é difícil de ser executada em alguns casos e, com tempo, pode requerer mudanças adicionais.

A Figura 7.1 fornece uma estrutura de auxílio aos pacientes, para que façam um balanço de seus comportamentos atuais

Liste a seguir alguns de seus hábitos saudáveis e aqueles que você gostaria de desenvolver ou reforçar. Inclua as melhores maneiras de gerenciar os seus sintomas, organize a sua vida e tenha mais alegrias com ela.

Hábitos saudáveis que pratico regularmente:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Hábitos saudáveis que preciso reforçar:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Novos hábitos saudáveis que gostaria de desenvolver:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

FIGURA 7.1 Hábitos saudáveis.

e identifiquem os hábitos saudáveis que eles desejam iniciar ou retomar.

Melhora do sono

Como sugerido no exemplo anterior, manter a consistência do ciclo sono/vigília pode ser uma parte crítica na manutenção da estabilidade do transtorno bipolar. Descobriu-se que a perda do sono precipita a mania (Wehr et al., 1987; Wehr e Wirz-Justice, 1982), enquanto reestabilizar o sono é a chave para controlar os sintomas. Existem medidas preventivas que os pacientes podem tomar para aumentar a probabilidade de terem uma boa noite de sono. Entretanto, por ser a interrupção do sono o sintoma principal de ambas, da depressão e da mania, a sua ocorrência deveria sinalizar a necessidade de uma consulta para tratar da medicação e possivelmente fazer um aumento ou ajuste no tratamento farmacológico.

A Figura 7.2 fornece um resumo das sugestões para a melhora do sono que pode ser passado adiante para os pacientes. Em geral, tais sugestões enfatizam o controle de estímulos para aumentar o sono. Em termos menos comportamentais, isso significa manter a consistência do horário de sono, evitar comportamentos que interfiram no sono e criar um ambiente que o favoreça.

Em uma fase hipomaníaca ou maníaca, o paciente pode achar fácil pegar no sono, mas acorda mais cedo que o normal e não sente necessidade de dormir mais horas. Quatro ou cinco horas de sono podem parecer suficientes, quando sete ou oito horas seria mais normal. Nesses casos, o indivíduo não se sente motivado a melhorar a duração ou a qualidade do sono e, em vez disso, encara a insônia como uma oportunidade para se dedicar a novas atividades, começar novos projetos ou realizar tarefas negligenciadas, cada uma delas sendo superestimuladoras e prejudicando ain-

Preparando o ambiente para uma boa noite de sono

Seja consistente. Tente dormir e acordar mais ou menos no mesmo horário todos os dias, mesmo nos fins de semana.

É algo para se fazer à noite. Evite dormir durante o dia e ficar acordado até altas horas da noite. Se o seu ciclo de sono já está alterado, desenvolva com o seu médico um plano para fazer com que o sono volte ao normal.

Mantenha a sua cama em um lugar para dormir. Estabeleça o hábito de assistir TV, comer, ler ou rever as suas contas em outro cômodo, em uma mesa, ou sofá. Ensine seu corpo a associar a cama com o ato de adormecer.

Sinta-se confortável. Deixe sua área de dormir confortável, escolhendo travesseiros, cobertores e roupas que o façam se sentir bem.

Desacelere no fim do dia. Comece a se preparar para dormir no mínimo uma hora antes do tempo, deixando o seu ambiente silencioso e aquietando a sua mente.

Evite estimulantes que possam mantê-lo acordado. Uma xícara de chocolate quente ou de café, alguns cigarros, ou um pouco de sobremesa pode parecer uma boa ideia à noite, mas para aqueles que são sensíveis à cafeína, nicotina ou açúcar, essas coisas só dificultarão o ato de adormecer. Se você tiver algum problema digestivo, jantares tardes ou refeições picantes podem perturbar seu estômago e mantê-lo acordado.

FIGURA 7.2 Sugestões para melhorar o sono

da mais o sono. Embora uma leve insônia pareça inofensiva no início, inquestionavelmente ela levará ao aumento da irritabilidade e da agitação, a um maior prejuízo na concentração e a uma eventual descompensação. Se o paciente teve experiências com a mania o suficiente para conscientizar-se disso, estará motivado a tomar uma atitude para controlar o sono.

A insônia durante a fase depressiva é bastante diferente. A pessoa não se sente revigorada, mas fica exausta. A perspectiva de dormir é recebida com ansiedade e apreensão, e, à medida que as horas sem dormir vão passando, algumas pessoas entram em pânico. Quando o sono ocorre, mas é interrompido somente algumas horas depois, é difícil para o paciente não se sentir frustrado ou incomodado, e esses sentimentos negativos tiram ainda mais o sono.

Também existem estratégias comportamentais que podem ser implementadas quando a insônia ocorre e que facilitam o sono. A Figura 7.3 lista essas estratégias de forma que sejam compartilhadas com os pacientes. Elas consistem em tentativas de relaxar a mente e o corpo, limitar as formas de superestimulação tarde da noite e evitar o pânico causado pela insônia. Além

desses métodos, exercícios tradicionais de relaxamento podem ser usados.

Encorajando o contato com outras pessoas

Quando as pessoas ficam deprimidas, sentem-se inclinadas a se afastar dos outros. Existem muitas razões para tal tendência. Alguns dizem que não têm energia necessária para interagir, especialmente se não querem compartilhar a sua aflição com terceiros, e sentem a necessidade de agir como se tudo estivesse bem. Alguns deixam de se importar em ver as pessoas, perdem o interesse nas interações sociais e, em geral, não querem ser incomodadas pelos outros. Falham em perceber qualquer razão positiva para interagir. Outros se isolam porque querem evitar confrontos. Antecipam perguntas sobre o seu comportamento ou acham que serão obrigados a desempenhar alguma tarefa social ou familiar. Não querem dizer não, então evitam qualquer tipo de contato. A depressão pode afetar a aparência pessoal contribuindo com o aumento de peso ou diminuindo a motivação para manter a higiene pessoal.

E se eu não conseguir dormir?

Não entre em pânico. Ansiedade e sono não são uma boa combinação. Se você começar a se preocupar ou mesmo a entrar em pânico por não conseguir dormir, isso só vai tornar as coisas mais difíceis. O sono acontece automaticamente. Não é algo que você possa facilmente forçar o seu corpo a fazer, então quanto mais você tenta convencer a si próprio de adormecer, mais tempo pode levar para que isso aconteça.

Acalme o seu corpo. Seu corpo e a sua mente precisam trabalhar juntos para ajudar você a dormir. Se a sua mente está ocupada demais para sossegar, você pode colaborar com o processo tentando relaxar o seu corpo. Comece com os dedos dos pés e vá relaxando todos os músculos até chegar na cabeça. Concentre-se em liberar todas as tensões em cada músculo e em deixar o seu corpo em uma posição confortável.

Muito desperto para conseguir dormir? Se você está muito acordado para conseguir dormir, seria melhor sair da cama e fazer algo que seja relaxante, como assistir à televisão, ler um livro ou qualquer outra atividade que normalmente o acalma ou cansa a sua mente.

Coisas que não devem ser feitas quando houver dificuldade para dormir

Cafeína. Não prepare um bule de café. A cafeína pode manter você acordado. Se você aprecia uma xícara quente de café em uma noite fria, compre café descafeinado para usar à tarde e à noite.

Internet. Evite sair da cama para navegar na internet. Em vez de ficar com sono, é mais provável que isso estimule o seu cérebro, fique agitado ou curioso, em vez de ficar com sono.

Tv e livros. Se você vai assistir à televisão ou vai ler um livro, escolha algo que provavelmente não o deixará acordado. Um bom livro entediante resolve o problema ou uma reprise de um programa de televisão. Evite os programas com pessoas discutindo, de suspense ou documentários dramáticos verídicos.

Tarefas domésticas. Não levante para limpar a sua casa. Mesmo que tarefas que não tenham sido terminadas o preocupem, o processo de fazer um esforço físico no meio da noite vai tencionar os seus músculos, em vez de relaxá-los. Para estar mentalmente alerta o suficiente para realizar tarefas, você tem que ficar acordado. Isso acaba com o propósito de ter uma boa noite de sono.

Exercícios. Provavelmente não é uma boa ideia levantar da cama para se exercitar mesmo que você saiba que o exercício pode deixá-lo cansado. Qualquer atividade física como essa vai superestimular a sua mente e o seu corpo. Se o ato de se exercitar normalmente é uma boa ideia para você, reserve um tempo para malhar antes de ir para cama.

FIGURA 7.3 Lidando com a insônia.

Emma odeia ter que sair de casa, em parte porque o seu isolamento dos outros a levou a se sentir ansiosa em relação ao mundo externo, mas também porque sair de casa significa que ela deve tomar banho, arrumar e pentear os cabelos, passar pela tarefa frustrante de encontrar alguma coisa para vestir que ainda sirva e lidar com a chateação de ter que se maquiar. Pouquíssimas atividades fora de casa valem esse esforço.

Entretanto, a evitação do contato humano também priva o indivíduo deprimido das interações positivas que poderiam proporcionar apoio, assistência para en-

frentar a situação, chance para sorrir e sentir a alegria, assim como oportunidades de receber validação, amor e cuidado dos outros. Estas são interações humanas normais que nos dão força nos momentos difíceis, aumentam a esperança em relação ao futuro e fazem nos sentir bem em relação a nós mesmos. Essa ausência faz com que a pessoa deprimida tenha de fazer todas essas coisas sozinha, uma tarefa que não é facilmente realizada.

Muito tempo a sós pode ser perigoso para alguém em fase depressiva do transtorno bipolar. Tal situação proporciona tempo demais para pensar. A depressão

causa distorções no processamento das informações que serão examinadas de forma mais completa no próximo capítulo. Em poucas palavras, a depressão facilita pensar sobre tudo que está errado e dificulta lembrar de algo que seja certo. Isso faz com que as pessoas revisem suas vidas e façam listas mentais de arrependimentos, concentrem-se intensamente nos eventos negativos, deixando-os fora de contexto e exagerando a sua gravidade ou impacto sobre os outros. O isolamento pode significar nenhuma interrupção na ruminação, de modo que há tempo suficiente para contemplar perdas, fracassos e razões para terminar com a própria vida. O isolamento não apenas evita que as pessoas ganhem as interações positivas necessárias, mas também pode ser bastante perigoso para alguém deprimido.

Se o objetivo inicial da terapia é aumentar as atividades positivas em vez de eliminar as negativas, um bom candidato a este exercício é a interação social. A interação intensificada com outras pessoas – familiares, amigos ou estranhos – proporcionam à pessoa deprimida oportunidades em potencial para receber encorajamento, distração temporária de ponderar sobre os seus problemas pessoais e possíveis novas razões para viver. Se existe uma rede social, o paciente pode ser estimulado a retornar as ligações dos amigos, aceitar convites para fazer visitas com os membros familiares ou entrar em contato com vizinhos e outros conhecidos. Se ela pertenceu anteriormente a algum grupo de apoio, a retomada da participação pode ser estimulada. Isso poderia incluir grupos de terapia, reuniões dos Alcoolistas Anônimos, grupos de apoio religiosos ou o clube de jardinagem da cidade. Aqueles que não possuem nenhum sistema de apoio podem ser estimulados a procurar outros, como a *Depression and Bipolar Support Alliance* (www.dbsalliance.org), a *National Alliance for the Mentally Ill* (www.nami.org), ou um dos muitos outros grupos de apoio para a

depressão e para o transtorno bipolar disponíveis *on-line*. Tempo de contato com os outros pessoalmente, pelo telefone ou *on-line* diminui o tempo de solidão e a ponderação sobre problemas.

SÓ TRABALHO E NENHUMA DIVERSÃO

Muitos pacientes que sofrem com depressão reclamam de uma vida consumida pelo trabalho e pelos problemas. Não enxergam nenhuma saída para a rotina maçante. Quando não estão deprimidos, ainda têm problemas, mas os equilibram com os eventos positivos. Quando estão deprimidos, não mais se dedicam a atividades agradáveis porque não têm energia para planejá-las e iniciá-las, assim como habilidade para desfrutá-las.

Quando problemas e exigências dominam a vida dos pacientes, pode ser útil restaurar o equilíbrio “prescrevendo” atividades divertidas. O objetivo da intervenção é melhorar a disforia por prescrever tarefas agradáveis, que possam deixá-los entusiasmados ou mudar suas opiniões sobre a vida, como só trabalhar e não ter nenhum divertimento. Se funcionar, os pacientes experimentam algum alívio da depressão e se sentem mais competentes para lidar com os estressores presentes.

É melhor iniciar a intervenção com atividades agradáveis que exijam pouco esforço de organização e execução. Os pacientes podem começar fazendo uma lista do que gostariam de fazer. Se não conseguirem produzir uma lista, o profissional pode perguntar a eles quais são as atividades que apreciavam antes de a depressão começar. Eis uma lista de atividades agradáveis:

- Ir ao cinema.
- Ler os quadrinhos do jornal nas manhãs de domingo.
- Assistir a um programa de televisão.

- Ler um bom livro.
- Levar as crianças para tomar sorvete.

Os pacientes podem escolher uma ou duas atividades da lista para tentar realizar antes da próxima sessão. As atividades escolhidas devem ter uma grande probabilidade de sucesso, ou seja, devem ser atividades para as quais os pacientes provavelmente têm tempo suficiente, energia e recursos.

Iniciar algumas atividades agradáveis pode ser estressante para alguns pacientes. Se eles se sentem desconfortáveis em situações sociais, por exemplo, podem associar “divertimento” com um potencial exame minucioso dos outros. Se eles sofrem com ataques de pânico e/ou agorafobia, sair de casa para se divertir pode deixá-los em situações de estimular a ansiedade. Se eles são autocríticos em relação às suas deficiências ou incapacidades para lidar com as situações quando estão deprimidos, qualquer fracasso de seus planos de diversão pode confirmar as suas inaptidões e inutilidade. Por tais razões, é necessário ter cautela para recomendar as atividades que visam à diversão. Os pacientes não deveriam realizar as atividades agradáveis que ofereçam o risco de que experimentem rejeição, ansiedade ou sentimento de fracasso.

Existem dois problemas comuns quando se prescrevem atividades divertidas para indivíduos deprimidos. Um deles é não conseguirem obter prazer com a experiência. Outro problema é, mesmo que obtenham prazer, seu pensamento negativo pode fazê-los não tomar conhecimento dos aspectos positivos e se concentrarem apenas nos negativos (p. ex., meu cabelo estava feio, o som da sala de cinema estava péssimo, sentamos perto de um grupo barulhento no restaurante).

No primeiro caso, os pacientes às vezes dizem que sabiam intelectualmente que estavam fazendo uma atividade positiva, mas que não sentiam prazer. O terapeuta deve ser persistente na prescrição de uma

tarefa divertida enquanto se trabalha os demais aspectos da depressão. Pode-se usar o modelo de adesão abordado nos Capítulos 4 e 5 para identificar os obstáculos ao divertimento nas atividades positivas.

No segundo caso, quando a experiência positiva é vista através de um filtro mental que somente permite a percepção de aspectos negativos é essencial a realização de esforços para reduzir o filtro e avaliar os eventos mais objetivamente. Uma vez selecionada certa atividade, pede-se aos pacientes que prevejam como acham que o evento irá transcorrer. Isto proporciona uma oportunidade para discutir, antes da atividade, quaisquer preocupações e para alterar o plano adequadamente. Alguns pacientes acham difícil de se imaginar em um momento divertido. São céticos quanto ao efeito positivo de pequenos prazeres sobre a depressão. O tema de casa pode ser conceituado como um experimento que testa as previsões dos pacientes acerca dos eventos prazerosos e testar mais objetivamente o efeito do divertimento no humor, no nível de energia e na visão geral da vida. Se eficazes, os progressos em pelo menos uma dessas três áreas deveriam ser perceptíveis. Se nenhuma mudança for observada, explorar os aspectos da experiência que pareçam confirmar, ou possivelmente piorar o humor e as perspectivas de vida, podem ajudar o paciente a compreender melhor a sua depressão, revelar esquemas subjacentes que sirvam como mediadores das respostas aos eventos positivos e auxiliar no planejamento das atividades futuras. Por exemplo, prescreveram-se tarefas agradáveis a um paciente deprimido que está tentando pagar os débitos provenientes de compras impulsivas feitas durante um episódio maníaco. A exploração das circunstâncias revelou uma culpa tremenda e a crença de que ele não merecia se divertir enquanto sua dívida não estivesse paga. Tempo para se divertir significava tempo longe do trabalho, que poderia ajudá-lo a quitar o seu débito.

A Escala de Avaliação das Atividades mostrada na Figura 7.4 auxilia na avaliação das atividades agradáveis. Antes de fazer uma atividade, são feitas avaliações quanto ao humor, nível de energia e visão da vida em uma escala de 1 a 7. A pontuação 1 significa extremamente baixo ou negativo, e 7 extremamente alto ou positivo. Depois de completar a atividade, esses quesitos são reavaliados por meio da mesma escala. Na próxima sessão, tal informação pode ser usada para avaliar a precisão das

PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADE

Horário	Dom Dia:	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb
9:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Coloque um “X” na caixa após você ter completado cada tarefa.

Figura 7.4 Escala de avaliação das atividades.

previsões dos pacientes sobre as suas habilidades de experimentar prazer. Se as avaliações são feitas imediatamente antes e depois do evento, aumentam as chances de que este seja visto sem a interferência de um filtro negativo. Isto ajudará os pacientes a avaliar melhor suas experiências e seu humor entre as sessões sem ter que contar com as distorções da memória. Se as previsões negativas estavam corretas, o profissional e o paciente podem revisar cuidadosamente o evento para determinar o que interferiu no sucesso do plano, desenvolver um novo plano que leve em consideração as experiências da primeira tentativa e conversar sobre novas previsões para os próximos eventos, assim como sobre quaisquer medos ou preocupações que o paciente tenha. Se a previsão para a próxima tarefa for negativa, é útil usar o procedimento “evidências a favor/evidências contra” para ajudar os pacientes a examinar as suas previsões (ver Capítulo 9). Se houver evidências convincentes de que o evento não correrá bem, o plano deve ser alterado. Se a previsão basear-se no raciocínio emocional e tem pouca ou nenhuma base objetiva, o evento pode ser reformulado como um experimento para testar a previsão.

Quando os pacientes começam a terapia, estão ansiosos por resolver seus problemas, diminuir as aflições e aprender novos métodos para lidar com a situação. Podem estar inicialmente impacientes com uma abordagem positiva, a menos que essa estratégia seja colocada em um contexto global de gerenciamento da doença. O terapeuta deve explicar as vantagens do aumento de atividades positivas, conforme foram desenvolvidas ao longo deste capítulo, incluindo o quanto elas melhoram o humor e as atitudes. Se existem hábitos negativos que exigem uma atenção imediata, junta-se um dos exercícios deste capítulo com um dos exercícios para diminuir as atividades negativas, explorados no pró-

ximo capítulo. Deve-se estar atento para não sobrecarregar o paciente com intervenções, apesar do seu entusiasmo para aprender. É melhor executar bem umas poucas intervenções que tentar lidar com muitos problemas ao mesmo tempo e arriscar sobrecarregar ainda mais o paciente.

Pontos-chave para o terapeuta lembrar

- Duas regras práticas para tratar os problemas comportamentais no transtorno bipolar são as seguintes:
 1. é mais fácil acrescentar comportamentos positivos que interromper os negativos;
 2. antes de tentar fazer com que a situação melhore, tenta-se primeiro fazer com que os pacientes evitem piorá-las.
- As pessoas necessitam vivenciar o sentimento de realização ou de domínio, assim como o sentimento de prazer, para manter um estado eutímico.
- É importante ter empatia com o paciente pelas restrições colocadas sobre eles com vistas ao controle da doença. Ao mesmo tempo, o terapeuta deve permitir que o paciente tome suas próprias decisões sobre as ações preventivas.

Pontos para discutir com os pacientes

- Os estímulos positivos podem distrair as pessoas dos seus problemas e proporcionar uma visão mais equilibrada da realidade, o que inclui aspectos positivos e negativos.
- A evitação diminui o estresse, mesmo que apenas temporariamente. Portanto, é mais provável que a pessoa deprimida, na pró-

xima vez, valha-se da evitação como uma tática, em vez de confrontar os problemas.

- Os fatores mais comuns favoráveis ao desenvolvimento ou agravamento da mania é a não-adesão à medicação, privação do sono, superestimulação e o uso de álcool e drogas de abuso.
- Quando ficam deprimidas, as pessoas se sentem inclinadas a se afastar dos outros. Entretanto, a evitação do contato humano

também as priva das interações positivas que poderiam proporcionar apoio, ajuda para enfrentar a situação, chance de sorrir e sentir alegria, assim como oportunidades de receber validação, amor e cuidado dos outros. Estas são interações humanas normais que nos dão força em momentos difíceis, aumentam a esperança em relação ao futuro e nos fazem sentir bem em relação a nós mesmos.

8

Gerenciamento dos sintomas comportamentais

Controle dos fatores negativos

ELIMINANDO OS FATORES NEGATIVOS

Se houverem sido tomados os passos preliminares para evitar os fatores que pioram a depressão e a mania e tenha-se trabalhado para aumentar os comportamentos positivos, o próximo passo é ajudar os pacientes a lidar com os sintomas e seus problemas. Nas seções a seguir, descrevem-se estratégias de intervenções comportamentais que ajudarão o paciente a lidar de maneira mais eficaz com os sintomas de depressão e de mania. Na maioria dos casos, as intervenções apresentadas podem ser usadas tanto com os sintomas depressivos quanto com os maníacos. No geral, as intervenções comportamentais são úteis para controlar, diminuir ou conter os comportamentos durante a mania e melhorar os déficits comportamentais durante a depressão. Por exemplo, a próxima sessão abrange intervenções para o sentimento de sobrecarga. Quando as pessoas estão deprimidas, frequentemente se sentem sobrecarregados com muitas atividades e com pouca energia e motivação. Durante a mania, as pessoas também se sentem confusas devido à presença de pensamentos demais, o que dificulta a concentração, ou

de falta de organização mental suficiente para guiar as suas ações. Em qualquer um dos casos, as estratégias comportamentais sugeridas para lidar com tais problemas deveriam ser úteis.

SENTINDO-SE SOBRECARGADO

Para as pessoas que estão deprimidas, a vida pode se tornar confusa por uma série de motivos. A habilidade para lidar com os problemas diminui, as responsabilidades negligenciadas em virtude da falta de energia e motivação ficam acumuladas, e o ato de duvidar de si mesmo, a pouca concentração, a indecisão e a baixa autoestima interferem na resolução dos problemas. Como consequência disso, pequenos problemas, como não preencher um cheque para pagar o aluguel, podem se transformar em grandes problemas, como ser despejado. Os problemas maiores são mais difíceis de se resolver e, portanto, são evitados mais ativamente. No início da depressão, a autoconfiança do paciente pode ter diminuído apenas moderadamente, mas a energia e a motivação estavam baixas em demasia para se tomar alguma atitude. Quando o episódio tiver evoluído, o mesmo

acontecerá com os problemas, e a confiança para resolvê-los terá desaparecido completamente. Sentir-se confuso ou sobrecarregado pelo acúmulo de dificuldades é um dos fatores comuns que mais agravam a depressão.

Sentir-se sobrecarregado frequentemente faz com que o indivíduo não consiga conceitualizar um problema. Os problemas são vistos como confusos e insolucionáveis se complicados ou se a pessoa não tiver poder de decisão ou habilidade para resolvê-los. A questão, ou as questões, pode ou não ser, na verdade, insolucionável, mas o modo pelo qual é interpretada aumenta o seu tamanho e a sua complexidade. A maneira como a pessoa deprimida enxerga a sua resistência para lidar com os problemas só diminui a sua confiança para confrontá-los. Quando os problemas são evitados e se acumulam, podem ficar mais complicados.

Outro processo cognitivo que faz a vida parecer uma sobrecarga é o agregar mentalmente tarefas, sejam elas domésticas, sejam responsabilidades, desejos ou problemas, e colocar tudo em um grande bloco ou massa de dificuldades. O indivíduo perde a habilidade de dividir as tarefas em compartimentos, a fim de estabelecer metas para cada atividade específica e resolver um problema de cada vez. A intervenção comportamental para lidar com tarefas ou responsabilidades complicadas é chamada de descrição de tarefas graduais.

Descrição de tarefas graduais

O objetivo da descrição de tarefas graduais é desmembrar as tarefas grandes ou complicadas em pedaços menores e mais fáceis de administrar. Isto muda a conceitualização das tarefas de um bloco grande e difícil para uma série de exercícios menores e mais fáceis de serem alcançados.

Para começar, os pacientes listam todas as tarefas que requerem a sua atenção. Isto incluiria os problemas a serem resolvidos, tarefas, responsabilidades, contatos sociais negligenciados e qualquer outra tarefa que exija a atenção do paciente. Depois que o paciente houver feito a “lista-projeto”, é necessário dividir as tarefas em passos menores e mais fáceis de se alcançar e inventar um plano para guiar o paciente de uma tarefa para a próxima, evitando as armadilhas que contribuíram com a inércia no passado. O grau de sentimento de incapacidade individual e o seu nível de inércia e energia determinam o tamanho de cada subtarefa. Quanto maior a inércia e menor a energia, o interesse e a motivação, menor deveria ser cada passo. Por exemplo, anotar “limpar a cozinha” pode ser o bastante para os pacientes que têm energia o suficiente para completar todos os passos envolvidos nesta tarefa. Para outros, entretanto, será necessário dividir tal tarefa em cada uma das subtarefas envolvidas, como, por exemplo:

1. lavar a louça;
2. guardar a louça;
3. varrer o chão;
4. esvaziar o lixo;
5. limpar os balcões.

Talvez seja útil dar prioridade às tarefas da “lista-projeto” por importância ou urgência e abordá-las nesta ordem. Entretanto, pode ser melhor para o paciente tentar executar as tarefas mais simples primeiro, a fim de adquirir um sentimento de controle e de realização. Outra estratégia é fazer com que o paciente selecione as tarefas que darão mais trabalho para executar, mas que oferecerão uma maior sensação de alívio subjetivo.

Tom se sente incapaz assim que entra em seu apartamento, porque a sua sala de estar é uma verdadeira bagunça. Ele pode ir para casa se sentindo bem depois de sair com os amigos ou de participar de

uma reunião dos Alcoolistas Anônimos, mas se sente imediatamente deprimido assim que passa pela porta do apartamento. Tendo isso em mente, às vezes ele encontra coisas para fazer fora de casa a fim de evitar se sentir mal. Quando ele começou uma prescrição de tarefa gradual, Tom escolheu trabalhar com a ideia de limpar a sua sala de estar primeiro. Por ele ser um “coleccionador de lixo” por natureza (havia acumulado diversos itens sem nenhum valor e uma grande quantidade de papel que estavam empilhados no chão da sua sala de estar), seria necessário dividir esta tarefa em pequenas partes. Por exemplo, sua primeira tarefa era jogar fora a correspondência sem importância e os jornais antigos que haviam acumulado. O segundo passo seria guardar as roupas que tinham sido largadas em cima do sofá e das cadeiras. A terceira era guardar as ferramentas que haviam sido tiradas do armário para consertar uma cadeira, e a quarta, levar a louça suja para a cozinha e daí por diante. Durante as sessões de terapia, as tarefas eram prescritas como tema de casa e revisadas na sessão seguinte.

Normalmente, é somente necessário prescrever as primeiras partes e o senso de realização sentido pelo paciente o motiva a seguir em frente. Os terapeutas deveriam acompanhar o progresso da prescrição de tarefa gradual. Isto proporcionará uma oportunidade para reforçar positivamente os esforços dos pacientes com elogios e de perguntar a respeito dos efeitos das atividades na autoconfiança, no humor e na motivação, o que reforça o modelo da TCC.

Para maximizar o impacto desta intervenção comportamental, solicita-se aos pacientes que prevejam a probabilidade de tentarem cada passo da prescrição de tarefa gradual. Se eles acreditam que têm uma grande probabilidade de realizar a tarefa, pergunta-se por que pensam desta forma. Deve-se lembrar os pacientes de que no passado era extremamente difícil começar uma atividade. O que mudou agora?

Esta pode ser uma oportunidade para ilustrar o quanto as expectativas positivas podem aumentar a motivação. Se a previsão de sucesso é baixa, o terapeuta tem a oportunidade de explorar a lógica de tal previsão. Ideias como “Sou muito preguiçoso”, “Não posso lidar mais com o estresse” e “Se tentar alguma coisa hoje, isso somente vai fazer com que me sinta pior” podem ser avaliadas com técnicas de reestruturação cognitiva (ver Capítulo 9).

A CULPA ASSOCIADA À INÉRCIA

É comum que os pacientes se sintam consideravelmente culpados pela diminuição do seu interesse, da motivação e das atividades que acompanham a depressão. As suas explicações particulares para a inércia incluem defeitos de caráter, como a preguiça, a incompetência ou a fraqueza. Esses pensamentos que autodenigrem e agravam o humor, que por sua vez pode manter a inércia. Se o paciente não se der conta de que a falta de energia e de motivação são sintomas da depressão, uma explicação como a seguinte pode ser dada:

“Cada pessoa tem uma certa quantidade de energia disponível diariamente. Geralmente, as pessoas têm uma quantidade suficiente de energia para realizar as tarefas necessárias, em um determinado dia. Entretanto, tem vezes que a quantidade de energia necessária para completar as atividades excede a quantidade de energia que a pessoa possui naquele dia. Por exemplo, alguém que tem 10 unidades de energia, mas possui 15 unidades de trabalho, fica sem energia antes que suas tarefas sejam terminadas.”

“Existem maneiras de conseguir mais energia, como reabastecer o sistema de energia (p. ex., dormindo ou se alimentando) ou obter unidades de energia por meio de outras pessoas (p. ex., conseguindo ajuda de um membro familiar). Tam-

bém é possível reduzir o número de atividades para equivaler ao nível de energia disponível. Quando as pessoas estão deprimidas, elas têm menos unidades de energia disponível do que possuiriam normalmente. Se elas tentarem realizar o mesmo número de tarefas que realizavam quando estavam bem, ficarão sem energia antes de terminar suas atividades. O truque é fazer com que o número de tarefas seja equivalente à quantidade de energia disponível.”

Prover uma explicação desta natureza pode auxiliar os pacientes a entender a inércia como um sintoma da depressão em vez de um sinal de protelação ou preguiça. Com frequência, esta releitura do problema reduz a culpa e a ansiedade associada ao sentimento de incapacidade causado pelas tarefas.

Alguns pacientes entendem intelectualmente que não são capazes do mesmo nível de atividades quando estão deprimidos do que quando estão bem (assintomáticos), mas mesmo assim se sentem pressionados de atuar no mesmo nível. Para esses pacientes, a depressão é uma explicação, mas não uma desculpa. Se eles atribuem erroneamente o problema a um defeito de caráter que lhe é próprio ou a atitudes de outras pessoas, pode ser útil examinar as evidências a favor e contra seus pressupostos antes de gerar explicações alternativas. Ajudar os pacientes a avaliar a validade de seus próprios pressupostos ou explicações às vezes constitui uma intervenção mais forte do que tentar convencê-los de que a explicação da doença é mais válida. Se os próprios pacientes não sugerem que a sua inércia é uma consequência da sua depressão, o profissional pode achar útil educá-los sobre os sintomas da depressão. Para os pacientes que aceitam ou aprovam prontamente essa explicação, mas a encaram como uma desculpa para a sua própria inércia, é importante discutir e avaliar esta linha de raciocínio objetivamente.

SUPERESTIMULAÇÃO

Antonio teve três episódios maníacos durante três anos consecutivos, todos eles começando no início de março e terminando somente após as hospitalizações. Na primeira vez, Antonio não tinha a menor ideia do que estava acontecendo com ele. Ele tinha 25 anos de idade, era um estudante de graduação frequentando as aulas e fazendo amigos quando “repentinamente” se sentiu “fora de controle”. As pessoas diziam que ele estava “agindo estranhamente” e “criando tempestades”. Ele achou que estava perdendo a “noção da realidade”. Seu colega de quarto o convenceu a ir até a emergência após cortar a mão enquanto preparava uma refeição. Outro amigo pensou que Antonio tinha “problemas mentais” e que precisava consultar um médico. O machucado na mão criou a oportunidade para que um médico o examinasse. Depois de cuidar de sua mão, o médico telefonou para a família de Antonio, e foi tomada a decisão de hospitalizá-lo na unidade psiquiátrica. Os pais e o amigo de Antonio ficaram aliviados.

Não convencido de que a sua “loucura de março” era um problema que poderia se repetir, Antonio interrompeu o estabilizador de humor prescrito no hospital quando os sintomas maníacos pareceram ter diminuído. Ele ficou bem pelo resto daquele ano e durante os feriados, mas na metade de fevereiro a mania voltou. Levou diversas semanas até que Antonio admitisse para si mesmo que ele estava mudando. Com a negação ainda intacta, ele achou que as mudanças que percebia eram somente por alívio, porque os meses frios do inverno haviam terminado e a temporada de basquete estava chegando. Depois de vários dias dormindo menos, Antonio deu ouvidos à sua mãe e telefonou para o seu psiquiatra. Foi admitido em um hospital por um pequeno período de tempo para reiniciar o tratamento medicamentoso.

Quando o terceiro episódio durante a primavera teve início, Antonio já sabia. Determinado a não “se perder”, telefonou

para o seu médico e pediu auxílio. O tratamento medicamentoso foi retomado e ele fez a sua parte para não piorar as coisas, evitando ceder às atividades que seu médico havia chamado de procura por estímulos. Durante os dois episódios maníacos anteriores, ele tinha se sentido “entediado” com sua vida de estudante. Ele se deu conta de que, como muitas pessoas que haviam tido episódios maníacos, durante essas épocas ele não somente estava sensível aos efeitos da superestimulação, como ansiava por ela. Ele tinha muita dificuldade para ficar sentado em uma biblioteca silenciosa, lendo pilhas de materiais e focando seus pensamentos. Achava que o problema era que ele precisava de mais emoção na sua vida. A solidão do estudo o afetou, deixando-o mais e mais ansioso até que sentiu que devia sair daquela biblioteca antes que “saísse do próprio corpo”. Ele ansiava por ver pessoas, ter prazeres e movimentação. Antonio encontrou um bar perto do *campus* com música ao vivo e cheio de garotas. Ele começou a passar mais tempo lá e menos tempo com os livros. Não estava preocupado com os estudos, ele se sentia mais e mais confiante da sua habilidade de ter êxito sem que precisasse estudar. Não demorou muito para que Antonio ficasse superestimulado e não conseguisse mais tolerar o barulho, a confusão e a multidão de pessoas no bar, mesmo com o efeito entorpecedor do álcool.

O médico de Antonio o ajudou a relembrar o que havia acontecido durante os dois primeiros episódios maníacos e explicou como a superestimulação ocasionada pelas mudanças cognitivas na mania e no seu meio-ambiente tinham intensificado os sintomas maníacos no passado e que isso poderia voltar a acontecer. Desta vez, Antonio admitiu que seu médico estava certo. Ele vinha tentando convencer a si mesmo de que realmente não tinha uma doença mental. Depois de três anos consecutivos de mania, estava pronto para dar ouvidos ao seu médico e tomar as precauções necessárias para controlar esta doença. Embora bem no seu íntimo ele tivesse esperanças de que a doença “passasse”, ele sabia que continuar

ignorando o problema não o impediria de acontecer.

Uma velocidade maior de pensamento pode fazer com que uma pessoa perceba as atividades ao seu redor como lentas demais ou entediantes; desta maneira, ela pode buscar mais estimulação. O problema é que a estimulação em excesso parece impulsionar a mania, aumentando as atividades, perturbando o sono, intensificando os pensamentos rápidos e estimulando os comportamentos de risco. A prevenção ou o controle da mania deve incluir o automonitoramento da necessidade de estimulação e os comportamentos de busca de estimulação, assim como dos sentimentos associados com a superestimulação, como a ansiedade e a irritabilidade.

A Tabela 8.1 lista exemplos de superestimulação vindos internamente do indivíduo. Alguns são sintomas comuns da mania, e outros resultam da atividade mental gerada pelos sintomas. A Tabela 8.1 também lista exemplos de superestimulação vindos do meio-ambiente. Os sintomas de mania podem levar o indivíduo a procurar alguns desses estimulantes do meio-ambiente e podem se sentir bem quando os sintomas estão relativamente brandos. Entretanto, as fontes indesejadas de estimulação podem causar irritação, aborrecimento ou raiva.

O gerenciamento do estilo de vida para prevenir as recaídas inclui limitar a estimulação, particularmente quando o indivíduo está vulnerável a recorrências de hipomania e mania.

Sandra adquiriu o hábito de desligar a televisão perto das 9 horas da noite, durante a primavera e o verão, quando ela estava mais vulnerável à mania. Ela passava o resto da noite lendo ou conversando com o seu marido. Quando achava que teria dificuldade para dormir, tentava relaxar. Ela havia tentado fazer aulas de yoga à noite, mas achou muito difícil. Em

TABELA 8.1

Fontes de estimulação

Fontes internas de superestimulação	Fontes externas de superestimulação
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pensamento rápido ■ Novas ideias ■ Elaboração de planos ■ Criatividade ■ Início de novos projetos ■ Conversa sobre os problemas ■ Pensamento sobre o passado 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Barulho ■ Desordem ■ Confusão ■ Lugares com muitas pessoas ■ Trânsito intenso nas estradas ■ Risadas altas ■ Música alta ■ Telefones tocando ■ Crianças brincando ■ Terapia de grupo

vez disso, Sandra descobriu que funcionava melhor escutar músicas tranquilas, tomar um banho morno ou escutar uma fita-cassete feita por sua terapeuta, que a ajudava a relaxar a musculatura da cabeça aos pés.

O contato com outras pessoas também pode ser muito estimulante e interferir no sono. Isto inclui conversar sobre problemas familiares à noite, depois que as crianças foram para a cama, ou ter uma conversa agradável com os amigos pelo telefone ou *on-line* que dure até altas horas da madrugada. As atividades sexuais também podem ser demasiado estimulantes para alguns e, portanto, melhores pela manhã ou nas primeiras horas da noite. Discussões no fim do dia certamente são muito estimulantes e deveriam ser evitadas sempre que possível.

A mãe de Sandra tinha o hábito de telefonar para ela à noite quando alguma coisa a incomodava. Sandra não queria ser indelicada ou parecer desinteressada, mas escutar sua mãe reclamando quase sempre a deixava aborrecida. Normalmente, as reclamações eram a respeito de outros membros da família. Quando Sandra tentava encerrar essas conversas, sua mãe dizia algo do gênero: “Você é a única com

quem posso conversar. Nenhuma outra pessoa se importa”. A verdade era que os outros não davam ouvidos às reclamações da mãe, porque ela nunca acatava os conselhos ou aceitava algum tipo de ajuda. Sandra explicou para sua mãe que os telefonemas à noite eram prejudiciais para a sua saúde mental. Embora a mãe tenha dito que compreendia, voltava a telefonar alguns dias depois. Para resolver esse problema, Sandra precisou de autodisciplina para deixar que a secretária eletrônica atendesse às chamadas de sua mãe no período da noite. Embora Sandra receasse que uma dessas noites sua mãe pudesse realmente precisar dela, o marido a ajudou a lembrar que sua mãe era uma pessoa despachada e teria condições de entrar em contato com outros membros familiares e várias outras pessoas próximas no caso de uma dificuldade real.

As ideias novas também podem ser consideradas uma fonte de superestimulação. Antes que os processos cognitivos se tornem desorganizados ou incoerentes, com frequência existe um período quando os pensamentos estão especialmente claros e criativos. As pessoas fazem novas conexões entre ideias, têm momentos de *insight*, resolvem problemas de maneiras novas e eficientemente ou inventam planos

singulares e engenhosos. Ao mesmo tempo que todas essas experiências são muito positivas, as ações, incluindo o planejamento e a execução de novos projetos, podem por si só ser muito estimulantes. Isto é particularmente verdadeiro se eles ocorrem tarde da noite e, portanto, interferem no sono e levam a comportamentos de risco.

Não seria bem recebido um terapeuta desestimular a criatividade e os *insights*. Todavia, atenção e preocupação são justificadas se as ideias novas de um paciente são acompanhadas por outros sintomas de mania. Para ajudar os pacientes a fazer bom uso de seus pensamentos criativos sem arriscar uma superestimulação, o terapeuta deve se informar sobre qualquer precaução que esteja sendo tomada. Se o paciente não tiver consciência do que seja necessário, revisam-se as regras sobre a higiene do sono, consistência quanto à adesão à medicação e à importância de se proteger da superestimulação. Este pode ser um assunto delicado a se abordar na medida em que alguns pacientes percebem isso como uma desvalorização das suas grandes ideias. Encarar a sua criatividade como uma patologia equivale a jogar um balde de água fria no seu entusiasmo, o que outros entes queridos também podem fazer. Eis um exemplo:

Teddy: Estou muito entusiasmado. Acho que finalmente tive uma ideia que vai mudar a minha vida.

Terapeuta: Mesmo, que ideia é essa? [Pensamento: “Espero que ele não esteja ficando maníaco.”]

Teddy: [Pensamento: “Ela não acredita em mim.”] Você provavelmente acharia que isso é bobagem.

Terapeuta: Adoraria escutar a sua ideia. [Pensamento: “Preciso de mais informações antes de poder ter certeza que isso seja mania”]

Teddy: [Pensamento: “Ela está me testando.”] Estou pensando em começar um pequeno negócio fora de casa.

Terapeuta: Que tipo de negócio?

Teddy: Declaração de imposto de renda.

Terapeuta: Fale mais a respeito.

Teddy: Eu ajudo um pouco a minha vizinha a cada temporada de declaração de impostos. Ela faz isso em casa e disse que me ajudaria a começar.

Terapeuta: Parece interessante. [Pensamento: “Até agora parece razoável. Ele é bom com matemática e já o ouvi mencionar a vizinha outras vezes.”]

Teddy: Vou pedir ao meu cunhado que me indique para os seus clientes. Ele é um advogado e conhece muitas pessoas. Minha tia também vai me ajudar. Ela é uma consultora de assuntos financeiros em uma faculdade, e aposto que ela me mandaria alguns estudantes também. Suas declarações de impostos são bastante simples.

Terapeuta: E o que você me diz do seu trabalho regular? [Pensamento: “Parece um pouco grandioso.”]

Teddy: Faria isso depois do trabalho. Normalmente saio do trabalho às 16:30, o que me daria bastante tempo antes da hora de dormir. [Pensamento: “Ela acha que vou ficar a noite inteira acordado e ficar maníaco.”]

Terapeuta: Parece uma verdadeira oportunidade e posso perceber que o dinheiro extra poderia ajudar a pagar algumas dívidas. Mas você me conhece. Estou um pouco preocupada que um segundo emprego seja demais

- para você. [Pensamento: “Preciso alertá-lo que a hipomania é uma possibilidade, mas não desestimular a sua tentativa de resolver os seus problemas.”]
- Teddy:* (Irritadamente) Eu sabia! Cada vez que tenho uma ideia nova você acha que estou maníaco!
- Terapeuta:* Devo admitir que fico preocupada. Você sabe o porquê disso?
- Teddy:* Você é como todos os outros. Você quer me impedir.
- Terapeuta:* Você realmente acha que isso é verdade?
- Teddy:* (Suspira e faz uma pausa) Não. Sei que não é verdade. Só não quero que me digam que sou maluco ou que a minha ideia é maluca, ou que não posso lidar com a situação.
- Terapeuta:* Você está certo. Realmente disse que me preocupava sobre você ter condições de lidar com ela. Me desculpe se ofendi você.
- Teddy:* Não tem problema.
- Terapeuta:* Um dos motivos para você vir me ver é para que possa ajudá-lo a ficar bem e a prestar atenção nos sinais de que a mania ou a depressão estejam voltando, para que possamos fazer alguma coisa para detê-los.
- Teddy:* Eu sei.
- Terapeuta:* Então, enquanto estou escutando você posso apreciar o seu entusiasmo em relação a esta ideia, mas a parte prudente do meu cérebro não consegue deixar de prestar atenção aos sinais de problemas. Gostaria que o seu plano tivesse êxito e odiaria que a hipomania ou a mania impedisse você de levá-lo adiante.
- Teddy:* Eu também odiaria.

- Terapeuta:* Então, o que você precisa para ter êxito em sua ideia sem que a mania a estrague?
- Teddy:* Continuar tomando a minha medicação, prestar atenção nos sinais de hiperatividade e tentar não perder o sono por causa disso. Começarei pequeno e verei no que vai dar. Primeiro preciso fazer alguns cursos. Gosto da ideia de começar com restituição de impostos de estudantes. Normalmente eles não têm bens, então não há muita documentação envolvida.
- Terapeuta:* Ótimo. Como posso te ajudar a ter êxito e a não passar dos limites?
- Teddy:* Ser honesta comigo se você achar que estou ficando maníaco, mesmo quando eu não estiver querendo escutá-la.
- Terapeuta:* Posso fazer isso.

Durante os períodos em que as atividades têm o potencial de estimular em demasia o paciente, pode ser útil fazer com que o paciente mantenha um Gráfico de Monitoramento do Humor. Os pacientes podem monitorar diariamente o humor e os sintomas mais salientes, como a concentração, os padrões de sono ou o nível de atividades. Quando observarem alterações, devem fazer anotações sobre as causas prováveis e fazer os ajustes no comportamento necessários.

A SUPERESTIMULAÇÃO NA DEPRESSÃO

A superestimulação também pode ser desoladora para as pessoas durante um episódio depressivo. As fontes internas de estimulação, como o pensamento rápido ou o fluxo de novas ideias, não são nor-

malmente um problema, a menos que o indivíduo esteja experimentando um episódio misto. Entretanto, as fontes externas de estimulação, por exemplo, barulhos altos, movimentação em excesso, luzes muito claras, confusão ou um ambiente desorganizado pode deixar o indivíduo deprimido se sentindo sobrecarregado ou ansioso.

Defrontar-se com inúmeras responsabilidades quando a energia está baixa também pode estimular em demasia e causar irritabilidade e agitação. Frequentemente, a pessoa se sente tentada a escapar do “barulho” evitando as tarefas e se isolando das outras pessoas. Mesmo que a evitação é normalmente considerada algo contraprodutivo, ela pode proporcionar um alívio temporário, diminuindo o estresse. Dar um tempo das fontes de superestimulação auxilia os pacientes a se fortalecerem antes de voltar a encarar o seu mundo.

O AUMENTO DOS INTERESSES, DAS IDEIAS E DAS ATIVIDADES

Talvez um dos aspectos mais agradáveis da mania seja a grandiosidade. Quando maníacos, alguns pacientes com transtorno bipolar acreditam que podem fazer qualquer coisa:

“Não quero parecer convencido, mas sou a pessoa mais inteligente do mundo. Eu não passei do 2º ano do ensino médio, mas tenho experiência no ramo da ciência e da engenharia. Sei o suficiente para ser um doutor nesse momento. Honestamente, tenho tantas ideias que dificilmente conseguiria falar sobre elas.”

A proliferação de ideias e projetos novos, associados com a autoconfiança exacerbada pela mania, cria um ciclo de atividade que por si só pode perpetuar e intensificar a mania. Nem todos os pacientes com transtorno bipolar experimentam esse aspecto da mania. É necessário revisar o histórico de cada paciente para determi-

nar se os episódios passados incluíram um aumento das ideias ou das atividades.

Por geralmente começar de forma lenta e se desenvolver durante a trajetória do episódio, o aumento de atividade associado com a mania pode servir como um marcador do início da mania. O gráfico de monitoramento do humor do paciente pode ser usado para rastrear a progressão do aumento das ideias e das atividades e da superestimulação. O primeiro passo é ajudar o paciente a fazer conexões entre as mudanças de interesse ou no nível de atividades e as mudanças no humor. Exemplifiquemos: o profissional pode pedir ao paciente que anote no gráfico da semana anterior o seu nível de atividades dos últimos dias, usando a mesma escala (p. ex., -1 a +1 para a faixa normal). O profissional e o paciente podem, então, revisar juntos o gráfico a fim de determinar se existe uma relação entre o humor e as mudanças de interesse ou de atividade. A Figura 8.1 mostra um exemplo de gráfico de monitoramento do humor.

A paciente começa a semana com mais atividades que o normal e com uma elevação no humor. Ela havia começado um projeto novo no início da semana e estava bastante entusiasmada, sentia-se um tanto animada. Ela tinha estado relativamente inativa por várias semanas e recebeu com agrado a oportunidade de fazer algo novo. Depois de alguns dias se sentindo “um pouco bem demais”, ela começou a se observar com mais cuidado. Quando chegou a terça-feira, tomou a decisão de diminuir o ritmo das atividades. Surpreendeu a si mesma assumindo o controle do novo projeto e aceitando mais responsabilidades que o necessário. Este era um padrão familiar para ela e com frequência a deixava fora de controle.

Durante alguns dias, depois de se afastar do projeto, o seu humor baixou para uma disforia branda. Ela odiava o fato de não conseguir lidar com um projeto sem “ficar doente” e sentia falta dos seus com-

a estabelecer limites nos seus interesses e atividades, o profissional começa com um exame das atividades em andamento. Usando a primeira coluna de uma planilha de planejamento de metas mostrada na Figura 8.2, o paciente faz uma lista das atividades em andamento, das responsabilidades e dos interesses, assim como dos planos para o futuro, em qualquer ordem. A lista deve incluir as responsabilidades diárias domésticas e profissionais, tarefas escolares, atividades com horário regular fora de casa (p. ex., atividades na igreja ou no clube de boliche), obrigações extensivas aos membros familiares ou amigos, atividades sociais, interesses pessoais que atualmente estejam sendo desempenhados ou planejados (p. ex., dietas e leituras), e novos interesses e ideias. Na segunda coluna, o paciente faz uma lista da data prevista da atividade ou o prazo máximo para que ela seja cumprida, se apropriado. Se uma atividade está em andamento, o paciente também deve fazer anotações sobre o fato na coluna da data.

O próximo passo é organizar as atividades para que o paciente concentre seus esforços nas tarefas que tiverem a maior prioridade. Para fazer isso, o paciente deve anexar uma escala de prioridade para cada uma das atividades. Portanto, na terceira coluna da planilha de planejamento de metas o paciente avalia cada atividade como prioridade alta (A), prioridade média (M) ou prioridade baixa (B). O terapeuta pode perguntar ou fazer observações que facilitem este processo, mas a avaliação das prioridades deve proceder do paciente. Uma vez completada esta fase, o paciente estabelece uma escala numérica para especificar as prioridades dentro de cada grupo de atividades.

Por fim, o paciente seleciona um número razoável de tarefas para tentar realizar na semana seguinte. A grandiosidade que acompanha a hipomania pode fazer com que os pacientes se sintam capazes de executar todas as tarefas da sua lista, e, na verdade, a energia extra e a diminuição da

necessidade de dormir podem tornar isso possível. Para fazer com que a determinação dos horários seja mais eficiente, é essencial incluir o sono no planejamento semanal. Com a ajuda do terapeuta, os pacientes delineiam, em linhas gerais, um esboço do horário em que as atividades iniciarão e terminarão, a fim de que o paciente possa se preparar para o sono. Entretanto, o profissional deve deixar claro que há possibilidade de a superestimulação causada pelo aumento das atividades realmente agravar os sintomas. Os pacientes podem perder a concentração, tornar-se mais e mais desorganizados e não conseguir completar as tarefas com êxito. Estabelecer limites para as atividades auxilia a conter a progressão da mania.

Os pacientes com transtorno bipolar comumente relatam que, quando maníacos, começam vários projetos, mas raramente os concluem. Tornam-se progressivamente mais agitados com cada nova ideia e ficam ansiosos para começar imediatamente o novo projeto. Com o planejamento das atividades e classificando-as por ordem de prioridade, o paciente deve concordar em concluir cada tarefa antes de começar a próxima.

À medida que as novas ideias são formuladas, podem ser acrescentadas à planilha de planejamento de metas e colocadas em ordem, de acordo com a sua prioridade. O objetivo deste processo é criar uma tabela de horários que permita aos pacientes pensarem a respeito das suas novas ideias e planos antes de colocá-los em prática. Se o processo não diminuir as atividades, provavelmente intervenções farmacológicas mais fortes serão necessárias.

AS LISTAS A E B

Um grande desafio para as pessoas com transtorno bipolar é cuidar de si mesmas, em parte pela autoproteção de se sentir excessivamente expansivas, sobrecarre-

Atividades em andamento, responsabilidades e interesses	Prioridade			Ordem de execução
	Alta	Média	Baixa	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	
	A	M	B	

FIGURA 8.2 Planilha de planejamento de metas.

gadas ou estimuladas, e ainda assim serem capazes de lidar com suas vidas. As responsabilidades, os desafios e as dificuldades não podem ser completamente ignorados mesmo quando o indivíduo não tem energia, esperança, motivação ou resistência interna por causa da doença. Terminar o dia sem sucumbir aos pensamentos suicidas pode ser bastante desafiador além das responsabilidades com o trabalho, com a família ou com o sentimento de solidão. As tentativas malsucedidas de lidar com os estresses e as pressões de uma vida normal podem intensificar a tristeza e a irritabilidade, enfraquecer ainda mais a auto-estima e fazer com que o ato de tirar a própria vida pareça uma alternativa razoável à frustração contínua e ao sentimento de inutilidade.

Uma parte do problema é que as pessoas com transtorno bipolar esperam que possam funcionar tão bem quanto as que não têm uma doença mental. A outra parte é que a sociedade não acolhe facilmente as pessoas com dificuldades ou incapacidades.

“É difícil ser eu mesma”, diz Lynn. “Sei o que fazer e como fazê-lo, mas há dias em que não consigo pensar claramente, não consigo me organizar. É tão frustrante. Sinto-me cansada, mas isso não é desculpa. As minhas contas mesmo assim precisam ser pagas. Meu apartamento mesmo assim precisa ser limpo. Meu cachorro precisa de alguém para passear com ele. Minha mãe mesmo assim precisa de ajuda. Não importa que eu esteja deprimida ou hiperativa ou desesperada ou desorganizada.”

O transtorno bipolar de Lynn interfere em seu funcionamento, e sua consequente ineficiência ou falta de produtividade faz com que ela se sinta pior. Conseguir que alguma atividade seja realizada impulsione a sua confiança, mesmo se isso levasse mais tempo do que ela gostaria. Para as pessoas como Lynn, o exercício da lista A/lista B pode ajudar.

Essa intervenção comportamental formaliza a atividade mental que a maioria dos indivíduos faz sem muito esforço. Isto inclui identificar um número limitado de tarefas de prioridade alta realizáveis em um dia e concluídas antes de se fazer qualquer outra coisa. Na depressão, isto combate a inércia causada pelo sentimento de sobrecarga por ter tarefas demais a fazer. Na mania, esse exercício limita as atividades, particularmente se as pessoas seguem as instruções para concluir os itens de prioridade alta colocados na lista A antes de começarem as tarefas classificadas de prioridade mais baixas, selecionadas para a lista B. A decisão consciente de limitar o número de tarefas a algumas das mais importantes facilita às pessoas resistirem ao impulso maníaco de começar muitas tarefas e terminar poucas. Na depressão, o ato de tomar decisões pode estar prejudicado. Criando uma lista A de tarefas pequena que deva ser realizada no dia seguinte e uma lista B também pequena das tarefas que o sujeito gostaria de fazer se o tempo e a energia permitirem eliminaria a angústia enfrentada a cada manhã quando os indivíduos sabem que há muito a fazer, mas não sabem por onde começar.

A Figura 8.3 fornece um exemplo de uma série típica de listas A e B que um paciente pode criar para ajudá-lo a enfrentar uma semana difícil. As prioridades mudarão de um dia para o outro, então os itens da lista A e da B variarão de acordo com a demanda. Quando a depressão for um problema, é melhor fazer planos no fim do dia para o dia seguinte. Em outras épocas, as pessoas preferem fazer suas listas a cada manhã, como uma maneira de se organizarem para o dia. O que não for concluído em um dia pode ser acrescentado à lista do dia seguinte. Quando a organização e a tomada de decisões houverem melhorado, essa intervenção pode ser interrompida.

Alguns fazem listas naturalmente e sempre mantêm um registro atualizado das tarefas a realizar. Enquanto isso pode pa-

	Lista A	Lista B
Dia 1 segunda-feira	Pagar o aluguel Ir ao trabalho Fazer compras para o jantar	Colocar a roupa na máquina Retornar telefonema da irmã
Dia 2 terça-feira	Pagar a conta da luz Ir ao trabalho Dobrar e guardar as roupas	Ir à reunião da <i>DBSA</i> <i>Depression and Bipolar Support Alliance</i>
Dia 3 quarta-feira	Pagar a fatura do cartão Ir ao trabalho	Jantar na casa da mãe
Dia 4 quinta-feira	Planejar o fim de semana Ir ao trabalho Marcar consulta	Conversar com a vizinha Separar a correspondência acumulada da semana
Dia 5 sexta-feira	Ir ao trabalho	Ir ao cinema com uma amiga
Dia 6 sábado	Limpar a sala de estar Colocar a roupa na máquina	Limpar o banheiro Atividade ao ar livre: ir ao parque ou ficar no pátio
Dia 7 domingo	Telefonar para a mãe Terminar de limpar o banheiro Guardar as roupas limpas	Fazer compras para a semana Ler o jornal

FIGURA 8.3 Exemplos de lista A/lista B.

recer uma qualidade secundária, a revisão de longas listas de tarefas pode ser confusa e impossibilitar o progresso. Certas pessoas podem manter “listas principais” das atividades e escolher algumas tarefas diariamente para as suas listas A e B. Para outras, é melhor substituir a lista principal por uma versão simplificada até que os sintomas melhorem. Aqueles que estiverem acostumados a manter agendas diárias podem programar as tarefas antecipadamente, reservando-as para um dia específico. Isso pode ser mais útil do que simplesmente anotar datas-limite.

Este capítulo e o anterior, sobre o controle dos fatores desencadeantes e aumento dos fatores positivos eram de natureza mais comportamental. Constituem o segundo “C” da TCC. Os problemas comportamentais, incluindo a diminuição das habilidades para enfrentar os sintomas, o aumento e a desorganização das atividades, o ato de correr riscos, a protelação e a letargia, são todos abastecidos pelos proces-

sos cognitivos. De acordo com o modelo cognitivo, a forma como os indivíduos pensam influencia enormemente nas suas escolhas de como agir. Nos Capítulos 9 e 10, discutiremos o conteúdo e as mudanças no processo de cognição que ocorrem na depressão e na mania, que incluem não somente o que as pessoas pensam a respeito quando estão sintomáticas, mas também a qualidade do seu processamento cognitivo quando estão doentes. Para ser o mais eficiente, o controle dos sintomas no transtorno bipolar requer o uso de ambas intervenções, a cognitiva e a comportamental.

Pontos-chave para o terapeuta lembrar

- Frequentemente, os problemas são vistos como pesados e insolucionáveis se complicados, ou se a pessoa não tem poder de decisão ou habilidade para

resolvê-los. A questão, ou as questões, pode ou não ser, na verdade, insolucionável, mas o modo pelo qual é interpretada aumenta o seu tamanho e complexidade.

- Não seria bem interpretado o desestímulo da criatividade e de *insights* por um terapeuta. Todavia, a atenção e preocupação são justificadas se as ideias novas de um paciente são acompanhadas por outros sintomas de mania.

Pontos para discutir com os pacientes

- É comum que os pacientes se sintam culpados pela diminuição do seu interesse, da motivação e das atividades; então, julgam-se preguiçosos, incompetentes ou fracos. Esses pensamentos promovem o autode-negrir-se e pioram o humor, que por sua vez pode manter a inércia.
- Estimulação interna e externa em excesso parece impulsionar a mania, aumentando as atividades, perturbando o sono, intensificando os pensamentos rápidos e estimulando os comportamentos de risco.
- As fontes externas de estimulação, por exemplo, barulhos altos, movimentação em excesso, luzes muito claras, confusão ou um ambiente como um lar desorganizado, pode deixar a pessoa deprimida sobrecarregada ou ansiosa.
- As pessoas fazem novas conexões entre ideias, têm momentos de *insight*, resolvem problemas de maneiras novas e eficientemente, ou inventam planos singulares e engenhosos. Mesmo que todas essas experiências sejam muito positivas, as ações, incluindo o planejamento e a execução de novos projetos, podem por si sós ser superestimulantes.
- Um grande desafio para os indivíduos com transtorno bipolar é cuidar de si mesmos, em parte se protegendo de se sentir excessivamente expansivos, sobrecarregados ou estimulados, e mesmo assim serem capazes de lidar com suas vidas.

Gerenciamento dos sintomas cognitivos

Mudanças de conteúdo

Como descrito no Capítulo 2, o modelo cognitivo-comportamental aplicado ao transtorno bipolar, ilustrado na Figura 2.1, enfatiza a interrupção da trajetória de expansão da doença, intervindo em qualquer etapa do ciclo. Neste capítulo, falaremos sobre os métodos para interromper o ciclo no nível das mudanças cognitivas. Controlar o declínio cognitivo auxilia a prevenir as mudanças comportamentais problemáticas que podem causar um declínio no funcionamento e desenvolvimento de problemas psicossociais.

Os sintomas cognitivos da depressão e da mania incluem mudanças de conteúdo – o que se pensa a respeito de algo – e de processamento, incluindo a maneira como se processa uma informação, a quantidade e a qualidade dos pensamentos. O presente capítulo focaliza os métodos para lidar com tais mudanças durante os episódios maníacos e depressivos. Abrangemos as mudanças de conteúdo e as intervenções úteis na redução da influência da depressão e da mania nas ações dos indivíduos portadores de transtorno bipolar. No Capítulo 10, discutiremos as mudanças no processo cognitivo e as intervenções apropriadas para conter os sintomas. A Tabela 9.1 resume os conteúdos comuns e as mu-

danças de processamento na depressão e na mania.

AS MUDANÇAS DE CONTEÚDO NAS COGNIÇÕES

Os erros cognitivos que ficaram populares por meio dos escritos de Aaron Beck (Beck et al., 1979) e David Burns (1980) se fundem em quatro categorias gerais, e a Tabela 9.2 apresenta exemplos de suas ocorrências na depressão e na mania.

No geral, essas quatro categorias refletem como os estados emocionais afetam o processamento da informação. Na “visão em túnel”, o indivíduo enfoca uma quantidade limitada de informação compatível com o humor e com as ideias correntes, e ignora ou não presta atenção às informações contraditórias. Esse estreitamento do foco faz com que as conclusões sejam tiradas sem o benefício de todos os dados disponíveis. A pessoa deprimida típica pode, por exemplo, enumerar facilmente suas faltas e fracassos, mas não considera seus vigos e os seus êxitos. Na mania, pode ver os benefícios e ignorar os riscos. Na “adivinhação”, o indivíduo reage às lacunas de informação, preenchendo os espa-

TABELA 9.1

Mudanças de conteúdo e processo na depressão e na mania

Depressão**Mania****Mudanças de conteúdo dependentes do estado**

- Erros Cognitivos
 - Visão em túnel
 - Adivinhação
 - Absolutismos
 - Percepções distorcidas
- Pensamentos suicidas
- Baixa autoestima
- Atitudes negativas

- Grandiosidade/Aumento do otimismo
- Ignorar os riscos
- Paranoia/desconfiança
- Aumento da autoconfiança
- Desejo de fazer mudanças

Mudanças de processo dependentes do estado

- Pensamento lento
- Redução da tomada de decisões
- Dificuldade de concentração
- Redução da solução de problemas
- Facilmente sobrecarregado
- Ruminação

- Aumento da fluência das ideias
- Distração
- Dificuldade de concentração
- Barulhos parecem mais altos
- Cores parecem mais vivas
- Pensamento rápido
- Pensamento desorganizado
- Julgamento prejudicado

TABELA 9.2

Exemplos de erros comuns de pensamento

Categoria	Exemplos na depressão	Exemplos na mania	Intervenções
Visão em túnel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Listar os fracassos ■ Ver o que está errado, ignorar o que está certo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Os riscos são ignorados 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examinar os indícios ■ Perspectiva dos outros ■ Ter uma visão geral dos problemas
Adivinhação	<ul style="list-style-type: none"> ■ Levar as coisas para o lado pessoal ■ Fazer de tudo uma catástrofe ■ Tirar conclusões precipitadamente 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Paranoia ■ Suspeita ■ Projeção 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examinar as evidências ■ Explicações alternativas
Percepções distorcidas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumentar os problemas ■ Rejeitar os elogios 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Grandiosidade ■ Aumento da autoconfiança ■ Desconsiderar os fatos negativos 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Obter <i>feedback</i> ■ Reconhecer os sintomas ■ Monitorar os sintomas
Absolutismos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pensamento preto e branco ■ Pensamentos suicidas 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mudanças são urgentes ■ Determinação 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Continuum</i> cognitivo ■ Vantagem/desvantagem^a ■ Solução de problemas^a ■ Razões para viver ■ Razões para ter esperança

^a Intervenções para estes casos estão incluídas no próximo capítulo.

ços com ideias compatíveis com o seu estado de humor e com as suas atitudes. Se não está claro o que uma outra pessoa pensa, o indivíduo em estado depressivo considera o pior, que os outros são muito críticos, enquanto que em estado maníaco pressupõe o melhor, que os outros fazem bom juízo dele ou o admiram, ou, caso esteja ansioso, que estão tentando prejudicá-lo.

Os “absolutismos” são ideias rígidas, com frequência polarizadas. Os rótulos totais como “fracassado”, “preguiçoso” e “não merecedor de amor” são exemplos de absolutismos usados pelo indivíduo deprimido para descrever a si mesmo. Os absolutismos também podem incluir regras rígidas acerca de como se “deve” agir ou pensar, bem como comentários judiciosos sobre os outros. Os pensamentos suicidas podem se tornar rígidos e inflexíveis se o indivíduo deprimido acredita que a sua situação é “desesperadora” e “insuportável”. São termos absolutistas pela sua natureza e impedem a percepção de qualquer espaço para uma negociação (i.e., nenhum tom de cinza é aceitável nas suas circunstâncias).

Durante a mania, os absolutismos são evidentes no pensamento que só visa uma finalidade. As novas ideias são vistas como isentas de defeitos e urgentes. Esperar antes de partir para a ação é inaceitável porque o indivíduo sente-se absolutamente certo a respeito do provável sucesso de um plano. As opiniões alheias são vistas como desnecessárias e, se contrárias, como irrelevantes. Até mesmo o próprio desejo de mudança pode constituir um exemplo de pensamento absoluto caso a mudança seja percebida como obrigatória ou fundamental e o impulso como mandatário.

No caso dos absolutismos, o indivíduo categoriza as informações em preto ou branco (por exemplo, sucesso ou fracasso), considera que as outras pessoas estão “consigo” ou “contra si”, ou vê o futuro como totalmente sem esperanças ou totalmente promissor. As informações que estão na “zona cinza” entre as opiniões ex-

tremas ou são reformuladas para caber em uma das duas categorias ou rejeitadas, tomadas como inúteis, irrelevantes ou ocorridas ao acaso.

As “percepções distorcidas” descrevem as informações que o paciente distorce por exagerá-las ou minimizá-las. Na depressão, os eventos negativos ou as informações são exagerados, e os eventos positivos, minimizados. Por exemplo, uma sugestão vinda do chefe para melhorar o desempenho no trabalho pode ser percebida como uma crítica ofensiva, uma rejeição ou uma vergonha significativa. Em comparação, um elogio sobre um esforço aplicado ao trabalho dado como parte de um *feedback* pode ser minimizado, tomado como falso e rejeitado ou passar completamente despercebido.

Durante a hipomania ou mania, o valor das novas ideias ou projetos são exagerados. As ideias boas se transformam em ótimas. Vontades se tornam ordens. Os riscos, por sua vez, são minimizados, ou afirma-se que valem a pena, se considerado o ganho potencial. A autoconfiança também pode estar exagerada, e as fraquezas são rejeitadas.

As distorções cognitivas podem levar o indivíduo a obter conclusões equivocadas. Isto é problemático porque uma conclusão equivocada, ou extremamente negativa, ou extremamente otimista, não somente dita as reações emocionais aos eventos, como também influencia a escolha de ações. As estimativas demasiado positivas, juntamente à percepção distorcida dos riscos, podem levar o indivíduo em estado maníaco a fazer compras compulsivamente, a ter um comportamento sexual promíscuo, ou a se dedicar a outras ações impulsivas. Uma conclusão muito negativa pode imobilizar o indivíduo em estado depressivo a ponto de não conseguir resolver os problemas ou negligenciar as suas responsabilidades. Tais ações normalmente exacerbam as dificuldades ou acrescentam complexidades à vida do sujeito.

Para interromper a evolução da depressão e da mania por meio do controle dos sintomas cognitivos, o paciente deve estar apto a reconhecer as cognições que poderiam ser distorcidas. Reconhecer tais pensamentos à medida que surgem permitiria que o paciente “controlasse” as influências potencialmente negativas dessas cognições sobre o humor e sobre suas ações. Com este conhecimento, os pacientes podem “corrigir” ou compensar as distorções (ver Tabela 9.3). Ter uma percepção mais precisa da realidade aumenta a chance de que as ações tomadas pelos pacientes sejam mais úteis e menos prejudiciais a eles. Os métodos para reconhecer, controlar e corrigir as cognições são abordados nas seções que seguem.

TABELA 9.3

Lidando com as mudanças de conteúdos

1. *Reconheça* as cognições depressivas
2. *Controle* as suas influências na escolha das ações
3. *Corrija* qualquer distorção

RECONHECENDO AS COGNIÇÕES DISTORCIDAS

É preciso capturar as cognições distorcidas, antes que se torne impossível controlá-las e corrigi-las. Para alguns, esta pode ser uma tarefa difícil, porque frequentemente tais pensamentos, chamados pensamentos automáticos, ocorrem rapidamente, muitas vezes fora da esfera consciente. Várias vezes os pensamentos surgem em cadeia, como quando a pessoa é inundada com novas ideias, ou quando faz uma lista das falhas de alguém.

O terapeuta pode introduzir o conceito de pensamentos automáticos primeiro sensibilizando os pacientes para os pensamentos automáticos negativos talvez ocorridos quando eles se encontravam com

o humor deprimido. Existem várias estratégias úteis. A mais comum é perguntar sobre os eventos estressantes recentes que podem ter estimulado uma mudança de humor. Geralmente, as pessoas se lembram com alguns detalhes do que aconteceu, mas têm mais dificuldade de apontar as ideias ou pensamentos que acompanhavam as preocupações. Para chegar aos pensamentos automáticos, o terapeuta deve perguntar ao paciente, o que exatamente dentro da situação fez com que se sentisse preocupado. Também pode ser útil se informar sobre as linhas da tríade cognitiva: pensamentos sobre si, sobre os outros e sobre o futuro à medida que aplicados à situação. Por exemplo, Gilbert comentou com o seu terapeuta a respeito de uma discussão que teve com seu irmão mais velho na semana anterior. O irmão, Paulo, estava dando informações a Gilbert sobre como aplicar o reboco numa banheira que eles estavam instalando na casa da mãe deles.

“Ele me trata como uma criança. Tenho 40 anos. Ele pensa que sabe tudo. Eu odeio trabalhar com ele.” Quando o terapeuta sondou mais profundamente, percebeu os seguintes pensamentos automáticos: “Ninguém acredita que sou capaz de fazer alguma coisa”, “Não deveria ter de trabalhar para o meu irmão. Deveria estar cuidando do meu próprio negócio”, “Sou mesmo um fracasso, não me espanta que ele ache que tenha que me carregar nas costas” e “As coisas nunca vão mudar”.

O terapeuta pode dar um *feedback* destas informações ao paciente e explicar que são exemplos de pensamentos automáticos. Outra estratégia é pedir para os pacientes recordarem da última vez em que se sentiram deprimidos ou desanimados e o tipo de atitude que tiveram em relação aos outros, ao mundo em geral e ao futuro, durante essa época. Muitos pacientes identificam imediatamente os pensamentos automáticos proeminentes durante a depressão. Um desafio mais difícil é conse-

guir com que os pacientes recordem de como os seus pensamentos automáticos podem ter sido diferentes durante os períodos de hipomania ou mania, a menos que presentes ao mesmo tempo. Para facilitar a lembrança, solicita-se aos pacientes que comparem os pensamentos automáticos negativos com a maneira como veem a si mesmos, aos outros ou ao futuro quando o seu humor está mais positivo e quando está mais irritado. Alguns pacientes acham mais difícil identificar pensamentos automáticos específicos quando inundam suas mentes mais rapidamente do que conseguem verbalizar, ou quando os pensamentos consistem mais de impressões gerais e imagens visuais do que palavras específicas. Em qualquer desses casos, pede-se aos pacientes que descrevam as suas impressões gerais ou imagens até que identifiquem temas, crenças ou pensamentos subjacentes. Para extrair os pensamentos, solicita-se aos pacientes que se imaginem em uma situação estressante e descrever a cena que veem com o maior número de detalhes possível. Quem está presente? O que é feito ou dito? Qual é o tom emocional da imagem? Como o paciente está se sentindo? O que ele pensa que possa dar errado? Quais são as consequências?

Registro de pensamentos automáticos

Para analisar a validade de qualquer pensamento automático associado às alterações de humor, o paciente deve ser capaz de identificar as alterações, os eventos que as desencadeiam, os pensamentos automáticos associados e as ações que as seguiram. Um método tradicionalmente usado para monitorar a ocorrência de pensamentos automáticos negativos é manter um diário. Existem muitas formas e nomes para esse diário de pensamentos, o mais comum deles é o Registro de Pensamentos Automáticos. A Figura 9.1 fornece um exemplo.

As instruções para completar o Registro de Pensamentos Automáticos são as seguintes:

1. Quando ocorrer uma alteração de humor, descreva na primeira coluna as circunstâncias envolvidas com a ocorrência da alteração. Umas poucas palavras são suficientes como lembrete do estímulo para a alteração de humor.
2. Na coluna “Pensamentos”, faça uma lista dos pensamentos que estavam associados com o evento. Para identificar tais pensamentos, é útil que o profissional pergunte o que exatamente nesse evento fez com que o humor do paciente fosse alterado (por exemplo, “O que exatamente na crítica feita por sua mãe o fez sentir culpado?”, “O que exatamente nessa situação o deixou com raiva?”, “O que o fez ter vontade de chorar?”). Usando uma escala de 0 a 100%, onde 0% significa uma completa falta de convicção, e 100%, a absoluta certeza, use essa escala para classificar a intensidade de crença no pensamento automático no momento em que o evento ocorreu.
3. Indique na terceira coluna os tipos de emoções que ocorreram (p. ex., tristeza, raiva e ansiedade). Se várias emoções são sentidas simultaneamente, liste-as separadamente. Utilize uma escala de 0 a 100% para classificar a intensidade aproximada dessas emoções conforme sentidas no momento do evento. Nessa escala, 0% é a ausência da emoção, e 100%, a maior intensidade já sentida.
4. Na quarta coluna, faça uma lista das ações provocadas em reação ao evento. Isto inclui não tomar nenhuma atitude.

A determinação da intensidade da emoção sentida e da convicção em cada pensamento automático negativo proporciona uma linha de base para comparar qualquer mudança que a reestruturação cognitiva produza subsequentemente. Em

Intensidade (0- 100%)							% de validade (0- 100%)		
Data	Evento	Sentimento	Hora 1	Hora 2	Hora 3	Pensamentos Automáticos	Hora 1	Hora 2	Hora 3

FIGURA 9.1 Registro dos Pensamentos Automáticos.

virtude de os pacientes completarem com frequência o registro de pensamentos automáticos muito depois de ocorridos os eventos desencadeadores, a intensidade da emoção e a convicção podem resultar alteradas. Neste caso, isso sugere que alguns eventos intervenientes (internos ou externos) causaram a modificação. Portanto, o registro inclui três colunas para classificar a intensidade:

1. no momento do evento;
2. no momento em que o registro é preenchido e
3. depois de uma intervenção com TCC.

Se a intensidade foi modificada (aumentou ou diminuiu), determinar a razão da mudança pode ser útil na identificação das estratégias existentes para lidar com as fortes alterações emocionais.

Por exemplo, se aconteceu um evento que evocou ansiedade (p. ex., um trabalhador recebeu um memorando informando a convocação pelo chefe para uma reunião), normalmente existe uma resposta cognitiva (“Oh, não! Isto não é bom”). Entretanto, passado algum tempo, o sujeito poderia ter repensado o evento e intensificado a reação emocional por contemplar o seu potencial catastrófico (“Aposto que a empresa está falindo, e todos nós perderemos nossos empregos”). Outros podem considerar o mesmo evento e minimizar o sentimento catastrófico da reação inicial (“Provavelmente deve ser sobre aquele memorando que nos foi passado na semana passada”), colocando-o em perspectiva e, portanto, diminuindo a intensidade da emoção. Em qualquer um dos casos, é útil que o terapeuta saiba qual o processo cognitivo ocorrido para criar a mudança. As estratégias cognitivas que diminuem a emoção podem ser aplicadas aos novos eventos que provocam emoções negativas. As estratégias cognitivas que aumentam a emoção oferecem pistas sobre como a pes-

soa reage aos eventos estressantes. Tais informações auxiliam o terapeuta a selecionar as intervenções apropriadas a cada paciente em particular.

CONTROLANDO AS COGNIÇÕES DISTORCIDAS

Quando os pacientes entendem que os pensamentos automáticos podem ser distorcidos e, portanto, levá-los a conclusões equivocadas, têm a possibilidade de controlar essas ideias a fim de que não influenciem negativamente em suas escolhas de ação. A planilha de resumo dos sintomas descrita no Capítulo 6 pode auxiliar os pacientes a identificar os pensamentos automáticos típicos que anunciam o início da depressão ou da mania. Os exemplos incluem o pensamento de que o futuro é sem esperanças quando o paciente está deprimido e de que ele é a pessoa mais inteligente do mundo quando em estado maníaco. Se esses tipos de pensamentos automáticos podem ser percebidos no momento em que ocorrem, sinalizam a necessidade de tomar precauções para evitar ações inapropriadas que estimulem novas recorrências da doença. Uma regra prática para esse tipo de prevenção é que os pensamentos automáticos negativos sejam encarados com uma pitada de sal, porque aparecem tipicamente durante a depressão e diminuem durante a remissão. Os pensamentos automáticos positivos ou eufóricos não devem ser inteiramente confiáveis se encorajam uma mudança drástica nas ações ou comportamentos de risco. Em vez disso, uma pausa deve ser introduzida até que o pensamento seja verificado e se faça uma revisão mais completa do plano de ação.

Existem várias maneiras de controlar os efeitos dos pensamentos automáticos nas ações. Na hipomania e na mania, quando há um desejo de aumento das atividades

ou de ter comportamentos potencialmente de risco, a regra das 24 horas é útil. Nesse caso, o paciente concorda em esperar 24 horas antes de iniciar um comportamento potencialmente problemático e até mais tempo, se parecer apropriado. A lógica é de que, caso se trate de uma boa ideia, e não de uma ideia maníaca, ainda será uma boa ideia no dia seguinte ou na semana seguinte ou no mês seguinte, quando os sintomas maníacos não estiverem influenciando o humor e as ações. Alguns exemplos específicos fornecidos pelos pacientes incluem congelar os cartões de crédito num recipiente com água para que precisem ser descongelados no caso de uso em compras impulsivas ou compulsivas. Outro exemplo é desconectar o telefone ou filtrar as ligações por meio de uma secretaria eletrônica para evitar as conversas com pessoas indesejáveis ou quando os pacientes se sentem irritados. Certas pessoas se reservam algum tempo para conseguir mais informações a respeito das novas ideias antes de partir para o plano de ação, como pedir a opinião dos membros familiares ou dos amigos, lendo materiais sobre o assunto ou procurando um consultor profissional.

Nos episódios depressivos, é mais fácil evitar que os pensamentos automáticos afetem as ações porque o desejo é normalmente de evitar as atividades ou de fazer menos do que mais. Os pensamentos automáticos negativos que interferem nas ações incluem julgar os possíveis resultados como catastróficos, não acreditar que exista alguma perspectiva de mudança e ver a si mesmo como incompetente ou preguiçoso. Tais pensamentos depressogênicos inibem as atividades. Pensamentos de ansiedade também encorajam a evitação, em especial quando o estresse é aliviado se o indivíduo se esquivar da situação que teme, como previamente descrito no Capítulo 7. Para controlar os pensamentos automáticos negativos, é necessário dar o próximo passo e avaliar e corrigir qualquer distorção que iniba as atividades.

CORRIGINDO AS COGNIÇÕES DISTORCIDAS

Com frequência, os pensamentos automáticos associados às alterações de humor para cima ou para baixo clinicamente significativas são ou parcial ou completamente inválidos ou imprecisos. Em virtude de a tendência nos pensamentos automáticos geralmente trazer à tona ou exacerbar as alterações de humor, um dos objetivos da TCC é ensinar os pacientes a avaliar a validade dos seus próprios pensamentos automáticos e corrigir qualquer distorção encontrada. Uma técnica usada é coletar e examinar as evidências que apoiam a validade dos pensamentos e as evidências que contradizem ou refutam a sua validade. Essa técnica ajuda os pacientes a se concentrar nos fatos que apoiam a sua opinião, em vez dos sentimentos de “grau instintivo” que podem influenciar o pensamento. Isto é mais eficaz que tentar mudar a opinião das pessoas por desconsiderá-las (p. ex., “Não se preocupe com isso”), não levar em conta a sua validade (p. ex., “Isso é ridículo!”) ou, então, tentar convencê-las de que suas opiniões são falsas (p. ex., “Você não acredita realmente nisso, acredita?” e “Não pense dessa maneira”).

O primeiro passo do processo é recorrer ao registro de pensamentos automáticos e selecionar os associados com a maior quantidade de emoção ou aqueles que mais prejudicam o paciente. A planilha para avaliação de pensamentos mostrada na Figura 9.2 pode ser usada neste exercício. Depois de apresentar uma análise racional para a intervenção, solicita-se ao paciente que faça uma lista de todos os fatos que apoiam ou validam o pensamento automático (evidências favoráveis) e de todos os fatos que o refutam ou invalidam (evidências contrárias). Normalmente, é mais difícil para as pessoas produzirem evidências contrárias aos pensamentos automáticos negativos, porque a ideia delas “é sentida como boa” e elas podem nunca

Meu pensamento é:				
Que evidências tenho de que o meu pensamento é verdadeiro?	Que evidências tenho de que o meu pensamento não é verdadeiro?	O que outra pessoa diria nesta situação? Qual seria outra explicação?	Minhas conclusões e meu plano para o próximo passo a ser dado.	

FIGURA 9.2 Planilha para avaliar seus pensamentos.

haver considerado a possibilidade de que as suas primeiras impressões estivessem equivocadas. Neste exercício, o profissional não conduz o paciente sugerindo as evidências contra o pensamento. Em vez disso, apresenta perguntas que facilitem a tarefa:

- “Existe algo mais que o faça pensar que esta ideia seja verdadeira?”
- “Existe algo mais que o faça pensar que ela seja falsa?”
- “Alguém diz ou faz coisas para que você pense que esta ideia é verdadeira/falsa?”
- “Você já teve algum tipo de experiência que sugere que esta ideia seja verdadeira/falsa?”

Por não tentar refutar nenhuma das evidências favoráveis ou contrárias ao pensamento automático, mesmo que pareça bobo ou ilógico, o profissional tenta ter uma reação neutra. Somente quando as duas colunas de evidências tiverem sido completadas que se fará uma tentativa de avaliar a qualidade da evidência. O paciente estuda as evidências favoráveis e contrárias ao pensamento automático e tira conclusões sobre a sua validade. Uma revisão informal das duas colunas pode ser suficiente, mas importa lembrar que a coluna com o maior número de anotações não é necessariamente a mais precisa ou a de maior peso. Alguns fragmentos de evidências podem ter menos peso que outros ou maior influência nas conclusões do paciente.

Existem três resultados possíveis na avaliação dos pensamentos automáticos distorcidos. Primeiro, o indivíduo pode concluir que o seu pensamento automático era falso. Nesse caso, o profissional o estimula a substituir o pensamento com uma afirmação mais válida. Por exemplo, se o pensamento automático era “Não consigo fazer nada direito” e isso se revelou incorreto, uma afirmação mais válida poderia ser “Faço bem algumas coisas, mas há outras em que não sou muito boa, como manter a casa limpa”. Segundo, o paciente e o terapeu-

ta podem concluir que o pensamento automático é verdadeiro. Se o profissional acredita que há alguma validade na avaliação negativa do paciente (p. ex., “Eu arruínei meu casamento”), não é útil tentar revisar ou substituir o pensamento automático negativo por um pensamento mais positivo (p. ex., “Isso deixa você livre para encontrar alguém melhor”). Em vez disso, o conteúdo do pensamento automático negativo pode se transformar em um alvo específico para mudanças na TCC (por exemplo, recuperar o relacionamento ou lidar com a separação). Terceiro, o paciente pode descobrir que a evidência favorável ou contrária ao pensamento automático é inconclusiva. A Tabela 9.4 resume tais passos.

Se não estiver evidente a veracidade ou a falsidade do pensamento automático, mais informações são necessárias para completar a avaliação. Pode-se fazer um experimento para arrecadar mais dados. Experimentos são atividades que permitem a uma pessoa observar a si mesma, enquanto ela testa os pensamentos automáticos contrários. Por exemplo, se o pensamento automático negativo de um paciente consiste em considerar-se incapaz de lidar com o estresse, ela deve colocar-se em uma situação estressante, talvez depois de aprender alguns métodos de gerenciamento do estresse, e observar a sua real capacidade para “lidar” com ela. Outro exemplo é testar a ideia de que as pessoas “não gostam de mim e não vão querer conversar comigo”, conduzindo um experimento social em que o paciente escolhe alguém para conversar em alguma situação social e observa a resposta recebida. A experiência real é comparada com a previsão inicial do paciente para o evento. Normalmente, tal processo esclarece se um pensamento negativo é válido e, caso seja, o que se deve fazer para solucionar o problema. Por exemplo, se a pessoa acredita que não consegue lidar bem com o estresse, a terapia pode se concentrar na melhoria de habilidades nessa área.

TABELA 9.4**Avaliando os pensamentos automáticos negativos**

1. Escolha um pensamento automático para avaliar. Escolha um que esteja listado no registro de pensamentos automáticos. Um pensamento ou uma crença associada com uma quantidade significativa de emoção negativa deveria ser selecionado e listado no topo da planilha de análise lógica dos pensamentos automáticos.
2. Explique que o primeiro passo da tarefa é produzir evidências para apoiar ou refutar o pensamento automático e, então, revisá-lo objetivamente junto com as evidências. Peça para o paciente listar todas as evidências que apoiem e refutem o pensamento automático nas colunas apropriadas.
3. Depois de examinar as evidências favoráveis e contrárias ao pensamento, o paciente deve concluir que o pensamento é inválido, que a evidência é inconclusiva, ou que o pensamento é de fato válido. Use o seu julgamento clínico e decida qual intervenção ou intervenções deveriam ser executadas, mesmo os resultados da análise lógica. Eis algumas sugestões:
 - a) Pensamentos inválidos: Revise o pensamento automático inicial para deixá-lo mais preciso.
 - b) Pensamentos válidos: Pergunte ao paciente quais consequências são levadas em conta para que o pensamento negativo seja válido e qual a probabilidade de essas consequências ocorrerem. Se a probabilidade for alta e as consequências significativas, use uma abordagem de solução de problemas para gerar um plano de diminuição da probabilidade de consequências negativas.
 - c) Evidências inconclusivas: Descubra que tipo de evidência seria necessário para confirmar ou desconfirmar o pensamento. Crie um plano para acumular mais evidências.

Ganhando distanciamento emocional

Levar em conta uma perspectiva diferente com relação a um evento perturbador frequentemente permite que os pacientes olhem para uma situação com mais objetividade e, dessa maneira, tirem conclusões mais objetivas. Para tanto, os profissionais devem pedir aos pacientes que avaliem a situação como se ela estivesse acontecendo com outra pessoa, com um amigo, familiar ou até mesmo com um estranho. Tal método permite que os pacientes examinem um estímulo dentro do problema sem a emoção que distorce as suas percepções, por serem menos capazes de fazer as mesmas interpretações negativas para com a perspectiva alheia, do que sob a própria perspectiva.

Quando a perspectiva menos pessoal gerada difere da avaliação inicial do indivíduo sobre o problema, o profissional deve pedir que o paciente examine e explique a discrepância. Por exemplo, o profissional pode perguntar: “Por que quando você

focou a sua experiência com o seu marido você concluiu que ele não se importava, mas quando você olhou para o mesmo problema como se ele estivesse ocorrendo com uma amiga a culpa parecia ser tanto da esposa quanto do marido? Em que a sua situação difere da situação da sua amiga? Como você pode aplicar esta nova observação à sua própria situação?”. O objetivo desta técnica é que a lógica supere o raciocínio emocional. Na hipomania, o paciente que propõe uma aventura arriscada poderia, por exemplo, ser indagado se aconselharia um filho ou sua esposa a realizar a atividade proposta por ele. Caso ele diga “não”, faça perguntas sobre o duplo julgamento.

EXPLICAÇÕES ALTERNATIVAS

Assim como levar em conta a perspectiva de outra pessoa, explorar as explicações alternativas para os eventos listados no registro de pensamentos automáticos pode trazer à tona avaliações adicionais e

mais objetivas a respeito. As avaliações são às vezes referidas como respostas racionais. Nesta intervenção, o profissional pede aos pacientes que gerem explicações alternativas para o seu próprio comportamento e experiências (ver Figura 9.2). Por exemplo, se o pensamento automático é “Sou incompetente”, a lista de explicações alternativas pode incluir “Não sou muito bom no desempenho dessa tarefa”, “Não tive tempo”, “Alguém tentou dificultar as coisas para mim”, “Estava tendo um dia ruim”, “Tinha coisas demais na minha cabeça” ou “Nunca fui treinado para desempenhar essa tarefa em particular”.

Quando as listas estiverem completas, o paciente examina e avalia os itens listados. Depois de eliminar as explicações improváveis, os pacientes consideram as explicações restantes a fim de determinar se alguma delas se aplica às circunstâncias sob avaliação. O paciente, então, pode escolher a explicação alternativa mais apropriada ao evento. Se, durante um episódio hipomaniaco, o paciente acha que recebeu uma avaliação negativa no trabalho porque seu chefe estava tentando se livrar dele, as explicações alternativas para a reunião podem apontar que o chefe estava de mau humor, que a hipomania estava interferindo no seu desempenho profissional, ou que a avaliação, embora imperfeita, foi uma evolução em relação à explicação alternativa anterior.

O último passo é reunir evidências para determinar a validade daquela explicação alternativa. Alguns profissionais preferem usar a técnica das evidências favoráveis e contrárias, outros pedem para os pacientes monitorarem as experiências novas a fim de determinarem se a explicação alternativa está correta. Por exemplo, se uma explicação alternativa de “incompetência” na verdade for a falta de habilidade em uma área específica, o paciente pode avaliar a sua competência e habilidade para realizar uma tarefa semelhante na próxima tentativa. Se um exa-

me mais detalhado revelar que tal explicação alternativa é válida, ela pode se tornar um objetivo de tratamento para o paciente (p. ex., receber mais treinamento nesta área particular relacionada ao trabalho). No exemplo da avaliação do trabalho anteriormente mencionado, o funcionário pode obter um *feedback* adicional do chefe ou de outras pessoas para determinar se existe validade para os sinais negativos da sua avaliação. Se isto não parecer apropriado, melhorias no desempenho profissional podem ser feitas, e um *feedback* adicional solicitado para determinar se o chefe está mais satisfeito.

PROGNÓSTICO DOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Depois de aprender a reconhecer, controlar e corrigir os pensamentos automáticos, os pacientes podem aprender a prever a sua ocorrência antes que eles se transformem em problemas. É útil primeiro identificar as situações que tipicamente trazem as emoções e os pensamentos negativos à tona. Na vida de muitos pacientes, existem situações típicas que despertam fortes emoções, positivas e negativas. De maneira previsível, tais situações podem trazer à tona sentimentos como ansiedade, raiva, tristeza ou culpa, pelo lado negativo, ou excitação, despertar de interesses ou sentimentos, alegria ou imediatismo, pelo lado positivo. Em vez de esperar pelos eventos ou por alterações de humor impulsionadas por fatores biológicos para estimular os pensamentos automáticos, os pacientes podem refletir sobre as experiências passadas e analisar as suas cognições menos passionalmente. Esta nova análise dos seus pensamentos automáticos possibilita aos pacientes respostas alternativas. Por exemplo, se em algum momento do passado o término de um relacionamento fez com que o indivíduo se sentisse fracassado, ele poderia reavaliar a situação de-

pois de adquirir um certo distanciamento emocional para determinar se o fracasso era a única explicação para o rompimento. Talvez, se todos os fatores que contribuíram fossem identificados, houvesse menos receio de iniciar relacionamentos no futuro. Nas experiências anteriores de hipomania ou mania, as pessoas podem lembrar de sentir um impulso irresistível de efetuar mudanças nas suas vidas, nas rotinas ou nos seus relacionamentos. Uma avaliação retrospectiva dessas experiências conduzida quando não se está hipomaniaco ou maniaco pode permitir a percepção do quanto o humor e as mudanças nos sintomas possibilitariam a superestimação da urgência por mudanças e o menosprezo pelos riscos envolvidos. Com essa informação, o paciente pode estar mais bem preparado para lidar com as ideias novas que surgem junto com outros sintomas da hipomania ou da mania.

PENSAMENTOS DE MORTE E DE SUICÍDIO

Os pensamentos suicidas são comuns nas pessoas que sofrem com o transtorno bipolar, e estima-se que mais da metade tenta o suicídio em algum momento da vida (Chen e Dilsaver, 1996; Goodwin e Jamison, 1990). O número de pessoas que de fato se suicidam é aproximadamente quinze vezes maior entre os que têm transtorno bipolar que na população em geral (Goodwin e Jamison, 1990). Isto significa que qualquer pensamento suicida deve ser levado a sério mesmo quando os profissionais duvidam da sinceridade das intenções do paciente.

Os pensamentos suicidas podem assumir várias formas distintas. No geral, encaixam-se em duas categorias: desejar a morte, escapar ou evitar a dor psíquica e ter pensamentos repetitivos de natureza mais obsessiva. A primeira categoria é normalmente acompanhada de desesperança

e angústia. A última parece mais com pensamentos habituais que surgem na mente das pessoas não quando estão ponderando sobre sua infelicidade, mas em outros momentos. Quando os pensamentos obsessivos ocorrem, podem ser confundidos com indicadores de angústia. Por tal razão, a pessoa começa a se sentir desanimada. Na verdade, esses pensamentos podem indicar ansiedade ou estar completamente desvinculados do humor. Quando são mais como pensamentos obsessivos, podem ser tratados com a sua interrupção por meio da distração, como se faz no transtorno obsessivo-compulsivo. Quando são congruentes com o humor e indicam a falta de esperança e exasperação com a vida, a análise dos pensamentos e a reestruturação cognitiva são mais apropriados.

Métodos de resignificação

Os pensamentos suicidas – desejos específicos de estar morto ou vontade de que o sofrimento acabe – normalmente resultam da crença de que não há outra solução para a angústia intensa. Algumas pessoas se sentem atraídas pelo suicídio porque ele está dentro do seu domínio de controle quando muitas outras coisas não estão e porque se trata de uma solução definitiva quando se sentem incapazes de imaginar outra solução para os seus incontáveis problemas. Saber que existe uma saída talvez os conforte.

Uma intervenção cognitiva direta para os pensamentos suicidas é resignificar o problema como um desejo de fazer com que o sofrimento pare em vez do desejo de morrer. Se a pessoa conseguir concordar que o que deseja, de maneira ideal, é cessar a dor, então a solução do problema se torna uma opção. A habilidade para solucionar os problemas geralmente diminui na depressão e na mania, assim como os processos cognitivos ficam prejudicados. Normalmente, isso aconte-

ce porque as pessoas sentem que não há outra saída além da morte, uma vez que já não têm mais a habilidade de gerar soluções alternativas.

Com frequência, existe um problema mais perturbador que os demais para a pessoa suicida. É nesse problema que os esforços terapêuticos devem se concentrar. As perguntas seguintes constituem exemplos de como o terapeuta pode ajudar o paciente a identificar a questão crítica. “Se você pudesse resolver um problema nesse momento, qual problema faria com que você se sentisse melhor?” “Se resolver um problema específico hoje o fizesse se sentir mais esperançoso em relação ao futuro e mais confiante nas suas habilidades para sobreviver, que problema seria esse?” “Se pudéssemos diminuir o seu estresse removendo um dos problemas que o está perturbando, qual deles seria?”

Uma vez identificada a questão, o terapeuta deve perguntar sobre os tipos de tentativas com que o paciente lidou com o problema. Não é incomum que as tentativas anteriores para resolver o problema não tenham sido completas ou eficientes. Nos tempos em que um esforço extra se fazia necessário, a pessoa desistiu antes que o problema fosse resolvido, ou o medo de fracassar evitou que a pessoa executasse uma solução razoável que ela já havia identificado. Quando a energia e a motivação estão baixas por causa da depressão, o paciente pode não ter forças para colocar uma solução em prática. O trabalho do terapeuta é avaliar as soluções possíveis e ajudar o paciente a selecionar uma estratégia que potencialmente traga algum alívio, de preferência imediato. Isto pode não significar a solução imediata do problema real, mas um passo concreto para que o paciente veja o encaminhamento de uma solução e, por causa disso, tenha uma esperança suficiente recuperada de manter-se vivo até que as coisas melhorem.

Em virtude de o processo cognitivo do paciente estar mais lento, o terapeuta deve

assumir um papel mais ativo na solução dos problemas do que seria necessário se o paciente estivesse menos angustiado. Entretanto, isso não significa que o terapeuta seleciona uma solução e a prescreve ao paciente. Ao contrário, ele trabalha mais ativamente para identificar as soluções que o paciente tenha considerado, usado no passado ou coerentes com a abordagem usual do paciente para a solução dos problemas. A solução “correta” ficará óbvia por meio das conversas com o paciente.

Obtendo ajuda alheia

Quando os sujeitos chegam a ponto de pensar que o suicídio lhes parece a única opção verdadeira disponível, normalmente também estão se sentindo sozinhos no mundo. Podem existir pessoas no seu ambiente, mas eles se desligaram emocional e fisicamente, ou porque acham a sua atenção opressiva ou irritante, ou porque não desejam sobrecarregar os demais com os seus problemas. Os suicidas tentam convencer a si mesmos de que todos estariam melhor sem a sua presença ou que a sua falta não seria sentida. Afastam-se dos outros como parte de um esforço para ganhar forças a fim de levar o suicídio a cabo. As outras pessoas são um estorvo. A evitação de contato social significa que podem se desprender emocionalmente das pessoas e se sentir menos culpados do ato.

Quando os problemas se tornaram tão opressivos que a morte parece ser a única resposta, e nenhuma solução parece viável, o paciente precisa de outras pessoas que possam lhe dar assistência e apoio. Enquanto eles não encontram solução para seus problemas, os outros talvez tenham ideias. Encontrar pessoas que ofereçam apoio faz com que o paciente sinta que uma solução é possível, que a esperança pode não estar totalmente perdida e, o mais importante, que ele não está sozinho na sua angústia.

Razões para viver

Outra estratégia de combate aos pensamentos suicidas é romper com a visão em túnel, o que é típico deste processo, e ajudar o paciente a trazer à lembrança razões para viver. Os pensamentos suicidas fazem com que os indivíduos se concentrem nas razões para não viver. Esta é a visão em túnel. O paciente acha muito fácil listar todas as coisas que seriam resolvidas com o seu desaparecimento, porém tem mais dificuldade para gerar razões em contrário. A planilha apresentada na Figura 9.3 ajuda a motivar o paciente a considerar as razões para viver. O preenchimento do exercício leva um pouco de tempo dada a condição mental do paciente, mas consiste em um tempo que vale a pena ser gasto em terapia. Ele deveria ser iniciado no consultório e continuado em casa, como um tema. Se o paciente estiver internado, o terapeuta pode começar o exercício, e outro profissional da área da saúde acompanha o paciente ao longo do dia para conferir o seu progresso e ajuda até a conclusão do mesmo. O pensamento negativo é uma força poderosa que pode bloquear o aces-

so dos pensamentos positivos. Portanto, o paciente normalmente precisa de algum tipo de motivação, como nas categorias listadas na planilha.

Razões para ter esperanças

Uma variação do exercício anterior é substituir o pensamento em preto e branco desesperançoso por pergunta sobre os fatores que sugerem a existência de razões para ter esperanças e crer que as coisas melhorarão. Sinais de esperança podem incluir uma resposta precoce à medicação que, embora incompleta, mostra de fato um potencial para o esforço ou experiências passadas nas quais o tratamento foi útil ou bem-sucedido. A Tabela 9.5 apresenta vários questionamentos socráticos que um terapeuta pode propor ao paciente para identificar razões para se ter esperança. Se o paciente inicialmente responder cada questão na negativa, o terapeuta oferece exemplos de observações do paciente que configurem razões para se ter esperanças despercebidas pelo paciente. Lembremos que, quando um paciente está preso à ideia

Razões para Viver

Faça uma lista com as razões para continuar vivendo. Quando você começar a ter pensamentos negativos em relação à vida, releia a lista e recorde a si mesmo das razões para sobreviver por mais um dia.

Razões pelas quais eu não deveria partir:

Pessoas que me fazem querer continuar vivendo:

Coisas de que sentiria falta:

Experiências que ainda não tive:

Coisas que são importantes para mim:

Figura 9.3 Planilha das razões para viver.

de que tudo se perdeu, ele tenta resistir às evidências que mostram o contrário. O terapeuta investiga mais a fundo ou tenta estratégias de questionamento diferentes, mas se abstém de debater com o paciente sobre a presença de esperança e não faz a lista pelo paciente. A força do exercício está na habilidade do paciente em se livrar da sua visão de absoluta desesperança e considerar a possibilidade de que pode valer a pena viver um pouco mais para descobrir se a situação pode melhorar.

Se, depois de completar esses exercícios, o paciente ainda estiver significativamente sem esperanças, outra estratégia seria o profissional dizer ao paciente as suas razões para ter esperanças de que as coisas vão mudar, incluindo ter fé nos medicamentos e em outros tratamentos. Por exemplo, “Sei que as coisas parecem um tanto negras nesse momento e que mal consegue se segurar. Manter-se vivo está consumindo muita da sua energia, mas realmente acredito que existem razões para não perder as esperanças. Você reagiu bem à medicação e à terapia no passado e acho que enfrentará a depressão novamente. Tenho visto muitas pessoas se recuperarem de uma depressão grave e, por esse motivo, tenho esperanças. Por que eu não lhe empresto um pouco da minha esperança por enquanto até que a sua reapareça? Assim ficaria bem pra você?”.

Notavelmente, influenciar alguém compartilhando com ela razões para se ter es-

peranças pode ser uma intervenção eficiente. O truque é não as oferecer até que o paciente despreze a chance de convocar seus próprios sentimentos de esperança. Nenhuma dessas intervenções deveria ser usada junto com outros métodos de gerenciamento de riscos geralmente prescritos.

O presente capítulo focalizou como o conteúdo dos pensamentos muda durante os períodos de depressão e de mania. No próximo, o foco se volta para as mudanças que ocorrem no processo de pensamento, tais como a velocidade e a clareza das ideias. Se é difícil para os pacientes identificar os pensamentos automáticos que precisam de reestruturação, pode ser que primeiro necessitem melhorar a paciência, o foco e a estrutura dos pensamentos. O Capítulo 10 apresenta métodos para alcançar tais objetivos.

Pontos-chave para o terapeuta lembrar

- Coletar e examinar as evidências que apoiam a validade dos seus pensamentos e as evidências que contradizem ou refutam a validade de seus pensamentos é mais eficaz que tentar mudar a opinião das pessoas por desconsiderá-las, não levar em conta a sua validade ou, então, tentar convencê-las de que suas opiniões são falsas.

TABELA 9.5

Questionamento socrático para extrair razões para ter esperança

- “Você está fazendo algo de diferente agora que possa sugerir a existência de alguma esperança de melhora?”
- “É provável que os problemas que o deixam para baixo sejam temporários? Eles poderiam se resolver sozinhos com o passar do tempo?”
- “Por que as outras pessoas acreditam que existem esperanças para o futuro?”
- “É possível que você ainda não tenha se esforçado ao máximo?”
- “Você já passou por épocas assim antes? Será que geralmente as coisas melhoraram com tempo, esforço ou paciência?”

- Os pensamentos suicidas podem assumir diversas formas diferentes: desejar a morte, escapar ou evitar a dor psíquica e ter pensamentos repetitivos de natureza mais obsessiva. A primeira categoria é normalmente acompanhada de desesperança e angústia. A última parece mais com pensamentos habituais surgidos quando as pessoas ponderam sobre a sua infelicidade, mas também em outros momentos.
- Os pensamentos suicidas, seja o desejo específico de estar morto, seja a vontade de que o sofrimento acabe, normalmente resultam da crença de que não há outra solução para a angústia intensa.
- A habilidade de solucionar os problemas geralmente diminui na depressão e na mania, bem como os processos cognitivos ficam prejudicados. Normalmente, isso acontece porque as pessoas sentem que não há outra saída além da morte, uma vez que já não têm mais a habilidade de gerar soluções alternativas.
- Não é incomum que as tentativas anteriores para resolver o problema não tenham sido completadas ou eficientes. No momento em que um esforço extra é necessário, a pessoa desiste antes que o problema seja resolvido, ou o medo de fracassar evita a execução de uma solução razoável por ela já identificada. Quando a energia e a motivação estão baixas por causa da depressão, o paciente pode não ter forças para colocar uma solução em prática. O trabalho do terapeuta é avaliar as soluções possíveis e ajudar o paciente a selecionar uma estratégia que potencialmente traga algum alívio, de preferência imediato.
- seja extremamente otimista, não somente dita as reações emocionais aos eventos, mas também influencia a escolha de ações.
- Ter uma percepção mais precisa da realidade aumenta a chance de que as ações tomadas pelos pacientes lhes sejam mais úteis e menos prejudiciais.
- Os pensamentos automáticos negativos devem ser encarados com uma pitada de sal porque aparecem tipicamente durante a depressão e diminuem durante a remissão. Os pensamentos automáticos positivos ou eufóricos não devem ser inteiramente confiáveis se encorajam uma mudança drástica nas ações ou comportamentos de risco.
- Frequentemente, os pensamentos automáticos associados às alterações de humor clinicamente significativas são ou parcial ou completamente inválidos ou imprecisos. Em virtude de a tendência nos pensamentos automáticos geralmente trazer à tona ou exacerbar as alterações de humor, um dos objetivos da TCC é ensinar os pacientes a avaliar a validade dos seus próprios pensamentos automáticos e a corrigir qualquer distorção.
- Uma avaliação retrospectiva das experiências conduzida quando a pessoa não está hipomaníaca ou maníaca pode permitir que ela veja o quanto o humor e as mudanças nos sintomas fazem com que superestime a urgência de mudanças e menospreze os riscos envolvidos.
- Os suicidas tentam convencer a si mesmos de que todas as outras pessoas estariam em melhor situação sem a sua presença ou que a sua falta não seria sentida. Afastam-se dos outros como parte de um esforço para ganhar forças a fim de levar o suicídio a cabo.
- Quando os problemas se tornam tão opressivos que a morte parece a única resposta, e nenhuma solução parece viável, o paciente precisa de outras pessoas que lhe deem assistência e apoio. Embora os outros podem não ter solução para os seus problemas, eles podem ter ideias a respeito.

Pontos para discutir com os pacientes

- As distorções cognitivas podem levar a pessoa a tirar conclusões equivocadas. Isto é problemático porque uma conclusão equivocada, seja extremamente negativa,

10

Gerenciamento dos sintomas cognitivos

Mudanças no processamento

O processamento cognitivo também é alterado durante os episódios de depressão e de mania. A velocidade, a clareza, a organização, a percepção e a habilidade para tomar decisões ficam comprometidas. Esses déficits podem provocar um efeito negativo na capacidade do indivíduo de lidar com os problemas do dia-a-dia e com as maiores dificuldades, chegando a causar novos estressores psicossociais. Melhoras no processamento cognitivo possibilitam, por essa razão, a ruptura do ciclo de desenvolvimento da depressão e da mania no ponto das mudanças de comportamento, dos prejuízos no funcionamento psicossocial, ou do aparecimento de problemas psicológicos, como indicado na Figura 2.1.

O processamento cognitivo é comprometido de diversas formas. A Tabela 10.1 apresenta alguns exemplos de dificuldades cognitivas comuns na depressão e na mania.

RESPOSTAS AOS ESTÍMULOS

Alguns pacientes durante um episódio maníaco ou hipomaníaco percebem, no início de sua evolução, que estão passan-

do por mudanças perceptíveis. Reportam um aumento da consciência ou sensibilidade às cores, cheiros, sons e toques. Por exemplo, as folhas das árvores parecem muito mais intensamente verdes que o normal, ou as cores da televisão ou de um anúncio de revista aparentam mais vivacidade que o comum. Durante a depressão, os estímulos, ambos internos e externos, podem ser incapacitantes. Ao contrário da mania branda ou moderada, quando os estímulos ocupam, distraem ou inspiram o indivíduo, a estimulação demasiada bloqueia o processamento cognitivo na depressão e interfere na tomada de atitudes. No auge da mania, as pessoas sentem esse tipo de efeito incapacitante dos estímulos externos e internos, e a sua habilidade de funcionar pode se tornar igualmente prejudicada.

VELOCIDADE E FLUÊNCIA DO PENSAMENTO

A velocidade do pensamento também pode aumentar durante um episódio maníaco ou hipomaníaco. Alguns pacientes descrevem a sensação de que os seus pensamentos “galopam” em sua mente, às ve-

Tabela 10.1**Exemplos de problemas no processamento cognitivo**

Categoria do Processamento cognitivo	Exemplos na depressão	Exemplos na Mania
Resposta aos estímulos	■ Facilmente confuso	■ Facilmente distraído ■ Sons parecem mais altos ■ Cores parecem mais vivas
Velocidade de pensamento	■ Pensamento lento ■ Produção de ideias prejudicada	■ Pensamento rápido ■ Aumento da fluência de ideias
Organização	■ Incapacidade de compartimentalizar os problemas e tratá-los seletivamente	■ Dificuldade para compreender e organizar os pensamentos
Concentração	■ Não consegue manter o foco sem desviar a mente	■ Pensamentos em demasia para se processar ■ Distração, perda do rumo dos pensamentos
Tomada de decisões	■ Insegurança que interfere na tomada de decisões ■ A solução dos problemas é abandonada	■ Incapacidade de priorizar ■ Julgamento prejudicado ■ Problemas para seguir as atividades

zes tão rapidamente que a fala não os acompanha. Alguns dizem que conseguem seguir várias linhas de pensamento simultaneamente. De acordo com a experiência de um paciente, “é como assistir a vários programas de televisão ao mesmo tempo e entender todos eles”. Infelizmente, à medida que a velocidade continua a aumentar, a clareza das ideias diminui, e a confusão aumenta. Com o aumento da velocidade e da fluência, origina-se uma profusão de novas ideias, interesses e planos. O mundo parece cheio de possibilidades que só estão aguardando a pessoa certa, com inteligência e energia para fazê-las acontecer. Por exemplo, o portador de transtorno bipolar, quando inicia um episódio maníaco, pode começar a pensar em novas aventuras nos negócios, por ele consideradas virtualmente uma garantia de sucesso. Algumas dessas ideias podem de fato ser engenhosas e bem-sucedidas. A inteligên-

cia natural, a criatividade e a ousadia de certas pessoas com transtorno bipolar às vezes as leva ao sucesso financeiro. Infelizmente, durante a mania a habilidade de distinguir entre as boas ideias e as ilusões grandiosas é comprometida.

Na depressão, os processos de pensamento diminuem. Imelda descreve a sua experiência com esse sintoma.

“É como quando uma máquina que costumava funcionar em velocidade normal começa a funcionar mais lentamente, como tocar uma fita num toca-fitas que está com a pilha fraca. É possível reconhecer as vozes, mas elas têm um som lento e grogue. É assim que os meus pensamentos ficam quando eu tento pagar uma conta ou planejar uma refeição. Eu tinha a capacidade de pensar e resolver o que fazer bastante facilmente. Eu ainda sou capaz disso, mas leva dez vezes mais tempo.”

ORGANIZAÇÃO MENTAL

À medida que os sintomas da mania pioram, o pensamento se torna mais desorganizado e mais difícil de ser controlado pelos pacientes. As pessoas que experimentaram tal desorganização percebem uma habilidade reduzida de sintetizar as informações em grupos organizados, o que significa que não conseguem juntar as ideias para formar uma visão geral de um problema ou tarefa em particular. O seu pensamento fica confuso.

O pensamento pode se tornar tão desorganizado que a lógica, as informações e as próprias experiências do paciente não carregam mais nenhum peso significativo para fazer julgamentos ou avaliar as ideias. Alguns têm consciência da sua falta de habilidade para sintetizar as ideias e estão ansiosos por tentar métodos que os ajudem a impor uma estrutura ao seu pensamento. Entretanto, quando em estado maníaco, embora perceptível aos demais, o indivíduo pode não se dar conta do quanto as suas ideias estão desorganizadas.

CONCENTRAÇÃO

Não é incomum que as pessoas com transtorno bipolar reclamem de problemas de memória e de concentração. Isto acontece porque, para recuperar a informação da memória, primeiro ela precisa ser armazenada. A atenção limitada e a pouca concentração podem impedir a pessoa de manter os pensamentos por tempo suficiente para armazená-los na memória.

A concentração na depressão é possível por curtos períodos de tempo, mas o indivíduo normalmente vagueia por vários assuntos. Alguns percebem que precisam reler o mesmo parágrafo repetidas vezes até que entendam a informação ou acompanhem a história. Reter fatos na memória de curta duração enquanto tentam

completar uma tarefa mais longa também pode configurar um grande esforço.

Na mania, a concentração é arruinada pelas distrações. Outros pensamentos fugazes e estímulos ambientais tiram o foco da tarefa ou ideia. Em vez de tentar focar novamente ou forçar a atenção de volta à tarefa, o indivíduo em estado maníaco ou hipomaníaco tende a seguir a distração e perder de vista a ideia ou atividade original.

TOMADA DE DECISÕES

Embora prejudicada em ambas, na depressão e na mania, a ruptura na habilidade de tomada de decisões é qualitativamente diferente em cada tipo de episódio. À medida que os sintomas de depressão pioram, a insegurança tende a aumentar. Os indivíduos não confiam em suas decisões, temem o fracasso ou a desaprovação caso façam a escolha “errada”. A lentidão mental ou a visão em túnel dificultam o processo de geração de novas soluções para os problemas. Conforme a ansiedade aumenta, torna-se mais fácil imaginar a pior possibilidade possível para qualquer uma das soluções consideradas. Considera-se a magnitude dos problemas como grande, e as consequências, pesadas, daí resultando a frequente paralisia na tomada de decisões.

Carmen é uma dona-de-casa de 35 anos que tem dois filhos pequenos. Ela conta que os seus problemas com a tomada de decisões estimulam a depressão. “Tenho que tomar decisões todos os dias, e cada uma delas parece um peso para mim e uma nova chance de cometer erros. O meu marido questiona o meu julgamento mesmo quando estou me sentindo bem, então quando estou deprimida, receio que mais um erro e ele irá abandonar a mim e aos meninos. Então, deixo que as coisas se acumulem. Eu ainda não desocupe as

caixas, e já faz seis meses que nos mudamos, porque não consigo decidir onde colocar as coisas. Eu não comprei roupas novas para os garotos irem à escola porque não tenho certeza de a qual loja devo ir. Preciso começar a fazer exercícios, mas não sei se seria melhor me juntar às atividades do meu grupo religioso ou frequentar uma academia particular ou me inscrever para alguma aula no centro comunitário. Quero encontrar um lugar que tenha a ver comigo e que não seja muito caro. Meu marido quer que eu comece a caminhar pela vizinhança com ele, mas nesse caso preciso encontrar uma pessoa para ficar com os meninos à noite ou cedo pela manhã. Eu fico tão confusa tentando fazer com que as coisas funcionem que simplesmente desisto e digo para mim mesma que eu vou lidar com essas questões mais tarde.”

O julgamento prejudicado, a grandiosidade e a impulsividade podem afetar as decisões feitas durante os episódios hipomânicos e maníacos. Como já descrito anteriormente, o aumento dos positivos e a minimização dos negativos pode interferir por proporcionar uma visão desequilibrada dos riscos e dos benefícios de qualquer plano. Não é incomum para os indivíduos na fase maníaca agir por desejos impulsivos, sem parar para considerar as ações ou soluções alternativas. Um julgamento pobre não constitui sempre um indicador de que a tomada de decisões está prejudicada. As ações tomadas com um pobre julgamento podem resultar do fracasso na diminuição do ritmo para tentar solucionar os problemas.

LIDANDO COM AS MUDANÇAS NO PROCESSO COGNITIVO DURANTE A DEPRESSÃO E A MANIA

Enquanto as mudanças no processamento cognitivo são sintomas de depressão e de mania, também causam proble-

mas novos, prejudicam ainda mais o funcionamento e exacerbam os episódios. Uma estratégia para tratar os problemas cognitivos é primeiro diminuir a quantidade de pensamentos o suficiente para permitir que o paciente os compense. O segundo passo é focar a atenção em um problema por vez. Por fim, o terceiro passo é impor algum tipo de estrutura no processamento cognitivo para permitir que os problemas sejam resolvidos ou que decisões sejam tomadas (ver Tabela 10.2). Se o paciente conseguir executar esses três passos, existe uma chance de prevenir as ações impulsivas, diminuir a evitação das responsabilidades e lidar com ou prevenir os problemas e as dificuldades da vida. A Tabela 10.3 resume os métodos cognitivo-comportamentais usados para alcançar estes objetivos.

COMO DIMINUIR O RITMO

Como sintetizado na seção anterior, as mudanças no processamento cognitivo durante a depressão e a mania afetam a velocidade, a organização e a clareza do pensamento, assim como a maneira de responder aos estímulos. A noção de reduzir o ritmo do processamento de pensamento nos estados depressivos pode, primeiramente, parecer ilógica porque as reclamações normalmente se referem à lentidão do pensamento. Entretanto, apesar de se

Tabela 10.2

Lidando com as mudanças de processamento

1. *Diminua* o ritmo reduzindo as atividades físicas e mentais.
2. *Focalize* uma ideia de cada vez.
3. *Estruture* o pensamento usando exercícios de tomada de decisões.

Tabela 10.3**Métodos para lidar com as mudanças de processamento**

Diminua (o ritmo)	Focalize	Estruture (o pensamento)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Exercícios de relaxamento ■ Reduza os estímulos <ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos internos • Barulho externo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Priorize, estabeleça metas ■ Escolha uma atividade por vez ■ Lista A/Lista B 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exercícios <ul style="list-style-type: none"> • Redução da lista mental • Solução de problemas • Tomada de decisões • Vantagens/desvantagens • Feedback • Regra das 24 horas

sentirem lentos durante a depressão, os indivíduos continuam tentando pensar, raciocinar a respeito das dificuldades e tomar decisões. Por ficarem facilmente confusas, as pessoas deprimidas terão problemas para focar um problema o tempo suficiente para encontrar uma solução. As preocupações inundam a mente, e os períodos de pouca atenção aliados a baixa energia deixam os problemas sem solução e as tarefas incompletas. Diminuir o ritmo do processamento de pensamento na depressão, assim como na mania, facilita a melhoria do foco. Dois métodos-chave para diminuir o ritmo dos processamentos de pensamento são o relaxamento e a diminuição dos estímulos.

Treino de relaxamento

O treino de relaxamento é uma intervenção comportamental comumente usada para o gerenciamento da ansiedade, mas que também parece útil ao controle dos pensamentos rápidos e das preocupações excessivas no transtorno bipolar. No Capítulo 11, trataremos do treino de relaxamento com mais profundidade, quando abordarmos o gerenciamento do estresse. Por agora, observemos que existem muitos métodos para se alcançar o relaxamento físico e mental. Os métodos formais incluem meios de relaxamento da tensão

muscular tradicional, como as técnicas *Jacobsonianas*, a yoga, a meditação e a massagem muscular profunda. Estratégias informais incluem ler, escutar música, caminhar, sentar ao ar livre, tomar um banho quente ou simplesmente sentar em um lugar tranquilo. Algumas pessoas descobriram que jogar paciência no computador as auxilia a desligar dos pensamentos desagradáveis e a diminuir o ritmo mental. Quando se usa o treino de relaxamento no controle dos sintomas cognitivos da depressão e da mania, não é necessário forçar a mente a manter-se parada. Na verdade, é mais fácil para os portadores de transtorno bipolar focalizar um único pensamento novo do que forçar os pensamentos rápidos a pararem. Os exercícios para manter o foco têm muitas formas. Frases repetitivas, como cânticos ou orações; exercícios de auto-hipnose que incluam uma imagem relaxante pré-estabelecida; e técnicas de distração, todas essas formas podem concentrar o pensamento em algo novo enquanto o corpo relaxa. Esta técnica diminui o ritmo do corpo e da mente e, por sua vez, diminui os pensamentos rápidos, confusos e desorganizados. Os métodos de relaxamento visam ao uso temporário para acalmar a mente tempo suficiente para permitir que o paciente concentre os seus pensamentos em um problema específico a se resolver. Em razão da ansiedade e da tensão também serem aliviadas pelos exercícios de re-

laxamento formais e informais, é tentador permanecer num estado relaxado em vez de correr o risco de interromper um momento pacífico para lidar com os problemas. A intenção é não facilitar os comportamentos de evitação, mas, em vez disso, colocar os pacientes numa posição melhor para resolver seus problemas, organizar seus pensamentos e lidar com as suas preocupações. Portanto, quando os exercícios de relaxamento são prescritos pelo terapeuta, devem ser monitorados para garantir que o paciente utilize as intervenções para resolver, e não evitar, as dificuldades.

Redução dos estímulos

No Capítulo 8, abordamos a superestimulação como algo que pode afetar negativamente o comportamento. Diminuir a estimulação externa e ambiental auxilia a controlar as mudanças no processamento cognitivo, como os pensamentos rápidos. As fontes externas e ambientais de estimulação tendem a estimular as mudanças no processamento cognitivo. O barulho, os movimentos e as cores vivas geralmente encontrados em ambientes como um *shopping center*, encontros familiares, restaurantes ou parques de diversão, todos podem se tornar aflitivos, mesmo que ocorram durante um evento pretensamente agradável e alegre. As discussões, os lares desorganizados, as pilhas de correspondência ainda não abertas e as transmissões de notícias são estímulos negativos igualmente aflitivos. Quando expostas a essas fontes de estímulos, com frequência as pessoas perdem a concentração, começam a se sentir irritadas ou ansiosas, e não conseguem mais focar uma tarefa ou atividade por vez. Muitas vezes existe um impulso por escapar da situação, mas escapar nem sempre é prático ou possível. Aguentar situações superestimulantes pode provocar o agravamento dos problemas de processamento cognitivo e estimular as emoções negativas.

A intervenção para controlar a superestimulação é em parte um planejamento prévio e de desenvolvimento do autocontrole. A estimulação ambiental nem sempre é intolerável. Alguns são capazes de apreciar uma atividade divertida e barulhenta quando estão com humor para isso. O truque é reconhecer os estados de humor que tornam o indivíduo vulnerável aos efeitos negativos da superestimulação. Quando as pessoas, na sessão de terapia, reclamam da família ou de um evento social que acabou se tornando uma experiência horrível, normalmente dizem que já estavam de mau humor antes que o evento começasse e que a atividade só piorou as coisas.

Rhonda: Havia muito barulho. As crianças estavam correndo por todos os lados e gritando. Depois de algum tempo, eu também queria gritar. Eu não deveria ter ido. Sabia que seria um dia ruim.

Terapeuta: Como você sabia?

Rhonda: Mesmo antes de sair de casa, as pessoas estavam me irritando. Minha mãe me telefonou para me lembrar de não esquecer disso e daquilo. Sei que ela está tentando ser prestativa, mas ela age como se eu não pudesse pensar por mim mesma. Daí o carro estava com pouco combustível, então eu teria que parar no caminho para abastecer, e não tinha muito dinheiro comigo. Isso realmente me deixou aborrecida. Meu irmão pegou o carro emprestado na noite anterior e não se incomodou de abastecê-lo.

Terapeuta: Posso ver como você estava nervosa antes mesmo de chegar na festa. Por que você foi?

Rhonda: Eu não tinha escolha. Era aniversário de primeiro ano da mi-

nha sobrinha, e a minha irmã estava fazendo um alvoroço. Como se a criança tivesse alguma ideia do que estava se passando.

Terapeuta: Teria sido melhor se você não tivesse ido?

Rhonda: Teria sido melhor até o momento em que minha mãe começasse a pegar no meu pé. Então, não teria valido a pena.

Se um indivíduo é capaz de reconhecer a sua vulnerabilidade para se tornar superestimulado, então precauções podem ser tomadas ou métodos aplicados a fim de se controlar a situação. A vulnerabilidade pode advir de irritabilidade ou ansiedade, da perda de sono que causa fadiga ou limita a paciência, da companhia de pessoas irritantes mesmo nas melhores circunstâncias ou da participação em uma atividade que o sujeito não aprecia. Em qualquer um desses cenários, o paciente pode se tornar aflito pelo excesso de estimulação ambiental.

Planejar-se antecipadamente para enfrentar essas situações inclui a escolha de não participar inteiramente delas, limitando a participação ou se abstendo por algum tempo de qualquer atividade estimuladora quando começar a se sentir confuso ou incapaz de lidar com ela. Sentir-se no controle de uma situação desagradável em potencial pode ser tudo o que é necessário para evitar a superestimulação. O indivíduo vai a um evento social, mas separadamente dos outros, tem sempre a opção de ir embora mais cedo. Mesmo que não haja necessidade de escapar, saber que isso é possível pode diminuir a ansiedade em relação ao evento.

Fazer pequenos intervalos entre as experiências estimulantes é também uma opção. Talvez pedir licença para sair por um momento, dar um tempo no banheiro, ir até o carro ou fumar um cigarro constitua um tempo suficiente para restabelecer a

compostura, relaxar um pouco e prevenir a superestimulação interna. O planejamento antecipado permite que o indivíduo considere as suas opções para limitar a estimulação. No caso de Rhonda, provavelmente teria sido melhor dar um tempo para se acalmar antes de ir à festa. Se ela não estivesse irritada e com raiva, a estimulação da festa poderia não a ter afetado.

O autocontrole se torna parte do plano quando o indivíduo está ficando superestimulado, mas não necessariamente quer deixar a situação progredir. Por exemplo, se uma conversa tarde da noite estiver deixando-o exaltado e excessivamente emocionado a ponto de não conseguir dormir, é necessário que exista um autocontrole suficiente para terminar a conversa. Numa festa, divertindo-se muito, o indivíduo pode sentir a mania aumentando, mas apreciar tal sentimento e não querer que ele acabe. Nesse caso, a superestimulação parece boa a curto prazo, porém causa problemas a longo prazo. Ir para casa mais cedo talvez seja uma escolha difícil de se fazer. Caso se planeje antecipadamente, a pessoa pode saber se está a ponto de se divertir muito e limitar a quantidade de tempo gasto no evento. Alguns chamam isso de “plano da Cinderela”: desfruta-se de todo divertimento que se quiser, mas se vai embora das festividades por volta da meia-noite. Esse método exige uma grande quantidade de autocontrole, e não é incomum as pessoas conscientemente decidirem correr o risco e se divertir por mais tempo. Às vezes, elas ficam superestimuladas e se arrependem disso, mas às vezes tudo fica bem. Os pacientes costumam se recordar dos últimos eventos e são estes que fazem oscilar as decisões de empurrar os limites. Os terapeutas podem preferir que os pais dos pacientes estabeleçam limites e exercitem o seu controle, mas também devem respeitar os direitos dos pacientes de escolher ou não se colocar em risco.

COMO SE CONCENTRAR EM UMA IDEIA DE CADA VEZ

O número aumentado de pensamentos e ideias na hipomania e na mania podem levar a um aumento das atividades. As atividades estimuladas pelos pensamentos hipomaníacos são superestimulantes e, portanto, estimulam as mudanças no processamento cognitivo. O objetivo é restringir as atividades, organizando as ideias e estabelecendo limites. O exercício de estabelecer metas apresentado no Capítulo 8 também auxilia as pessoas a focar os seus pensamentos e a estabelecer prioridades. A intervenção prescrição de tarefas graduais descrita no Capítulo 8 também é usada para organizar o pensamento e as atividades. A versão simplificada, as listas A e B, é mais fácil e mais prática quando os pacientes estão sintomáticos. As listas das ideias, dos planos e dos interesses são reduzidas ao planejamento das atividades diárias ou semanais. As atividades de maior prioridade para a semana são colocadas na lista A, e as tarefas de menor prioridade, na lista B. Se hipomaníacos, os pacientes querem colocar atividades demais nas listas. Se deprimidos, tornam-se confusos se constam muitos itens nas listas. O planejamento das atividades semanais deve incluir um tempo para as responsabilidades normais com o lar, com o trabalho e de âmbito social. Os itens das listas A e B são acrescentados ao horário dos pacientes. Para restringir as atividades, os pacientes devem completar os itens da lista A antes de passar aos da lista B. A falta de habilidade para suprimir os impulsos de pular algumas atividades e acrescentar outras é uma indicação de que os sintomas estão piorando e de que intervenções farmacológicas devem ser aplicadas de maneira mais contundente. A chave para o sucesso nesse tipo de intervenção é completar as tarefas antes de iniciar as outras. A planilha de estabelecimento de metas (ver Figura 8.2 na p. 155) pode ser usada como um registro con-

tínuo de ideias para que o indivíduo não se preocupe em esquecer das suas ideias novas e criativas.

COMO ESCOLHER UMA ATIVIDADE DE CADA VEZ

Quando uma pessoa é inundada com pensamentos que incluem responsabilidades, fracassos, arrependimentos, tarefas incompletas e objetivos inalcançados, que provocam um sentimento de urgência, torna-se difícil escolher uma direção e traçar um plano. O ato de selecionar uma tarefa e ignorar as demais é com frequência algo desconfortável quando o indivíduo sente que deveria realizá-las ou estar no controle de todas o tempo inteiro. Às vezes, os terapeutas precisam limitar os pacientes a fazer uma coisa de cada vez. Se os pacientes resistem, o profissional utiliza o questionamento socrático para se informar sobre a eficácia das suas estratégias no acompanhamento das tarefas em todos os momentos e até que ponto aguentam perder ao tentar uma estratégia diferente.

Um cenário comum na terapia volta-da a indivíduos sobrecarregados pelas próprias responsabilidades, independente do estado de humor que apresentem, é começar a conversar sobre um problema e divagar a respeito de muitos outros. A seguir temos um exemplo:

“Meus pais estão me pressionando para que eu encontre um apartamento. Eles querem que eu more perto deles, e eu não quero. Achei um lugar que me agradou, mas não tenho certeza de que posso dar conta da documentação sozinho, uma vez que não trabalhei por muito tempo. Estou esperando para ver se minha proposta e documentação são aprovadas. Eles me irritam muito. Se oferecem para ajudar, mas na verdade o que querem é controlar tudo que faço. Eles até abriam a minha correspondência que ia para a casa deles. Eles verificavam os meus extratos bancários. Você pode acreditar nisso? Fico

muito irritado. Daí tive de ser repreendido com um sermão sobre gerenciamento de dinheiro. Se eles apenas permitissem que eu tivesse acesso à herança que minha avó me deixou, eu não teria problemas com dinheiro. Então, eles voltaram a pegar no meu pé porque chegou pelo correio uma ordem para comparecer ao tribunal por causa de uma multa de trânsito antiga. Eu sei que tenho que resolver essas coisas. Não preciso de um sermão também sobre isso. Daí minha mãe joga tudo na minha cara a respeito de dirigir embriagado. Ela acha que eu vou acabar matando alguém. Eu não dirijo quando estou bebendo, fico com amigos. Eu já falei isso pra ela. E quero me inscrever em algumas disciplinas para conseguir aquele certificado, estava pensando a respeito, mas meus pais querem que eu faça isso imediatamente.

Não vou fazer imediatamente, agora, só porque eles me disseram para fazer. Não sou mais uma criancinha. E estou esperando resposta sobre aquele novo emprego, e assim não posso me inscrever até que saiba o meu horário. Eles têm uma turma que começa em duas semanas, mas eu devo comparecer ao tribunal no mesmo dia em que as aulas começam por causa de uma das multas. Nem ao menos tenho certeza do que tenho que fazer. O meu advogado não retornou o meu telefonema. Você sabe o que vai acontecer?”

O terapeuta talvez não possa auxiliar um indivíduo a resolver todos esses problemas em uma sessão de terapia. Mesmo que os pacientes logicamente sabem disso, ainda assim tentam resistir a escolher apenas um item a cumprir. Para estruturar a sessão de terapia e para ajudá-los a se concentrar em um problema de cada vez, os terapeutas podem fazer listas de problemas à medida que os pacientes os verbalizam. Partilhar as listas e sugerir uma estratégia para a sua resolução envolve focar os problemas mais urgentes e que estão sob controle. Primeiro, faz-se com que o paciente revise a lista e elimine todos os eventos ocorridos. No exemplo recém-citado, os pais do paciente abriram sua correspon-

dência sem antes consultá-lo. Faz-se uma análise racional de que pelo menos agora nada pode ser feito em relação aos eventos passados. Segundo, deve-se eliminar todos os itens que estejam fora do seu controle. No exemplo apresentado, o paciente não pode fazer com que as pessoas retornem os seus telefonemas mais rapidamente. O terceiro passo é omitir qualquer item que não necessite de uma resolução imediata. Mesmo que na mente do paciente todos os itens mencionados pareçam inter-relacionados e urgentes, na verdade eles são itens distintos que variam em grau de urgência. Considerando o exemplo, ao se aprofundar o assunto ficou claro que, embora o paciente quisesse encontrar um apartamento imediatamente, seu presente contrato não terminaria por outro mês e meio. Depois de eliminar os itens que não são urgentes, ficaria evidente que os problemas mais urgentes são se preparar para depor na justiça na semana seguinte e encontrar um emprego. Uma vez que os pacientes tenham concentrado a sua atenção em um objetivo específico, podem dar o próximo passo: resolver o problema e tomar as decisões necessárias.

COMO ESTRUTURAR AS TOMADAS DE DECISÕES E OUTROS PROCESSOS DO PENSAMENTO

Antes de abordar os métodos mais elaborados para a solução dos problemas e tomada de decisões, consideremos a aplicação do método de intervenção *Diminua, Focalize e Estructure* ao problema de ruminação. Embora possa acontecer em qualquer período do dia, a ruminação frequentemente ocorre durante a noite. À medida que os indivíduos começam a relaxar o corpo e adormecem, não é incomum que suas mentes divaguem sobre eventos ocorridos durante o dia, conversas com outras pessoas e problemas que não foram resol-

vidos. Esse tipo de atividade mental no indivíduo que sofre de insônia pode tornar ainda mais difícil o adormecer. Algumas pessoas têm uma maior inclinação para se preocupar que outras, e no caso de quem inevitavelmente usa a hora de ir para cama para repassar o dia, o seguinte exercício comportamental pode ajudar a controlar o processo e a prevenção de postergação do início do sono. O primeiro passo é estabelecer um horário no fim do dia, preferivelmente depois da janta e no mínimo uma hora antes do horário de dormir, para revisar o dia. O horário pode ser ajustado conforme a necessidade, a fim de assegurar um tempo suficiente para se livrar do processo antes de dormir. Esse exercício não deveria acontecer na cama, mas sentado ou em qualquer área que facilite anotações.

O segundo passo é fazer com que o paciente revise mentalmente o dia e anote qualquer evento problemático ou que necessite de uma atenção especial. Esses são os eventos que normalmente permaneceriam na mente do indivíduo enquanto tenta adormecer. As categorias típicas incluiriam tarefas do dia seguinte, tarefas incompletas, conversas que despertaram emoções, desapontamentos e preocupações. Para cada item problemático, o paciente deve fazer uma anotação do que precisa para retificar a questão no dia seguinte. Em alguns casos, nada pode ser feito, então a intervenção deve ser no sentido de esquecer e não desperdiçar mais tempo com o assunto. Em outros casos, uma atitude deve ser tomada. A pessoa decide se a ação pode ser tomada no próximo dia ou se ela deve esperar. Talvez o plano seja reunir mais informações de como resolver o problema. Por vezes a preocupação é sobre uma interação com alguém que ainda tem um peso grande no pensamento do paciente e requer uma resposta adicional. Embora o indivíduo talvez ainda não seja capaz de planejar o que dizer à outra pessoa no dia seguinte, o plano provisório pode consistir

em reservar algum tempo no dia seguinte para considerar as possibilidades e se aconselhar a respeito. Raramente é possível resolver um problema todo de uma só vez. Em vez de forçar uma solução antes de dormir, é melhor traçar um plano para reservar um tempo a fim de fazer isso no dia seguinte.

O terceiro passo é utilizado se a ruminação antes de dormir começa novamente. O paciente deve lembrar a si mesmo que o dia já foi revisado e que um plano para o dia seguinte já foi traçado. A pessoa deve ser convencida de que as ruminações subsequentes ou preocupações não a levará a melhores soluções. Só vai resultar em falta de sono. Se essa autotarefa não for eficiente, o paciente usa técnicas-padrão a fim de parar o pensamento, como aquelas frequentemente usadas para controlar os pensamentos obsessivos nos casos de transtorno obsessivo-compulsivo.

Solução de problemas

A maioria das pessoas lida com a solução de problemas todos os dias. Isso ocorre automaticamente para muitas das pequenas decisões necessárias às atividades diárias. Por exemplo, “Deveria me levantar agora ou posso dormir por mais 10 minutos?”. Rapidamente, vêm à mente as escolhas possíveis e os riscos e benefícios relativos de obedecer ao despertador ou dormir um pouco mais. Problemas mais sofisticados são facilmente tratados. Por exemplo, “Tenho três tarefas que precisam ser terminadas até o fim da semana. Como vou fazer para que todas elas sejam realizadas?”. Depois de considerar as estratégias possíveis, uma é escolhida e aplicada. Se ela se mostrar ineficaz, uma estratégia alternativa é aplicada. As pessoas que conseguem definir os problemas, considerar as opções, fazer escolhas e aplicar um plano têm todas as habilidades básicas necessárias para uma solução eficiente dos pro-

blemas. Fazer com que os pacientes recor-dem que podem tomar decisões talvez aumente a confiança em suas habilidades para lidar com dificuldades mais com-plexas.

Mesmo quando os pacientes têm as habilidades necessárias, os obstáculos para lidar efetivamente com os problemas po-dem impedir a solução deles. Nesses ca-sos, um passo a passo mais formal pode ser útil para definir os problemas, gerar e aplicar soluções. A Tabela 10.4 mostra os procedimentos passo a passo para auxiliar os pacientes e familiares a resolver os pro-blemas. Tais procedimentos são razoavel-mente genéricos e podem ser aplicados em situações muito diversas.

Definição dos problemas

O passo mais difícil na solução de pro-blemas psicossociais é identificar e definir um problema de maneira que isso facilite a sua solução. Em virtude de a definição precisar de maior objetividade e especi-ficidade possível, o problema deve ser des-crito mais em termos de fenômeno ob-servável do que por seus sentimentos sub-jetivos.

A reclamação do Sr. Washaw de que “não consegue lidar com a situação” é muito geral. Para definir o problema mais pre-cisamente, é necessário especificar as si-tuações com as quais ele tem dificuldade de lidar (p. ex., disciplinar os filhos). Há sempre um problema nessa situação em particular? [Não.] Caso negativo, quan-do isso é relativamente um problema? [É mais um problema com o filho do que com a filha.] O que acontece quando ele tenta lidar com o problema? [Ele fica muito ir-ritado, diz coisas que não tem intenção de dizer e mais tarde se arrepende do que

TABELA 10.4 Passos para a solução dos problemas	
Passo 1 Identificação e definição do problema	<ul style="list-style-type: none">■ Exponha o problema da forma mais clara possível. Seja específico sobre o comportamento, situação, tempo e ou circunstâncias que tornaram isso um problema (p. ex., “Preciso pagar a conta do telefone e a fatura do cartão, mas não tenho dinheiro suficiente que dê conta de ambas nesse mês”).■ Se o problema for uma mágoa pessoal, diga a ação específica que causou o sentimento de mágoa (p. ex., “Você me ofendeu quando disse que eu não conseguia lidar com dinheiro”).
Passo 2 Geração de soluções em potencial	<ul style="list-style-type: none">■ Liste todas as soluções possíveis sem avaliar a sua qualidade ou praticabilidade. Tente listar no mínimo 10. Seja criativo. Não se preocupe com a qualidade das soluções.■ Elimine as soluções menos desejáveis ou razoáveis.■ Ordene as soluções remanescentes em termos de preferência.■ Avalie as soluções remanescentes em termos de prós e contras.■ Especifique quem agirá.■ Especifique como e quando a solução será implementada.
Passo 3 Implementar a solução	<ul style="list-style-type: none">■ Implemente a solução como planejada.■ Avalie a eficácia da solução■ Decida se o plano existente precisa de uma revisão ou se um novo plano é necessário para tratar melhor do problema.■ Se necessário, volte ao passo 2 para selecionar uma nova solução e repita os passos remanescentes, ou volte ao passo 2 para revisar a solução escolhida e, então, repita os passos remanescentes.

diz.] Portanto, uma definição mais específica da reclamação do Sr. Washaw é que ele fica muito irritado e reage além do normal quando disciplina o filho. A situação é definida em termos observáveis e operacionais, ou seja, terceiros entenderiam “Eu tenho dificuldade para disciplinar o meu filho” mais facilmente do que “Eu não consigo lidar com a situação”.

Para facilitar a definição do problema, os terapeutas podem fazer as seguintes perguntas:

- “Qual é o problema?”
- “Quando é mais provável que isso aconteça?”
- “Há outras pessoas envolvidas?”
- “Como elas ajudam ou pioram o problema?”
- “Como o terapeuta saberia se o problema estivesse ocorrendo?”
- “Alguém mais repararia?”
- “De que maneira isso causa um problema?”
- “Quais são as consequências?”
- “Com que frequência o problema acontece?”
- “Existem circunstâncias que dissolvam ou piores o problema?”
- “Em geral, o quê, quando, onde, como e com quem é o problema?”

Se os problemas envolvem outras pessoas, é muito provável que cada participante tenha um ponto de vista um pouco diferente da situação.

A Sra. Fujitsu reclama que não pode confiar em seu marido para pagar as contas apropriadamente, o que torna necessário que ela encontre tempo na sua rotina atarefada para desempenhar tal função. O problema parecia ser a maneira como seu marido pagava as contas (i.e., pagava apenas o valor mínimo quando era possível pagar o valor integral da dívida). O Sr. Fujitsu via as coisas de maneira diferente. De acordo com o seu relato, o problema era que sua esposa adiava tanto o pa-

gamento das contas que ele tinha de fazê-lo. Ele podia pagar apenas o valor mínimo, mas ao menos pagava! Então, parecia que o problema era mais complicado do que inicialmente a Sra. Fujitsu havia sugerido. Nesse caso, havia dois problemas: fazer com as contas fossem pagas em dia e pagar o valor correto.

Alguns problemas práticos (p. ex., desemprego, problemas financeiros ou problemas com horário) são mais facilmente definidos que os problemas existenciais (p. ex., insatisfação com a vida ou baixa autoestima). Se os pacientes fazem reclamações gerais a respeito de si próprios ou de suas vidas, os terapeutas podem ajudar, informando-se sobre as situações em que a insatisfação é mais aparente.

“Odeio a minha vida”, reclamou Louise. “Nada dá certo. O trabalho, minha vida social, meu corpo, minha família – tudo vai de mal a pior.” Quando foi solicitada a especificar cada elemento em cada uma das áreas que a preocupavam, Louise respondeu, “Todos eles, o *kit* completo”. O terapeuta estava descrente de que realmente houvesse problemas em todos os aspectos da vida da paciente. Uma tática diferente foi necessária para colocar o dedo nas feridas de Louise. Abordando um tópico de cada vez (p. ex., trabalho, vida social), o terapeuta se informou sobre o que estava bem para Louise em cada área. De que aspectos do seu trabalho ela gostava ou desgostava? Eram as tarefas, o ambiente, os colegas de trabalho ou o salário? O que havia com o seu corpo, família e vida social?

Definir as reclamações sobre outras pessoas requer uma estratégia diferente. As ofensas que as pessoas cometem umas contra as outras são geralmente definidas pelo significado que cada uma atribui ao evento, e não pelo que é de fato observável.

O Sr. Magee fez um esforço extra para chegar em casa mais cedo a fim de prepa-

rar o jantar para sua família. Ele cozinhou a sua especialidade, colocou a mesa e chamou todos para jantar. Sua esposa estava sem fome e declinou a refeição. O Sr. Magee ficou magoado e irritado. Não houve discussão sobre o jantar, mas uma frieza silenciosa impregnou o lar. Para a Sra. Magee, seu marido não deveria ter ficado ressentido. Ela simplesmente estava sem fome. Ela apreciava o seu esforço, embora não tenha mencionado o assunto naquele momento. Então, por que ele havia ficado tão magoado e irritado? Ele sabia que sua mulher não comia quando não tinha fome. O problema estava na interpretação que o Sr. Magee fez do comportamento da esposa. Este comunicava a ele que a esposa não se importava com o casamento, que ela não apreciava os seus esforços, que ela não ligava para ele e não o amava. Quando o terapeuta pediu para o Sr. Magee explicar isso à esposa, ela compreendeu, esclareceu seus sentimentos e se desculpou por haver contribuído para que ele se magoasse.

Gerando soluções

Uma vez cumprida a difícil tarefa de definir o problema, os esforços para resolvê-lo podem começar. É particularmente útil avaliar os recursos do paciente para lidar com a situação, suas estratégias anteriores e os obstáculos efetivos (i.e., forças e fraquezas) antes de tentar gerar novas soluções. Um *brainstorming* (procedimento utilizado para encontrar soluções para um problema por meio de uma tempestade de ideias) com vistas a novas soluções em potencial deve acontecer sem interrupção para avaliar o mérito de qualquer ideia. Além disso, em razão de os obstáculos evitarem que o paciente utilize os recursos já existentes, as soluções geradas para lidar com os problemas devem incluir um plano de eliminação das fraquezas dos pacientes

e ao mesmo tempo de utilização das suas qualidades.

As qualidades do Sr. McNeeley incluíam:

1. Criatividade
2. Habilidades organizacionais
3. Assertividade
4. Habilidade para conviver bem com as outras pessoas
5. Conhecimento sobre aspectos do seu trabalho

Suas fraquezas eram:

1. Impaciência
2. Irritabilidade
3. Inflexibilidade
4. Falta de tempo para lidar com os problemas
5. Agressividade

O Sr. McNeeley estava irritado por causa de um procedimento novo que havia sido implementado em seu emprego, porque isso aumentava a sua carga de trabalho e sacrificava a qualidade em favor da quantidade. Ele reclamou (fraqueza 5) aos superiores e exigiu uma ação imediata (fraqueza 1). Ele não viu nenhum retorno às suas reclamações, então voltou ao escritório do chefe, exigiu que fosse recebido (fraqueza 1) e, irritado (fraqueza 2), criticou a gerência por sua falta de previsão e disse a eles como fazer para retificar seus erros. O Sr. McNeeley fez pouco progresso, mas começou a ter problemas de estômago e dores de cabeça causadas pela tensão. Ele disse ao terapeuta que achava que deveria desistir do emprego (fraqueza 3).

As soluções que o Sr. McNeeley tentou pareciam não fazer efeito. Parecia que as suas fraquezas tinham impedido o seu progresso. Quando ele reconheceu esse fato, conseguiu usar a sua criatividade (qualidade 1) e suas habilidades organiza-

cionais (qualidade 2) para traçar um novo plano que incorporava as suas qualidades. Ele solicitou a assistência de seus colegas (qualidade 4) para monitorar a produtividade e identificar as ocasiões em que não conseguiam completar o trabalho ou em que precisavam comprometer a qualidade por causa da velocidade (qualidade 5).

Depois de documentar essas descobertas, o Sr. McNeeley agendou uma reunião com a gerência (qualidade 3) para tratar dos dados que havia colhido e de suas implicações. Juntamente ao terapeuta, trabalhou em uma estratégia para evitar que parecesse irritado e inflexível.

Decidir pesando as vantagens e desvantagens

Transições na vida, como mudar de emprego, mudar para um bairro diferente e fazer novas amizades, podem ser muito emocionantes. Entretanto, com frequência as novas oportunidades causam estresse e incerteza. Os indivíduos podem perguntar a si próprios: “Estou tomando a decisão certa? E se não der certo? Será que só estou fugindo dos problemas? O que deveria fazer?”.

Os pacientes com transtorno bipolar com frequência se encontram imobilizados pela indecisão. Quando a pouca concentração, a falta de confiança, os pensamentos rápidos e o excesso de estímulos tonteiam o seu pensamento, mesmo a mais simples das decisões parece penosa. O medo das consequências de cada escolha alimenta a ruminação; por sua vez, as experiências passadas, quando a mudança levou a algum tipo de fracasso, alimentam esse medo. As ideias, as opções e as fantasias passam instantaneamente pela mente do paciente maníaco ou hipomaníaco. Os detalhes incoerentes inundam os pensa-

mentos dos pacientes enquanto a ansia por ações impulsivas torna-se mais forte. O paciente deprimido frequentemente toma decisões por descuido, quando a falha em agir se transforma em decisão, ou quando outros assumem o controle da situação e tomam as decisões. Em um estado ou outro, o resultado não é sempre o melhor para o paciente.

O profissional facilita a tomada de decisões, ensinando os pacientes a diminuir o processo e a organizar os seus pensamentos. Proporcionar uma estrutura para avaliar sistematicamente as escolhas alivia o andar da roda mental e mobiliza os pacientes na direção da tomada ativa das decisões. Colocar esses pensamentos no papel permite que o paciente use de maneira construtiva a energia mental utilizada para ruminar sobre as opções. Também faz com que o paciente hipomaníaco ganhe algum tempo para diminuir o ritmo e avaliar objetivamente suas escolhas antes de agir de modo impulsivo.

O primeiro passo nesta abordagem estruturada para a tomada de decisões é definir cada escolha. Por exemplo:

1. “Posso mudar de emprego.”
2. “Posso permanecer no meu trabalho atual.”

O segundo passo é fazer uma lista com as vantagens e desvantagens de cada escolha (ver Figura 10.1). Haverá algumas redundâncias nas listas, e as vantagens de uma escolha confrontarão as desvantagens de outra. O paciente deve explorar todos os aspectos de cada escolha, considerando os prós e os contras. Quando as quatro listas estiverem completas, o paciente pode começar o terceiro passo, uma avaliação das escolhas.

No terceiro passo do processo de tomada de decisões, o paciente analisa as listas e coloca três estrelas (***) perto dos

itens que ele considera mais importantes, duas estrelas (**) perto dos itens que são muito importantes e uma estrela (*) perto dos que são importantes. O paciente pode ignorar os itens remanescentes por enquanto. Examinar os itens estrelados para determinar as vantagens e desvantagens principais ou mais fortes de cada escolha (ver a Figura 10.1) simplifica o processo de tomada de decisões, direcionando o foco do paciente para as questões-chave. Então, o paciente pode comparar as vantagens e desvantagens principais das várias escolhas relativas uma a outra. Quando a avaliação estiver completa, o paciente avança para o quarto passo.

Neste passo final, o paciente considera a possibilidade de maximizar as vantagens de cada escolha (p. ex., pedir por um salário mais alto para começar em um novo emprego), enquanto minimiza as desvantagens (p. ex., negociar um limite para os trabalhos durante o fim de semana). Esse processo frequentemente requer que o paciente reúna informações adicionais de cada opção antes de tomar uma decisão.

Essas intervenções para melhorar o processamento cognitivo no transtorno

bipolar podem ser usadas até em pacientes relativamente assintomáticos. Aqueles que desenvolveram o transtorno bipolar cedo com frequência perderam oportunidades de aprender estratégias básicas para a solução de problemas e tomada de decisões. Enquanto os seus colegas aprendiam como solucionar problemas psicossociais, eles estavam combatendo uma depressão ou lidando com a mania. Mesmo as pessoas que aparentemente são bem-sucedidas podem carecer de estratégias sistemáticas para selecionar e resolver os problemas. Portanto, gastar um tempo de terapia para praticar os métodos de estruturação cognitiva é bastante benéfico.

Pontos-chave para o terapeuta lembrar

- O clínico pode facilitar a tomada de decisões, ensinando os pacientes a diminuir o processamento e a organizar os seus pensamentos. Proporcionar uma estrutura para avaliar sistematicamente as escolhas alivia o andar da roda mental e mobiliza os

	Ficar Neste Emprego	Mudar de Emprego
Vantagens	<div>É perto de casa</div> <div>* Tenho uma boa secretária</div> <div>* Conheço todo mundo</div>	<div>*** Posso ganhar melhor</div> <div>Escritório mais amplo</div> <div>** Mais independência</div> <div>para tomar decisões</div> <div>Escapar do chefe</div>
Desvantagens	<div>Trabalho bastante parado</div> <div>*** Empacado com o chefe atual</div> <div>*** Sem aumento neste ano</div> <div>Vizinhança ruim</div> <div>Sem espaço para a criatividade</div>	<div>Horário de trabalho pode exigir mais</div> <div>trabalho nos fins de semana</div> <div>*** Pode exigir mudança da família</div> <div>Novo chefe pode vir a ser um babaca</div>

FIGURA 10.1 Vantagens e desvantagens de mudar de emprego. *** itens mais importantes; ** itens muito importantes; * itens importantes.

pacientes na direção da tomada ativa de decisões.

- Quando uma pessoa é inundada com pensamentos que incluem responsabilidades, fracassos, arrependimentos, tarefas incompletas e objetivos inalcançados, e todos trazem um sentimento de urgência, pode ser difícil para ela escolher uma direção e traçar um plano. O ato de selecionar uma tarefa e ignorar as outras é frequentemente algo desconfortável quando o sujeito sente que “deveria” realizá-las ou estar no controle de todas as atividades o tempo inteiro. Às vezes, os terapeutas têm que limitar os pacientes a fazer uma coisa de cada vez.

Pontos para discutir com os pacientes

- A velocidade, a clareza, a organização, a percepção e a habilidade para tomar decisões ficam comprometidas. Esses déficits podem ter um efeito negativo na capacidade da pessoa para lidar com os problemas do dia-a-dia e com as dificuldades maiores, e, na verdade, causar novos estressores psicossociais.
- Na depressão, os estímulos, ambos internos e externos, podem ser incapacitantes. Ao contrário da mania branda ou moderada, quando os estímulos ocupam, distraem ou inspiram o indivíduo, a estimulação em demasia bloqueia o processamento cognitivo na depressão e interfere na tomada de atitudes.
- A inteligência natural, a criatividade e a ousadia de alguns indivíduos com transtorno bipolar às vezes leva a sucessos financeiros. Infelizmente, durante a mania, a habilidade de distinguir entre as boas ideias e as ilusões grandiosas está comprometida.
- À medida que os sintomas da mania pioram, o pensamento se torna mais desorganizado. Existe uma habilidade reduzida de sintetização das informações em grupos organizados. Os pacientes não conseguem juntar as ideias para formar uma visão geral de um problema ou tarefa em particular.
- À medida que os sintomas de depressão pioram, a insegurança tende a aumentar. As pessoas não confiam nas próprias decisões, temem o fracasso ou a desaprovação caso a escolha “errada” seja feita. A lentidão mental ou a visão em túnel dificultam o processo de geração de novas soluções para os problemas. Conforme a ansiedade aumenta, se torna mais fácil de imaginar a pior possibilidade possível para qualquer uma das soluções consideradas.
- O julgamento prejudicado, a grandiosidade e a impulsividade podem afetar as decisões tomadas durante os episódios hipomaníacos e maníacos. Como já descrito anteriormente, o aumento dos positivos e a minimização dos negativos pode interferir, por proporcionar uma visão desequilibrada dos riscos e dos benefícios de qualquer plano.
- Uma estratégia para tratar os problemas cognitivos é primeiro diminuir a quantidade de pensamentos o suficiente para permitir que o paciente os compense. O segundo passo é focar a atenção em um problema por vez. Por fim, o terceiro passo é impor algum tipo de estrutura no processamento cognitivo que permita a solução dos problemas ou a tomada de decisões.



Gerenciamento do estresse

COMO OS FATORES BIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS INTERAGEM?

Os estudos sobre o curso dos transtornos afetivos (p. ex., Leverich, Post e Rosoff, 1990; Post, Roy-Byrne e Uhde, 1988; Roy-Byrne et al., 1985) mostraram, de forma consistente, que os episódios de mania e/ou depressão se tornam mais frequentes ao longo da trajetória de vida das pessoas. Os episódios que ocorrem mais cedo no curso da doença são mais comumente associados com a ocorrência de eventos estressantes do que os episódios que ocorrem mais tarde.

Post (1992) sugere o *kindling* límbico e a sensibilização comportamental como modelos para ajudar a compreender a interação dos fatores psicossociais e biológicos no curso do transtorno bipolar. A noção de *kindling* (Goddard, McIntyre e Leech, 1969) vem da observação de ratos que receberam repetidas estimulações elétricas no cérebro, cada uma delas sem força suficiente para causar convulsões, e que eventualmente passaram a tê-las. Essas convulsões continuavam muito depois de a estimulação haver cessado. Post propõe que essas estimulações elétricas são análogos aos eventos da vida ou outros estressores psicossociais que levam à depressão ou à mania um indivíduo biologicamente vulnerável. Os episódios de depressão e/ou mania podem ser como as convulsões

provocadas por *kindling*, nos quais os episódios que inicialmente tinham um “gatilho” identificável (evento estressante na vida) ocorrem na sequência de maneira espontânea, quando não existe mais um estímulo presente.

Outra explicação possível para a associação entre os eventos da vida e os episódios de depressão e mania, particularmente no início do curso da doença, é a sensibilização comportamental (Post, Rubinow e Ballenger, 1986). Isso se baseia na observação de que os indivíduos que tomam estimulantes repetidamente (cocaína) parecem, como o passar do tempo, precisar de doses menores de estimulantes para produzir a mesma reação, à medida que se tornam sensíveis à droga. Em pacientes com transtorno bipolar, os eventos da vida podem ser comparados aos estimulantes, com menor número de estressores e menor gravidade, necessários para precipitar um episódio de depressão ou mania, conforme a progressão da doença.

Em virtude de as evidências de pesquisas feitas com pacientes com transtornos afetivos indicarem que os eventos estressantes da vida desempenham um papel significativo na trajetória da doença, a prevenção de recaídas e recorrências de depressão e de mania, em parte, é alcançada por meio do controle do estresse. Portanto, este capítulo se concentra no gerenciamento do estresse comumente vi-

venciado pelos portadores de transtorno bipolar.

Infelizmente, nos casos dos indivíduos que têm sofrido com o transtorno bipolar por algum tempo, o estresse e a doença não têm uma relação de causa e efeito simples. Ao mesmo tempo que uma aflição, como a causada pela perda de um ente querido, pode levar à depressão, esta por si só pode criar outros problemas psicossociais para o indivíduo.

Os episódios de mania podem ocorrer sem um fator desencadeante em particular, mas as sequelas comportamentais da mania produzem estressores psicossociais – por exemplo, débitos acumulados por causa de extravagâncias financeiras e julgamento prejudicado, conflitos conjugais causados pela hipersexualidade ou promiscuidade, ou problemas com a justiça resultantes de algum tipo de conduta ilegal. Quando a mania cede, às vezes o indivíduo descobre que a sua vida está em ruínas. À medida que a constatação dos prejuízos ocorre, não é incomum que a pessoa se torne progressivamente aflita, frustrada e sem esperanças. Nesse caso, os estressores psicossociais residuais produzidos durante o episódio de mania instigaram um episódio de depressão maior. A aflição ou a disforia podem surgir da autodepreciação e da culpa por “criar” os problemas, das consequências naturais dos eventos (p. ex., perder a própria casa) e da falta de habilidade para resolver eficientemente os problemas. Os sentimentos de frustração, de desesperança e de incapacidade podem bloquear a solução dos problemas de maneira criativa ou efetiva. Quando os problemas permanecem sem solução, às vezes pioram, aumentando em intensidade (p. ex., como juros, ou cobrança indevida de cartões de crédito) e complexidade (p. ex., conflitos conjugais originados por causa de problemas financeiros) até que parece impossível identificar uma maneira clara de lidar com as dificuldades.

Lembremos mais uma vez o modelo cognitivo-comportamental do transtorno bipolar apresentado no Capítulo 2 (Figura 2.1). Quando a diminuição do funcionamento causa problemas psicossociais, esses problemas pioram o estresse, interferem no sono e exacerbam os sintomas da depressão e da mania. Interromper o ciclo depois que os problemas se desenvolveram pode incluir não somente os métodos de solução de problemas abordados no Capítulo 10, mas algumas técnicas preventivas para manter o nível de estresse baixo e gerenciável para que não piore os sintomas da depressão e da mania.

O estresse nem sempre resulta da diminuição do funcionamento psicossocial causada pelos sintomas. Às vezes, o ciclo começa pelo estresse imposto ao paciente, e, conseqüentemente, a privação do sono e a preocupação causada pela mesma deixam o indivíduo mais vulnerável a uma recaída. Portanto, o gerenciamento do estresse deve incluir métodos de prevenção e gerenciamento do estresse e de problemas normais e inevitáveis, bem como métodos de lidar com os episódios agudos de estresse.

PREVENÇÃO DO ESTRESSE

Mantendo o equilíbrio

Beck e colaboradores (1979) sugeriram que, para lutar contra a depressão, é necessário experimentar ao mesmo tempo um sentimento de realização e extrair prazer da vida cotidiana. Essa sugestão é válida para prevenir a instalação do estresse. Uma vida cheia de trabalho, de tarefas e de responsabilidades oferece um forte sentimento de realização, mas o estresse que acompanha essas tarefas pode incapacitar o indivíduo se não houver um equilíbrio entre os momentos de descanso, relaxamento e diversão. Igualmente, um estilo de vida sem propósito – por exemplo, du-

rante um período de desemprego, ou quando não existem outras responsabilidades para estruturar o tempo – pode ser também estressante, por não ter nenhuma experiência de domínio ou de realização.

Sylvester, por exemplo, está aposentado por invalidez porque a sua doença mental associada a alguns problemas de saúde o impossibilita de trabalhar. Enquanto alguns dos familiares e amigos pensam que ele leva uma vida fácil, sem muito o que fazer, cada dia é desolador e insatisfatório. Sylvester preferiria trabalhar a ficar sentado em casa o dia inteiro. Ele não tem um verdadeiro propósito. Ele acha que não contribui com a sua comunidade de nenhuma forma. Pensa somente que ocupa espaço e está gastando tempo até que sua vida acabe.

Esta é uma vida miserável para muitas pessoas que estão inativas. É sem sentido o pequeno prazer advindo da inatividade, e não há nenhum sentimento de realização. A maioria das pessoas necessita de um propósito no mundo, e sem ele suas vidas perdem o sentido. Este é um terreno fértil para uma depressão emergir. Manter o equilíbrio significa encontrar alguma atividade que dê um significado à vida e fazer esforços específicos para sentir prazer. As atividades que somente fazem o tempo passar, como assistir televisão e ou jogar no computador, não contam como diversão.

Os mais vulneráveis ao desequilíbrio são os desempregados, os *workaholics* (pessoas viciadas no trabalho), as mães que cuidam de crianças pequenas, os “faz-tudo” (aqueles que trabalham, estudam e cuidam de sua família). A prescrição de atividades é uma intervenção da terapia cognitiva tradicional para recuperar o equilíbrio nas atividades cotidianas. É um exercício a ser executado em duas partes. Na primeira parte, o paciente monitora as suas atividades por uma semana, atribuindo pontos a cada uma delas pela quantidade de prazer

que obteve e pelo sentido subjetivo de realização. Cada uma das atividades é avaliada em uma escala de 0 a 7, em que o 0 indica nenhum prazer e nenhum sentido de realização, e 7, indica o máximo de prazer e realização. Todas as atividades são registradas e avaliadas, inclusive as mais mundanas, como comer e tomar banho. Depois de manter uma semana de avaliações, o terapeuta revisa o horário e as pontuações atribuídas a cada atividade. Se o domínio e o prazer estiverem equilibrados, há uma variedade de pontos entre 0 e 7 em ambas categorias de atividades ao longo da semana. Quando as pessoas estão deprimidas, é comum a maioria dos itens apresentar uma pontuação baixa para ambas as categorias. Talvez isso ocorra por causa das próprias atividades ou da percepção equivocada dos pacientes, que minimizam os aspectos positivos e exageram os negativos.

Na segunda parte da intervenção, agendam-se as atividades que já demonstraram oferecer equilíbrio e prazer, ou adicionam-se ao horário atividades que possam ajudar a recuperar a harmonia em ambas categorias. Se o paciente não estiver utilizando bem o seu tempo e sente pouca realização, as atividades em forma de tarefas graduais, das listas A e B, da planilha de planejamento de metas apresentada no Capítulo 8, ou de qualquer outra intervenção que se acrescente à lista. Se houver falta de prazer, atividades divertidas são adicionadas. Se o paciente estiver deprimido, pode não experimentar completamente a alegria ou o prazer mesmo com atividades que foram agradáveis em outras épocas da vida. Portanto, o potencial de sentir prazer deve ser discutido, e expectativas realistas devem ser estabelecidas.

A prescrição de atividades é um exercício que precisa ser usado somente durante os períodos em que o paciente estiver sem equilíbrio. Também pode ser usada

como uma ferramenta de avaliação para verificar periodicamente a harmonia entre trabalho e prazer.

Mantendo as coisas simples

Margaret é fã de Martha Stewart. Ela assiste ao seu programa na televisão, lê as suas revistas e aspira ser tão criativa, organizada e perfeita quanto imagina que Martha seja. Margaret tem fama de preparar refeições maravilhosas, festas e presentes e de aconselhar as outras pessoas. Ela sempre tenta se superar, porque acredita que seja a coisa certa a fazer, mesmo quando isso significa ficar sem dormir, frustrar-se, sentir-se fracassada quando as coisas não saem bem, ou quando não se sente inteiramente apreciada. O impulso de energia que Margaret recebe na hipomania lhe possibilita a realização de coisas maravilhosas. Ela aprendeu a tirar vantagem total dos seus altos, por ser muito organizada e ter bem mais energia que a maioria das pessoas. Ela pode se obrigar a ser produtiva mesmo quando se sente para baixo.

A família de Margaret e seus amigos tentaram ajudá-la em seus projetos no passado, mas sempre eram afastados. Margaret preferia fazer tudo sozinha, e eles sabiam disso, então a deixavam em paz quando ela se encontrava em um momento criativo. Com o passar do tempo, a família de Margaret aprendeu a esperar por perfeição e não reagia com entusiasmo especial quando ela apresentava suas novidades. É claro que tudo que fazia era lindo, delicioso, original e criativo. Assim era Margaret.

À medida que o transtorno bipolar de Margaret evoluiu, ela descobriu que passava um número cada vez maior de dias deprimida. As hipomanias tinham pouca duração e por vezes vinham sem nenhuma euforia. Às vezes ela se sentia somente agitada e irritada. Fazer as coisas perfeitamente se tornou mais e mais difícil para ela, e a falta de entusiasmo de sua família abalava os seus nervos. Margaret

sabia que eles não se importavam se ela colocava uma pequena quantidade ou uma grande quantidade de esforço nas ocasiões especiais. Eles estavam felizes só por estarem juntos. Entretanto, Margaret pensava que os outros ficariam desapontados com ela se não desse o melhor de si. Ela se tornava distraída quando sua energia estava muito baixa para arrumar a decoração nas datas comemorativas, quando não inventava uma ideia de presente único para cada um dos seus filhos e quando seu marido tinha que entrar em cena para cozinhar.

A vida é dura para as pessoas com transtorno bipolar que têm altos padrões ou que são perfeccionistas quando não dispõem de energia, motivação ou concentração para concretizar seus ideais. Frequentemente, são realizadoras muito capazes, por mais que coloquem metade do esforço na tarefa. Ainda assim são melhores do que a maioria das pessoas, mas para elas isso não é satisfatório. Ninguém é tão crítico com elas do que elas mesmas. Ter o transtorno bipolar frustra seus esforços e faz com que se sintam mal consigo mesmas. Incentivo ou apoio de outras pessoas que não são tão exigentes não suaviza a culpa e frustração do paciente.

O gerenciamento do estresse para os portadores de transtorno bipolar implica tomar a decisão consciente de não dar o melhor de si todas as vezes, de se contentar com um bom esforço e de manter a simplicidade quando não se está no seu melhor. “Faça menos, mas faça bem feito” deveria substituir o mantra de “seja perfeito”. É provável que os terapeutas encontrem alguma resistência a essa noção por parte dos indivíduos que estão acostumados a ter padrões extremamente altos. Eles verão a ideia de abandonar os velhos hábitos como desistir, esquivar-se das responsabilidades, ser medíocre em vez de excepcional. A intervenção cognitiva para tratar dessa questão é avaliar as vantagens e desvantagens de sempre forçar a si próprios

aos padrões altos *versus* moderar um pouco tais padrões. Outra estratégia utilizada com os superempreendedores, aqueles que passam dos limites a fim de se preparar para ocasiões ou eventos, é sugerir que a qualidade, e não a quantidade, deve ser o seu objetivo.

Outra abordagem é identificar e avaliar os pensamentos automáticos negativos que emergem quando os indivíduos se sentem pressionados a completar uma tarefa e quando tentam manter a simplicidade. É provável que os erros de pensamento desses indivíduos caiam na categoria dos “absolutismos”, conforme pensem em termos de sucesso e fracasso, assim como em deveres e obrigações. Quando a análise estiver completa, o indivíduo com transtorno bipolar que se obriga à perfeição terá sempre que decidir se vale à pena ou não o desgaste pessoal, o risco de estimular a mania e o tempo empregado. Às vezes, o evento é importante o suficiente para valer o esforço, como preparar o casamento de um filho ou planejar uma festa em um feriado especial, e às vezes o esforço não vale a pena. Selecionar no que colocar a energia pode ser um novo conceito para quem se sente compelido a se obrigar a ser perfeito.

Escolhas de estilo de vida e estabelecimento de limites

Popularmente, uma maneira de gerenciar o estresse é conhecer os próprios limites. No transtorno bipolar, os limites podem variar de acordo com os altos e baixos da doença. Quando deprimidas, a maioria das pessoas tem menos energia e conseqüentemente desempenham menos atividades. Durante os estados eutímicos, a energia, a motivação e a organização normalmente estão adequadas, e é possível desempenhar mais atividades. Nos estados hipomaniacos, existe mais dinamismo que o normal, e, portanto, é possível realizar

mais atividades do que normalmente. No estado maníaco, pode parecer que o céu é o limite. Consequentemente, o quanto o indivíduo é capaz de fazer (i.e., o seu limite) é um alvo que se move.

O estresse pode ser desencadeado quando a capacidade do indivíduo não está em harmonia com suas atividades. Isto ocorre quando a energia, a motivação e os níveis de concentração mudam, mas as suas responsabilidades e atividades não se ajustam de acordo com as expectativas. Em vez de esperar menos e reduzir o trabalho e as obrigações, as pessoas estão propensas a exigir mais de si mesmas e acabam se sentindo exaustas e frustradas. O estresse pode ser gerenciado mais facilmente quando as atividades são ajustadas de modo a corresponder aos limites dos recursos disponíveis para lidar com as atividades, tais como o nível de energia e motivação do indivíduo. Muitas pessoas afirmam que não podem fazer menos, nem trabalhar mais devagar, nem assumir menos tarefas ou desistir delas. Não querem correr o risco da rejeição, de decepcionar os demais, de sentir que fracassaram, ou de aceitar que têm uma doença que altera a sua capacidade de funcionamento.

Idealmente, a intervenção consiste em ajustar as atividades para que correspondam aos recursos disponíveis. Mais concretamente, isto significa que, quando as pessoas estão deprimidas, não devem se oferecer para organizar o piquenique da empresa, para fazer sozinha o jantar natalino da família ou assumir o cuidado de responsabilidades extras, até que estejam se sentindo melhor. Se estão na direção da mania, não devem ficar acordadas até altas horas da madrugada para transformar uma boa apresentação numa apresentação fantástica, nem se oferecer para levar as crianças a um parque de diversões ou assumir tarefas que outros poderiam fazer facilmente, até que estejam se sentindo no seu humor usual. Estabelecer limites significa isso.

Às vezes, estabelecer limites significa tomar decisões mais abrangentes sobre o que é melhor para essas pessoas, como onde trabalhar, onde residir, ter mais filhos ou convidar os familiares para uma visita durante um feriado. Os trabalhos que desorganizam o horário do sono ou que requerem uma grande quantidade de horas extras podem não ser a melhor escolha para alguém que possui transtorno bipolar e é sensível a mudanças na higiene do sono. Os trabalhos que exigem uma ótima atuação na frente de terceiros, independente do estado de humor, como lecionar ou trabalhar em uma loja de varejo, também podem ser escolhas inadequadas. Para algumas pessoas, é fácil colocar um sorriso no rosto mesmo que se sintam desanimadas ou controlar a irritabilidade quando estão agitadas, mas para a maioria o desafio é muito grande.

A decisão de ter filhos constitui uma questão de bom senso. Alguns não sabem que possuem transtorno bipolar até bem depois de já terem tido filhos; então, sua única escolha é se adaptar a situação. Ter filhos pode ser maravilhoso, mas eles também são exigentes e superestimulantes. Podem trazer alegria, mas também causar interrupções no sono e estresse. Mais importante, o papel de ser mãe ou pai é uma constante exigência, particularmente para as mães. É difícil se afastar da maternidade para cuidar de um episódio depressivo ou maníaco. Ter mais filhos pode significar mais alegria, mas também mais trabalho. As pessoas precisam decidir se querem ter filhos, quando elas podem se permitir ficar sem medicação para fazê-lo e quantos filhos são acrescentados à família. Trata-se de grandes decisões. A melhor situação para gerenciar o estresse nesse caso é não ter mais filhos do que recursos para lidar com eles. Isso não inclui somente o lado financeiro, mas também a energia, o tempo, a paciência e o apoio de outras pessoas.

Os limites

Gloria sente como se estivesse carregando o peso do mundo nas costas. Ela tem se sentido menos deprimida ultimamente, mas ainda não se considera a pessoa que sempre foi. A sua irmã Nancy recentemente foi diagnosticada com câncer e em breve estará começando o tratamento. A filha adolescente de Nancy também tem transtorno bipolar e está muito estressada por causa da doença da mãe. Gloria se preocupa com ambas, assim como também se preocupa com os demais filhos. O filho mais velho, Greg, casou-se no ano passado, e ele e sua nova esposa estão com problemas de ajuste à nova vida. Greg telefona para Gloria a fim de pedir conselhos, mas ela nunca tem muita certeza do que dizer. Seus dois casamentos não duraram muito, e ela não se sente em condições de aconselhar. A mãe de Gloria, Gladys, recentemente foi diagnosticada com mal de Alzheimer. Vive em outro estado, perto de onde mora o irmão de Gloria, e esta se preocupa porque acha que em breve a mãe terá esquecido completamente dela. Sua melhor amiga também está com problemas. Algumas noites atrás a filha dela foi pega saindo escondido de casa e, depois de ter uma briga com a sua mãe, tem ameaçado fugir de casa para sempre. Gloria reza por todos, inclusive por si mesma, mas isso não faz com que suas preocupações diminuam.

Apesar da sua batalha com o transtorno bipolar, Gloria tem sido sempre uma fonte de apoio para a sua família e amigos. Eles a procuram a qualquer momento atrás de consolo e compreensão. Ela enxuga as suas lágrimas, empresta dinheiro, oferece-lhes um lugar para ficar e faz com se sintam cuidados. Quando o estresse a surpreende, ela faz um ótimo trabalho em escondê-lo de todos. Gloria tem mais problemas com a depressão do que com a mania. Na verdade, ela não teve outro episódio de mania desde que começou a tomar lítio, há 15 anos. A depressão agrava-se bastante. A única coisa que a impediu de se suicidar é o pensa-

mento de que todas essas pessoas precisam dela. Por outro lado, todas essas pessoas precisando dela é o que a empurra na direção do suicídio. Gloria compreende que a sua compaixão é ao mesmo tempo a sua maior virtude e a sua maior fraqueza, mas ela não consegue deixar de cuidar das pessoas que ama. Ela sente que é sua responsabilidade partilhar o peso para que eles sintam um pouco mais de alívio e sejam mais capazes de lidar com os problemas.

Quando um indivíduo assume o estresse de outras pessoas, isso é frequentemente chamado de compaixão – a menos que lhe cause prejuízo, nesse caso é chamado de problema de limite. Não é incomum os bipolares terem parentes que também sofrem de outros problemas mentais, como depressão, ansiedade ou abuso de substâncias. Pessoas como Gloria tentam cuidar de si mesmas enquanto ajudam outros pelo caminho. Às vezes, elas ignoram as suas próprias necessidades e tendem a cuidar somente das necessidades alheias. Por exemplo, se os recursos são limitados, a pessoa pode usar o dinheiro da sua medicação para pagar o tratamento de outro membro da família. Se este é o caso de uma criança dependente ou de uma esposa inválida, a decisão pode parecer racional. Entretanto, se a pessoa necessitada for outro adulto tão capaz quanto o paciente de adquirir recursos, então a assistência proporcionada por este enquanto negligência o seu próprio cuidado com a saúde é desarrazoado ou autoderrotista.

Existem muitas razões pelas quais as pessoas colocam as necessidades alheias acima das suas próprias. Talvez vejam as outras pessoas como de mais valor que elas próprias, temem uma rejeição caso não ajudem, têm um instinto maternal forte ou acreditam que é sua responsabilidade ou missão auxiliar os outros. Essas crenças podem ser submetidas a uma avaliação para determinar a sua validade, ou o terapeuta guia os pacientes à avaliação das vantagens

e desvantagens de manter esta posição “de ajudar”, em contraste com o ato de colocar as próprias necessidades em primeiro lugar. A análise auxilia os pacientes a encontrarem uma maneira de maximizar as suas habilidades para ajudar aos outros e ao mesmo tempo minimizar os riscos a si mesmos.

Algumas pessoas querem parar de se colocar à disposição dos outros por causa do desgaste que isso lhes causa e porque veem que, mesmo com a sua ajuda, as outras pessoas não melhoram, nem se tornam mais fortes ou mais independentes. Nesse caso, o paciente pode precisar de permissão do terapeuta para retroceder e retirar o apoio, como também de uma análise lógica para tomar tal atitude. A melhor análise lógica considera que o processo de auxiliar os outros talvez esteja favorecendo apenas a sua dependência, em vez de estimular a independência. Em outras palavras, podem estar na verdade prejudicando os indivíduos em vez de ajudar. As pessoas que gostam de ajudar nunca querem ser prejudiciais e, portanto, podem estar dispostas a permitir que os outros sofram um pouco e resolvam seus próprios problemas se sentirem que essa atitude é o melhor a longo prazo.

GERENCIAMENTO DO ESTRESSE AGUDO

Na seção anterior, falamos sobre como prevenir o estresse, mas para a maioria dos indivíduos, os estressores agudos podem ocorrer independentemente dos esforços para preveni-los. As seções seguintes incluem métodos para lidar com os estressores psicossociais, uma vez ocorrido.

Lidando com o estresse

As pessoas com transtorno bipolar podem ter problemas psicossociais em di-

ferentes áreas: família, trabalho, saúde, finanças, etc. O estresse causado pelas dificuldades psicossociais exacerba os sintomas como concentração prejudicada, fadiga e distração, que, por sua vez, interferem ainda mais na maneira de lidar eficazmente com a situação. Os terapeutas podem ajudar os pacientes a começar a lidar com os estressores por meio da definição e priorização de problemas que precisam ser tratados em terapia. Esses se tornam objetivos para a terapia, e o progresso do paciente é comparado e acompanhado.

Os pacientes normalmente tentam resolver seus problemas sozinhos antes de apresentá-los ao terapeuta. Portanto, antes de desenvolver um novo plano de tratamento, é útil determinar quais as estratégias que os pacientes já utilizaram e o quanto elas têm sido eficientes para lidar com o estresse. Os terapeutas podem fazer perguntas como as seguintes:

- “Como você lidou com os problemas no passado?”
- “Como você lidou com problemas semelhantes?”
- “Você tentou aplicar estas estratégias aos problemas atuais?”
- “O que aconteceu que essas estratégias não funcionarem com os novos problemas?”
- “Qual é a próxima estratégia a experimentar?”

Reservar um tempo à informação sobre os esforços passados do paciente para lidar com os estressores serve a diversos propósitos. Primeiro, facilita o planejamento do tratamento, e os terapeutas podem sugerir intervenções que os pacientes ainda não tenham experimentado. Segundo, informar-se sobre os esforços anteriores para lidar com os problemas deixa claro que o terapeuta respeita a inteligência e a desenvoltura do paciente. Terceiro, essa intervenção estabelece os profissionais como consultores dos pacientes na lida com os estressores, fornecendo perícia nas áreas

em que os pacientes necessitem de assistência. Enfatiza-se a visão de uma relação terapêutica mais como uma colaboração que como uma “loja de reparos”, onde os pacientes trazem passivamente seus problemas para conserto, e os terapeutas fazem os reparos e mandam a conta.

Recursos de enfrentamento

Quando se desenvolve um plano de tratamento para tratar os estressores psicossociais dos pacientes, os terapeutas geralmente pensam sobre maneiras de maximizar os recursos dos pacientes para lidar com os problemas. O fato de os pacientes não apresentarem aspectos positivos quanto a isso não significa que estejam destituídos de recursos internos e externos. A Tabela 11.1 apresenta alguns exemplos de recursos que as pessoas podem usar na tentativa de lidar com o estresse.

Os recursos externos para lidar com os problemas incluem a obtenção de ajuda de terceiros, como familiares, amigos, terapeutas, colegas de trabalho, equipes de apoio no trabalho e empregados domésticos. Os recursos externos também incluem serviços contratados, como de uma empregada, de um contador, de um *office-boy*, de babás, de bancos e outras instituições financeiras, ou de um corretor de imóveis.

Obstáculos para o enfrentamento eficaz

Embora o ato de mobilizar os recursos já existentes ou de adquirir novos recursos para lidar com os estressores psicossociais pareça simples, diversos fatores podem interferir. Para compreender completamente o contexto no qual os problemas se desenvolveram e persistiram, as fraquezas dos pacientes e os obstáculos para lidar efetivamente com os problemas de-

TABELA II.I**Recursos de enfrentamento**

■ Inteligência	■ Desenvoltura
■ Praticidade	■ Energia
■ Mente analítica	■ Resistência
■ Bom senso	■ Criatividade
■ Firmeza	■ Paciência
■ Sensibilidade	■ Autoestima
■ Senso de humor	■ Dinheiro
■ Tempo	■ Confiança
■ Habilidade organizacional	■ Habilidade para pedir ajuda
■ Sistema de apoio	■ Perseverança

vem ser identificados. Nos pacientes com transtorno bipolar, os sintomas da doença produzem alguns problemas. Por exemplo, o julgamento prejudicado associado com a mania por vezes leva a aventuras financeiras mal concebidas que deixem a família financeiramente arruinada. A promiscuidade sexual pode prejudicar os relacionamentos já existentes. De maneira similar, a angústia emocional e o medo associado com a depressão criam obstáculos para se lidar com os problemas efetivos, sobrepujando a lógica dos pacientes e evitando que cuidem ativamente dos próprios problemas. Os problemas negligenciados podem aumentar com o passar do tempo. Talvez a emoção constitua o obstáculo mais comum para se lidar eficientemente com os problemas.

Muitos outros fatores internos e externos interferem no êxito para se lidar com os problemas. Fatores internos, como temer os resultados, fazem com que os pacientes evitem tomar uma atitude direta para resolver problemas. Não ter informações suficientes impede a solução dos problemas, como também a falta de consciência destes. Os fatores externos – como as outras pessoas com quem os pacientes têm pouco controle, se é que algum – podem produzir, exacerbar ou manter as dificul-

dades. Quando os pacientes são afrontados com exigências concorrentes, prazos impossíveis de cumprir e/ou carga de trabalho enorme, podem não ter tempo para resolver seus problemas. Em vez disso, batalham para manter a cabeça para fora d'água por mais um dia. Alguns pacientes dispõem de tempo para resolver seus problemas, mas não possuem os recursos suficientes para tanto. Por exemplo, talvez haja necessidade de dinheiro para se resolver problemas financeiros e outros problemas do cotidiano. Se os pacientes estão desempregados e têm somente recursos limitados de suporte, os problemas financeiros permanecem.

O objetivo é fazer com que os pacientes reconheçam os obstáculos para o enfrentamento eficaz, usem dos recursos existentes e tentem reduzir ou eliminar os obstáculos que os impedem de lidar ativamente com os problemas.

Treinamento de relaxamento

Os exercícios de relaxamento podem ser usados para que os pacientes diminuam a estimulação mental e a tensão muscular na hora de dormir. Para alguns indivíduos, esses exercícios reduzem a excita-

ção fisiológica e mental e, por sua vez, facilitam o sono. Existem muitas técnicas diferentes de relaxamento. Nem todo o método funciona para todas as pessoas. A fim de auxiliar os pacientes a identificar o exercício de relaxamento mais útil, apresenta-se uma amostra de induções de relaxamento durante a terapia e permite-se que eles selecionem um ou mais métodos de aprendizado.

Para os pacientes que têm dificuldade de “desligar” os pensamentos estressantes, as técnicas de relaxamento que ajudam a focar a atenção na tarefa em si e a distanciar os pensamentos de distração são frequentemente as mais benéficas. Para os pacientes com tensão muscular, especialmente a tensão que provoca dores musculares (costas, ombros, pescoço) ou de cabeça, as induções que focam diretamente o relaxamento dos músculos tensos constituem a melhor opção. Exercícios com imagens são úteis para os indivíduos que têm habilidade para criar e manter as imagens mentalmente.

As induções ao relaxamento são feitas durante o exercício físico, enquanto se dirige um carro, ou mesmo sentado a uma mesa. Para induzir o sono, os exercícios de relaxamento podem começar bem antes do horário de dormir, conforme o indivíduo diminui as atividades mentais e físicas no fim do dia. Na verdade, as melhores induções ao relaxamento são aquelas utilizadas ao longo do dia para reduzir a tensão ou a superestimulação, à medida que estas começam a se manifestar.

Ao prescrever um programa de relaxamento, o profissional geralmente começa com as técnicas que o paciente julgou úteis no passado, como uma caminhada no fim do dia ou um banho quente. Algumas pessoas com transtorno bipolar relaxam rezando, meditando ou fazendo algum tipo de artesanato, como tricô. A leitura ajuda algumas pessoas a diminuir o ritmo e a adormecer, mas romances cheios de ação,

difíceis de largar, podem não ser a leitura ideal para a hora de dormir. Quando tensas ou preocupadas, pode ser difícil para as pessoas gerar ideias que induzam ao relaxamento. Manter uma lista pré-planejada em casa é útil. A Tabela 11.2 mostra um exemplo de uma lista de atividades de relaxamento desenvolvida por um paciente com transtorno bipolar.

Se novos exercícios de relaxamento são introduzidos, mantenha os simples (p. ex., respirar devagar e controladamente). Em *Clinical Behavior Therapy* (Goldfried e Davison, 1994), foram incluídas diversas induções de relaxamento fáceis para os terapeutas administrarem. A seguir, está um exemplo de indução ao relaxamento simples baseada nas técnicas apresentadas neste livro:

“Procure um lugar para relaxar que tenha o menor número de distrações possível. Apague as luzes. Desligue a televisão. Peça aos outros para que não o interrompam. Você pode se deitar ou sentar confortavelmente. Antes que você comece a relaxar, pense em um número entre 0 e 100 que descreva o quanto você está tenso. O número 100 representa o máximo de tensão que você já sentiu, e 0, a ausência de tensão. Escreva o número em um pedaço de papel para que, ao termi-

TABELA 11.2
Atividades para relaxar

1. Dê uma caminhada.
2. Inspire profundamente e expire lentamente. Repita.
3. Vá para o seu quarto e feche a porta.
4. Escute música.
5. Deite-se.
6. Tome um banho quente.
7. Faça uma tarefa fora de casa (p. ex., leve o lixo para a rua, vá para a rua observar o céu e as estrelas).

nar este exercício, você possa avaliar o seu nível de tensão novamente para ver se houve algum progresso. Agora inspire profundamente pelo nariz e solte o ar pela boca muito lentamente (*pausa*). Você pode fechar seus olhos se quiser (*pausa*). Tente esvaziar a tensão do seu corpo, permitindo se deixar afundar pesadamente sobre a cama ou cadeira (*pausa*). Solte seus dedos (*pausa*). Se os seus dentes estão fechados firmemente, relaxe a mandíbula e deixe que seus lábios fiquem levemente entreabertos (*pausa*). Deixe que seus braços e pernas fiquem numa posição mais confortável (*pausa*). Imagine que você é um boneco ou um fantoche deitado completamente imóvel na cama ou na cadeira (*pausa*). Sinta a tensão deixando o seu corpo. Seu corpo está mais relaxado do que antes (*pausa*). Agora inspire pelo nariz mais uma vez profundamente e solte o ar lentamente pela boca (*pausa*). Você pode fechar seus olhos se eles estiverem abertos (*pausa*).”

Alguns pacientes podem relaxar quando fecham os olhos e imaginam a cena relaxante. Outros se sentem mais confortáveis com os olhos abertos, por acharem mais difícil controlar os pensamentos que se movem rapidamente com os olhos fechados. Nesse caso, é mais eficiente usar uma técnica em que o paciente se concentra num pequeno objeto na sala enquanto respira lenta e profundamente.

CONTROLE DO ESTRESSE

As pessoas que têm transtorno bipolar enfrentam chateações diariamente, assim como todas as outras pessoas. Elas devem tentar ficar de olho nos problemas para que eles não se acumulem enquanto se combatem a doença mental e se cumprem responsabilidades diárias. Manter o estresse sob controle requer determinações constantes das circunstâncias da vida e esforços regulares para se resolver os problemas. Nas seções a seguir, incluímos diversas manei-

ras de observar o estresse, resolvendo os problemas à medida que se desenvolvem.

Períodos para uma solução de problemas formal

Embora os indivíduos tomem decisões todos os dias, sem ter de passar por todos os passos da sequência de solução dos problemas, há períodos em que a tomada de decisões casual não trata adequadamente as questões. A época mais comum para utilizar uma solução de problemas formal é quando existem dificuldades óbvias nas atividades do dia-a-dia, por exemplo, quando há problemas não solucionados em casa, no trabalho ou nos relacionamentos interpessoais. A solução de problemas formal é mais útil quando:

1. o problema persiste apesar dos esforços do paciente, ou quando
2. o paciente não foi capaz de identificar uma solução razoável.

Pistas para a ação

Identificar e definir os problemas requer a consciência de que eles existem. Há diversas pistas internas e externas para a necessidade de resolver um problema. Uma parte útil do treinamento para resolver problemas é explorar com os pacientes os vários tipos de pistas e os caminhos pelos quais essas pistas chamam a sua atenção.

Pistas físicas

Às vezes, as pistas de que os problemas precisam de atenção são alguns tipos de desconforto físico, como dores de cabeça, indigestão, tensão muscular, fadiga, urticária e aperto no peito. Mesmo quando os indivíduos não estão conscientemente advertidos de que existe um problema, seus corpos podem se manifestar por eles.

Mudanças emocionais

Para os pacientes com transtorno bipolar, as mudanças emocionais servem como uma pista para começar a solução do problema. No início, o foco deve estar na determinação de como lidar com a própria mudança emocional. Nesse caso, definir o problema significa analisar a situação e decidir se a mudança de humor é um evento independente ou resultado de algum estressor. Como observado nos capítulos iniciais, os eventos, as cognições e as ações associadas com a mudança de humor fornecem pistas a respeito de suas fontes. As soluções geradas para lidar com a mudança de humor dependem da fonte identificada do problema. Se a causa da mudança de humor é uma crença ou uma cognição negativa em relação a um evento, a solução pode estar na utilização de estratégias de reestruturação cognitiva. O paciente então avalia e modifica os pensamentos carregados de emoção sobre o evento que abastecem a alteração de humor.

Se a fonte da alteração emocional é um evento estressante ou um problema em si, uma solução de problemas formal pode ser necessária. É melhor se, antes que comece o processo de solução de problema, os pacientes tentem reduzir a intensidade da mudança emocional, promovendo o distanciamento emocional do problema ou usando outros métodos para estabilizar o humor. As soluções geradas pelos pacientes enquanto estão extremamente preocupados são normalmente influenciadas pela intensidade das emoções. O distanciamento emocional reduz a probabilidade de responder impulsivamente e dá aos pacientes mais controle sobre situações problemáticas.

Informações obtidas de outras pessoas

As informações obtidas de outras pessoas podem aparecer sob a forma de recla-

mações ou de críticas. É comum que as pessoas vejam as reclamações dos outros como injustificadas e indignas de preocupação. Embora as reclamações ou críticas alheias possam mesmo não ter fundamento, sugerem que algo está errado. Os pacientes devem ser incentivados a escutar a crítica como uma indicação de que existe um problema, mesmo que isso seja para o seu próprio benefício ou para o benefício alheio, ou de seus relacionamentos. Definir uma crítica como uma sugestão pode permitir que o paciente passe do estágio de defender-se para começar a avaliar a situação objetivamente. Se o problema é identificado, dispõe de uma chance maior de solução.

Os familiares, amigos e entes queridos são frequentemente bons observadores. São capazes de identificar os problemas antes que se tornem aparentes para o paciente, particularmente quando o julgamento e o *insight* do paciente estão influenciados pela mania ou pela hipomania. Infelizmente, os pacientes nesse estado nem sempre recebem bem as observações e comentários de seus familiares. Muitos terapeutas conversam com os pacientes sobre maneiras de os familiares os auxiliarem a identificar as áreas nas quais uma solução de problemas ativa é útil. Talvez seja muito útil incluir a família nesta conversa se o paciente se sentir confortável com tal plano. Durante um encontro conjunto, o terapeuta trata:

1. de quando a família deve falar com o paciente sobre os problemas;
2. de como apresentar os problemas de modo que o paciente os escute e
3. do que fazer quando o paciente não consegue ou não quer acatar as preocupações da família.

O terapeuta também pode:

- Explicar como os sintomas do transtorno interferem no processamento das informações.

- Descobrir como a família lidou com problemas de comunicação semelhantes no passado e o quanto de êxito tiveram as suas tentativas. Utiliza-se o modelo de solução de problemas para gerar soluções para quaisquer dificuldades surgidas na comunicação da família com o paciente sobre os problemas antecipados ou observados.

Avaliação pré-agendada

Os pacientes não precisam esperar até que os problemas apareçam antes de utilizar uma solução de problemas formal. Embora mais frequentemente usada para “apagar incêndios” na vida do paciente, a solução de problemas deve ser proativa em vez de reativa. Os pacientes e seus familiares agendam horários de tempos em tempos (p. ex., a cada 3 ou 6 meses) para avaliar o seu progresso e tratar de problemas, seja com a assistência de um terapeuta, seja por conta própria. Nessas verificações agendadas para controlar o progresso, os pacientes analisam as suas vidas, compararam os seus objetivos e identificam as áreas de insatisfação. As dificuldades ou impedimentos para progredir podem se tornar alvos de mudanças.

Depois de cada autoavaliação ou verificação do progresso, os pacientes decidem quando a próxima avaliação deve ocorrer. Pode ser útil aliar os exercícios com um evento que ocorra regularmente, como a próxima visita clínica para tratar da medicação. Por exemplo, o Sr. Peters e a sua esposa arranjam tempo sempre no final do mês, quando estão pagando as contas, para conferir o seu progresso.

- *Controle dos sintomas.* Em que grau o paciente conserva os ganhos com o tratamento? Ele toma a medicação da maneira prescrita? Os sintomas de depressão e/ou mania estão sob controle?

- *Esfera interpessoal.* Os relacionamentos estão progredindo conforme o esperado ou desejado? Existe alguma fonte de tensão nos relacionamentos em andamento? Se houver, que tentativas têm sido feitas para resolver os problemas? Existe alguma necessidade de intervenção profissional?
- *Esfera ocupacional.* Existe algum problema no trabalho? O paciente está apto a desempenhar o trabalho conforme o esperado? Como é a sua frequência no trabalho? Existe algum problema de convivência com os colegas?
- *Esfera social.* As relações sociais estão progredindo como se desejava? O paciente mantém uma vida social ativa e coerente com os seus objetivos, necessidades e desejos? Existe um amparo social suficiente? Se não há, o que acontece que o paciente não obtenha amparo alheio?

Tempos previsíveis de mudança e de estresse

Os eventos importantes da vida estão associados com o aumento de estresse e podem desencadear uma exacerbação dos sintomas no paciente com transtorno bipolar. Eventos estressantes, especialmente catastróficos, como a morte de um amigo ou familiar, crises financeiras graves, acidentes importantes, ou doença, nos pacientes ou em seus entes queridos, pode sobrecarregar as fontes internas dos pacientes para lidar com os problemas. Os eventos positivos também podem ser estressantes. Requerem alterações na rotina, incluindo os padrões para se alimentar e dormir, que afetam o controle dos sintomas. Durante esses períodos, o paciente pode necessitar se apoiar mais nas estratégias de solução de problemas formais para lidar com as mudanças associadas com o evento.

As mudanças geralmente têm um impacto que vai além da área na qual acontecem. Por exemplo, mudanças de trabalho podem afetar a vida em casa e vice-versa. Portanto, os períodos de mudança também são períodos nos quais as soluções de problemas mais formais são úteis.

As transições de papel esperadas também podem ser estressantes e colocar o paciente em maior risco de exacerbação dos sintomas. As transições de papel afetam o paciente diretamente (p. ex., casamento) ou indiretamente por meio de mudanças em outros familiares (p. ex., o filho mais novo sai de casa). As transições de papéis desenvolvimentais, como qualquer outra mudança ou evento, podem produzir uma ruptura à saúde mental do paciente. As transições da vida produzem estresse porque com frequência mudam a quantidade e o conteúdo de interações e comunicações entre os pacientes e seus entes queridos. No próximo capítulo, os problemas interpessoais comuns vivenciados pelos portadores de transtorno bipolar são abordados, incluindo os métodos para prevenir e resolver o estresse nos relacionamentos.

Pontos-chave para o terapeuta lembrar

- Para muitas pessoas que não conseguem trabalhar por motivo de invalidez, pouca satisfação provém da inatividade, e não há nenhum sentimento de realização. A maioria das pessoas necessita ter propósito no mundo, e sem ele suas vidas perdem o sentido. Trata-se de um terreno fértil para uma depressão emergir.
- A vida é dura para as pessoas com transtorno bipolar que têm altos padrões ou que são perfeccionistas quando não têm energia, motivação ou concentração para concretizar seus ideais.

- O indivíduo com transtorno bipolar que se obriga à perfeição tem sempre que decidir se vale à pena ou não o desgaste pessoal, o risco de estimular a mania e o tempo empregado. Às vezes o evento é importante o suficiente para valer o esforço, como preparar o casamento de um filho ou planejar uma festa em um feriado especial e às vezes não vale. Selecionar onde dispendar a energia pode ser um novo conceito para as pessoas que se sentem compelidas a se obrigar à perfeição.
- Algumas pessoas querem parar de se pôr à disposição para ajudar aos outros por causa do desgaste que isso causa e porque veem que, mesmo com o seu auxílio, os outros não estão melhorando, nem se tornando mais fortes nem mais independentes. Nesse caso, o paciente pode precisar de permissão do terapeuta para retroceder e retirar o apoio, como também de uma análise lógica para tomar tal atitude.
- Os pacientes normalmente tentam resolver seus problemas sozinhos antes de apresentá-los ao terapeuta. Portanto, antes de desenvolver um novo plano de tratamento, é útil determinar quais estratégias os pacientes já utilizaram e o quanto têm sido eficientes para lidar com o estresse.
- Os indivíduos que têm transtorno bipolar enfrentam chateações diariamente, assim como todas as outras pessoas. Eles devem tentar ficar de olho nos problemas para que não se acumulem enquanto combatem a sua doença mental e suas responsabilidades diárias. Manter o estresse sob controle requer determinações constantes das circunstâncias da vida e esforços regulares para resolver os problemas.

Pontos para discutir com os pacientes

- A prevenção de recaídas e de recorrências de depressão e de mania, em parte, pode

ser alcançada por meio do controle do estresse.

- O gerenciamento do estresse deve incluir métodos de prevenção e gerenciamento do estresse e de problemas normais e inevitáveis, bem como métodos para lidar com os episódios agudos de estresse.
- Uma vida cheia de trabalho, de tarefas e de responsabilidades dá um forte sentimento de realização. Entretanto, o estresse que acompanha essas atividades pode deixar o indivíduo incapacitado se não houver um equilíbrio entre os momentos de descanso, relaxamento e diversão. Igualmente, um estilo de vida sem propósito – por exemplo, durante um período de desemprego, ou quando não existem outras responsa-

bilidades para estruturar o tempo – também pode ser estressante, por não ter nenhuma experiência de domínio ou de realização.

- Popularmente uma maneira de gerenciar o estresse é conhecer os próprios limites. No transtorno bipolar, os limites podem variar de acordo com os altos e baixos da doença.
- O estresse pode ser desencadeado quando as capacidades de um indivíduo não estão em equilíbrio com suas atividades. Isto ocorre quando a energia, a motivação e os níveis de concentração mudam, mas as suas responsabilidades e atividades não se ajustam conforme as expectativas.

Tratando dos problemas na comunicação interpessoal

SUPERSENSIBILIDADE

Para os portadores de transtorno bipolar, a hipersensibilidade à rejeição ou às críticas ocorre mais frequentemente durante os episódios depressivos ou mistos que durante os maníacos. Os pacientes costumam manifestar que se magoam com facilidade, que antecipam a rejeição e as críticas e que reagem exageradamente quando acontecem de fato. É difícil para esses indivíduos distinguir entre uma rejeição ou crítica real e as suas próprias distorções cognitivas. Às vezes, os pacientes conseguem reconhecer intelectualmente que os comportamentos alheios não pretendiam ocasionar rejeição ou crítica, mas estão impossibilitados de inibir ou reduzir as suas fortes reações emocionais (p. ex., tristeza, culpa, vergonha ou raiva) a isso.

Os conflitos interpessoais podem resultar de o “ofensor” reagir à hipersensibilidade do paciente com transtorno bipolar, ficando na defensiva ou contra-atacando as “acusações injustificadas”. Por exemplo, o ofensor pode dizer, defensivamente, “Você sempre me acusa de criticar você. Eu não disse droga nenhuma”. Mesmo que a discussão não tenha continuidade, o paciente pode se afastar, exacerbando ainda mais seus sentimentos depressivos, e é provável que hostilize o ofensor.

Várias intervenções são úteis aos indivíduos demasiado sensíveis e ao parceiro ou parceira. A primeira é ensinar o paciente a avaliar se de fato procede a suposição de rejeição ou crítica. Tomam-se ações apropriadas, dependendo do resultado da avaliação (ver Capítulo 9). A maneira mais fácil de determinar se os sentimentos de rejeição se justificam é conversar sobre eles com o ofensor. Para introduzir o tópico, os pacientes podem usar a seguinte afirmação, preenchendo as lacunas: “Quando você disse/fez em tal momento [período específico], fez com que eu me sentisse de tal forma [sentimento específico].” Às vezes, é melhor simplesmente perguntar: “Quando você disse/fez tal coisa [evento específico] em tal momento [hora específica], você quis com isso dizer tal coisa [hipótese de rejeição]?”.

A Srta. Salinas e duas colegas almoçaram juntas na quarta-feira. A Srta. Cain não foi convidada para almoçar com elas. Fora convidada em outras ocasiões, embora raramente aceitasse os convites. Quando ela viu as três colegas rindo ao entrar no escritório depois do almoço, a Srta. Cain se sentiu excluída, rejeitada e entristecida. O terapeuta a havia instruído a conversar sobre os seus sentimentos de rejeição com o “ofensor” suspeito como um primeiro passo para lidar com

a mágoa prolongada, que com frequência se instalava após um desses eventos. Seguindo a instrução, a Srta. Cain disse a Srta. Salinas, “Quando vi você e as outras duas colegas voltando hoje do almoço, realmente me senti excluída. Você está chateada comigo por algum motivo? Essa é a razão de vocês não terem me convidado?”. A Srta. Salinas se desculpou por não a ter convidado e acrescentou que não havia sido intenção do grupo excluí-la e que tampouco estava chateada com ela. O grupo havia planejado almoçar em um restaurante que elas sabiam que a Srta. Cain não gostava e por isso não a incluíram. A Srta. Cain aceitou relutantemente a desculpa e a explicação. Depois de um período de depressão leve, foi capaz de superar o evento.

Em uma segunda intervenção para lidar com a sensibilidade nas relações interpessoais, o terapeuta pode ensinar o ofensor a reconhecer quando o paciente está se sentindo magoado e a reagir tentando entender a situação da perspectiva do paciente. Em vez de se explicar ou de defender a sua posição, o ofensor expressa solidariedade para com a mágoa do paciente. Por exemplo, o parceiro do paciente pode simplesmente dizer: “Sinto muito que você esteja magoado. Essa não era a minha intenção”. Outra resposta eficiente seria focar o estado emocional do paciente: por exemplo, “Sei que quando você tem um dia ruim se magoa facilmente. Me desculpe se acidentalmente magoei você”. Para os ofensores inclinados a responder ao paciente em um momento de raiva ou frustração, essas respostas exigem uma boa dose de treinamento.

Opinião pessimista de si, dos outros e do futuro

Os pacientes com transtorno bipolar quando estão deprimidos e, talvez em algum grau também quando estão eutímicos, enxergam o mundo através de lentes mío-

pes melancólicas e turvas. Eles sentem desânimo em relação às expectativas de uma vida feliz, desalentados pelo que veem como uma pequena chance de melhorar as suas relações (e ou parceiros) e infelizes com a sua condição atual, porém imobilizados demais pelo pessimismo para considerar, e ainda mais para tentar, uma mudança. Quando um pessimista e um otimista se encontram para resolver os problemas do dia-a-dia, planejar o futuro ou tentar se divertir, as suas opiniões fundamentalmente diferentes do mundo podem criar tensão e conflitos.

Pesquisas sobre a opinião pessimista dos pacientes e seus parceiros sugerem que o pessimismo não é contagioso (Prager e Basco, 1995). As atitudes disfuncionais ou negativas, a baixa autoestima e os sentimentos de desânimo relatados pelos pacientes deprimidos não são relatados por seus companheiros, sem nenhuma incidência maior que nos indivíduos que nunca sofreram de depressão. É útil para todos, para o paciente e seus familiares, aprender a reconhecer quando as diferenças de perspectiva estão influenciando nas suas interações. O paciente pode, então, avaliar a validade das suas opiniões pessimistas, usando as intervenções de reestruturação cognitivas (ver Capítulo 9). O parceiro pode alterar as suas respostas ao paciente e interromper a conversa antes que ela piore, ou, com uma considerável orientação, pode tentar ajudar muito cuidadosamente o paciente a examinar o seu pensamento e suas distorções em potencial.

Brett e Patty Smythe foram casados por 10 anos. Apesar do tratamento, a Sra. Smythe esteve deprimida durante a maior parte do casamento. Ela era bem-educada, muito atraente, criativa e talentosa. Quando a sua depressão cedia, ela tinha um senso de humor encantador. A Sra. Smythe via a si mesma muito diferentemente da maneira como as outras pessoas a viam. Estava perfeitamente consciente das suas próprias imperfeições, defeitos e

erros. Acreditava que os elogios que recebia do marido eram paternalistas e falsos. Com facilidade deixava de notar o lado positivo dos seus relacionamentos, mas tinha um radar altamente sensível para identificar e registrar aspectos negativos.

O Sr. Smythe, um homem que se orgulhava do seu pensamento analítico, tentou explicar à esposa o quanto as suas opiniões negativas de si mesma, dele e do seu futuro juntos não tinham nenhuma base lógica. Ele destacou as qualidades dela, o seu amor por ela e o potencial que tinham para serem felizes. Entretanto, presa em seu pessimismo, ela estava não somente impassível às tentativas dele de persuadi-la, como também acabou se enfiando, porque achava que ele não tinha estima verdadeira para com os sentimentos dela. Apesar do fracasso na tentativa de convencê-la de que era uma pessoa maravilhosa, inteligente e criativa, ele continuou a usar um raciocínio lógico na sua luta contra a negatividade dela. Conforme o processo teve continuidade, a tensão, a frustração e a distância entre eles aumentaram.

Pode ser muito frustrante para os cônjuges de pacientes deprimidos lidar com probabilidades negativas que parecem ilógicas. Tentativas de “convencê-los a sair” da sua negatividade geralmente falham e podem até piorar o conflito. O cônjuge pessimista acusa o otimista de negligenciar os problemas, enquanto o cônjuge otimista acusa o pessimista de encontrar problemas onde não existem. É necessário ser tolerante, haver comprometimento e amor para continuar casado nessas situações.

Paranoia

Um dos sintomas mais graves da mania e, ocasionalmente, da depressão é a paranoia. Nos estágios iniciais da paranoia, o paciente pode parecer exageradamente sensível ou suspeitar dos outros. Além disso, o início da paranoia alimenta o processo no qual os pacientes presumem que os

outros têm intenções malévolas. Entretanto, nem todos os pacientes com transtorno bipolar sentem a paranoia como parte do quadro de sintomas.

O Sr. Patterson sabia que um dos seus sintomas de mania era a paranoia. Com frequência imaginava que os colegas de trabalho falavam mal dele pelas costas e até mesmo que conspiravam contra ele. Além de às vezes ficar demasiado sensível a tudo, várias coisas haviam acontecido no trabalho que poderiam ser interpretadas como tentativas de excluí-lo. Por exemplo, o Sr. Patterson não havia sido convidado para participar de vários encontros importantes relativos à formação de diretrizes na empresa, embora elas afetassem diretamente o seu departamento. Os colegas frequentemente conversavam e riam em grupos e rapidamente silenciavam e se dispersavam quando ele se aproximava. Alguém escutou um rumor de que várias posições de direção estavam para ser eliminadas, e o Sr. Patterson tinha menos tempo na empresa que os demais. Quando os seus superiores se aproximaram para conversar sobre os problemas de produtividade no seu departamento, ele foi abertamente defensivo.

Em casa, o Sr. Patterson estava tenso. Falou à esposa sobre a conspiração para se livrarem dele no trabalho. Ela estava bastante acostumada com a paranoia do marido e tentava ajudá-lo a tirar conclusões dos eventos diários por meio da lógica. Ele sentia que ela não acreditava nele e convencia a si mesmo de que a esposa também estava contra ele. Discutiam rapidamente. Sua esposa o incentivava a dormir uma boa noite de sono e concordava em conversar mais com ele sobre o problema na manhã seguinte.

A paranoia diminuiu depois que o Sr. Patterson dormiu o suficiente, e ele conseguiu conversar com seus empregadores para determinar se o seu emprego estava realmente em perigo. O *feedback* de que sua posição no trabalho estava segura permitiu que ele olhasse para a sua reação mais objetivamente e reconhecesse que as suas suspeitas ligadas aos eventos reais haviam contribuído para o seu estresse.

A paranoia afetava a sua interação com as pessoas no trabalho. Talvez outros percebessem a sua irritabilidade e tensão, e o evitassem para escapar do seu sarcasmo e temperamento impaciente. Por haver vivenciado a paranoia do marido muitas outras vezes, sua esposa perdera a capacidade de ser solidária, especialmente quando havia razão para acreditar que a reação dele era exagerada frente a circunstâncias que consistiam meras coincidências. O Sr. Patterson estava correto ao supor que a esposa já não era solidária. Até que conseguisse obter algum distanciamento do problema, entretanto, ele era incapaz de examinar a própria contribuição para esses eventos interpessoais desconfortáveis.

Irritabilidade

Assim como a paranoia, a irritabilidade pode ser um sintoma da depressão e da mania. Pode acompanhar a paranoia, a hipersensibilidade ou a perspectiva pessimista do mundo, mas também existir independentemente de outros sintomas. A irritabilidade afeta o modo como as mensagens são enviadas aos outros e influencia a interpretação das mensagens recebidas. Leva rapidamente o indivíduo a sentir raiva, precipita discussões e provoca ansiedade intensa ou agitação. Não importa o quão “razoável” ou “cuidadoso” um cônjuge acredita ser, interagir com um parceiro irritável pode ser como caminhar sobre um campo minado: mesmo pisando leve, o cônjuge nunca sabe quando será a próxima explosão. Enquanto a irritabilidade afeta muitos indivíduos, independente do seu histórico psiquiátrico, ela é particularmente desagradável para aqueles que experimentam a depressão ou a mania.

A Sra. Westin tinha um histórico de depressão grave com ataques de irritabilidade. Durante esses episódios, ela ficava impaciente e rapidamente se enraivecia. Na verdade, às vezes sentia uma raiva tão

intensa que fazia coisas das quais se arrependia mais tarde, até mesmo agredia fisicamente o seu marido. O marido dela, um indivíduo que normalmente não era agressivo, de vez em quando a “continha” em atitude de autodefesa para minimizar os seus ferimentos. Em uma dessas ocasiões a sua “contenção” quebrou um braço da esposa.

O quanto a Sra. Westin era capaz de inibir a sua irritabilidade e o seu comportamento agressivo não estava sempre claro. Em uma ocasião, o marido reagiu à irritabilidade da esposa usando a razão. Entretanto, quanto mais ele se valia da razão, mais irritada ela se tornava. Era como se a sua insistência em usar a razão servisse de combustível para o fogo da sua irracionalidade. A Sra. Westin sabia que a sua irritabilidade era um sintoma da doença e que o seu estado emocional distorcia a sua percepção da realidade. Ele respondia a cada uma das suas afirmações raivosas tentando mudar o seu ponto de vista. Ele não o conseguia e, em vez disso, ficava mais irritado e frustrado, o que, por sua vez, contribuiu para agravar conflito.

Nesta situação, em vez de atacar um indivíduo irritado durante uma conversa ou discussão sobre a validade de suas afirmações, é preferível não responder. Uma estratégia útil é se recusar a brigar e, então, deixar o ambiente por algum tempo. Isto dá à pessoa irritada tempo a sós para esfriar a cabeça e recuperar o controle. Outra estratégia que pode ser usada em conjunto com a primeira é expressar empatia com os sentimentos de mágoa ou de raiva e se desculpar por aumentar os seus problemas. Por exemplo, “Me desculpe por tê-la magoado com o que falei antes. Posso entender como você sentiria raiva por ser deixada de lado, mas não era minha intenção magoá-la”. Pedir desculpa depois de ser criticado injustamente é muito difícil, mas pode prevenir uma discussão com a pessoa irritada. Uma terceira estratégia é chamar a atenção do paciente para a irritabilidade antes que ela alcance um nível alto e questionar se a mesma seria

um indicativo do início de um episódio depressivo ou maníaco. Sugerir ao paciente que deveria telefonar para o médico a fim de conversar sobre a irritabilidade auxiliá-lo a lidar com o “problema real” do que discutir.

Fala rápida

O Sr. Alegro enchia os ouvidos da esposa quando estava hipomaníaco. Quando ela chegava em casa depois de um longo dia de trabalho, estava preocupada em atender as crianças, fazer o jantar ou tentar relaxar um pouco. O Sr. Alegro queria contar para ela todas as coisas que tinham acontecido durante o trabalho naquele dia. Às vezes, ele sentia uma forte “necessidade” de conversar e simplesmente não conseguia inibi-la, não importa o quanto tentasse se controlar. “Simplesmente preciso conversar com alguém ou vou explodir”. A esposa do Sr. Alegro precisava de um tempo quieta, e não de um monólogo incessante de histórias, piadas, planos ou observações. Esse conflito de necessidades afastou-a do marido, diminuiu a sua tolerância e aumentou a sua própria irritabilidade. Ela não notou o padrão dos sintomas que começaram com essa fala rápida e que se transformaram em mania. Em vez disso, tentava ignorá-lo.

Embora seja normalmente um sintoma da hipomania ou da mania, a fala rápida ou o aumento da loquacidade pode ocorrer fora de um episódio da doença. Essa loquacidade é socialmente adaptativa, porque facilitaria entrar em novos grupos sociais, reduziria a ansiedade social e seria, com frequência, uma característica agradável e até mesmo invejada pelos outros. Em casa, ela pode ser menos valorizada, aborrecer familiares especialmente no fim do dia, quando a energia está menor, e as pessoas podem já ter alcançado o seu limite de conversas. Um acordo *quid pro quo* proporciona um caminho para os casais lidarem com as suas necessidades

concorrentes e podem ser aplicados a outros tipos de conflitos nos relacionamentos. Por exemplo, o Sr. e a Sra. Bronson acordaram que ele escutaria ela falar por pelo menos meia hora se ela lhe desse tempo para ficar à vontade e relaxar depois do trabalho, a fim de que ele pudesse ser mais receptivo para escutá-la.

Diminuição da capacidade cognitiva

Mudanças no funcionamento cognitivo do paciente podem dificultar o processamento das informações, a formulação dos pensamentos ou a tomada de decisões. Tal diminuição da capacidade cognitiva pode ser evidente no que diz respeito à diminuição da concentração, confusão mental, indecisão, sobrecarga sensorial, distração e fuga das ideias. Esses sintomas podem acompanhar a depressão, a mania ou hipomania e interferir na habilidade de funcionamento do paciente no trabalho, em casa ou em situações sociais.

O Sr. Macias achou que, quando seus pensamentos estavam “confusos”, não conseguia pensar claramente. Ele tomava decisões medíocres, das quais se arrependia mais tarde, interpretava as ações alheias incorretamente e esquecia o que estava fazendo ou o que tinha que fazer. Para os outros, ele parecia uma pessoa “desmiolada”. Sua esposa e seu chefe ficavam irritados com ele nessas ocasiões. As tentativas do Sr. Macias de lidar com uma série de problemas (p. ex., problemas conjugais e profissionais, decisões quanto a se mudar, preparação para as férias ou feriados, planos de começar um programa para perder peso ou para se exercitar) pareciam exacerbar a sua confusão mental. Ele sabia que o pensamento nebuloso podia indicar um avanço dos sintomas e que ele deveria monitorá-los cuidadosamente para evitar o começo de uma recaída de depressão ou de mania.

Os pacientes podem ser ensinados a utilizar os sintomas de diminuição do funcionamento cognitivo como sugestão de iminência de um episódio de depressão ou mania. Eles devem prestar atenção ao surgimento de outros sintomas e consultar os seus profissionais. Nesse meio tempo, é melhor encorajar os pacientes que passam por uma diminuição da capacidade cognitiva a evitar qualquer decisão importante em sua vida e reduzir o número de problemas com que tentam lidar, até que a sua capacidade cognitiva melhore.

É difícil saber se é a confusão mental que interfere nas habilidades normais para lidar com os problemas ou a tentativa de lidar com muitas questões ao mesmo tempo. De qualquer sorte, reduzir a estimulação auxilia a prevenir o desenvolvimento de problemas psicossociais e interpessoais e reduzir a gravidade da diminuição da capacidade cognitiva.

DIMENSÕES DE COMUNICAÇÃO

Mesmo sem as complexidades do transtorno bipolar, a comunicação com outros indivíduos pode ser bastante complicada e com frequência deficiente. Uma das justificativas para isso é que cada mensagem se constitui na verdade de diversos níveis de mensagens, comunicadas simultaneamente. Esses níveis podem ser pensados como dimensões de comunicação. A dimensão verbal consiste nas palavras ditas. Por exemplo, “Vejo que você limpou a cozinha”. A comunicação pode se tornar problemática quando as palavras sugerem mais do que o emissor da mensagem está dizendo diretamente: “Vejo que você *finalmente* limpou a cozinha”. O acréscimo de apenas uma palavra pode mudar um comentário neutro ou transformar o reconhecimento de um evento positivo em uma crítica implícita acerca das vezes que o indivíduo não havia limpado a cozinha.

A dimensão não-verbal da comunicação inclui o tom da voz na transmissão da mensagem (p. ex., raiva, divertimento, sarcasmo), assim como a expressão facial do emissor da mensagem (p. ex., sorrindo, com a testa franzida), a postura corporal (p. ex., com os braços cruzados), o volume do discurso (alto, suave), o grau de velocidade do discurso (p. ex., rápido, devagar, com pausas frequentes) e o momento em que a mensagem é transmitida (p. ex., durante uma discussão ou assim que o emissor da mensagem entra em casa). O marido que chega em casa do trabalho e que, com um tom sarcástico, com um sorriso malicioso no rosto e com as mãos na cintura, fala para sua esposa deprimida “Oh! [com surpresa em sua voz e depois de uma longa pausa] Vejo que você finalmente limpou a cozinha” transmite uma mensagem. A mãe que chega em casa do trabalho e que, com um tom agradável e um sorriso no rosto, faz um afago no ombro de seu filho e diz “Oh! Vejo que você limpou a cozinha” transmite uma mensagem bem diferente – mesmo que use praticamente as mesmas palavras.

A terceira dimensão da comunicação, o conteúdo, envolve não somente a escolha das palavras, mas a ideia geral transmitida com a mensagem. O marido, por exemplo, transmite a mensagem de que não consegue acreditar que a esposa tenha feito algo bom, que ele geralmente a percebe como um fracasso e que, portanto, está surpreso por ela haver limpado a cozinha. Entretanto, na mensagem ao seu filho, a mãe está reconhecendo que ele fez algo digno de apreço e que ela está bastante satisfeita.

A relação de valor da mensagem, a quarta dimensão da comunicação, é geralmente transmitida por meio da escolha das palavras do emissor da mensagem e dos comportamentos não-verbais. Essa dimensão da mensagem indica o caminho que o emissor enxerga na sua relação com o re-

ceptor. Por exemplo, quando os professores passam informações para uma turma de alunos, estão comunicando que detêm o controle, que sabem mais que os alunos e que esperam deles um comportamento respeitoso. As mensagens enviadas dos patrões para os empregados, dos médicos para os pacientes e dos pais para os filhos podem ter uma relação de valor parecida. Embora a relação de valor da mensagem comunique algo sobre a posição social do emissor e do receptor como é percebida pelo emissor, tal percepção pode não refletir as diferenças verdadeiras de posição social. Por exemplo, a mensagem do marido sarcástico sugere que ele enxerga a si próprio como superior à esposa, quando na verdade eles podem ser mais parecidos do que o seu tom sugere.

A quinta dimensão da comunicação é a consistência entre a mensagem pretendida e a mensagem recebida. A mensagem pretendida é o que o emissor quer comunicar para a outra pessoa. Embora a mensagem enviada seja precisa, a informação não-verbal enviada juntamente às palavras pode alterar o significado de modo a tornar a mensagem recebida diferente da mensagem pretendida. A mensagem pretendida do marido, por exemplo, poderia ter sido de reconhecimento pela realização da tarefa por parte de sua esposa, talvez porque o psiquiatra tenha dito que é importante ele notar e reconhecer as atividades positivas por ela desempenhadas e dar-lhe crédito pelos pequenos avanços em direção de uma recuperação. Entretanto, a mensagem que a esposa recebeu demonstrava aborrecimento dele para com ela. Além disso, ela recebeu a mensagem não-verbal de que ele pensa que ela está meramente fazendo o que já devia ter feito há muito tempo. Portanto, a mensagem não fez com que ela sentisse ter avançado na direção de uma melhora, mas que ela está meramente se desenterrando de um buraco profundo de fracassos anteriores.

O emissor pode transmitir muito mais que palavras, assim como o receptor pode alterar as mensagens por “extrair um significado” além ou aquém do que o emissor está transmitindo. Às vezes, o ouvinte escuta uma mensagem com um tom não-verbal ou relação de valor diferente na voz do falante e que ocorreu de fato, ou escuta a parte negativa da mensagem e desconsidera a parte positiva. Por exemplo, a esposa pode beijar o marido e pedir para que fiquem de mãos dadas enquanto assistem televisão juntos. Nessas mensagens verbais e não-verbais, o marido escuta: “Ela quer fazer sexo. Ela não se importa que eu tenha tido um dia ruim, que esteja cansado e precise dormir. Ela vai ficar magoada ou com raiva se eu disser que não. Isso é tão injusto”.

Os problemas de comunicação podem resultar da ausência de informação de alguma dessas dimensões. Por exemplo, quando um dos cônjuges diz “Eu te amo” e outro não diz nada, o primeiro pode perceber a ausência de resposta como uma rejeição. Falhar na reciprocidade das mensagens não-verbais (p. ex., não retribuir um sorriso ou não corresponder à tentativa de outra pessoa de fazer contato visual) também pode causar tensão entre os indivíduos.

Quando as várias dimensões de uma mensagem não são coerentes entre si, o receptor pode se confundir. Ele normalmente “acredita” no componente da mensagem que seja mais importante ou que repercuta melhor com o seu estado de humor interno. O pai que está preocupado com o filho adolescente por ficar até tarde na rua pode berrar irritadamente (mensagem não-verbal): “Você não consegue ver que nós te amamos e não queremos que você se machuque?” (mensagem verbal). Provavelmente o adolescente vai escutar a mensagem não-verbal de raiva em vez da mensagem de amor e preocupação. Se o médico diz ao paciente, com um tom de compaixão, “Simplesmente ligue se você tiver al-

gum problema” (mensagem verbal), mas demore para dar retorno ao telefonema (mensagens não-verbais), é provável que o paciente escute falsidade, falta de preocupação ou rejeição.

DIAGNÓSTICO DAS DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO

Contexto

O primeiro passo para avaliar as dificuldades de comunicação de um paciente é identificar o contexto em que os problemas de comunicação ocorrem. Com quem o paciente tem dificuldade de comunicação, em que circunstâncias, com que frequência, o quanto isso é previsível e em qual proporção isso aborrece o paciente são perguntas pertinentes. Alguns indivíduos acham difícil se comunicar de maneira eficiente em casa, no trabalho ou durante as ocasiões sociais. Entretanto, não é incomum que um paciente seja eloquente ou um comunicador eficiente com amigos, colegas de trabalho e estranhos, mas tenha uma dificuldade considerável de conversar com o seu parceiro.

Também é comum para os indivíduos conseguirem comunicar bem alguns tópicos, mas não outros. Por exemplo, um casal pode não ter nenhuma dificuldade em conversar sobre os filhos, sobre o trabalho, sobre as finanças ou sobre os eventos do dia-a-dia, mas ver a sua comunicação deteriorar-se ou explodir numa discussão quando mencionado o tópico amor, afecção ou sexo.

Déficit de habilidade versus déficit de desempenho

Ao se diagnosticar as dificuldades de comunicação de um indivíduo ou de um casal, é importante determinar se ela sur-

ge de um déficit de habilidade ou de um déficit de desempenho. O déficit de habilidade implica a falha da fala e da escuta básica e/ou das habilidades de solução de problemas necessárias à comunicação eficiente. O indivíduo que tem déficit de habilidade provavelmente apresenta problemas para se comunicar com vários outros indivíduos, em especial nas situações estressantes, como aquelas que envolvem problemas de relacionamento ou de trabalho. Neste caso, a intervenção deve incluir algumas habilidades básicas de comunicação.

Os sujeitos que se comunicam eficientemente, pelo menos em algumas circunstâncias e/ou com alguns indivíduos, já possuem as habilidades básicas de comunicação. As contingências ou estímulos ambientais os impedem de usar suas habilidades já existentes para se comunicar – ou seja, eles têm um déficit de desempenho. O exemplo mais comumente observado de déficit de desempenho é uma discussão entre dois indivíduos com habilidade verbal, por exemplo, um marido e sua esposa, em que o estado emocional (geralmente de frustração ou raiva) faz com que “esqueçam” de usar as suas habilidades e os leva a recorrer ao ataque mais primitivo e a se defender com comportamentos como colocar a culpa no outro, valer-se de xingamentos ou de sarcasmo. Não há necessidade de ensinar as habilidades básicas de comunicação a esses indivíduos, mas é preciso ajudá-los a identificar os fatores que interferem em sua habilidade de se comunicar eficientemente. Para identificar esses fatores, é útil fazer as seguintes perguntas:

- Existem situações previsíveis nas quais a comunicação entre vocês seja menos eficiente?
- Existe algo que se diga que previsivelmente traz à tona uma forte reação emocional no outro?
- Existem certos tópicos de conversa que se transformam em discussões?

O objetivo é desenvolver novas estratégias para lidar com as situações identificadas como problemáticas a fim de diminuir ou eliminar os obstáculos a uma boa comunicação.

Manifestação dos problemas de comunicação

A manifestação mais comum das dificuldades dos problemas de comunicação é o conflito. Ele pode variar de intensidade, abrangendo desde um desentendimento, um sarcasmo insignificante, “olhares de reprovação” até uma séria agressão verbal. Ocasionalmente, o conflito aumenta de forma gradual até a ofensa, humilhação, ameaças de rejeição ou dano físico. No extremo, o conflito pode incluir violência física. As formas menos graves de violência física, como atirar objetos, quebrar coisas e empurrar ou afastar os outros, são mais comuns em discussões familiares. Um problema menos frequente, mas mais sério, é a agressão física, como dar tapas, bater, morder, chutar ou usar alguma arma. O gerenciamento de um conflito com agressão física ou verbal envolve a dispersão da raiva e o treinamento de habilidades para resolver os problemas.

A evitação dos conflitos também é uma manifestação de dificuldade de comunicação, na qual os indivíduos fracassam em se comunicar entre si sobre questões importantes e frequentemente problemáticas. Esses indivíduos via de regra se sentem desconfortáveis com o confronto ou com medo do conflito. Ensinar e desenvolver algumas habilidades de comunicação aos indivíduos que evitam conflitos pode ser mais difícil do que trabalhar com aqueles que têm um estilo verbal mais agressivo. O indivíduo que evita os conflitos deve primeiro se dispor a iniciar uma conversa e, conseqüentemente, a se expor ao risco de um conflito. As intervenções para a evitação dos conflitos são:

1. lidar com as preocupações que mantêm a evitação;
2. ensinar como ser assertivo e desenvolver as habilidades para se comunicar, a fim de que os pacientes saibam como conversar sobre os problemas e como lidar com a raiva – a deles e a dos outros;
3. proporcionar oportunidades para uma prática contínua dessas habilidades.

A prática em conversar sobre tópicos difíceis pode ser formulada como um experimento para testar as hipóteses do paciente de que debater sobre os problemas é prejudicial.

AValiação das habilidades de comunicação

Fazer uma avaliação estruturada dos problemas de comunicação do indivíduo ou do casal antes que qualquer tentativa de tratar desses problemas seja feita tem duas funções: primeiro, guia o terapeuta na decisão de incluir um treinamento de comunicação no plano de tratamento; segundo, uma linha de base antes do treinamento de comunicação fornece um objetivo padrão a ser comparado em oposição às mudanças pós-tratamento. O padrão é útil para profissional e paciente monitorarem o progresso da terapia e determinarem se as mudanças no plano de tratamento são necessárias, conforme a dificuldade de detecção de modificações sutis nos comportamentos relacionados com a comunicação por um longo período de tempo.

Os dois métodos mais comumente usados para avaliar os problemas de comunicação são os instrumentos de avaliação por autorrelato e pela observação direta. O *Marital Satisfaction Inventory* (MSI – Inventário da Satisfação Conjugal; Snyder, 1979) é uma subescala de 10 itens, auto-aplicados sobre a satisfação em várias áreas

do casamento (p. ex., divertimento ou relações sexuais). Maridos e esposas respondem separadamente cada uma das 280 afirmações, classificando-as como verdadeiras ou falsas em relação a seus relacionamentos no presente, e, então, suas pontuações são comparadas. Uma pontuação alta significa maior insatisfação na área em questão do casamento.

O MSI contém duas subescalas de satisfação em relação à comunicação. A subescala da Solução dos Problemas de Comunicação (*Problem-Solving Communication* – PSC) mede o grau de satisfação dos entrevistados com o modo como resolvem os problemas por meio de conversas. Ela inclui afirmações como “Pequenas divergências com o meu cônjuge frequentemente terminam em grandes discussões” e “Meu cônjuge parece comprometido em resolver as nossas diferenças”. A subescala da Comunicação Afetiva (*Affective Communication* – AFC) mede o grau de satisfação de cada indivíduo com a expressão dos sentimentos, afeição e cuidados do seu parceiro, empatia e compreensão do cônjuge e autodesenvolvimento no relacionamento. Alguns exemplos de itens dessa subescala são “Existe um grande amor e afeição expressados no nosso casamento” e “Às vezes, meu cônjuge simplesmente não consegue entender como me sinto”.

Avaliar os problemas de comunicação por meio da observação direta pode ser tão simples quanto observar casualmente a maneira como os grupos interagem no consultório do terapeuta ou tão sofisticado quanto uma microanálise dos comportamentos verbais e não-verbais.

Muitas observações distintas são feitas acerca do estilo de interação dos pacientes, dos casais ou da díade terapeuta/paciente. As dimensões de comunicação abordadas anteriormente neste capítulo podem ser avaliadas considerando-se as afirmações individuais feitas por cada pessoa ou pela fluência total da conversa. Especifica-

mente, as mensagens não-verbais proporcionam uma profusão de informações a respeito dos falantes. Por exemplo, é possível fazer alguns julgamentos sobre a condição de cada indivíduo em relação ao outro. Para fazer tal avaliação, as perguntas a se considerar incluem as seguintes: Uma das pessoas parece ter mais controle sobre a interação? Os participantes estão em igualdade de condições? Algum deles é condescendente com o outro?

A escolha de palavras dos falantes e as mensagens não-verbais também fornecem informações sobre o tom emocional da interação. De maneira simples, o tom emocional é categorizado como positivo, negativo ou neutro, ou mais qualitativamente definido como irritado, amável, pueril, tenso, produtivo, divergente e assim por diante. As mensagens verbais fornecem algumas pistas sobre a habilidade de comunicação do falante. Eles se expressam bem? Conseguem ser compreendidos? Seus pensamentos são organizados?

Também é possível fazer observações sobre o grau de coerência entre as mensagens que o falante pretendia transmitir e a informação que o ouvinte recebeu. As inconsistências evidenciariam um aumento progressivo da raiva, com más interpretações das mensagens, com o emissor na defensiva e com sentimento de confusão de ambas as partes.

Essas observações casuais sobre o processo de comunicação podem ser feitas por meio da observação de indivíduos em interação, de uma pessoa em relação às outras, escutando relatos do paciente sobre os eventos com interação ou avaliando as respostas dos participantes para uma tarefa de comunicação estruturada. Uma variedade de jogos ou tarefas de comunicação é prescrita. A interação pode ser observada pelo clínico no consultório, de outra sala, através de um espelho ou monitor de vídeo, ou em uma data posterior, assistindo ao vídeo gravado. Se o profissional

está observando a interação, é melhor que esteja pouco envolvido nela.

Nas pesquisas sobre comunicação interpessoal, os jogos ou tarefas semi-estruturados são usados ocasionalmente para se adquirir uma amostra do comportamento interacional dos casais ou das famílias. Essas tarefas proporcionam uma estrutura suficiente para que a interação seja comparada entre muitos sujeitos. Para pacientes específicos, entretanto, as respostas às tarefas padronizadas talvez não forneçam uma representação precisa dos seus comportamentos no dia-a-dia.

Uma estimulação para avaliar os problemas de comunicação cotidianos deveria se aproximar dos cenários típicos da vida real. Uma interação que acontece no consultório do profissional provavelmente não é tão natural quanto as que acontecem em casa. Apesar disso, a avaliação fornece algumas pistas acerca do que o paciente é capaz em condições relativamente neutras (i.e., sem interrupções, com restrições no uso de linguagem ou ações inapropriadas, e com o foco em um determinado tópico). Tal avaliação auxilia o profissional a determinar se o paciente ou o casal apresenta déficit na habilidade de comunicação ou na de desempenho. Nesse caso, o trabalho do profissional é determinar quais fatores interferem na habilidade de comunicação eficiente.

Se o paciente ou o casal tem dificuldade na tarefa de comunicação, parece desorganizado, falha em expressar o problema com clareza ou não consegue progredir na direção de uma solução, é provável que tenham um déficit de habilidade. Nesse caso, a intervenção requerida é o treinamento das habilidades básicas de comunicação e de solução de problemas.

Enquanto se pode aprender muito com a observação de interações pessoais, é útil formalizar ou estruturar a avaliação do comportamento de comunicação. Muitos pesquisadores tentaram quantificar os

comportamentos satisfatórios e insatisfatórios de comunicação. Os pioneiros nessa área (p. ex., Gottman, 1979; Hops, Wills, Patterson e Weiss, 1972) desenvolveram sistemas de codificação elaborados para categorizar cada manifestação verbal e comportamentos não-verbais significativos feitos por casais, membros familiares ou estranhos participantes de tarefas de comunicação padronizadas. O Sistema de Codificação das Interações de Casais de Gottman (1979) e o sistema de codificação das interligações conjugais de Hops e colaboradores (1972), dois dos primeiros esquemas de codificação, continuam em uso na pesquisa interacional até hoje. As categorias de comportamento desses sistemas de codificação incluem afirmações positivas, como elogios ou acordos; afirmações neutras, como as definições dos problemas, e afirmações negativas como culpa ou insultos. Um registro do número total de afirmações se encaixando em cada categoria e somado com os grupos de casais felizes (presumivelmente bons comunicadores) e infelizes (presumivelmente comunicadores ineficazes) permite a investigação das diferenças sistemáticas entre esses grupos. Muito tem se aprendido da pesquisa inicial sobre os comportamentos que mostram habilidades de comunicação eficaz. O treinamento da comunicação, uma marca registrada da abordagem comportamental para a terapia de casal e familiar, origina-se em parte desta pesquisa inicial.

Embora os esquemas de codificação microanalíticos sejam importantes na pesquisa, não são práticos para a clínica individual, nem constituem um resumo dos comportamentos individuais de um casal facilmente interpretáveis. Diversas medidas de avaliação têm sido desenvolvidas para uso com casais individuais. Dentre estas, há o Teste das Habilidades de Comunicação (Floyd e Markman, 1984) e a Escala de Avaliação Rápida de Comunicação (Joanning, Brewster e Koval, 1984).

Tais métodos de avaliação, embora mais fáceis de usar, também requerem treinamento especial em avaliação da comunicação. O questionário de Estilos de Comunicação (Stephen e Harrison, 1986) constitui uma tarefa de seleção de cartas que avaliam o “estilo” interacional.

A escala Avaliação Clínica da Comunicação Adulta (Clinician Rating of Adult Communication – CRAC; Basco, Birchler, Kalal, Talbott e Slater, 1991) é de fácil utilização e foi desenvolvida por terapeutas para terapeutas. Essa escala de 20 itens ajuda os terapeutas a estruturar a sua avaliação da interação dos casais, focando a atenção nos comportamentos verbais e não-verbais importantes para uma boa comunicação e para a solução de problemas. A CRAC original (Basco et al., 1991) inclui 6 itens de informações posteriores a fim de que os terapeutas documentem as suas impressões clínicas do casal. A versão abreviada da CRAC apresentada na Figura 12.1 consiste em apenas 14 itens comportamentais que incluem envolvimento na conversa, clareza da comunicação, habilidade de escutar, agressões verbais, solução de problemas e atribuição de culpa. Depois de assistir a uma amostra de 10 minutos de comunicação, os terapeutas avaliam os níveis de habilidade do casal em cada um dos 14 comportamentos e somam os resultados para cada cônjuge (ambos cônjuges somados fornecem o total da pontuação do casal). Cada habilidade é pontuada como estando melhor (1 ponto), igual (2 pontos) ou pior (3 pontos) que aquelas dos casais típicos que se apresentam em busca de tratamento. O terapeuta pode usar essa informação para determinar a necessidade de treinamento de comunicação e, se for o caso, que comportamentos devem ser o foco do treinamento. Essa avaliação estruturada proporciona um padrão que permite a comparação com o progresso pós-tratamento.

ERROS DE COMUNICAÇÃO

Filtros de comunicação

Os pensamentos e sentimentos filtram as mensagens, influenciando cada uma das cinco dimensões da comunicação e respondendo às discrepâncias entre a mensagem que o emissor deseja transmitir e a mensagem que o receptor de fato recebe. O filtro de comunicação pode ser um estado de humor, uma crença, uma atitude, um estado físico ou qualquer outro fator que influencie a maneira como uma pessoa fala com as outras e interpreta as mensagens alheias. Quando um indivíduo está irritado, por exemplo, as mensagens enviadas podem parecer rudes, impetuosas, negativas ou sarcásticas; a raiva se transforma no filtro através do qual este indivíduo envia as mensagens. De modo similar, a hipersensibilidade às críticas ou à rejeição pode ser um filtro que distorce as mensagens conforme o ouvinte as recebe; nesse caso, o filtro do indivíduo sensível exagera um comentário negativo mínimo.

Os filtros de comunicação podem ser temporários, como “mau” humor ou cansaço, e alterar a comunicação só temporariamente. Também podem ser permanentes, como uma crença ou atitude (p. ex., “As pessoas irão se aproveitar de você se puderem” ou “Os homens são superiores às mulheres”). Os filtros também podem ser específicos à comunicação com alguns indivíduos em particular. Por exemplo, um marido e sua esposa que com frequência discutem podem ficar na defensiva quando conversam um com o outro. Como consequência, tornam-se hipersensíveis aos ataques percebidos, deixam de escutar um ao outro e iniciam contra-ataques. Ninguém mais pode sentir que esses dois indivíduos são defensivos ou argumentativos, porque os filtros que influenciam a sua interação não estão presentes na interação com terceiros. A intervenção para reduzir

Casal _____ Avaliador _____ Data _____

De um exemplo padrão da comunicação conjugal (com o terapeuta ausente), avalie o marido e a esposa em separado em cada uma das dimensões seguintes. Ao avaliar esses itens, considere o casal usual que se apresenta em busca de tratamento. Avalie o casal em questão como se pudesse ser comparado com a população média.

Para o propósito deste exemplo de comunicação, o tópico da conversa é _____

1. Grau de participação na conversa

Marido Esposa

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | contribuiu/participou mais da discussão que o usual para um cônjuge em sofrimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | contribuiu/participou da discussão tanto quanto o usual para um cônjuge em sofrimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | contribuiu/participou menos da discussão que o usual para um cônjuge em sofrimento |

2. Defensividade na comunicação: Ficar abertamente na defensiva de ataques reais ou imaginários, por exemplo, dando desculpas, negando ter agido mal ou racionalizando.

Marido Esposa

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | menos defensivo que o usual para um cônjuge em sofrimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tão defensivo quanto o usual para um cônjuge em sofrimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mais defensivo que o usual para um cônjuge em sofrimento |

3. Clareza na comunicação: O avaliador é capaz de compreender claramente o nível de conteúdo das mensagens dos cônjuges.

Marido Esposa

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mensagem transmitida mais direta e claramente que o usual para um cônjuge em sofrimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mensagem transmitida tão direta e claramente quanto o usual para um cônjuge em sofrimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mensagem transmitida menos direta e claramente que o usual para um cônjuge em sofrimento |

4. Habilidades para escutar/prestar atenção: Manter contato visual, reconhecer as mensagens, demonstrar interesse.

Marido Esposa

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | escutou/prestou atenção melhor que o usual para um cônjuge em sofrimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | escutou/prestou atenção tão bem quanto o usual para um cônjuge em sofrimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | escutou/prestou atenção menos que o usual para um cônjuge em sofrimento |

5. Compreensão comunicada: Demonstrar apreciação dos e/ou empatia pelos sentimentos/pensamentos do cônjuge

Marido Esposa

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | comunicou compreensão melhor que o usual para um cônjuge em sofrimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | comunicou compreensão tão bem quanto o usual para um cônjuge em sofrimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | comunicou compreensão menos que o usual para um cônjuge em sofrimento |

6. Qualidade dos comportamentos não-verbais*

Marido Esposa

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | geralmente positiva (p. ex., contato visual, sorriso, toque, tom positivo) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | geralmente neutra (p. ex., nem abertamente positiva nem negativa) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | geralmente negativa (p. ex., tom de voz rude, braços cruzados, pouco contato visual) |

7. Manifestação de agressão verbal: Culpar, ser sarcástico, xingar, criticar, gritar.

Marido Esposa

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | menos agressão verbal que o usual para um cônjuge em sofrimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tanta agressão verbal quanto o usual para um cônjuge em sofrimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mais agressão verbal que o usual para um cônjuge em sofrimento |

O casal relata um histórico de violência física durante as discussões?

(continua)

FIGURA 12.1 Escala Avaliação Clínica da Comunicação Adulta (CRAC).

8. Tom emocional total da conversa*

- () geralmente positivo
 () geralmente neutro
 () geralmente negativo

9. Quantidade de entendimento entre o casal

Marido Esposa

- () () concordou com o parceiro/a mais que o usual para um cônjuge em sofrimento
 () () níveis de acordo e desacordo parecidos com o usual para um cônjuge em sofrimento
 () () discordou do parceiro/a mais que o usual para um cônjuge em sofrimento
 () () ausência de dados

10. Efetividade do grau de participação observada para facilitar a resolução dos problemas

Marido Esposa

- () () mais efetivo na resolução de problemas que a maioria dos cônjuges aflitos
 () () tão efetivo na resolução de problemas quanto a maioria dos cônjuges aflitos
 () () menos efetivo na resolução de problemas que a maioria dos cônjuges aflitos

11. Habilidade para continuar com o tópico original como especificado pela tarefa*

- () geralmente continuou com o tópico ao longo da conversa
 () afastamento significativo de um ou ambos cônjuges, mas com retorno eventual ao tópico original
 () fracassou no foco do tópico original ou teve mudanças múltiplas de tópico

12. Encerramento*

- () solução – ou soluções – razoável foi verbalizada e acordada
 () solução – ou soluções – verbalizada com nenhum acordo específico ou plano de ação
 () nenhuma solução foi verbalizada

13. Se soluções foram geradas, deveria o marido ou a esposa mudar?***

Marido Esposa

- () () eu
 () () ambos cônjuges são responsáveis pelas mudanças
 () () cônjuge
 () () nenhum dado

14. Atribuição de culpa**

Marido Esposa

- () () este cônjuge aceitou a responsabilidade principal pelo problema
 () () a responsabilidade foi dividida
 () () culpa foi atribuída principalmente ao cônjuge
 () () culpa foi atribuída a circunstâncias externas ou a indivíduos fora da díade
 () () a atribuição da culpa não foi estabelecida

* Item mais importante = 1 ponto, item do meio = 2 pontos, item de baixo = 3 pontos. **Conformidade com quem é responsável = 1 ponto (cada um diz que a responsabilidade é dividida, ou ambos concordam com a culpa de um dos cônjuges), total desacordo = 3 pontos (p. ex., cada um culpa o outro), acordo parcial = 2 pontos (p. ex., o marido diz que a responsabilidade é de ambos, a esposa diz que a culpa é sua).

FIGURA 12.1 (Continuação).

os filtros de comunicação é identificar a sua existência e, então, decompô-los na comunicação com os outros. De modo prático, isto significa que, quando as pessoas estão “se sentindo mal”, compensam isso monitorando as suas palavras e os seus comportamentos não-verbais ao falar com outros indivíduos. Talvez isso signifique controlar um tom de voz zangado ou o sarcasmo. Ao escutar os outros, o filtro “se sentir mal” afeta a maneira como as mensagens são interpretadas ou recebidas. O ouvinte tem que dizer a si próprio, “Quando estou me sentindo mal, fico muito mais sensível. Fico magoado muito mais facilmente. Talvez eu esteja interpretando erroneamente o que os outros estão dizendo porque estou me sentindo mal”.

Tal processo exige tempo, esforço e treinamento terapêutico. Normalmente, as pessoas não se dão conta dos filtros de comunicação e precisam da ajuda de outros para identificá-los e rotulá-los corretamente.

Pressupostos incorretos

A Sra. Clark reclamava que seu marido estava irritado porque ela havia trabalhado até mais tarde há duas noites atrás. “Não é justo. Ele espera que eu trabalhe pesado durante o dia e ainda esteja bem para cuidar de cada necessidade que ele venha a ter. Ele não tem nenhum direito de estar irritado. Afinal de contas, meus ganhos o ajudaram a comprar seus tacos de golfe novos. Oh! Ele alega que não está irritado, mas conheço aquele olhar. Ele está apenas se segurando para descontar em mim mais tarde. Discutimos sobre o assunto a noite inteira.” O terapeuta, não estando certo da razão pela qual o Sr. Clark pudesse estar tão irritado, perguntou sobre a interação. “O que o seu marido lhe disse que indicou que ele estava zangado por você ter trabalhado até tarde?” “Ele não precisou dizer nada”, ela respondeu. “Pude perceber. Além disso,

ele nem se deu o trabalho de me beijar quando cheguei em casa.” Na verdade, o Sr. Clark estava falando no telefone com um colega a respeito de um problema no trabalho um pouco antes de a Sra. Clark chegar em casa. Por ele estar preocupado com o trabalho, parecia carrancudo e não muito interessado em conversar, e a Sra. Clark caracterizou o seu comportamento não-verbal e supôs que ele estava irritado com ela.

A leitura mental, um erro de comunicação comum, advém do pressuposto equivocado de que, depois de conhecer o outro por algum tempo, é possível saber o que pensa ou como se sente – às vezes, antes mesmo que esta pessoa saiba. Se outra pessoa reage às situações de maneira coerente, há possibilidade de fazer boas adivinhações sobre os pensamentos e sentimentos dessa pessoa, mas sempre existe espaço para equívocos quando se trata de adivinhações. É verdade, por exemplo, que o Sr. Clark já esteve irritado com a esposa no passado, quando teve que trabalhar até mais tarde, mas desta vez ele não estava nem um pouco irritado com ela. A antecipação feita por ela da raiva dele a preparou para defender-se quando voltou do trabalho para casa. Isto estabeleceu o palco para a discussão que aconteceu em seguida. Evidentemente, a leitura mental ou fazer suposições pode produzir conflitos.

Ensinar as pessoas a fazer perguntas em vez de suposições é a chave para reduzir a leitura mental. Neste exemplo, a Sra. Clark precisava perguntar ao marido “Você está irritado comigo?”. É difícil fazer com que as pessoas perguntem. Suas suposições serão corretas algumas vezes. Isto reforça a noção de que conhecem os outros suficientemente bem para não ter que perguntar. Os pacientes devem estar convencidos de que a leitura mental pode criar problemas. A prática de fazer perguntas para avaliar a validade dos próprios pressupostos pode iniciar a terapia.

Atribuições equivocadas

As atribuições são adivinhações ou explicações a respeito das pessoas e situações que ajudam um indivíduo a compreender a causa de um dado evento. Entretanto, as atribuições equivocadas ou imprecisas (p. ex., “Você bateu a porta só para me irritar”) podem não ser verbalizadas, então não há meios para avaliar a sua validade. Para o indivíduo que faz a atribuição, esta parece adequada e, portanto, em sua mente está certa. Assim como a leitura mental, reagir como se as atribuições equivocadas estivessem corretas leva a desentendimentos, tensão e até mesmo discussões.

Alguns tipos comuns de atribuições equivocadas certamente causarão sentimentos ruins ou conflitos com os outros. Mais comumente, há atribuições equivocadas de intenções negativas ou maliciosas, como “ela queria que eu me atrasasse para o meu compromisso” ou “ele fez aquilo só por maldade”. O indivíduo que supõe esse tipo de coisa com frequência não a discute abertamente com a fonte, mas, em vez disso, partilha alguns desses pensamentos com outras pessoas, guarda-os para si mesmos ao mesmo tempo que se irritam silenciosamente ou os manifestam em uma ação contrária movida pela raiva.

A fonte do problema também pode ser atribuída equivocadamente. Culpar os outros por algo que possam não ter feito normalmente provoca uma interação de ataque e defesa que lembra uma partida de tênis, em que cada pessoa manda a culpa para a quadra adversária e o receptor se defende dela. A defesa pode tomar a forma de uma explicação racional ou de uma justificativa de posição particular, ou um contra-ataque. Por exemplo, “Você fez com que eu me atrasasse para o meu compromisso, e eu fiquei com cara de idiota por entrar depois que a reunião já havia começado” (culpa). “Eu não fiz com que você se atrasasse, você que não conseguia encontrar as chaves” (explicação). “Isso porque

você as tirou do lugar” (culpa). “Tive que tirá-las do lugar, elas estavam no meio da mesa de jantar” (justificativa). “Bem, se você se preocupasse mais com os assuntos domésticos, existiria um espaço vazio no balcão perto da porta onde eu pudesse deixar as minhas chaves” (contra-ataque). “Bem, se você não fosse tão mesquinho, poderíamos contratar uma empregada...” (contra-ataque).

Presumir a intenção ou propósito das ações alheias é outra atribuição equivocada possível resultar em conflito. Exemplo extremo é a paranoia. Os pacientes com paranoia presumem que terceiros têm intenções maliciosas de lhes causarem prejuízos. Nas interações cotidianas, não é incomum esses pacientes presumirem que os outros agem propositalmente para causar um resultado negativo, quando, na verdade, talvez não haja nenhuma evidência favorável. “Você fez isso de propósito.” “Não fiz, não. Foi um acidente.” “Não acredito em você.”

A intervenção recomendada para se corrigir as atribuições equivocadas é a mesma para corrigir os pensamentos automáticos negativos (ver Capítulo 9). Primeiro, as atribuições equivocadas são identificadas. Segundo, a sua validade é avaliada juntando evidências favoráveis e contrárias à atribuição. Uma abordagem alternativa é gerar outras explicações para o evento, para as quais haja alguma evidência. Se o terapeuta está trabalhando com um casal cujas atribuições equivocadas constituem um problema de comunicação comum, pode-se conversar acerca do assunto, de modo que o acusado explique a sua posição sem que o parceiro contra-ataque.

Falha em perceber a reciprocidade de um comportamento

Quando se examina como se desenvolveu um problema, como uma discussão

começou ou porque o problema continua apesar das tentativas de conversar e resolvê-lo, é fácil perceber o quanto os *outros* são responsáveis. Entretanto, a maioria dos problemas interpessoais resulta das ações de dois ou mais indivíduos. Isto é especialmente verdade no caso dos problemas de comunicação. Cada afirmação feita por um indivíduo é, ao mesmo tempo, uma resposta e um estímulo à próxima resposta, que, por sua vez, é um estímulo à próxima, e assim por diante. Trata-se de reciprocidade.

Embora a maioria das pessoas concordasse com o conceito básico de reciprocidade se chamada a atentar para o mesmo, poucos – e mesmo os muito hábeis – teriam consciência da reciprocidade até quando no meio de uma interação que vai mal. Se os indivíduos pudessem reconhecer a sua própria contribuição para uma comunicação pobre, poderiam alterar as suas respostas de modo a modificar o curso da interação. Por exemplo, se o marido e a esposa descritos anteriormente soubessem que cada contra-ataque defensivo aumenta a raiva e a frustração deles, um ou ambos poderia mudar a direção, o que levaria a uma resolução do conflito.

AJUDANDO OS PACIENTES A MELHORAR A SUA COMUNICAÇÃO

Os problemas de comunicação ocorrem entre no mínimo dois indivíduos, e é mais fácil para um terapeuta ajudar a resolver tais problemas se ambas as partes estiverem presentes. Entretanto, isto nem sempre é possível ou apropriado. Em alguns casos, a segunda parte é um chefe, alguém que mora em outra cidade ou país, ou o paciente não voltará a ver.

Quando possível e apropriado o terapeuta trabalhar com ambas as partes envolvidas para ajudar a resolver os problemas de comunicação, o papel do terapeuta assemelha-se ao de um árbitro (pode

ser útil ir para a sessão equipado com um apito e uma camiseta listrada). O trabalho do terapeuta consiste em auxiliar os dois participantes a seguir as regras do jogo comunicativo e a jogar limpo. Se algo fugir ao controle, o terapeuta usa o apito, pede um tempo e redireciona a interação, informando cada jogador o tipo de falta que cometeu e a maneira de proceder diferentemente.

Como jogar o jogo da comunicação

Antes que o jogo da comunicação comece, o terapeuta pode achar útil assumir o papel de técnico. O terapeuta ensina as regras básicas aos jogadores, demonstra cada comportamento, faz com que eles pratiquem e, entre as sessões, observa-os jogar e dá *feedback* em relação às possibilidades de melhora de suas habilidades.

Regras para o jogo da comunicação

Na interação normal cotidiana, não é usual impor nenhum tipo de estrutura comunicativa. Entretanto, a estrutura torna-se útil quando a comunicação é ineficiente ou exacerba as dificuldades no relacionamento. Ao se preparar para conversar sobre questões potencialmente conflituosas, é útil revisar as regras básicas do jogo comunicativo listadas a seguir:

- *Fique calmo.* É contraproduutivo tentar discutir as questões difíceis quando se está de alguma forma irritado ou estressado. Uma pessoa irritada pode deixar as emoções ditarem a escolha das palavras e das soluções oferecidas. Soluções que parecem razoáveis no calor da raiva podem se revelar inapropriadas se examinadas mais tarde. É melhor esperar até que a emoção diminua que correr o risco de tomar decisões ruins.

- *Seja organizado.* É melhorar abordar uma conversa problemática depois de haver reservado algum tempo para pensar sobre qual é o problema e o que deve acontecer para que seja resolvido. Além do mais, é útil ter um plano para discutir a questão.
- *Seja específico.* As reclamações gerais (p. ex., “Não estou feliz”, “Você é irresponsável” e “Não aguento mais essa situação”) não podem ser facilmente resolvidas. É necessário especificar a ação, evento ou processo problemático. Como ele pode ser descrito? Como poderia saber que estava acontecendo se o observasse? O que causa o desconforto?
- *Seja claro.* Fazer rodeios ou falar utilizando termos vagos dá margem à má interpretação da mensagem. Talvez pareça que a mensagem pretendida foi recebida, mas isso pode não ter acontecido com precisão.
- *Seja um bom ouvinte.* A melhor maneira de ser escutado é ser um ouvinte atencioso. Escutar com atenção, sem interromper, é importante. O ouvinte não deveria meramente usar o tempo de fala da pessoa como uma oportunidade para preparar respostas (ou defesas).
- *Seja flexível.* A solução dos problemas entre indivíduos requer dar e receber. Embora um plano para resolver os problemas possa ter sido desenvolvido antes que a conversa em questão começasse, é importante considerar as ideias dos outros antes de selecionar uma solução. Além disso, é provável que os outros tenham opiniões diferentes do problema, e todos os participantes deveriam abordar a conversa como se a perspectiva dos outros fosse tão importante quanto a sua própria.
- *Seja criativo.* Ao gerar uma solução para um problema específico, é útil olhar além das estratégias usadas no passado, para ser imaginativo e experimentar novos planos. Se eles não funcionarem, pode-se tentar outro método.

- *Tente simplificar.* Aqueles com dificuldades de comunicação deveriam resolver um problema de cada vez. Ao conversar sobre um problema, deveriam descrevê-lo da maneira mais simples possível. Se a conversa começa a ser desviada para outros tópicos, pare e redirecione a conversa de volta ao tópico original.

Estratégia do jogo comunicativo

O primeiro passo no jogo comunicativo é se preparar para a conversa. Cada indivíduo deveria preparar uma definição clara do problema e uma lista das pessoas afetadas por ele e de que maneira isso ocorre. Afirmar sobre o problema que não critiquem ou culpem os outros são as mais construtivas. Por exemplo, uma afirmação objetiva como “O problema é que as nossas contas não estão sendo pagas em dia, e estou preocupado que nossos serviços sejam cortados” é mais efetiva que uma afirmação que culpe o outro, como “Você está sendo totalmente irresponsável. Será que você não se importa com nada além de si mesmo? Você disse que pagaria as contas e nem ao menos se deu ao trabalho de olhar para elas. Você não vai ficar feliz até que a empresa de eletricidade corte a nossa luz”.

Como parte de uma preparação para a conversa, também é útil que cada um considere quais ações são necessárias para se resolver o problema e gerar uma lista de soluções em potencial. A hora certa é importante na comunicação bem-sucedida e a conversa deveria ser marcada em um horário conveniente para todas as partes. Como um passo final de preparação, cada parte deveria reservar um tempo para ficar em estado emocional calmo antes de começar a conversa sobre as questões problemáticas.

O primeiro objetivo da solução de problemas na conversa é definir o problema. Cada parte pode ter uma definição di-

ferente a respeito e deveria expor a sua perspectiva. O profissional auxilia os participantes a gerar uma definição mutuamente favorável da natureza do problema antes que se tente uma solução.

O segundo objetivo da conversa é selecionar uma solução para o problema. Os participantes podem começar esse processo simplesmente listando todas as soluções possíveis, sem avaliar a praticabilidade de cada uma delas. Depois de eliminar da lista aquelas soluções improváveis, as partes deveriam avaliar a probabilidade de sucesso, a praticabilidade e a aceitabilidade das sugestões remanescentes. As melhores soluções são aquelas que exigem ação de todas as partes envolvidas. Por exemplo, “Paguei as contas em dia, se você me lembrar quando estiver na hora de pagá-las”. A solução escolhida deve especificar:

1. quem irá agir;
2. qual ação será tomada e
3. quando será realizada.

É útil especificar os meios para avaliar o sucesso da intervenção. Como as partes saberão se a solução foi eficiente? Também é importante estabelecer um prazo para avaliar o êxito da intervenção. Por exemplo, “Vamos tentar isto pelos próximos dois meses para ver se funciona”.

Superando a falha de comunicação

A fonte mais comum de interrupção da comunicação é a emoção. Como abordado anteriormente, emoções intensas como a tristeza, a frustração ou a raiva podem influenciar a maneira como a informação é transmitida e recebida. Se o nível emocional de qualquer indivíduo se torna desconfortável ou parece interferir na interação, a conversa deve ser interrompida até que a intensidade da emoção diminua substancialmente. É essencial que se planeje a retomada da conversa em uma

hora específica. Para interromper a interação, o indivíduo pode dizer: “Estou ficando muito perturbado para conversar sobre isso. Vamos interromper e conversar novamente sobre isso depois do jantar”. Outra maneira de interromper uma interação é conversar a respeito do próprio processo de comunicação. “Isto não está acontecendo da maneira planejada. Estamos ficando mais irritados em vez de tentarmos solucionar o problema. Vamos parar por agora e tentar novamente mais tarde.”

É possível salvar a conversa seguindo as regras de comunicação de forma estruturada. Uma “cola” ou lista dos passos para a solução dos problemas proporcionam este tipo de estrutura. Se a conversa continuar mal, pode ser útil para as partes anotar as informações que querem comunicar às outras partes. Por exemplo, talvez seja útil cada um escrever uma definição do problema, assim como uma lista das soluções em potencial.

Se ficar evidente que as partes não podem resolver uma questão por meio da conversa, há necessidade de incluir uma terceira parte, como o terapeuta. O mediador não deve ser alguém profundamente envolvido no problema, um membro familiar, que provavelmente tomará partido (p. ex., sogra), ou alguém que possa estar negativamente afetado pelo processo da conversa (p. ex., um filho). Auxiliaria se cada parte conversasse individualmente com o terapeuta para receber ajuda na definição do problema ou na geração de soluções.

OUTROS PROBLEMAS DE RELACIONAMENTO COMUNS AOS PACIENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR

Além dos problemas de comunicação, existem vários sintomas de depressão e de mania que podem interferir nos relacionamentos interpessoais. Aqui se incluem as distorções cognitivas, como a visão em tú-

nel ou o monitoramento seletivo dos eventos negativos enquanto se ignoram os eventos positivos e neutros nos relacionamentos, bem como expectativas fantasiosas. A diminuição da libido pode limitar a intimidade e reduzir interações positivas que compensem o estresse dos eventos negativos. Nas seções que seguem, esses sintomas são abordados com algumas sugestões de tratamento para os pacientes e seus familiares.

Monitoramento seletivo dos eventos negativos

Não é incomum que os indivíduos que têm relacionamentos infelizes tomem ciência de cada erro cometido por seu parceiro. De maneira semelhante, as pessoas deprimidas prestam atenção seletivamente aos eventos negativos, “perdendo” os positivos. Os indivíduos deprimidos que vivem relacionamentos problemáticos relatam com absoluta certeza que “nada de bom” lhes acontece ultimamente. Para determinar se isso é verdadeiro, o profissional pode instruir o casal a manter um diário e a anotar cada ponto positivo do parceiro. Este exercício amplia o foco negativo de ambos parceiros para incluir um rastreamento das interações positivas. Um relatório mais equilibrado sobre os eventos permite que o profissional determine se existe uma inexatidão perceptível ou desequilíbrio real que necessite de atenção no número de eventos positivos e negativos do casamento.

Diminuição ou aumento da libido

Conforme a intensidade da mudança no interesse sexual do paciente e o impulso do parceiro, as flutuações na libido causam estresse nos relacionamentos. O estresse causado pela diminuição do interesse

sexual o que é mais comum na depressão, difere do estresse causado pelo aumento desse interesse, o que é mais comum na mania. A diminuição do interesse sexual é geralmente acompanhada por uma redução do nível de energia, por falta de motivação e de habilidade para apreciar as atividades em geral. Para o parceiro, a diminuição da libido do paciente pode ter outros significados ao relacionamento, por exemplo, o paciente não acha mais o parceiro atraente, não está mais apaixonado ou tem um caso com outra pessoa.

No aconselhamento de casais que tiveram diminuição do interesse sexual, é útil perguntar a cada parceiro o que acredita significar essa alteração. Frequentemente, a intervenção mais útil ao casal é fornecer-lhes uma alternativa e uma razão menos condenatória para a diminuição do interesse sexual, por meio da educação de ambos parceiros sobre os sintomas comuns da depressão e sobre a maneira como tais sintomas interferem na intimidade sexual.

O aumento do interesse sexual é particularmente problemático se o paciente tem um relacionamento monogâmico, mas por impulso envolve-se sexualmente com outras pessoas. O paciente pode nunca revelar a sua promiscuidade sexual ao parceiro. Entretanto, caso este descubra, frequentemente é muito difícil para ele aceitar e perdoar tal comportamento como um mero sintoma da doença. Nesses casos, o casal pode solicitar aconselhamento para resolver a questão e desenvolver um plano de prevenção de uma ocorrência futura.

Expectativas fantasiosas quanto ao relacionamento

Quando duas pessoas começam um relacionamento, geralmente têm expectativas específicas de um para com o outro e para com o relacionamento. A maior parte das expectativas não são mencionadas e podem até estar fora da esfera consciente

do indivíduo. Elas se originam do que os indivíduos observaram, aprenderam e imaginaram à medida que se tornaram adultos. Algumas pessoas esperam reproduzir o que observaram em casa, e outras esperam fazer exatamente o oposto, na esperança de ter um estilo de vida diferente daquele vivenciado durante a infância.

Se duas pessoas se casam antes do início do primeiro episódio de depressão ou mania, não tinham como saber de que forma o transtorno afetaria suas vidas. As expectativas antigas podem não ser mais alcançáveis. Os cônjuges dos pacientes descrevem que se compadecem e se preocupam com os parceiros, enquanto simultaneamente sentem raiva, como se houvessem sido “enganados”, porque o casamento que têm agora não é o mesmo que anteciparam no início. Os cônjuges dos pacientes com transtorno bipolar entendem que seus parceiros estão doentes e se sentem obrigados a permanecer ao seu lado, apesar das dificuldades. Entretanto, alguns nunca descobrem que o parceiro tem a doença, porque os problemas são tão grandes que o casamento terminou antes que se fizesse o diagnóstico.

A negação da gravidade ou da natureza recorrente da doença por parte do paciente e do parceiro pode evitar que eles se ajustem às suas expectativas para o comportamento do cônjuge e para a estabilidade do casamento.

A Sra. Okuma achava que poderia dar conta dos filhos, do trabalho e de suas muitas outras responsabilidades cívicas e familiares, apesar das depressões recorrentes. Ela assumia responsabilidades com o mesmo vigor que havia mostrado antes do início do transtorno. Ela se comprometia com mais do que podia dar conta, sentia-se culpada e irritada consigo mesma por não conseguir completar todas as tarefas perfeitamente, acabando por tornar-se imobilizada.

Diferentemente, a Sra. Iinuma estabeleceu limites para a quantidade de tra-

balho que aceitava, fazendo os ajustes necessários para se adaptar ao seu nível de energia, interesse e concentração. Entretanto, o seu marido não havia ajustado as suas expectativas em relação a ela e comunicava com um comportamento não-verbal negativo que estava desapontado quando ela falhava em completar as tarefas domésticas, em preparar as refeições ou em trabalhar um número suficiente de horas. Ela se sentiu dividida entre tentar agradá-lo e tentar cuidar de si mesma.

Em qualquer um desses cenários, é útil que o clínico conheça ambos parceiros para renegociar um contrato de relacionamento, no qual cada parte expõe o que espera do outro e o que se dispõe a fazer para que o casamento dê certo. Como em qualquer contrato, é importante definir claramente os termos para que ambos cônjuges saibam o que se espera de cada um e o que podem esperar do parceiro.

Pontos-chave para o terapeuta lembrar

- É difícil para as pessoas com transtornos de humor distinguir entre uma rejeição ou crítica real e as suas próprias distorções cognitivas. Às vezes, os pacientes conseguem reconhecer intelectualmente que os comportamentos alheios não pretendiam provocar rejeição ou crítica, mas estão impossibilitados de inibir ou reduzir as suas fortes reações emocionais.
- Os filtros de comunicação podem incluir um estado de mau humor, como a raiva; atitudes negativas, como o pessimismo e um desconforto físico, como o cansaço, ou qualquer outro aspecto que influencie a maneira como o indivíduo fala com os outros e interpreta as mensagens alheias. Os filtros consideram as discrepâncias entre a mensagem que o emissor pretende trans-

mitir e a mensagem que o receptor de fato recebe.

- Se o paciente ou o casal tem dificuldade na tarefa de comunicação, parece desorganizado, falha em expressar o problema claramente ou não consegue progredir na direção de uma solução, é provável que eles tenham um déficit de habilidade.
- Se os indivíduos reconhecem a sua própria contribuição para uma comunicação pobre, poderiam alterar as suas respostas de modo a modificar o curso da interação.

Pontos para discutir com os pacientes

- Pode ser muito frustrante para os cônjuges de pacientes deprimidos lidar com probabilidades negativas que parecem ilógicas. Tentativas de “convencê-los a sair” da sua negatividade geralmente falham e podem até piorar o conflito. O cônjuge pessimista acusa o otimista de negligenciar os problemas, enquanto o cônjuge otimista acusa o pessimista de encontrar problemas onde não existem.
- O emissor não transmite apenas palavras, assim como o receptor pode alterar as mensagens por “extrair um significado” além ou aquém do que o emissor pretendia. Às vezes, o ouvinte escuta uma mensagem com um tom não-verbal ou relação de valor diferente na voz do falante e que

ocorreu de fato, ou escuta a parte negativa da mensagem e desconsidera a parte positiva.

- Fazer leitura mental, um erro de comunicação comum, advém do pressuposto equivocado de que, depois de conhecer o outro por algum tempo, é possível saber o que pensa ou como se sente. Ensinar as pessoas a fazer perguntas em vez de suposições é a chave para reduzir a leitura mental.
- Quando se examina como se desenvolveu um problema, como uma discussão começou ou porque um problema persiste apesar das tentativas de conversar e resolvê-lo, é fácil perceber o quanto os *outros* são responsáveis. Entretanto, a maioria dos problemas interpessoais resulta das ações de dois ou mais indivíduos.
- Não é incomum para as pessoas que vivem relacionamentos infelizes ter ciência de cada erro cometido pelo parceiro e relatar com absoluta certeza que “nada de bom” lhes acontece ultimamente. Este pode ser um exemplo de visão em túnel.
- No aconselhamento de casais que tiveram diminuição do interesse sexual, é útil perguntar a cada parceiro o que acredita significar essa alteração. Educar ambos parceiros sobre os sintomas comuns de depressão e sobre a maneira como os mesmos interferem na intimidade sexual dá aos casais uma alternativa e uma razão menos condenatória para a diminuição do interesse sexual.

Escolhendo um programa de tratamento

No Capítulo 1, dividimos os pacientes com transtorno bipolar em três grupos: aqueles recentemente diagnosticados; aqueles que já tem um pouco de experiência com a doença, mas ainda não alcançaram a remissão dos sintomas, e aqueles que na maior parte do tempo estão sintomaticamente estáveis. A Tabela 1.1 resumiu as intervenções sugeridas para cada um desses grupos, mas a repetimos na Tabela 13.1 por uma questão de clareza.

SEQUENCIANDO A INTERVENÇÃO

Com os pacientes nunca expostos aos tratamentos cognitivo-comportamentais é razoável progredir sistematicamente, por meio de cada série de intervenções, começando pelas sugeridas aos pacientes recentemente diagnosticados, passando aos sintomáticos e, em seguida, aos pacientes que alcançaram a remissão.

TABELA 13.1

Intervenções sugeridas por grupo de paciente

Recém-diagnosticado

- Educação
- Instruções sobre o gerenciamento do estilo de vida
- Planilha de resumo dos sintomas

Experiente, mas ainda instável

- Gráficos de monitoramento do humor
- Planilha de resumo dos sintomas
- Controle dos fatores desencadeantes
- Gerenciamento dos sintomas cognitivos
- Gerenciamento dos sintomas comportamentais
- Treinamento da adesão

Sintomaticamente estável

- Prevenção de recaída
- Manutenção da adesão
- Realização de objetivos de vida

Uma segunda estratégia é selecionar intervenções que se encaixem com os problemas específicos apresentados por um dado paciente. Se o tempo é limitado, os profissionais podem selecionar as intervenções que têm tempo de completar e transferir as demais para uma outra consulta ou para um terapeuta que disponha de mais tempo para trabalhar com o paciente.

Uma terceira possibilidade é usar o guia, sessão por sessão, da primeira edição deste livro (Basco e Rush, 1996), apresentado no Anexo A. O protocolo original de TCC para o tratamento do transtorno bipolar baseou-se na suposição de que a intervenção seria desenvolvida em 20 sessões, cada uma com duração de 50 minutos inteiros por consulta. O que se tornou aparente depois de treinar tantas pessoas para aplicar a intervenção original é que a maioria dos profissionais que tratam portadores de transtorno bipolar não podem se dar o luxo de empregar 20 sessões de terapia, seja porque os planos de saúde não cobrem os 20 encontros de psicoterapia, seja porque o profissional é um psiquiatra com uma agenda cheia e só tem tempo para conduzir consultas curtas de ajuste da medicação.

APRENDENDO COM A EXPERIÊNCIA

Lembremos de que a força da TCC está em alterar o curso do transtorno bipolar com o passar do tempo. Com intervenções imediatas e mais agressivas, os períodos de crise devem ser mais breves, e os de saúde, mais longos. Os sintomas sub-sindrômicos da depressão, que frequentemente persistem entre os episódios, podem ser minimizados, havendo melhora na satisfação com a vida. Cada ocorrência de recaída de depressão, de mania ou de estados mistos configura uma oportunidade para aprender mais a respeito dos fatores que desencadeiam as recorrências em um determinado paciente. Com tais informa-

ções, o paciente e o profissional podem estar mais bem preparados nos seus esforços de impedir a próxima recaída em potencial. Por exemplo, se uma recaída de mania ocorre, seguida de um nível maior de ansiedade por várias semanas, o paciente e o terapeuta percebem isso, para que, na próxima vez em que a ansiedade reaparecer, seja observada mais cuidadosamente como um sinal em potencial de recaída, a fim de que medidas preventivas sejam tomadas para manter a adesão à medicação sob controle, regular o sono e reduzir a estimulação. Se o aumento gradativo persistir, apesar desses esforços, talvez haja necessidade de alteração no esquema de medicação a fim de auxiliar a conter os sintomas.

Às vezes o paciente conhece os sinais de uma recaída, está ciente das precauções que precisam ser tomadas e escolhe não fazer nada a respeito. Em razão do risco de recorrência não ser 100%, os indivíduos apostam que conseguem vencer a probabilidade ultrapassando os limites, não cuidando de si próprios ou desafiando médicos, pais ou terapeutas. Isto é particularmente verdade com os adolescentes e jovens adultos que não tiveram muita experiência com as consequências de permitir que a mania e a depressão se desenvolvessem por completo. Essas pessoas talvez enfrentem vários episódios antes que se disponham a aceitar o fato de que a doença é recorrente e que devem assumir o controle sobre ela, em vez de permitir que a doença as controle. Eis um bom exemplo:

Jamie tem 23 anos, concluiu a faculdade recentemente e apresenta transtorno bipolar há cinco anos. Ele teve dois episódios de depressão maior que interferiram na sua habilidade de funcionar na escola e exigiram que ele se ausentasse por dois longos semestres. Ele conseguiu se formar com o título de bacharel e foi aceito em uma universidade de administração no semestre seguinte, mas, antes que pudesse iniciar o curso, teve o seu

primeiro episódio grave de mania. O episódio anterior havia sido razoavelmente fácil de conter e teve curta duração. O recente o fez acabar internado por uma semana.

Quando Jamie teve alta, começou imediatamente uma TCC como parte do seu tratamento de manutenção. Na primeira sessão, ficou óbvio que Jamie não estava exatamente pronto a aceitar o diagnóstico de transtorno bipolar ou as limitações na sua vida social que lhe eram sugeridas pelo psiquiatra. Ele minimizou a gravidade da sua situação e alegou não se lembrar do seu comportamento durante a mania. Jamie era jovem e cheio de energia. Ele e seus amigos amavam fazer festa várias vezes por semana. Todos eles gostavam de fumar maconha e de beber. Depois da internação, Jamie começou a sair com os seus amigos, indo contra a recomendação de seus pais e do médico e, em duas semanas, parou de tomar a medicação, tendo uma recaída de mania. Foi encontrado, depois de vagar por horas em um *shopping center*, por um guarda que chamou a polícia alegando que ele estava bêbado. No início, isso era estarrecedor para Jamie, para os seus pais e para o psiquiatra. Havia parecido que ele estava melhorando, embora tenha mentido para todos sobre o seu abuso de substância. Jamie foi hospitalizado novamente para “ajustar a medicação” e mais uma vez liberado alguns dias depois. Nas primeiras semanas depois da segunda hospitalização, Jamie tentou ser mais consistente com a medicação e até evitou o consumo de álcool. Ele disse aos amigos que estava tomando antibiótico por causa de uma infecção e teria que ficar longe das bebidas alcoólicas por uns tempos. Os amigos não fizeram nenhuma objeção em relação a isso. Entretanto, Jamie manteve algumas bebidas em seu apartamento para oferecer aos amigos e para não dar a impressão de que não poderia mais beber. Não demorou muito para Jamie sucumbir à tentação de beber e de fumar novamente e, em pouco tempo, ele teve outra recaída e foi hospitalizado. Desta vez, ele tinha batido em um poste, na esquina de uma rua, e foi preso por dirigir em-

briagado. Depois de passar uma noite na prisão, foi transferido para a unidade psiquiátrica local. Enquanto isso, os pais de Jamie haviam estado em seu apartamento e deduziram seus hábitos com os amigos e a contribuição disso para a doença. Estavam irritados com Jamie, frustrados com o médico por não controlar a doença e prontos a desistir do terapeuta que não havia conseguido fazer com que Jamie mudasse o seu comportamento.

Jamie sabia do que precisava para ficar bem, mas não estava apto a fazê-lo. Seu desejo de ser uma pessoa normal incluía beber quando quisesse e não ter que depender de medicamentos para controlar o seu humor. Preciso de nove meses de mania, novas hospitalizações, perda da data de inscrição da universidade e vários outros problemas com a justiça antes que estivesse pronto para aceitar o fato de que possuía um problema e que somente ele poderia controlar o seu próprio destino.

A moral da história de Jamie é que, se um paciente não está apto a aceitar a doença, o tratamento e as restrições no estilo de vida, a TCC não auxiliará.

SELECIONANDO INTERVENÇÕES

A Tabela 1.2 do Capítulo 1 apresentou um resumo dos problemas dos pacientes, das intervenções sugeridas e do lugar das instruções relevantes neste livro. Se um determinado paciente possui vários desses problemas, primeiro se ensinam as intervenções voltadas aos pacientes recentemente diagnosticados, antes de se ensinar as voltadas aos pacientes experientes. É aceitável ensinar as intervenções fora da sequência apresentada neste livro se isso significar o melhor suprimento das necessidades dos pacientes. O princípio mais importante de seleção e sequência das intervenções é fazer o melhor para o paciente, tratando as necessidades mais urgentes primeiro.

DESAFIOS TERAPÊUTICOS

Apresentamos alguns exemplos de como temos lidado com alguns obstáculos terapêuticos comuns ou complexos, dentro dos limites deste manual. Não esperamos dar respostas para todas as perguntas apresentadas pelos terapeutas. Entretanto, oferecemos um modelo para superar os problemas conforme a estrutura deste manual. Terminamos este capítulo e o livro tratando de vários pressupostos ou crenças equivocadas que os terapeutas possam ter sobre o uso desta obra. Nossas respostas racionais para cada uma dessas crenças disfuncionais são apresentadas.

Gerenciando as comorbidades

Aproximadamente 60% das pessoas diagnosticadas com transtorno bipolar sofrem de um ou mais transtornos psiquiátricos comórbidos (McElroy et al., 2001). Os diagnósticos psiquiátricos secundários mais comuns são o abuso de álcool e drogas (Weissman e Johnson, 1991), estimados em 17 a 64% dos pacientes com transtorno bipolar tipo 1 (Brady, Casto, Lydiard, Malcolm e Arana, 1991; Strakowski, Tohen, Stoll, Faedda e Goodwin, 1992). Até 42% têm um transtorno de ansiedade comórbido, sendo a síndrome do pânico a mais prevalente (McElroy et al., 2001). Muitos têm incidência de transtorno de estresse pós-traumático (Strakowski et al., 1992). O tratamento das comorbidades está além da extensão deste manual; entretanto, existem muitos livros excelentes disponíveis que descrevem a abordagem do tratamento cognitivo-comportamental aplicado ao abuso de drogas (p. ex., Beck, Wright, Newman e Liese, 1993), à fobia social (p. ex., Heimberg e Becker, 2002), ao transtorno obsessivo-compulsivo (p. ex., Clark, 2004), à síndrome do pânico e aos transtornos de ansiedade generalizados (p. ex., Barlow, 2001), bem como ao transtorno de

estresse pós-traumático (p. ex., Follette, Ruzek e Abueg, 1998).

Como no exemplo de Jamie, descrito anteriormente, o abuso de drogas pode interferir bastante no tratamento do transtorno bipolar. Entretanto, é igualmente válido dizer que o tratamento incompleto do transtorno de humor torna o abuso de drogas um problema maior. Os profissionais devem usar o seu melhor julgamento para decidir como proceder no tratamento. A sabedoria convencional sugere que uma abordagem ampla pode ser melhor se permitir o gerenciamento de ambos os transtornos, o primário e o comórbido.

A filosofia e os métodos dos Alcoolistas Anônimos (AA) e dos Narcóticos Anônimos (NA) funcionam bem em conjunto com a TCC e com frequência são recomendados aos que têm problemas com abuso de substâncias. Os métodos da TCC reforçam as mudanças de atitude requeridas pelo AA e NA, e o apoio proporcionado pelos membros do grupo pode acentuar de modo positivo o efeito da TCC quando a solidão ou o isolamento social estiver agravando os sintomas da depressão. Para aqueles que têm fobia social, as experiências em grupo proporcionam um laboratório de teste das novas habilidades para estar com as pessoas.

As habilidades de identificação e controle dos desencadeadores de recaídas descritas no Capítulo 7 podem ser aplicadas ao abuso de substâncias. Os métodos – reconheça, controle e corrija as cognições distorcidas abordados no Capítulo 9 – podem facilmente ser aplicados a vários problemas comórbidos, incluindo a ansiedade, transtornos de alimentação e transtornos de estresse pós-traumático. As habilidades de gerenciamento do estresse desenvolvidas no Capítulo 11 são aplicáveis à maior parte dos problemas psicológicos e psiquiátricos porque as elevações de estresse tendem a provocar ansiedade, levam ao desejo de usar substâncias de abuso para escapar do desconforto, estimulam a ingestão de alimentos em excesso, a se

tornar uma bulimia e podem desencadear o retorno dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático.

Outra habilidade que facilita o tratamento dos transtornos é o envolvimento dos familiares ou o aumento de outras fontes de apoio social quando a família não tem disponibilidade ou não se dispõe a participar do tratamento. O isolamento social só alimenta a angústia. Por essa razão, as habilidades interpessoais abordadas no Capítulo 12 auxiliam a melhorar os relacionamentos dos pacientes. Quando possível, o envolvimento dos entes queridos no processo de terapia é muito útil. Proporciona aos membros da família uma oportunidade de conhecer o terapeuta e de serem informados do que acontece durante as sessões. Isto desmitifica o processo de tratamento e incentiva as pessoas, dando apoio e fazendo-as facilitar o cuidado, em vez de se opor a ele.

Às vezes, uma terapia familiar adicional é necessária quando a doença acarreta o desenvolvimento de problemas psicossociais ou quando existem dificuldades de comunicação ou outras questões que não estão relacionadas com a doença. Em razão de a família poder ser uma importante fonte de apoio ao paciente submetido ao tratamento do transtorno bipolar, qualquer ruptura nessas relações deveria ser resolvida. Caso contrário, a família se torna apenas outra fonte de estresse que faz com que o paciente corra risco de ter uma recaída.

Intervenção na crise

No curso da terapia, não é anormal acontecer um desvio do foco principal por causa de uma grande crise na vida do paciente, tal como uma gravidez inesperada, problemas com a justiça, uma ameaça de divórcio, um acidente de carro ou um problema de comportamento de um dos filhos. O terapeuta deve decidir quando e

como se desviar do plano de tratamento e, então, como retornar à agenda planejada. Alguns pacientes parecem estar sempre experimentando crises, menores ou maiores. Pode-se seguir um protocolo nesses casos?

As crises não podem ser ignoradas ou desconsideradas. Deve-se conversar sobre elas por algum tempo durante a sessão. Fracassar no reconhecimento de sua importância arrisca prejudicar a aliança terapêutica com o paciente. Às vezes, o paciente precisa de ajuda para resolver a crise. Às vezes, pode já ter desenvolvido um plano ou tomado alguma atitude na direção de resolver a crise e quer meramente relatar ao terapeuta o que aconteceu. Contar a história, todavia, pode ocupar uma sessão inteira. O terapeuta deve rapidamente avaliar se a crise foi ou não resolvida e quanto tempo será necessário para uma conversa mais longa. Isto pode ser feito no início da sessão, quando os tópicos a tratar estão sendo estabelecidos. Às vezes, os pacientes começam contando a sua história tão logo a porta se fecha e a sessão inicia.

Em outros casos, a crise pode ser o conteúdo usado para ensinar uma intervenção de TCC ao paciente. Por exemplo, o paciente apresenta um problema relacionado ao preenchimento da sua declaração de imposto de renda até a data estabelecida. O estabelecimento de metas e as intervenções de solução de problemas são ensinados usando a declaração de imposto como exemplo. Se o terapeuta tiver sorte, o problema apresentado pelo paciente será adequado à agenda planejada para a sessão.

Os pacientes como receptores passivos de cuidados

Infelizmente, muitos estabelecimentos institucionais familiarizam inadvertidamente os portadores de transtorno bipolar como receptores passivos de cuidados, em

vez de consumidores ou participantes ativos no seu cuidado. Quando estão gravemente doentes, as pessoas com transtorno bipolar às vezes se encontram incapazes de cuidar de si próprias. São períodos em que com frequência há necessidade de hospitalizações. Mesmo que muitas instituições trabalham com o intuito de mudar esses ambientes para não promover a passividade e sim defender uma participação ativa do paciente no seu cuidado, os adultos atualmente em tratamento para o transtorno bipolar podem já ter “aprendido” a se comportar passivamente.

Uma visão passiva do papel do paciente no tratamento opõe-se à visão colaboradora defendida por este livro. Por tal razão, em muitos casos o terapeuta precisa empregar tempo para acostumar os pacientes dentro do novo papel colaborador no curso do tratamento. Contraria-se a visão institucional dos pacientes enquanto receptores passivos de cuidados por meio de sua participação ativa. Isto significa incentivá-los a fazer perguntas, questionar suas opiniões e fornecer amplas oportunidades para contarem histórias pessoais.

Os pacientes acostumados ao papel passivo por vezes pedem conselhos ou orientação ao terapeuta. O terapeuta solícito sente-se inclinado a prover algum tipo de orientação. Uma estratégia útil e que estimula os pacientes a serem “solucionadores de problemas” ativos consiste em perguntar-lhes sobre como lidaram com problemas semelhantes no passado.

Atrasos desenvolvimentais por causa da doença e seu impacto na terapia

Para muitos pacientes com transtorno bipolar, os sintomas da doença começaram no início da vida adulta ou na adolescência. Durante esses anos, os indivíduos

também aprendem a se relacionar com os outros de modo adulto e começam a desenvolver as suas próprias ideias sobre quem são e no que acreditam. Começam a examinar e a desafiar as crenças paternas, formando, em seu lugar, as suas próprias opiniões do mundo.

Esse processo de crescimento pode ser interrompido pela depressão ou pela mania nos indivíduos com transtorno bipolar. O impacto que isso tem no indivíduo resulta em atraso ou demora no crescimento social, psicológico e emocional. O que os terapeutas frequentemente veem nesses pacientes são habilidades interpessoais insatisfatórias, habilidades limitadas de lidar com os problemas, visão imatura de seus relacionamentos, deficiência para se separar dos pais o suficiente ou habilidades insatisfatórias de solução de problemas.

A relevância desses atrasos desenvolvimentais para o processo terapêutico está na escolha das intervenções. Como terapeutas, com frequência presumimos que nossos pacientes dispõem de habilidades sociais básicas como, por exemplo, obter informações, lidar com o estresse, interagir com os outros em várias situações sociais ou tomar decisões sobre as atividades do cotidiano. Com alguns pacientes que manifestaram o transtorno bipolar antes da idade adulta, pode haver bastante necessidade de auxiliá-los a desenvolver essas habilidades básicas. Para tanto, requer-se um tempo extra de terapia. Os pacientes podem desconhecer que não têm habilidades satisfatórias para viver até que experimentem novas habilidades ou se empenhem em atividades sociais que não lhes são familiares.

Para alcançar os objetivos deste manual de tratamento, os terapeutas devem avaliar e ensinar aos pacientes as habilidades necessárias para desempenhar cada intervenção. Quando o treinamento das habilidades básicas é necessário à melhor execução de uma intervenção, usa-se o tempo

que precisar para ensiná-las. Trata-se de um tempo bem utilizado e proporciona aos pacientes o aprendizado das habilidades básicas, que poderão aplicar em vários aspectos de suas vidas.

“Eu não consigo”

Superar vários episódios de depressão e de mania torna a maioria dos indivíduos com transtorno bipolar receosos e sem confiança. Teme-se que os sintomas retornem, especialmente quando há estresse ou demasiada exigência pessoal. Os atrasos, as perdas e a devastação que muitos vivenciam afetam a autoestima. Ao trabalhar com esses indivíduos, os profissionais devem encontrar um lugar entre exigir demais e desafiar insuficientemente. Em particular com as intervenções orientadas comportalmente, nas quais os terapeutas solicitam que os pacientes façam ações, pode haver resistência dos pacientes receosos quanto às consequências ou sem confiança nas próprias habilidades. “Eu não consigo” é uma cognição negativa a ser tratada com exercícios de reestruturação cognitiva, como experimentos para testar a validade da cognição. Tais experimentos devem ser simples o suficiente para que um determinado paciente os faça. Deve-se reservar um tempo para explorar os obstáculos potenciais ao sucesso da intervenção (ver Capítulo 5 para diretrizes), e para fazer ajustes e precauções se necessário. Depois de executada a intervenção, a cognição “Eu não consigo” deve ser reavaliada, levando em consideração as novas experiências.

Ensinar esses pacientes a monitorar os sintomas brandos subsindrômicos é difícil porque o medo de uma recorrência é tão grande que a admissão de qualquer sintoma, até mesmo brando, significa entrar em crise. Quando rótulos técnicos são usa-

dos para descrever os sintomas, os pacientes negam a sua ocorrência (p. ex., “Eu não estou com insônia, só estou com um pouco de dificuldade para pegar no sono”). O terapeuta pode trabalhar a negação do paciente usando rótulos mais palatáveis. Com alguns poucos pacientes, usamos rótulos diferentes para as âncoras do gráfico de monitoramento do humor, utilizando palavras mais fáceis de se compreender (p. ex., “estar jururu” em vez de depressão branda). O medo por trás de uma negação pode ser tratado com intervenções cognitivas descritas no Capítulo 6.

FALSOS PRESSUPOSTOS DOS TERAPEUTAS

“A TCC é para pacientes inteligentes e verbalmente habilidosos”

Por causa da ênfase na cognição, muitos terapeutas presumem que a TCC foi planejada para os pacientes verbalmente habilidosos ou altamente inteligentes. Nossa experiência até o momento presente tem sido com pacientes com vários graus de inteligência, educação e habilidade verbal. Não encontramos uma relação forte entre o quanto eles podem executar bem as intervenções de TCC e tais características. Assim como qualquer outra forma de terapia, a apresentação das intervenções pelo terapeuta deve ser adequada às necessidades de cada paciente.

Descobrimos que uma das habilidades verbais mais importantes nesta intervenção é a de rotular as experiências emocionais. Algumas pessoas possuem um vocabulário emocional limitado (p. ex., ou se sentem bem ou mal). Redefinir essas avaliações leva tempo e requer prática. Os terapeutas precisam ouvir as descrições dos pacientes e ajudá-los a definir as emoções

que experienciam, e, desta maneira, ir construindo o seu vocabulário emocional.

“Se as minhas explicações são claras, os pacientes as entendem”

A clareza de receber a informação é apenas parcialmente dependente da clareza de mandar a informação. O terapeuta sente que está transmitindo a informação, quando, na verdade, o paciente não a compreende. Equívocos comuns incluem transmitir muita informação de uma só vez, falar muito rápido, falar muito baixo, dificultando a audição, ou usar termos que excedam em sofisticação o vocabulário do paciente ou gírias.

Comumente, os pacientes não dizem aos seus terapeutas que estes falam muito ou rápido demais, ou então que é difícil compreendê-los. Entretanto, observa-se a sua falta de compreensão quando se espera que usem ou repitam a informação transmitida pelo terapeuta (p. ex., quando tentar completar um tema de casa). Em vez de haver um problema com a adesão às tarefas realizadas em casa, o problema verdadeiro pode ser a inadequada explicação das tarefas. *Presumir* que o paciente compreende sem perguntar é o primeiro erro do terapeuta.

“Os pacientes reconhecem a importância da tarefa”

Para muitos pacientes, o termo “tarefa” possui uma conotação negativa. Ele os faz lembrar os tempos da escola, dos professores punitivos e das interrupções na hora de brincar. O valor da tarefa pode ser apreciado de um ponto de vista lógico, mas emocionalmente a noção a respeito continua a se vincular às memórias negativas

do passado. O terapeuta que usar este manual de tratamento deve empregar algum tempo para ressocializar aos pacientes o conceito de tarefa semanal. O objetivo máximo desta intervenção terapêutica é ensinar habilidades que os pacientes usem por conta própria ao tentar combater os sintomas do transtorno bipolar. Por tal razão, a prática em casa entre as sessões de terapia é essencial para o processo de aprendizado. Infelizmente, só porque o terapeuta acredita que a tarefa é importante e a prescreve a cada semana, isso não quer necessariamente dizer que os pacientes aceitarão as instruções e cumprirão com as solicitações do terapeuta. Antes de dar o primeiro exercício de tarefa, o profissional deve perguntar aos pacientes como eles se sentem em relação à execução de tarefas em casa entre as sessões. Se a resposta for negativa, o profissional deve pedir que falem mais a respeito do assunto. Presta-se atenção nos pensamentos automáticos negativos sobre fazer a tarefa. Ajuda-se o paciente a comparar a tarefa dada na terapia com o tema de casa escolar. Ressaltam-se as diferenças cruciais, como, por exemplo, a inexistência de prova ou “nota” atribuída à tarefa terapêutica. A tarefa da terapia é mais como alguns exercícios práticos que devem ser feitos regularmente para se adquirir uma habilidade, como fazer cestas no basquetebol, ou praticar chutes no futebol. Não se atribui nota à prática em si, mas ela realmente influencia a capacidade de adquirir ou aprimorar uma habilidade.

Os profissionais devem usar a intervenção da adesão cada vez que dão uma instrução de tarefa. Primeiro, o profissional deve estar certo de que o paciente entende como executar a tarefa. Segundo, ele deve ajudar o paciente a antecipar fatores que possam interferir na conclusão da tarefa: “O que poderia impedi-lo de preencher o seu gráfico de monitoramento do

humor desta semana?”. Terceiro, o profissional deve desenvolver um plano para evitar ou para superar os obstáculos quando ocorrem. Os pacientes aprendem rapidamente essa intervenção e se movimentam pelo processo dos três passos com pouca assistência do terapeuta.

Outra crença disfuncional dos terapeutas é que, se os pacientes têm a habilidade para fazer a tarefa, eles a farão. Como sugerido anteriormente, vários fatores podem não permitir que os pacientes completem os exercícios de tarefa. Para uma síntese, consultemos os capítulos 4 e 5, sobre a adesão ao tratamento.

“Essa intervenção funciona com todos os pacientes”

O desenvolvimento deste manual de tratamento fundamentou-se em um paciente com transtorno bipolar prototípico. As intervenções individuais deveriam ser aplicáveis à maioria dos pacientes que apresentam o transtorno. É provável que, frente a cada paciente específico, os procedimentos deste manual não sejam suficientemente abrangentes para a representação de todos os pacientes em todos os momentos. Consequentemente, o terapeuta precisará usar outros métodos de TCC.

Também é possível que, em certos casos, esta forma de tratamento não seja útil de forma alguma. Isto pode ser particularmente verdade quando o paciente apresenta problema de abuso de substância e há necessidade de tratar disto antes de se aplicar este manual.

“Esta intervenção é simples e não requer muito treinamento”

Nosso objetivo ao escrever este manual era fazer com que as instruções resultassem

simples de seguir. Presumimos que profissionais com diversas experiências clínicas lerão o manual; por essa razão, tentamos ser explícitos nas instruções e limitar a terminologia do texto. Também quisemos que os pacientes, seus familiares e amigos pudessem ler juntamente e compreender as intervenções. Por vezes, as nossas descrições das intervenções parecem tão simples que os pacientes talvez julguem poder segui-las por conta própria. Na verdade, isso é possível em alguns casos. A intenção deste manual foi apresentar um pacote de intervenções que tratasse cada um dos nossos objetivos de tratamento. Sabíamos que, para serem administradas com êxito, os profissionais precisariam “improvisar” para personalizar os procedimentos às necessidades especiais dos pacientes. Consequentemente, uma considerável habilidade clínica é necessária à administração adequada dessas intervenções. Os profissionais e pacientes em treinamento devem procurar supervisão de um terapeuta cognitivo experiente quando estiverem aprendendo as intervenções.

Pontos-chave para o terapeuta lembrar

- A força da TCC está em alterar o curso do transtorno bipolar com o passar do tempo. Cada ocorrência de uma recaída de depressão, de mania ou de estados mistos consiste em uma oportunidade de se aprender mais a respeito dos fatores que desencadeiam as recorrências em um determinado paciente.
- Se um paciente não está apto a aceitar a doença, o tratamento e as restrições no estilo de vida, a TCC não o auxiliará.
- Às vezes, os pacientes passaram por uma crise, mas podem já ter desenvolvido um plano ou tomado alguma atitude na direção de resolver a crise e querem meramen-

te relatar ao terapeuta o que aconteceu. Contar a história, todavia, pode ocupar uma sessão inteira. O terapeuta deve rapidamente avaliar se a crise foi ou não resolvida e quanto tempo é necessário para uma conversa mais longa.

- Muitos estabelecimentos institucionais acostumam inadvertidamente as pessoas com transtorno bipolar como receptores passivos de cuidados, em vez de consumidores ou participantes ativos no seu próprio cuidado. Uma visão passiva do papel do paciente no tratamento opõe-se à visão colaborativa defendida por este livro.
- Como terapeutas, frequentemente pres-supomos que nossos pacientes tenham habilidades sociais básicas como, por exemplo, obter informações, lidar com o estresse, interagir com os outros em várias situações sociais ou tomar decisões sobre as atividades da vida cotidiana. No caso de pacientes que possam ter apresentado o transtorno bipolar antes da idade adulta, há necessidade de ajudá-los a desenvolver essas habilidades básicas.

Pontos para discutir com os pacientes

- Às vezes o paciente conhece os sinais de uma recaída, está ciente das precauções que precisam ser tomadas e escolhe não fazer nada a respeito. Os indivíduos podem ter que enfrentar vários episódios antes que se disponham a aceitar o fato que a doença é recorrente e de que devem assumir o controle sobre ela, em vez de permitir que a doença os controle.
- O envolvimento dos familiares no processo de terapia pode ser muito útil. Proporciona aos membros da família uma oportunidade de conhecer o terapeuta e de serem informados do que acontece durante as sessões. Isto desmitifica o processo de tratamento e incentiva as pessoas a oferecerem apoio e a facilitarem o cuidado, em vez de se oporem a ele.
- Contraria-se a visão institucional dos pacientes enquanto receptores passivos de cuidados por meio da sua participação ativa.
- Superar vários episódios de depressão e de mania torna a maioria das pessoas com transtorno bipolar receosas e sem confiança. Teme-se que os sintomas retornem, especialmente quando há estresse ou demasiada exigência pessoal.

Apêndice

Protocolo de 20 sessões de tratamento cognitivo-comportamental

SESSÃO 1: VISÃO GERAL DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Objetivo da sessão

O objetivo desta sessão é acrescentar ao paciente e a seus familiares uma análise racional do tratamento cognitivo-comportamental do transtorno bipolar e uma visão geral do processo de tratamento, incluindo as metas da terapia. Proporcionar informações sobre os procedimentos do tratamento auxilia os pacientes a se prepararem para os meses por vir. Além disso, os familiares e os amigos, se estiverem presentes à sessão, aprendem sobre o que se oferece e sobre o que se espera dos pacientes. Talvez o mais importante é que esta e as sessões educativas remanescentes proporcionem oportunidades para o terapeuta estabelecer uma aliança com os pacientes e familiares.

Metas da sessão

1. Apresentar uma visão geral do processo de tratamento.
2. Conversar sobre os direitos dos pacientes:
 - a) Tratamento clínico de alta qualidade.
 - b) Confidencialidade.

3. Especificar claramente as responsabilidades dos pacientes no processo de tratamento.
4. Especificar claramente as responsabilidades do terapeuta no processo de tratamento:
 - a) Apresentando tratamento de primeira qualidade.
 - b) Estando disponível para emergências, quando necessário.
 - c) Fornecendo um *feedback* honesto aos pacientes.
5. Conversar sobre as responsabilidades da família dos pacientes:
 - a) Identificação dos sintomas.
 - b) Estímulo e apoio aos pacientes.

Procedimentos

1. Familiarizar o paciente com a TCC.
2. Revisar os planos de tratamento. Conversar sobre as responsabilidades de pacientes, terapeutas e familiares.
3. Revisar o objetivo das tarefas de casa e entregar cópias dos materiais de leitura de casa.

Tarefa

Basco, *Vencendo o transtorno bipolar com a TCC*: manual do paciente (Artmed, 2009) Capítulo 1: Assumindo o Controle da sua Doença.

SESSÃO 2: O QUE É O TRANSTORNO BIPOLAR?

Objetivo da sessão

Nesta sessão, o terapeuta apresenta informações sobre a definição e etiologia do transtorno bipolar. Este processo ajuda a esclarecer as concepções equivocadas que os pacientes ou familiares têm no que diz respeito à natureza do transtorno bipolar.

Metas da sessão

1. Apresentar definições descritivas e exemplos de depressão, de mania e do transtorno bipolar.
2. Revisar brevemente os aspectos biológicos dos transtornos afetivos.
3. Conversar sobre a relação entre os fatores psicossociais, como o estresse e as recorrências de depressão e de mania.

Procedimentos

1. Solicitar *feedback* da leitura programada na sessão anterior. Se a tarefa não foi concluída, usar a intervenção para a adesão (Capítulo 5) e acrescentar a leitura dos materiais ao próximo tema de casa.
2. Conversar sobre como se define o diagnóstico do transtorno bipolar. Programar exemplos dos sintomas. Pedir aos pacientes e familiares que descrevam as suas experiências com a mania, com a depressão e com quaisquer outros sintomas.
3. Programar o material de leitura para a tarefa.

Tarefa

Basco, Manual do Paciente (Artmed, 2009), Capítulo 2: Fatos Sobre o Transtorno Bipolar

SESSÃO 3: OS MEDICAMENTOS ESTABILIZADORES DO HUMOR

Objetivo da sessão

Durante esta sessão, o terapeuta conversa sobre o uso de antimaníacos e estabilizadores de humor, como o lítio e os anticonvulsivos. Os pacientes e seus familiares podem ter dúvidas e preocupações sobre o uso por longo prazo de medicamentos estabilizadores de humor e seus efeitos desejados. Esta sessão tem o propósito de apresentar tais informações e esclarecer qualquer concepção equivocada sobre os medicamentos.

Metas da sessão

1. Revisar a farmacologia, toxicidade, efeitos colaterais e efeitos positivos do lítio e de outros medicamentos estabilizadores de humor que tenham sido prescritos ao paciente.
2. Revisar a interação das drogas ilícitas e uso de álcool juntamente com o uso da medicação psicotrópica e com os sintomas do transtorno bipolar.
3. Corrigir qualquer concepção equivocada sobre o uso de medicamentos antimaníacos, incluindo as questões de adicção e dependência.
4. Identificar as questões envolvendo a medicação e perguntas que os pacientes deveriam abordar com os seus médicos.

Procedimentos

1. Avaliar a adesão ao tratamento.
2. Revisão da tarefa: solicitar um *feedback* sobre a leitura programada (se a mesma houver sido concluída). Conceder um tempo para as perguntas em relação à leitura. Se a tarefa não foi con-

- cluída, usar a intervenção para a adesão (Capítulo 5) e acrescentar o Gráfico do Humor na próxima tarefa.
3. Conversar sobre os medicamentos anti-maníacos comumente usados, como o lítio, o ácido valproico ou a carbamazepina, incluindo os benefícios, efeitos colaterais e interações com outros medicamentos e drogas de abuso.
 4. Programar o material de leitura para a tarefa.

Tarefa

Miklowitz (2002), Capítulo 6: *What can Medication and Psychotherapy Do for Me*; Capítulo 7: *Coming to Terms With Your Medication*.

SESSÃO 4: OS MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS

Objetivo da sessão

O objetivo desta sessão é apresentar informações gerais em relação ao uso de antidepressivos. Os antidepressivos são prescritos comumente junto com um medicamento estabilizador do humor para ajudar a encurtar as possíveis recaídas de depressão ou para tratar os sintomas depressivos. Esta sessão revisa o uso apropriado de tais medicamentos.

Metas da sessão

1. Revisar a farmacologia dos medicamentos antidepressivos, incluindo as situações em que são indicados, os efeitos esperados, a toxicidade e os efeitos colaterais.
2. Corrigir qualquer concepção equivocada sobre os medicamentos antidepressivos.

3. Identificar as questões ou preocupações que os pacientes deveriam abordar com os seus médicos.

Procedimentos

1. Avaliar a adesão ao tratamento.
2. Solicitar *feedback* da leitura programada na sessão anterior (se houver sido concluída). Conceder um tempo para as perguntas em relação à leitura. Se a tarefa não foi concluída, usar a intervenção para a adesão (Capítulo 5) e acrescentar os materiais de leitura para a próxima tarefa.
3. Conversar sobre os medicamentos antidepressivos comumente prescritos, incluindo os seus benefícios, efeitos colaterais e interações com outros medicamentos e com os sintomas do transtorno bipolar. Conversar sobre os efeitos potenciais de indução à mania pelos medicamentos antidepressivos.
4. Programar o material de leitura para a tarefa.

Tarefa

Wright e Basco (2002), Capítulo 8: *An Insider's Guide to Medications for Depression*.

SESSÃO 5: SINTOMAS DO TRANSTORNO BIPOLAR?

Objetivo da sessão

O objetivo desta sessão é ajudar os pacientes e familiares a compreender como as suas experiências cotidianas com os sintomas do transtorno bipolar são consequências da doença partilhada por milhares de outras pessoas. Além disso, os terapeutas começam a ensinar aos pacien-

tes e familiares como distinguir as variações normais do humor dos sintomas da depressão e da mania.

Metas da sessão

1. Ajudar os pacientes e familiares a começar a identificar como as experiências do dia-a-dia relacionam-se com os sintomas do transtorno bipolar.
2. Ajudar os pacientes e familiares a começar a diferenciar os estados de humor normais dos sintomas de depressão e mania.

Procedimentos

1. Solicitar *feedback* da leitura programada na sessão anterior. Se a tarefa não foi concluída, usar a intervenção para a adesão (Capítulo 5) e acrescentar a leitura dos materiais para a próxima tarefa.
2. Perguntar aos pacientes e familiares como o transtorno bipolar tem afetado as suas vidas e o ambiente familiar.
3. Completar a Planilha dos Sintomas.
4. Determinar o tema de casa para o paciente e para qualquer outro participante da sessão.

Tarefa

Fornecer cópias aos participantes da Planilha dos Sintomas que foram preenchidas durante a sessão. Pedir para que acrescentem sintomas à lista durante a semana seguinte e as devolvam para voltarmos a conversar mais adiante.

SESSÃO 6: O MONITORAMENTO DOS SINTOMAS

Objetivo da sessão

Para prevenir a recorrência de episódios plenos de depressão ou mania, é essencial identificar os primeiros sinais de advertência. A identificação precoce pode resultar em uma intervenção também precoce e prevenir um episódio pleno de mania ou de depressão. Detectar precocemente os primeiros sintomas requer que o paciente e aqueles que convivem com ele estejam cientes dos sintomas da doença. Ajudar o paciente e os outros a identificar e dar nome aos sintomas do transtorno bipolar é o primeiro passo de uma intervenção precoce. O segundo passo é monitorar regularmente os sintomas-chave, como mudanças de humor, que indicam uma alteração para a mania ou depressão. Esta sessão revisa a atividade do gráfico de monitoramento do humor como um método para monitorar as flutuações dos sintomas.

Metas da sessão

1. Introduzir o uso do Gráficos de Humor.
2. Planejar um gráfico que melhor se adapte à descrição dos sintomas do paciente.

Procedimentos

1. Revisar os procedimentos para preencher o gráfico. Preencher conforme os dias de ontem e hoje. Modificar o modelo do gráfico, se necessário.
2. Programar a tarefa.

Tarefa

Pedir aos pacientes e familiares presentes para preencher os Gráficos de Humor do paciente por uma semana. Isto ajudará os pacientes e familiares a começar a distinguir entre os estados de humor normais e os sintomáticos.

Basco, Manual do Paciente (Artmed, 2009), Capítulo 4: Desenvolvendo um Sistema de Alerta Precoce.

SESSÃO 7: ADESÃO AO TRATAMENTO

Objetivo da sessão

Nesta sessão, o terapeuta introduz a ideia de que é comum para os pacientes com uso de medicação profilática de longo prazo ter dificuldade de cumprir totalmente o tratamento prescrito. Diversos fatores podem interferir na habilidade do paciente de seguir o tratamento. Esta parte inevitável do tratamento medicamentoso deveria ser esperada e planejada antecipadamente por pacientes e profissionais. Fazer com que os pacientes se sintam gradativamente mais à vontade para conversar sobre os problemas de adesão permite que os pacientes e terapeutas a avaliem e resolvam qualquer problema, atual ou antecipadamente, com a adesão ao plano de tratamento prescrito.

Metas da sessão

1. Introduzir o modelo de adesão do tratamento da TCC.
2. Avaliar os obstáculos atuais ou potenciais para o cumprimento do plano de tratamento.
3. Desenvolver um plano de ação para tratar esses obstáculos.

Procedimentos

1. Solicitar perguntas relacionadas à atividade de monitorar o humor da sessão anterior. Se o Gráfico de Humor não foi concluído, prosseguir com a intervenção da adesão. Fazer com que os pacientes tentem completar retrospectivamente o gráfico da semana anterior. Programar novamente o gráfico como a próxima tarefa.
2. Introduzir o modelo de adesão da TCC.
3. Avaliar em quais circunstâncias os pacientes estão mais ou menos suscetíveis a seguir os seus planos de tratamentos expressamente. Quais são os resultados?
4. Pedir aos pacientes que descrevam o seu plano de tratamento atual. Avaliar as atitudes e crenças dos pacientes em relação aos seus diagnósticos e planos de tratamento. Identificar qualquer concepção equivocada tanto sobre os diagnósticos quanto sobre os tratamentos e chamar a atenção para qualquer concepção equivocada com informações e/ou com as técnicas de reestruturação cognitiva.
5. Avaliar o grau atual à medicação. Perguntar aos pacientes como eles estão tomando os seus medicamentos. Comparar o plano prescrito com o comportamento verdadeiro do paciente. Estimar as dificuldades com o plano e negociar mudanças com os pacientes para acomodá-lo aos seus horários e estilos de vida. Solicitar a aprovação do psiquiatra do caso, se necessário.
6. Avaliar e resolver qualquer obstáculo atual ou antecipado ao tratamento usando o modelo de solução de problemas. Se os pacientes negarem ter qualquer dificuldade atual ou antecipada, revisar os problemas vivenciados no

passado, escolher um e prosseguir com a intervenção.

7. Apresentar aos pacientes o material de leitura para a tarefa da semana.

Tarefa

1. Executar um plano para superar os obstáculos à adesão.
2. Pedir aos pacientes que mantenham um Gráfico de Humor para a semana seguinte.

Basco, Manual do Paciente (Artmed, 2009), Capítulo 4: Desenvolvendo um Sistema de Alerta Precoce; Capítulo 6: Tirando o Melhor Proveito da Medicação.

SESSÃO 8: PENSAMENTO DISTORCIDO

Objetivo da sessão

A intenção desta sessão é preparar o terreno para os ensinamentos das técnicas cognitivo-comportamentais a fim de lidar com os sintomas depressivos e hipomaniacos.

Embora a farmacoterapia possa controlar a maioria dos sintomas do transtorno bipolar na maior parte das vezes, não é incomum que os pacientes experimentem um avanço dos sintomas, mesmo tomando a medicação. Equipá-los com algumas técnicas cognitivo-comportamentais proporciona estratégias adicionais para lidar com os problemas quando a medicação apenas não é suficiente.

Metas da sessão

1. Introduzir os conceitos de pensamento negativa e positivamente tendencioso.

2. Enfatizar como o pensamento tendencioso pode influenciar a interpretação dos eventos e as ações subsequentes.
3. Ajudar os pacientes a começar a associar as alterações do humor com eventos, padrões de pensamento e comportamentos.

Procedimentos

1. Avaliar a adesão ao tratamento.
2. Revisar a tarefa sobre a adesão da última sessão. Os pacientes encontraram algum obstáculo à adesão que puderam ser antecipados e planejados na última sessão? Em caso afirmativo, a intervenção foi útil? Se não foi útil, o que interferiu? Usar a intervenção da adesão e revisar o plano para tratar esses obstáculos.
3. Revisar o gráfico de monitoramento do humor da semana anterior. Conversar sobre qualquer variação da amplitude normal, incluindo as circunstâncias em que a alteração do humor ocorreu.
4. Pensamento tendencioso. Definir as “alterações do humor” e “pensamentos automáticos negativos”. Revisar a associação entre eventos, alterações do humor e pensamentos automáticos. Apresentar exemplos de alterações do humor negativas e positivas e das alterações concomitantes em cognição (p. ex., opiniões ou perspectiva). Pedir aos pacientes que apresentem vários exemplos de ocorrências desse tipo e as listem no resumo de pensamentos positiva e negativamente tendenciosos.
5. Fornecer aos pacientes os materiais de leitura para esta semana.

Tarefa

Wright e Basco (2001), Capítulo 3: *Changing your Thinking*; Capítulo 4: *Rules of Depression – Rules of Wellness*.

SESSÃO 9: MUDANÇAS COGNITIVAS NA DEPRESSÃO

Objetivo da sessão

O objetivo desta sessão é começar a treinar os pacientes para monitorar as suas cognições, para identificar os pensamentos influenciados negativamente e os erros de pensamento quando ocorrem. A identificação dos pensamentos automáticos negativos pode guiar os pacientes sobre como monitorar os seus sintomas mais de perto ou de como usar uma das intervenções cognitivas para os pensamentos automáticos negativos incluídas na próxima sessão.

Metas da sessão

1. Revisar o conceito dos pensamentos influenciados negativamente.
2. Ajudar os pacientes a monitorar e a identificar os pensamentos automáticos negativos.
3. Ensinar os pacientes a identificar os erros de pensamento.

Procedimentos

1. Avaliar a adesão com o tratamento.
2. Revisar a tarefa programada na sessão anterior.
3. Revisar o conceito de pensamentos influenciados negativamente. Tentar extrair um exemplo de alteração do humor que tenha ocorrido na semana anterior e qualquer pensamento automático que o tenha acompanhado.
4. Utilizar um Registro de Pensamentos Automáticos como um guia para ensinar os pacientes a identificar seus pensamentos automáticos negativos.

5. Definir “erro de pensamento”. Fornecer aos pacientes a lista dos erros de pensamento comuns. Voltar a referir o Registro de Pensamentos Automáticos ou o Resumo de Pensamentos Distorcidos e anotar qualquer exemplo de erros de pensamento.
6. Fornecer aos pacientes os materiais de tema de casa para a semana.

Tarefa

1. Manter um Registro de Pensamentos Automáticos para a próxima semana.
2. Combinar a tarefa de continuar procurando erros de pensamento se não houve tempo suficiente durante a sessão.

Basco, Manual do Paciente (Artmed, 2009), Capítulo 8: Reconhecendo e Capturando os seus Erros de Pensamento.

SESSÃO 10: ANÁLISE LÓGICA DOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS NEGATIVOS

Objetivo da sessão

O objetivo desta sessão é ensinar aos pacientes duas técnicas de terapia cognitiva para combater os pensamentos automáticos negativos e reduzir a intensidade das alterações de humor associadas a esses pensamentos: gerar evidências favoráveis e contrárias ao pensamento, e explicações para os eventos.

Metas da sessão

1. Ensinar os pacientes a técnica das evidências favoráveis e contrárias para avaliar a validade dos pensamentos automáticos negativos.

2. Ensinar os pacientes a gerar explicações alternativas para os eventos como uma maneira de combater os pensamentos automáticos negativos.

Procedimentos

1. Avaliar a adesão com o tratamento.
2. Revisar o tema da casa dos pacientes, o Registro de Pensamentos Automáticos. Avaliar o quanto os pacientes entenderam o procedimento, esclarecer qualquer dúvida e reforçar a associação entre os eventos, pensamentos e sentimentos. Se os pacientes não completaram a tarefa, pedir a eles que preencham um diário, contando como estão se sentindo agora para utilizar nos exercícios para o treinamento dessas habilidades.
3. Evidências a favor/contra. Dar um entendimento de porque avaliar a validade dos pensamentos automáticos negativos. Fornecer aos pacientes uma Planilha da Análise Lógica dos Pensamentos Automáticos para usar com este exercício. Explicar cuidadosamente o procedimento, usando os pensamentos automáticos gerados na tarefa de casa da última sessão, o Registro dos Pensamentos Automáticos.
4. Explicações alternativas. Explicar a razão dessa intervenção. Usar a terceira coluna do Registro de Pensamentos para avaliá-los a fim de gerar explicações alternativas para o evento em questão. Pedir aos pacientes que escolham uma explicação que pareça mais provável. Proporcionar evidências a favor/contra à explicação alternativa, se necessário.
5. Fazer o paciente reavaliar a intensidade da emoção e da crença associadas ao pensamento negativo original. Ajudar o paciente a revisar o processo do pensamento automático negativo inicial por meio da análise lógica e do resu-

mo. Reforçar a lógica deste exercício e o seu propósito.

6. Fornecer aos pacientes o material de tarefa de casa para a semana.

Tarefa

Fornecer um Registro de Pensamentos Automáticos e uma Planilha para Avaliação dos Pensamentos. Pedir aos pacientes que tentem usar as duas intervenções cognitivas durante a próxima semana.

Basco, Manual do Paciente (Artmed, 2009), Capítulo 8: Reconhecendo e Capturando os seus Erros de Pensamento.

SESSÃO 11: MUDANÇAS COGNITIVAS NA MANIA

Objetivo da sessão

O objetivo desta sessão é começar a treinar os pacientes no monitoramento de seu pensamento para identificar os pensamentos “distorcidos positivamente” ou os pensamentos irritáveis, que possam sinalizar o começo da mania e interferir em métodos que contenham e organizem os sintomas cognitivos. Quando os pacientes acham que o seu pensamento está marcado pelo desejo de assumir um número maior de atividades, pelo aumento da autoconfiança e grandiosidade, ou por mais dispersão ou desorganização, podem usar esses pensamentos como pistas para começar a monitorar as mudanças mais de perto que anunciem um episódio maníaco ou hipomaníaco, para intervir apropriadamente.

Frequentemente, as mudanças cognitivas associadas com o início da hipomania e da mania são sutis no começo do episódio. Ao ensinar os pacientes a monitorar esses pensamentos, considere a evolução da mania conforme os sintomas se tornarem clinicamente importantes.

Metas da sessão

1. Revisar os tipos de pensamentos que possam servir de indicadores do início da mania.
2. Treinar os pacientes para identificar alterações positivas do humor e pensamentos associados aos episódios maníacos ou hipomaníacos.
3. Praticar a aplicação dos métodos de reestruturação cognitiva para as cognições que possam estar distorcidas pela hipomania.
4. Ensinar métodos para avaliar os planos antes de colocá-los em prática.

Procedimentos

1. Avaliar a adesão ao tratamento.
2. Revisão da tarefa: revisar a Análise Lógica dos Pensamentos Automáticos do tema de casa da última sessão.
3. Revisar os pensamentos distorcidos positivamente que estão associados com o início da hipomania ou da mania. Pedir aos pacientes que deem exemplos pessoais dos seus pensamentos quando estavam hipomaníacos ou maníacos.
4. Utilizar o Registro de Pensamentos Automáticos como um guia para ensinar os pacientes a identificar os seus pensamentos distorcidos positivamente.
5. Conversar sobre como e quando monitorar os pensamentos que possam anunciar um episódio maníaco. Aplicar uma técnica de reestruturação cognitiva para avaliar os pensamentos distorcidos e modificá-los adequadamente. Conversar sobre quando notificar os psiquiatras das mudanças cognitivas.
6. Ensinar as técnicas de vantagens/desvantagens e estabelecimento de metas.
7. Combinar a tarefa.

Tarefa

Peça aos pacientes para manter um Gráfico para Monitorar o Humor durante a próxima semana. Quando o humor do paciente se enquadrar fora dos limites normais, peça-lhe para completar um Registro dos Pensamentos Automáticos. Enfatize o ato de monitorar as mudanças positivas no humor para essa tarefa de tema de casa.

Basco, Manual do Paciente (Artmed, 2009), Capítulo 9: Controlando os Pensamentos Emocionais.

SESSÃO 12: OS ASPECTOS COMPORTAMENTAIS DA DEPRESSÃO

Objetivo da sessão

O objetivo desta sessão é ensinar aos pacientes duas habilidades cognitivo-comportamentais para lidar com as consequências comportamentais comuns da depressão. Essas são atividades GTA e aumentar o domínio e o prazer.

Metas da sessão

1. Revisar os problemas comportamentais comuns associados com a depressão (p. ex., sentir-se sobrecarregado e incapacitado, em um ciclo letárgico).
2. Ensinar aos pacientes duas técnicas da TCC para lidar com esses problemas (p. ex., GTA e aumento do domínio e do prazer).

Procedimentos

1. Avaliar a adesão com o tratamento.
2. Revisar o Gráfico de Monitoramento do Humor e o Registro de Pensamentos

Automáticos da semana anterior e conversar sobre qualquer variação do limite normal, incluindo as circunstâncias em que as alterações do humor aconteceram.

3. Revisar o conceito de se sentir incapacitado e sobrecarregado e fornecer uma análise racional para a intervenção GTA. Perguntar aos pacientes sobre as épocas em que tenham se sentido incapacitados ou sobrecarregados. Descobrir como os pacientes lidaram com esse tipo de problema no passado.
4. Descrever o procedimento da GTA. Escolher tarefas que os pacientes apresentem dificuldade para completar e aplicar o exercício usando a GTA.
5. Introduzir a importância de experimentar um senso de domínio e de prazer, e o seu papel dentro da depressão. Avaliar o nível de prazer na vida do paciente nesse momento. Se for clinicamente recomendado, desenvolver tarefas de casa com o objetivo de aumentar as atividades prazerosas durante a próxima semana.
6. Descrever o ciclo de letargia. Pedir aos pacientes que descrevam as suas experiências com a letargia. Explicar a utilização do aumento do domínio e do prazer e da GTA para interromper o ciclo. Se os pacientes estão em um ciclo letárgico, desenvolver um plano para interromper o ciclo e designar o mesmo de tema de casa.

Tarefa

1. Tentar o primeiro passo da GTA se um problema atual foi identificado. Revisar o progresso do paciente na próxima sessão e continuar a combinar partes da tarefa, de acordo com a necessidade clínica. Tentar ir diminuindo o seu en-

volvimento ao monitorar o progresso do paciente e motivá-lo a continuar de acordo com as necessidades clínicas.

2. Designar uma intervenção para aumentar o domínio e o prazer ou para interromper o ciclo letárgico, se indicado clinicamente. Acompanhar de perto essas tarefas. Continuar a combinar essas intervenções enquanto elas forem úteis clinicamente.
3. Combinar o uso de um gráfico de monitoramento do humor na próxima sessão.

Wright e Basco (2001), Capítulo 5: *Maving your Symptoms*.

Basco, Manual do Paciente (Artmed, 2009), Capítulo 5: Tornando-se Menos Vulnerável.

SESSÃO 13: MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS NA MANIA

Objetivo da sessão

O objetivo dessa sessão sobre as mudanças comportamentais é treinar os pacientes para usar as flutuações nos níveis de atividades como pistas do início da hipomania e da mania, e ensinar um método para limitar ou conter o aumento das atividades que se mostram desorganizadas.

Metas da sessão

1. Treinar os pacientes para monitorar e seu nível de atividades.
2. Ensinar os pacientes a estabelecer metas como uma técnica de estabelecimento de limites às suas atividades antes que alcancem níveis problemáticos.
3. Conversar sobre como usar o *feedback* de outras pessoas.

Procedimentos

1. Avaliar a adesão com o tratamento.
2. Revisar a tarefa da última sessão.
3. Fornecer uma análise racional para monitorar as variações no nível de atividades como uma pista do início da mania ou hipomania. Usando a tarefa da semana anterior, fazer o paciente colocar em uma escala seu nível de atividade da semana anterior usando a mesma escala especificada para o humor.
4. Fornecer uma análise racional para usar o estabelecimento de metas como uma maneira de estabelecer limites no nível de atividade, quando ele começar a aumentar ou quando estiver fora dos limites normais. Completar a Planilha de Estabelecimento de Metas.
5. Conversar sobre as experiências passadas em que outros tenham dado um *feedback* aos pacientes sobre as suas mudanças de comportamento. A informação foi bem vinda ou rejeitada? Conversar sobre como os pacientes podem se beneficiar com o *feedback* dos outros.
6. Comparar e contrastar as experiências dos pacientes de domínio e de prazer nos estados normal, deprimido e maníaco. Utilizar os dois exercícios de reestruturação cognitiva introduzidos no Capítulo 6, se pensamentos influenciados positivamente estiverem presentes.
7. Determinar a tarefa.

Tarefa

Faça com que os pacientes monitorem o seu nível de atividade e humor pela próxima semana, usando um Gráfico para Monitorar o Humor.

Wright e Basco (2001). Capítulo 3: *Changing your Thinking*; Capítulo 4: *Rules of Depression – Rules of Wellness*.

Basco, Manual do Paciente (Artmed, 2009), Capítulo 8: Reconhecendo e Capturando os seus Erros de Pensamento.

SESSÃO 14: PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS

Objetivo da sessão

Esta sessão muda o foco da terapia dos sintomas do transtorno bipolar para uma conversa sobre as suas consequências psicossociais. Prepara o terreno para o próximo segmento de treinamento, que inclui avaliação, intervenção e resolução das dificuldades psicossociais, incluindo problemas interpessoais.

O plano para esta sessão é começar a examinar algumas das dificuldades psicossociais que o paciente vivencia como um resultado direto ou indireto do transtorno bipolar.

Metas da sessão

1. Conversar abertamente sobre os problemas psicossociais enfrentados pelas pessoas com transtorno bipolar, dando exemplos dos problemas psicossociais comuns associados.
2. Facilitar a conversa sobre os problemas que os pacientes tenham experimentado no passado ou que estão enfrentando no presente e que possam estar direta ou indiretamente relacionados com a doença mental.

Procedimentos

1. Avaliar a adesão com o tratamento.
2. Revisar os gráficos de humor e de atividades. Conversar sobre a associação en-

- tre os sentimentos e o comportamento.
3. Dar uma explicação de como os problemas psicossociais e interpessoais podem exacerbar ou serem exacerbados pelos sintomas da depressão ou da mania.
 4. Pedir aos pacientes que descrevam qualquer dificuldade psicossocial que tenham vivenciado relacionada com a doença. Informar os pacientes que na próxima sessão você conversará sobre essas dificuldades mais detalhadamente.
 5. Combinar a tarefa.

Tarefa

Combine um gráfico do humor e/ou de atividade.

Wright e Basco (2001), Capítulo 10: *Can't Live with you, Can't Live without you*.

SESSÃO 15: AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO PSICOSSOCIAL

Objetivo da sessão

Nesta sessão, damos o primeiro passo na direção de tratar os problemas psicossociais fazendo uma avaliação completa do funcionamento psicossocial e interpessoal do paciente, com os pontos positivos e vulnerabilidades. Se os pacientes identificarem problemas ou crises agudas nos seus relacionamentos interpessoais atuais, os terapeutas podem estimulá-los a trazer seus familiares para as sessões de terapia a fim de tentar trabalhar essas dificuldades.

Metas da sessão

1. Avaliar os problemas psicossociais que podem estar perturbando os pacientes.

2. Avaliar as qualidades interpessoais dos pacientes (p. ex., recursos e habilidades) e também as fraquezas.
3. Estabelecer os objetivos do tratamento para tratar os problemas psicossociais.

Procedimentos

1. Avaliar a adesão ao tratamento.
2. Revisar os gráficos de humor e de atividades.
3. Avaliar a qualidade dos relacionamentos interpessoais atuais dos pacientes, incluindo contatos sociais, quantidade de contato com os outros, qualidades dessas interações, grau de apoio percebido dos outros e qualquer dificuldade atual nos relacionamentos primários.
4. Avaliar a presença de qualquer estressor psicossocial atual.
5. Ajudar os pacientes a identificar suas qualidades que facilitem o ajuste psicossocial e fraquezas que possam interferir com as funções cotidianas.
6. Avaliar qualquer fonte de apoio disponível para os pacientes.
7. Utilizando as informações mencionadas nos itens acima, auxiliar os pacientes a estabelecer metas para o tratamento para serem tratadas nas sessões remanescentes.
8. Combinar a tarefa.

Tarefa

Pedir aos pacientes que continuem a trabalhar na lista de problemas e na planilha de metas.

Basco, Manual do Paciente (Artmed, 2009), Capítulo 9: Controlando os Pensamentos Emocionais.

SESSÃO 16: DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Objetivo da sessão

Os pacientes e seus familiares podem ter dificuldade de organizar conversas sobre questões problemáticas de maneira que isso leve à solução efetiva dos problemas. Frequentemente, é útil seguir uma abordagem estruturada em passos para tratar os problemas. O objetivo desta sessão é ensinar um procedimento estruturado para resolver os problemas psicossociais. O procedimento pode ser usado com pacientes em sessões individuais ou em sessões conjuntas de terapia com os familiares ou entes queridos.

Este procedimento básico de solução de problemas deveria ser modelado pelo terapeuta, resolvendo problemas durante a sessão à medida que surgissem, incluindo problemas com a adesão, com os horários e com resolução de crises.

Metas da sessão

1. Ensinar um procedimento estruturado para identificar e definir os problemas.
2. Ensinar um procedimento estruturado para resolver os problemas.
3. Praticar este procedimento durante a sessão.

Procedimentos

1. Avaliar a adesão ao tratamento.
2. Selecionar um problema psicossocial identificado na última sessão e aplicar o procedimento de solução de problemas.
3. Combinar a tarefa.

Tarefa

Aplicar o procedimento da solução de problemas a uma questão moderadamente problemática.

Basco, Manual do Paciente (Artmed, 2009), Capítulo 9: Controlando os Pensamentos Emocionais.

SESSÕES 17 A 20: SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS

Objetivo da sessão

O objetivo das sessões de solução dos problemas consiste em tentar resolver as dificuldades psicossociais em andamento identificadas na fase de avaliação, que continuam a ser uma fonte de estresse para o paciente.

No mínimo, uma sessão deveria ser fixada para cada um dos objetivos delineados na fase de avaliação. Múltiplas sessões podem ser necessárias para tratar de um problema complicado. A fim de facilitar o processo, divide-se o objetivo principal do tratamento em subobjetivos e tratar cada um deles individualmente usando o procedimento de solução de problemas.

Ao longo das sessões remanescentes, deve-se conversar sobre como e quando os procedimentos de solução de problemas podem ser incorporados na vida cotidiana. Embora os procedimentos de solução de problemas possam ser aplicados com o auxílio de um terapeuta, os pacientes devem aprender a utilizar tais habilidades no decorrer de suas vidas cotidianas. Ajuda-se os pacientes a identificar os períodos em que a solução de problemas deveria ser iniciada.

Metas da sessão

Tratar uma área do problema, definida nas sessões anteriores, usando a solução de problemas.

Procedimentos

1. Avaliar a adesão ao tratamento.
2. Seguir o procedimento conforme definido na sessão para desenvolver as habilidades de solução dos problemas. Empregar tempo suficiente para tratar uma área-problema. Se o tempo permitir, seguir em frente para tentar resolver uma segunda área problema.
3. Conversar sobre como os métodos de identificação e de solução do problema podem ser usados nas épocas em que é provável que o estresse aumente. Isto pode incluir os grandes eventos importantes da vida ou as transições desenvolvimentais. Quando os sintomas pioram, quando aumenta o estresse, ou outros reconhecem problemas que envolvam

os pacientes, essas situações configuram outras pistas de que a avaliação e solução de problemas talvez sejam necessárias. Avaliações do funcionamento psicossocial programadas para realização regular podem ajudar a prevenir os problemas antes que aconteçam.

4. Combinar a tarefa.

Tarefa

Tentar a implementação das soluções geradas durante a discussão sobre solução dos problemas. Avaliar o quanto a solução trata o problema e implementar um plano novo ou revisado se a solução proposta se mostrar ineficaz.

Wright e Basco (2001), Capítulo 11: *How to Grow Stronger When Relationships Change*.

Basco, Manual do Paciente (Artmed, 2009), Capítulo 9: Controlando os Pensamentos Emocionais; Capítulo 10: Revertendo a Fadiga Mental.

Referências

- Aagaard, J., & Vestergaard, P. (1990). Predictors of outcome in prophylactic lithium treatment: A 2-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 18, 259-266.
- Altamura, A. C., & Mauti, M. (1985). Plasma concentration, information and therapy adherence during long-term treatment with antidepressants. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 20, 714-716.
- Altshuler, L. L., Post, R. M., Leverich, A. S., Mikalauskas, K., Rosoff, A., & Ackerman, L. (1995). Antidepressant induced mania and cycle acceleration: A controversy revisited. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1130-1138.
- Ambelus, A. (1979). Psychologically stressful events in the precipitation of manic episodes. *British Journal of Psychiatry*, 135, 15-21.
- American Diabetes Association (2004). American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity: Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care*, 27(2), 596-601.
- American Psychiatric Association (1994a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994b). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1-36.
- Angst, J. (1981). Clinical indications for a prophylactic treatment of depression. *Advances in Biological Psychiatry*, 7, 218-229.
- Arancibia, A., Flores, P., & Pezoa, R. (1990). Steady-state lithium concentrations with conventional and controlled release formulations. *Lithium*, 1(4), 237-239.
- Barbee, J. A., & Jamhour, N. J. (2002). Lamotrigine as an augmentation agent in treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 737-741.
- Barlow, D. H. (2001). *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Basco, M. R. (in press). *The bipolar workbook: Tools for controlling mood swings*. New York: Guilford Press.
- Basco, M. R., Birchler, G. R., Kalal, B., Talbott, R., & Slater, M. A. (1991). The Clinician Rating of Adult Communication (CRAC): A clinician's guide to the assessment of interpersonal communication skill. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 368-380.
- Basco, M. R., Bostic, J. Q., Davies, D., Rush, A. J., Witte, B., Hendrickse, W., & Bamett, V. (2000). Is there a place for structured diagnostic interviewing in community mental health settings? *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1599-1605.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (1995). Compliance with pharmacotherapy in mood disorders. *Psychiatric Annals*, 25, 78-82.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder* (1st ed.). New York: Guilford Press.
- Bech, P., Bolwig, T. G., Kramp, P., & Rafaelsen, O. J. (1979). The Bech-Rafaelsen mania scale

- and the Hamilton Depression Scale: Evaluation of homogeneity and inter-observer agreement. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59, 420-430.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal behavior*. Thorofore, NJ: Slack.
- Bowden, C. L., Brugger, A. M., Swann, A. C., Calabrese, J. R., Janicak, P. G., Petty, F., Dilsaver, S. C., Davis, J. M., Rush, A. J., Small, J. G., Garza-Trevino, E. S., Risch, S. C., Goodnick, P. J., & Morris, D. D. (1994). Efficacy of divalproex sodium vs. lithium and placebo in the treatment of mania. *Journal of the American Medical Association*, 271, 918-914.
- Brady, K., Casto, S., Lydiard, R. B., Malcolm, R., & Arana, G. (1991). Substance abuse in an inpatient psychiatric sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(4), 389-397.
- Brown, C., Dunbar-Jacob, H., Palenchar, D. R., Kelleher, K. J., Bruehlman, R. D., Sereika, S., & Thase, M. E. (2001). Primary care patients' personal illness models for depression: A preliminary investigation. *Family Practice*, 18(3), 314-320.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Brown, S., Suppes, T., Adinoff, B., & Rajan, T. N. (2001). Drug use and bipolar disorder: Comorbidity or misdiagnosis? *Journal of Affective Disorders*, 65, 105-115.
- Bums, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: HarperCollins.
- Byram, S., Fischhoff, B., Embrey, M., de Bruin, W. B., & Thome, S. (2001). Men-tal models of women with breast implants: Local complications. *Behavioral Medicine*, 27, 4-14.
- Calabrese, J. R., Bowden, C. L., Sachs, G. S., Ascher, T. A., Monaghan, E., & Rudd, G. D. for the Lamictal 602 Study Group. (1999). A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 79-88.
- Caldwell, H. C., Westlake, W. J., Schriver, R. C., & Bumbier, E. E. (1981). Steady-state lithium blood level fluctuations in man following administration of a lithium carbonate conventional and controlled-release dosage form. *Journal of Clinical Pharmacology*, 21, 106-109.
- Choo, P. W., Rand, C. S., Inui, T. S., Lee, M. L. T., Cain, E., Cordeiro-Breault, M., Canning, C., & Platt, R. (1999). Validation of patient reports, automated pharmacy records, and pill counts with electronic monitoring of adherence to antihypertensive therapy. *Medical Care*, 37, (9), 846-857.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Cochran, S. D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 873-878.
- Cohen, D. (1983). The effectiveness of videotape in patient education on depression. *Journal of Biocommunication*, 10, 19-23.
- Cohen, M. A., Tripp-Reimer, R., Smith, C., Sorofman, B., & Lively, S. (1994). Explanatory models of diabetes: Patients practitioner variation. *Social Science and Medicine*, 38(1), 59-66.
- Colom, E., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Benabarre, A., & Gasto, C. (2000). Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 549-555.
- Connelly, C. E., Davenport, Y. B., & Numberger, J. I. (1982). Adherence to treatment regimen in a lithium carbonate clinic. *Archives of General Psychiatry*, 39, 585-588.
- Cooper, T. B., Simpson, G. M., Lee, J. H., & Bergner, P. E. (1978). Evaluation of a slow-release lithium carbonate formulation. *American Journal of Psychiatry*, 135, 917-922.
- Craig, T. J., Fennig, S., Tanenberg-Karant, M., & Bromet, E. J. (2000). Rapid versus delayed readmission in first-admission psychosis: Quality indicators for managed care? *Annals of Clinical Psychiatry*, 12, 233-238.
- Danion, J. M., Neureuther, C., Ktieger-Finance, F., Imbs, J. L., & Singer, L. (1987). Compliance with long-term lithium treatment in major affective disorders. *Pharmacopsychiatry*, 20, 230-231.

- De la Osa, N., Ezpeleta, L., Oomenech, J. M., Navarro, J. B., & Losilla, J. M. (1997). Convergent and discriminant validity of the structured diagnostic interview for children and adolescents (DICA-R). *Spanish of Psychology*, 1, 37-44.
- Dell'Osso, L., Pini, S., Cassano, G. B., Mastrocinque C., Seckinger, R. A., Sacttoni, M., Papasogli, A., Yale, S. A., & Amador, X. E. (2002). Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *BiPolar Disorders*, 4, 315-322.
- Dell'Osso, L., Pini, S., Tundo, A., Samo, N., Musetti, L., & Cassano, G. B. (2000). Clinical characteristics of mania, mixed mania, and bipolar depression with psychotic features. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 242-247.
- Dunning, D., & Parpal, M. (1989). Mental addition versus subtraction in counterfactual reasoning: on assessing the impact of personal actions and life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 5-15.
- Fava, G. A., Bartolucci, G., Rafanelli, C., & Mangelli, L. (2001). Cognitive- behavioral management of patients with bipolar disorder who relapsed while on lithium prophylaxis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 556-559.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)* Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Floyd, F. J., & Markman, H. J. (1984). An economical observational measure of couples' communication skill. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 97-103.
- Follette, V. M., Ruzek, J. I., & Abueg, F. R. (Eds.). (1998). *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. New York: Guilford Press.
- Frank, E., Prien, R. F., Kupfer, D. J., & Alberts, L. (1985). Implications of non-compliance on research in affective disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 37-42.
- Frye, M. A., Ketter, T. A., Kimbrell, T. A., Dunn, R. T., Speer, A. M., Osuch, E. A., Luckenbaugh, D. A., Cora-Ocatelli, G., Leverich, G. S., & Post, R. M. (2000). A placebo-controlled study of lamotrigine and gabapentin monotherapy in refractory mood disorders. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 20(6), 607-614.
- Gelenberg, A. J., Carroll, J. A., Baudhuin, M. G., Jefferson, J. W., & Greist, J. H. (1989). The meaning of serum lithium levels in maintenance therapy of mood disorders: A review of the literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50(Suppl.), 17-22.
- Ghaemi, S. N., Boiman, E., & Goodwin, F. K. (2000). Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 167-171.
- Gitlin, M. J., Cochran, S. D., & Jamison, K. R. (1989). Maintenance lithium treatment: Side effects and compliance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 127-131.
- Glassner, B., Haldipur, C. V., & Dessauersmith, J. (1979). Role loss and working-class manic depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 530-541.
- Goddard, G. V., McIntyre, D. C., & Leech, C. K. (1969). A permanent change in brain function resulting from daily electrical stimulation. *Experimental Neurology*, 25, 295-330.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy*. New York: Wiley.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.
- Gottman, J. M. (1979). *Marital interaction: Experimental investigations*. New York: Academic Press.
- Greenhouse, W. J., Meyer, B., & Johnson, S. L. (2000). Coping and medication adherence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 59, 237-241.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York: Guilford Press.
- Himmelhoch, J. M., Thase, M. E., Mallinger, A. G., & Houck, P. (1991).
- Tranlycypromine vs. imipramine in anergic bipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 148, 910-916.
- Hirschfeld, R. M. A. (2002). The mood disorders questionnaire: A simple, patient-rated screening instrument for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 4(1), 9-11.
- Hirschfeld, R. M., A., Perlis, R. H., & Vornik, L. A. (2004). Pharmacologic treatment of bipolar disorder. *CNS Spectrums*, 9(3, Suppl.), 1-27.

- Hirschfeld, R. M. A., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck, P. E., Lewis, L., McElroy, S. L., Post, R. M., Rappport, D. J., Russell, J. M., Sachs, G. S., & Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1873-1875.
- Hollister, L. E. (1982). Plasma concentrations of tricyclic antidepressants in clinical practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 66-69.
- Hops, H., Wills, T. A., Patterson, G. R., & Weiss, R. L. (1972). *Marital Interaction Coding System*. Unpublished manuscript, University of Oregon, Eugene.
- Jacob, M., Turner, L., Kupfer, D. J., Jarrett, D. B., Buzzinotti, E., & Bernstein, P. (1984). Attrition in maintenance therapy for recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 6, 181-189.
- Jamison, K. R., Gerner, R. H., & Goodwin, F. K. (1979). Patient and physician attitudes toward lithium. *Archives of General Psychiatry*, 36, 866-869.
- Joanning, H., Brewster, J., & Koval, J. (1984). The communication rapid assessment scale: Development of a behavioral index of communication quality. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 409-417.
- Johnson, D. A. W. (1973). Treatment of depression in general practice. *British Medical Journal*, 2, 18-20.
- Johnson, D. A. W. (1974). A study of the use of antidepressant medication in general practice. *British Journal of Psychiatry*, 125, 186-192.
- Kahn, D. A., Sachs, G. S., Printz, D. J., Carpenter, D., Docherty, J. P., & Ross, R. (2001). Expert consensus guidelines for the medication treatment of bipolar disorder: A new treatment tool. *Economics of Neuroscience*, 3, 49-57.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47, 263-291.
- Keck, P. E., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., Stanton, S. P., Kizer, D. L., Balistreri, T. M., Bennett, J. A., Tugrul, K. C., & West, S. A. (1996). Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 292-297.
- Kowatch, R. A., Suppes, T., Carmody, T. J., Bucci, J. P., Hume, J. H., Kromelis, M., Emslie, G. J., Weinberg, W. A., & Rush, A. J. (2000). Effect size of lithium, divalproex sodium, and carbamazepine in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 713-720.
- Kranzler, H. R., Kadden, R. M., Burleson, J. A., Babor, T. E., Apter, A., & Rounsaville, B. J. (1995). Validity of psychiatric diagnosis in patients with substance use disorders: Is the interview more important than the interviewer? *Comprehensive Psychiatry*, 36, 278-288.
- Kranzler, H. R., Tennen, H., Babor, T. F., Kadden, R. M., & Rounsaville, B. J. (1997). Validity of the longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 45(1-2), 93-104.
- Kübler-Ross, E. (1970). The care of the dying: Whose job is it? *Psychiatry in Medicine*, 1, 103-107.
- Kübler-Ross, E. (1974). The languages of the dying patients. *Humanitas*, 10, 5-8.
- Kulhara, P., Basu, D., Mattoo, S. K., Sharan, P., & Chopra, R. (1999). Lithium prophylaxis of recurrent bipolar affective disorder: Long-term outcome and its psychosocial correlates. *Journal of Affective Disorders*, 54, 87-96.
- Kwon, A., Bungay, K. M., Pei, Y., Rogers, W. H., Wilson, I. R., Zhou, Q., & Adler, D. A. (2003). Antidepressant use: Concordance between self-report and claims records. *Medical Care*, 41 (3), 368-374.
- Lam, D. H., Btigh, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D., & Sham, P. (2000). Cognitive therapy for bipolar illness – A pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 503-520.
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wtigh, K., Kerr, N., Parr-Davis, G., & Sham, P. (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, 145-152.
- Levetich, G. S., Post, R. M., & Rosoff, A. S. (1990). Factors associated with relapse during maintenance treatment of affective disorders. *International Clinical Psychopharmacology*, 5, 135-156.

- Lyskowski, J., & Nasrallah, H. A. (1981). Slowed release lithium: A review and a comparative study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1, 406-408.
- Magura, S., Laudet, A. B., Mahmood, D., Rosenblum, A., & Knight, E. (2002). Adherence to mediation regimens and participation in dual-focus self-help groups. *Psychiatric Services*, 53, 310-316.
- McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Suppes, T., Keck, P. E. Jr., Frye, M. A., Denicoff, K. D., Nolen, W. A., Kupka, R. W., Levetich, G. S., Rochussen, J. R., Rush, A. J., & Post, R. M. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 420-426.
- McElroy, S. L., Keck, P. E., & Pope, H. G. (1987). Sodium valproate: Its use in primary psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 7(1), 16-24.
- McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., & Hudson, J. O. (1988). Valproate in the treatment of rapid cycling bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 9(5), 382-384.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1988). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.
- Miklowitz, D. J. (2002). *The bipolar disorder survival guide: What you and your family need to know*. New York: Guilford Press.
- Morgan, M. G., Fischhoff, B., Bostrom, A., & Atman, C. J. (2002). *Risk communication: A mental models approach*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Murphy, F. C., Rubinsztein, J. S., Michael, A., Rogers, R. D., Robbins, T. W., Paykel, E. S., & Sahakian, B. J. (2001). Decision-making cognition in mania and depression. *Psychological Medicine*, 31, 679-693.
- Nilson, A. & Axelsson, R. (1989). Factors associated with discontinuation of long-term lithium treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 221-230.
- Park, L. C., & Lipman, R. S. (1964). A comparison of patient dosage deviation reports with pill counts. *Psychopharmacologia*, 6, 299-302.
- Peet, M., & Harvey, N. S. (1991). Lithium maintenance: 1. A standard education program for patients. *British Journal of Psychiatry*, 158, 197-200.
- Peralta, V. & Cuesta, M. J. (1998). Lack of insight in mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 49, 55-58.
- Perry, A., Tarrier, N., Moriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 16, 149-153.
- Peveler, R., George, C., Kinmonth, A., Campbell, M., & Thompson, C. (1999). Effects of antidepressant drug counseling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: Randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 319(7210), 612-615.
- Physicians' Desk Reference*. (57th ed.). (2003). Montvale, NJ: Medical Economics.
- Plous, S. (1993). *The psychology of judgment and decision making*. New York: McGraw-Hill.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.
- Post, R. M., Roy-Byrne, P. P., & Uhde, T. W. (1988). Graphic representation of the life course of illness in patients with affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 145, 844-848.
- Post, R. M., Rubinow, D. R., & Ballenger, J. C. (1986). Conditioning and sensitization in the longitudinal course of affective illness. *British Journal of Psychiatry*, 149, 191-201.
- Post, R. M., Uhde, T. W., Ballenger, J. C., Chatterji, D. C., Greene, R. F., & Bunney, W. E. (1983). Carbamazepine and its 10, 11-epoxide metabolite in plasma and CSF: Relationship to antidepressant response. *Archives of General Psychiatry*, 40(6), 673-676.
- Prager, K. J., & Basco, M. R. (1995). *Negative thinking and marital communication of depressed patients and their spouses*. Unpublished manuscript, University of Texas at Dallas.
- Preston, J., O'Neal, J. H., & Talaga, M. C. (1994). *Handbook of clinical psychopharmacology for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Reich, W. (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the*

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 59-66.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Ratcliff, K. S., & Seyfried, W. (1982). Validity of the Diagnostic Interview Schedule, Version II: DSM-III diagnoses. *Psychological Medicine*, 12, 855-870.
- Rosenbaum, J. R., Fava, M., Nierenberg, A. A., & Sachs, G. S. (2001). Treatment-resistant mood disorders. In G. O. Gabbard, (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders* (2nd ed.). pp. 1307-1386. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Roy-Byrne, P., Post, R. M., Uhde, T. W., Porcu, T., & Davis, D. (1985). The longitudinal course of recurrent affective illness: Life chart data from research patients at the NIMH. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71 (Suppl. 317), 1-34.
- Rubinsztein, J. S., Fletcher, P. C., Rogers, R. D., Ho, L. W., Aigbirhio, F. I., Paykel, E. S., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2001). Decision-making in mania: A PET study. *Brain*, 124, 2550-2563.
- Rush, A. J., Giles, D. E., Schlessner, M. A. Fulton, C. L., Weissenburger, J., & Burns, C. (1986). The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): Preliminary findings. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 985-990.
- Rush, A. J., Gullion, C. M., Basco, M. R., Jarrett, R. B. & Trivedi M. H. (1996). The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26, 477-486.
- Sachs, G. S., Printz, D. J., Kahn, D. A., Carpenter, D., & Docherty, J. P. (2000). The Expert Consensus Guideline Series: Medication treatment of bipolar disorder. *Postgraduate Medicine*, 107 (Spec. Issue), 1-104.
- Sackeim, H. A., Rush, A. J., George, M. S., Marangell, L. B., Husain, M. M., Nahas, Z., Johnson, C. R., Seidman, S., Giller, C., Haines, S., Simpson, R. K., Jr., & Goodman, R. R. (2001). Vagus nerve stimulation (VNS) for treatment-resistant depression: Efficacy, side effects, and predictors of outcome. *Neuropsychopharmacology*, 25, (5), 713-728.
- Schwarcz, G., & Silbergeld, S. (1983). Serum lithium spot checks to evaluate medication compliance. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 3, 356-358.
- Scott, J., Garland, A., & Moorhead, S. (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychological Medicine*, 31, 459-467.
- Scott, J., & Pope, M. (2002a). Nonadherence with mood stabilizers: Prevalence and predictors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(5), 384-390.
- Scott, J. & Pope, M. (2002b). Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalizations. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1927-1929.
- Segal, D. L., Kabacoff, R. I., Hersen, M., Van Hasselt, B., & Ryan, C. F. (1995). Update on the reliability of diagnosis in older psychiatric outpatients using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1, 313-321.
- Seltzer, A., Roncati, I., & Garfinkel, P. (1980). Effect of patient education on medication compliance. *Canadian Journal of Psychiatry*, 251, 638-645.
- Silverman, E., Woloshin, S., Schwartz, L. M., Byram, S. J., Welch, H. G., & Fischhoff, B. (2001). Women's views on breast cancer risk and screening mammography: A qualitative interview study. *Medical Decision Making*, 21(3), 231-240.
- Simon, H. A. (1956). Rational choice and the structure of the environment. *Psychological Review*, 63, 129-138.
- Simons, A. D., Levine, J. L., Lustman, P. J., & Murphy, G. E. (1984). Patient attrition in a comparative outcome study of depression: A follow-up report. *Journal of Affective Disorders*, 6, 163-173.
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., & Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 167-173.
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236, 280-285.
- Snyder, D. K. (1979). *Marital Satisfaction Inventory (MSI)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Steiner, J., Tebes, J. K., Sledge, W. H., & Walker, M. L. (1995). A comparison of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 365-369.
- Stephen, T. D., & Harrison, T. M. (1986). Assessment communication style: A new measure. *American Journal of Family Therapy*, 14, 213-233.

- Sternhell, P. S., & Corr, M. J. (2002). psychiatric morbidity and adherence to antiretroviral medication in patients with HIV/AIDS. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 528-533.
- Stone, E. R., & Yates, J. F. (1991). *Communications about low-probability risks: Effects of alternative displays*. Unpublished manuscript. University of Michigan, Ann Arbor.
- Strakowski, S. M., Tohen, N., Stoll, A. L., Faedda, G. L., Goodwin, D. C. (1992). Comorbidity in mania at first hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 149(4), 554-556.
- Suppes, T., Leverich, G. S., Keck, P. E., Nolen, W. A., Denicoff, K. D., Altshuler, L. L., McElroy, S. L., Rush, A. J., Kupka, R., Frye, M. A., Bickel, M., & Post, R. M. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II: Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders*, 67, 45-59.
- Suppes, T., Phillips, K. A., & Judd, C. R. (1994). Clozapine treatment of non psychotic rapid cycling bipolar disorder: A report of three cases. *Biological Psychiatry*, 35(5), 338-340.
- Suppes, T., Rush, A. J., Dennehy, E. B., Ctismon, M. L., Kashner, T. M., Toprac, M. G., Carmody, T. J., Brown, E. S., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K., Witte, B. P., Trivedi, M. H., Miller, A. L., Altshuler, K. Z., Shon, S. P. (2003). Texas Medication Algorithm Project, phase 3 (TMAP -3): Clinical results for patients with a history of mania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(4), 370-382.
- Suppes, T., Rush, A. J., Jr., Kraemer, H. C., & Webb, A. (1998) Treatment algorithm use to optimize management of symptomatic patients with a history of mania. *Journal of Clinical Psychiatry*; 59(2), 89-96.
- Suppes, T., Webb, A., Paul, B., Carmody, T., Kraemer, H., & Rush, A. J. (1999). Clinical outcome in a randomized 1-year trial of clozapine versus treatment as usual for patients with treatment-resistant illness and a history of mania. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1164-1169.
- Suppes, T., Swann, A. C., Dennehy, E. B., Habermacher, E. D., Mason, M., Ctismon, M. L., Toprac, M. G., Rush, A. J., Shon, S. P., & Altshuler, K. Z. (2001). Texas Medication Algorithm Project: development and feasibility testing of a treatment algorithm for patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*; 62(6), 439-447.
- Svarstad, B. L., Shireman, T. I., & Sweeney, J. K. (2001). Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. *Psychiatric Services*, 52(6), 805-811.
- Swanson, C. L., Freudenreich, O., McEvoy, J. P., Nelson, L., Kamaraju, L., & Wilson, W. H. (1995). Insight in schizophrenia and mania. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 752-755.
- Tsai, S. M., Chen, C., Kuo, C., Lee, J., Lee, H., Strakowski, S. M. (2001). 15-year outcome of treated bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 63, 215-20.
- Tversky, A. (1972). Elimination by aspects: A theory of choice. *Psychological Review*, 79, 281-299.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1130.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211, 453-458.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1982). Judgments of and by representativeness. In D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky (Eds.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 84-100.
- Van Gent, E. M., & Zwart, F. M. (1991). Psychoeducation of partners of bipolar manic patients. *Journal of Affective Disorders*, 21, 15-18.
- Vestergaard, P., & Amdisen, A. (1983). Patient attitudes toward lithium. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 8-12.
- Wallis, J., Miller, R., & McFadyen, M. L. (1989). A comparative study of standard and slow-release oral lithium carbonate products. *South African Medical Journal*, 76, 618-620.
- Wehr, T. A., Sack, D. A., & Rosenthal, N. E. (1987). Sleep reduction as a final common pathway in the genesis of mania. *American Journal of Psychiatry*, 144, 201-204.
- Wehr, T. A., & Wirz-Justice, A. (1982). Circadian rhythm mechanisms in affective illness and in antidepressant drug action. *Pharmacopsychiatry*, 15, 31-39.

- Weiss, R. D., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Soto, J. A., Wyner, D., Tohen, M., Griffin, M. L. (1998). Medication compliance among patients with bipolar disorder and substance abuse. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 112-174.
- Weissman, M. M., & Johnson, J. (1991). Drug use and abuse in five US communities. *NY State Journal of Medicine*, 91(Suppl. 11), 19S-23S.
- Welner, Z., Reich, W., Herjanic, B., Jung, K. G., & Amado, H. (1987). Reliability, validity, and parent-child agreement studies of the diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 649-653.
- Wright, J. H., & Basco, M. R. (2002). *Getting your life back: The complete guide to recovery from depression*. New York: Touchstone Books. Wright & Basco was published in hardback in 2001 by the Free Press. In 2002 it was printed in paperback by Touchstone.
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. A., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.
- Yousel, F. A. (1983). Compliance with therapeutic regimens: A follow-up study for patients with affective disorders. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 513-517.
- Zarate, C. A. (2000). Antipsychotic drug side effect issues in bipolar manic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl. 8), 52-61.
- Zaretsky, A. E., Segal, I. V., & Gemar, M. (1999). Cognitive therapy for bipolar depression: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 491-494.
- Zis, A. P., & Goodwin, F. K. (1979). Major affective disorders as a recurrent illness: A critical review. *Archives of General Psychiatry*, 36, 835-839.
- Zis, A. P., Grof, P., Webster, M., & Goodwin, F. K. (1980). Prediction of relapse in recurrent affective disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 16, 47-49.

Índice

A

AA. *Veja* Alcoolistas Anônimos

Abilify, 43, 52

“Absolutos”, 159-162

Abuso de substância, 29, 66-67, 232-237

Acatisia, 51

Aceitação, 81-82

Ácido gama-aminobutírico (GABA), 50

Ácido valproico, 42, 45, 49-50

Adapine, 44

Adesão, *Veja também*

desafios da adesão e questões ao lidar com

adolescentes, 100-104

efeitos da TCC sobre a, 33-34

estressores e, 98-99

facilitar, 68-69

fatores que influenciam, 68

obstáculos do sistema social, 97-98

obstáculos intrapessoais, 90, 92-98

obstáculos relacionados com o tratamento, 99

reduzindo os obstáculos, 90, 92-93, 100-101

variabilidade com o passar do tempo, 68

visão geral da, 65-68

Adesão, *Veja também* Adesão entre crianças e adolescentes, 77

aconselhamento médico concorrente e, 97-98

como *continuum* de comportamento, 66

conversando sobre os problemas na, 83-86

dicas para tomar a medicação, 103-104

dificuldades de, 66-67

efeitos da TCC na, 33-34

efeitos dos sintomas na, 67-68, 92-93

estratégias de tomada de decisões, 69-71

estudos de, 19-20

exigências diárias, 67-68

índices de, 66

medição da, 71-74

métodos para intensificar a, 88-93

modelo de fases de luto e, 72-75, 81-82

negação e, 67-68

obstáculos cognitivos para, 95-97

obstáculos intrapessoais, 90-98

probabilidade de, 65-66

prognósticos, 66-68

psicoeducação e, 85-89

tarefas de tema de casa e, 103-105

Adolescentes

adesão e, 77, 101-104

atitudes relacionadas com a recorrência, 230-231

encarando os desafios, 100-101

medicamentos e, 56-57

AFC. *Veja* Comunicação afetiva

Agressão, 214-215

Álcool

abuso, 232

interações medicamentosas, 57-59

transtorno bipolar e, 61-62

Alcoolistas Anônimos, 232

Algoritmos, 59-60

Aliança terapêutica, 13-18

Alterações de humor, 202-203

Amitriptilina, 44, 52-55

Amoxapina, 44, 52-53

Amplictil, 51

Anafranil, 44, 52-53

Ansiedade, 54-55, 232

Anticonvulsivos, 42, 45-51

Antidepressivos, 44-46

efeitos colaterais, 53-55

inibidores da monoaminoxidase, 55-56

mais novos, 45-46, 56-57

regime de dose única, 99-100

visão geral dos, 52-54

Antidepressivos heterocíclicos, 52-53

Antidepressivos mais novos, 56-57

Antidepressivos tricíclicos (TCA), 44-45

crianças e, 56-57

dosagem, 55

efeitos colaterais, 53-55

interações medicamentosas, 57-59

membros dos, 52-53

Antidepressivos unicíclicos, 52-53

Antipsicóticos atípicos, 43, 45, 51-52

Apetite, 54-55
 Áreas límbicas, 192
 Aripiprazole, 43, 52
 Asendin, 44
 Ataques provocados, 192
 Ataxia, 47-48
 Atenção seletiva, 95
 Atividades experimentais, 168-169
 Atribuições equivocadas, 221-223
 Autoconsciência, 114-116
 Autocontrole, 110-112, 182-183
 Autoestima, 80-81
 Autoindução, 57-58
 Autorrelatórios, 71-74
 Avaliação clínica da comunicação adulta, 218, 220
 Aventyl, 44

B

Barganhar, 80-81
 Bioestressores, 61-63
 Bupropiona, 46, 52-56

C

Caixa de remédios com separação dos dias, 103-104
 Carbamazepina – liberação controlada, 42, 49-50
 Carbamazepina, 41-42, 48-50, 56-58
 Casais. *Veja* Problemas de relacionamento
 CBT. *Veja* Terapia cognitivo-comportamental
 Ciclagem rápida, 47-49, 55
 Cipramil, 46
 Citalopram, 46, 52-53, 56
 Clínicos
 aconselhamento médico concorrente e, 97-98
 conversando sobre a adesão, 83-86
 estratégias de tratamento divergentes e, 87-88
 gerenciamento da medicação e, 36
 métodos de TCC e, 15-16
 psicoeducação, 85-89
 suposições falsas dos, 235-238
 Clomipramina, 44, 52-53
 Clorpromazina, 51
 Clozapina, 43, 52
 Codeína, 58-59
 Cognições
 mania e, 26-28
 mudanças de conteúdo nas, 159-162
 Cognições distorcidas. *Veja* também Pensamentos automáticos
 categorias de, 159-162
 controlando as, 165-168
 corrigindo as, 166-170
 reconhecendo as, 162-165
 Coleção Q de Estilos de Comunicação, 218
 Comorbidade, 66-67, 232
 Comportamento de evitação, 131-133
 Comportamento/Estímulo negativo
 culpa pela inércia, 146-147

depressão e, 26, 131-132, 151-152
 fazendo mudanças positivas no, 135-136
 problemas de relacionamento e, 225-226
 sentimento de incapacidade, 144-145
 superestimulação na mania, 147-151
 Comportamento positivo
 aumentando as interações sociais, 137-140
 aumento das horas de sono, 135-137
 melhorando os hábitos saudáveis, 135-136
 negligenciado, 134-135
 Comunicação
 dimensões da, 211-214
 erros na, 218-223
 facilitando com as planilhas de resumo dos sintomas, 119-120, 151
 habilidades, 215-218
 melhorando a, 223-226
 não-verbal, 212-213
 problemas familiares e conjugais, 122
 Comunicação Afetiva (AFC), 215-216
 Comunicação Não-Verbal, 212-213
 Concentração plasmática, 72
 Conflito, 221-223
 “Contagem de comprimidos”, 71-72
 Contato social
 aumentando o, 137-140
 depressão e, 26-27
 hipomania e, 27-28
 Contexto, problemas de comunicação e, 214
 Contrato de adesão, 88-93
 Contratos comportamentais, 88-90, 93
 Controle do estresse, 202-205
 Convulsões, 192
 Crianças
 adesão e, 77
 como estressores, 197
 más interpretações dos sintomas nas, 19-20
 medicamentos e, 56-57
 Criatividade, 27-28, 122, 149-151
 Críticas
 como uma sugestão, 203
 supersensibilidade às, 207-208
 Cuidado gerenciado, 33
 Culpa, 146-147

D

Déficits de desempenho, 214-215
 Déficits de habilidade, comunicação e, 214
 Definição de problemas, 185-188
 Depakene, 45, 48-50
 Depakote, 42, 45, 48-50
 Depressão
 culpa pela inércia, 146-147
 desencadeadores de sintomas, 131-133
 diminuição da concentração, 178-179
 diminuição da tomada de decisões, 178-179
 diminuindo o ritmo dos pensamentos, 180
 educação do paciente e, 86
 erros cognitivos, 159-162

insônia e, 136-137
 interação entre os sintomas e a terapia, 15-16
 intervenção comportamental, 131-132, 211-212
 isolamento e, 138-139
 mudanças de conteúdo e processo na, 159-160
 pensamento lento, 177-178
 pensamentos automáticos negativos, 165-168
 por estar doente, 80-81
 prescrições de “diversão”, 139-141
 problemas de processamento cognitivo na,
 176-177
 rastreamento do paciente da, 59-60
 sentimento de incapacidade, 144-145
 sintomas comuns na, 118
 sintomas da, 26-27
 superestimulação na, 151-152
 Depressão maior, 50, 86
 Depressão unipolar, 34-35
 Depression and Bipolar Support Alliance, 41,
 80-81, 87-89, 138-139
 Descongestionantes, 62-63
 Desencadeadores de sintomas, 131-134
 Desipramina, 44, 52-53
 Despersonalização, 15-16
 Desyrel, 46
 Diabete, 52
 Diagnóstico equivocado, 28-29
 Diários. *Veja* Registro de Pensamentos Automáticos
 Diários dos pensamentos, 163-165
 DICA. *Veja* Entrevista de Diagnóstico para Crianças
 e Adolescentes
 Diminuição da concentração, 177-179
 Discussões, 214-215
 Disforia, 58-59
 Disquinésia tardia, 51
 Divalproex, 42, 45, 49-50, 56-57
 Donaren, 46
 Doxepina, 44, 52-53
 Drogas ilícitas, 61-62

E

ECT. *Veja* Terapia eletroconvulsiva
 Educação da família, 87
 Educação dos pacientes
 eficácia da, 96-97
 época correta para a, 87-88
 importância da, 84-86
 processo de, 87-89
 “Efeito da certeza”, 70-71
 Efeitos colaterais anticolinérgicos, 53-54
 Efeitos colaterais nas funções sexuais, 54-55
 Effexor, 46
 Elavil, 44
 Emoções
 distanciamento, 168-170
 falha na comunicação e as, 224-226
 EMT, 59. *Veja* Estimulação magnética transcraniana
 repetitiva
 Endep, 44

Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV
 (SCID), 29-30
 Entrevista de Diagnóstico para Crianças
 e Adolescentes (DICA), 29-30
 Entrevistas estruturadas, 29-30
 Entrevistas semiestruturadas, 29-30
 Entrevistas, 29-30
 ENV. *Veja* Estimulação do nervo vago
 Enzima P4502D6, 58-59
 Erros cognitivos. *Veja* Cognições distorcidas
 Erros de comunicação
 atribuições equivocadas, 221-223
 falha para reconhecer a reciprocidade, 222-223
 filtros, 218-221
 suposições equivocadas, 221-222
 Erros de diagnóstico, 28-29
 Escala de Avaliação da Mania Bech-Rafaelsen,
 30-31
 Escala de Avaliação da Mania Young, 30-32
 Escala de Avaliação das Atividades, 141-142
 Escala de avaliação para uma comunicação
 rápida, 218
 Escitalopram, 46, 52-53, 56
 Eskalith, 42, 44
 Esperança, pensamentos suicidas e, 172-174
 Esquizofrenia, 86
 Estabilizadores de humor, 37-38. *Veja também*
 Medicamentos antimaníacos
 Estimulação cerebral, 58-59
 Estimulação do nervo vago (ENV), 59
 Estimulação magnética transcraniana repetitiva
 (EMTr), 59
 Estimulação. *Veja* Superestimulação
 reduzindo, 181-183
 respostas alteradas para, 176-177
 Estímulos positivos
 depressão e, 131-132
 prescrições para “se divertir”, 139-141
 Estratégia “lexicográfica”, 70-71
 Estratégia de “eliminação por aspecto”, 70-71
 Estratégias de gerenciamento comportamental
 adicionando comportamentos positivos, 134-140
 equilibrando os, 141
 escala de avaliação das atividades, 141-142
 exercício listas A e B, 156-157, 182-183, 194-195
 monitorando os níveis de interesse e atividade,
 152-156
 para a culpa pela inércia, 146-147
 para a depressão, 131-133
 para a mania, 132-134
 para a superestimulação na depressão, 151-152
 para a superestimulação na mania, 147-151
 para o sentimento de incapacidade, 144-147
 prescrevendo “diversão”, 139-141
 Estratégias de processamento cognitivo
 diminuindo o ritmo dos pensamentos, 179-183
 focando os pensamentos, 182-183
 para a definição dos problemas, 185-188
 para a resolução de problemas, 185-186

para a ruminação, 184-186
 para gerar soluções, 187-189
 para tomada de decisões, 188-190
 selecionar uma tarefa de cada vez, 183-184

Estresse
 lidando com o, 198-201
 sintomas e, 193
 treino de relaxamento, 200-202

Estressores
 impacto na adesão, 98-99
 interação com os sintomas, 192-194
 visão geral dos, 61-63

Estressores psicossociais. Veja Estressores

Evitação de conflito, 214-216

Exercício listas A e B, 156-157, 182-183, 194-195

F

Fala rápida, 210-211

Famílias
 impacto na aderência, 92-95, 97-98
 no gerenciamento das comorbidades, 232-233
 papel no controle do estresse, 203-204
 problemas de comunicação, 122
 resolvendo controvérsias com a planilha de
 resumo dos sintomas, 121-122

“Fazer adivinhações”, 159-160

FDA. Veja Food and Drug Administration (órgão responsável pela liberação dos remédios nos Estados Unidos)

Feedback, 13-15, 97-98

Feedback positivo, 13-15

Fenelzine, 45, 52-53

Fígado, 49-50, 58-59

Filtros de comunicação, 218-221

Fitas de vídeo, 96-97

Fluoxetina, 46, 52-59

Fluvoxamina, 52-53

Food and Drug Administration dos Estados Unidos (FDA), 40-41

G

Ganho de peso, 52, 54-56

Generalizar excessivamente, 95

Geodon, 43, 52

Gerenciamento da medicação
 abordagem de equipe para o, 63-64
 barganhando com, 80-81
 clínicos que não são médicos e, 36
 fase aguda e de manutenção, 37-39
 o que os pacientes precisam saber, 38-40
 parar completamente com todos
 os medicamentos, 62-63
 visão geral do, 37-39

Gerenciamento do estilo de vida, 128-129, 197

Gerenciamento do estresse
 agudo, 198-202
 controle do estresse, 202-205

no gerenciamento das comorbidades, 232-233
 prevenção do estresse, 193-199

Graded task assignment (GTA – tarefa realizada por níveis), 145-147, 182-183, 194-195

Gráficos de monitoramento do humor, 108-109
 desenvolvidos para os pacientes, 126-128
 monitorar o interesse e nível de atividades,
 152-154
 objetivos dos, 126-128
 rastreando a estimulação, 151
 usos do, 122, 125-126

Gráficos de monitoramento do humor, 20

Grandiosidade, 152-156

Gravidez
 medicamentos antimaníacos e, 39-40
 o transtorno bipolar e a, 61-63

Gripe, 61-62

Grupos de apoio, 138-139

GTA. Veja Graded task assignment

H

Habilidade verbal dos pacientes, 235

Habilidades para se comunicar, 215-218

Hábitos, fazendo mudanças positivas nos, 135-136

Haldol, 51

Haloperidol, 51

Hemoglobina A1c, 69-70

Hepatite, 61-62

Heurística, 69

Hipertensão, 56

Hipomania. Veja também Mania
 “percepções equivocadas” e, 161-162
 ciclo dos sintomas, 31-32
 contato social e, 27-28
 criatividade e, 27-28, 122, 149-151
 diminuição da tomada de decisões, 179
 grandiosidade, 152-156
 interação entre os sintomas e a terapia, 14-16
 mania e, 132-133
 pensamento rápido, 176-178
 recaída e, 108-110
 regra das 24 horas, 165-166
 respostas alteradas aos estímulos, 176-177

Hipotireoidismo, 47-48

Histórias, 28

Horários das doses, 99-101

Hormônio da tireoide, 47-48

Hospitais, 233-234

Humor, 26-27

I

Idosos, 56-58

IDS. Veja Inventário para a Sintomatologia Depressiva

Imipramina, 45, 52-55

Inércia, 146-147

Infecções virais, 61-62

Inibidores da monoaminoxidase (IMAO), 45, 54-57

Inibidores da recaptação de norepinefrina, 44
 Inibidores da recaptação mistos de
 norepinefrina-serotonina, 44-45
 Inibidores de apetite, 62-63
 Inibidores seletivos da recaptação de serotonina
 (ISRS), 52-57
 Inquietação, 54-55
 Insônia, 54-55, 135-138
 Instituições, 233-234
 Interações medicamentosas, 56-59
 Interesse sexual, 226
 Internet, 87-88
 Intervenção de uma crise, 232-234
 Intervenções. *Veja também* Planos de tratamento
 conversar com os pacientes sobre, 84-86
 estratégias divergentes entre clínicos, 87-88
 paciente receoso das, 84-85
 para os pacientes sintomaticamente estáveis,
 18-22
 para pacientes experientes, 18-21
 para pacientes recentemente diagnosticados,
 18-20
 recursos do paciente e, 85-86
 resumo das, 23-24
 selecionar, 231
 sequenciar, 229-230
 Inventário da Satisfação Conjugal, 215-216
 Inventário para a Sintomatologia Depressiva (IDS),
 29-31
 Irritabilidade, 210-211
 Isolamento, 138-139

J

Jogo da comunicação, 223-225
 Jovens adultos
 adesão e, 77
 atitudes na direção das recorrências, 230-231

L

Lamictal, 42, 46, 50-51
 Lamotrigina, 40, 42, 46, 50-51
 Leitura de mentes, 221-222
 Leponex, 43, 52
 Lexapro, 46
 Libido, 226
 Lidar com
 as habilidades existentes, 16-18
 o estresse, 198-199
 os obstáculos, 199-201
 os recursos, 199-200
 Limites, estabelecimento de, na prevenção do
 estresse, 196-197
 Lithane, 42, 44
 Lithotabs, 42, 44
 Lítio, 42, 44
 antipsicóticos típicos e, 51
 atividade antidepressiva, 41
 carmabazepina e, 48-49

crianças e, 56-57
 dosagem, 47
 educação do paciente e, 86
 efeitos colaterais e toxicidade, 47-48
 efeitos do, 40, 47
 gravidez e, 39-40
 histórico do, 41, 47
 índices de adesão, 66
 liberação controlada, 99-100
 medindo a adesão com o, 72
 Loquacidade, 210-211
 Ludiomil, 44

M

Mania. *Veja também* Hipomania
 ciclo dos sintomas, 31-32
 desencadeadores dos sintomas, 132-134
 diminuição da concentração, 178-179
 diminuição da organização mental, 177-178
 diminuição da tomada de decisões, 179
 hipomania e, 108-110, 132-133
 limitando o interesse e o nível das atividades,
 152-156
 mudanças de conteúdo e processo, 159-160
 pensamento rápido, 176-178
 problemas de processamento cognitivo, 160-162,
 176-177
 rastreamento do paciente, 59-60
 regra das 24 horas, 165-166
 respostas alteradas aos estímulos, 176-177
 sintomas comuns da, 117
 sintomas da, 26-28
 superestimulação e, 147-151
 Mania disfórica, 47-49
 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos
 Mentais, 25
 Mapas da vida, 107-108, 112-115
 Maprotilina, 44, 52-53
 Medicamentos
 acrescidos de uma terapia, 21
 adesão e, 19-20 *veja também* Aderência; Adesão
 adjuntiva, 39-40
 agentes sem aprovação, 40-41
 algoritmos, 59-60
 dicas para tomar, 103-104
 horário das doses, 99-101
 interações medicamentosas, 39-40, 57-59
 liberação controlada, 99-100
 para crianças e adolescentes, 56-57
 para os idosos e com a saúde frágil, 56-58
 para sintomas psicóticos, 56-57
 seleção de tentativa e erro, 37-38
 Medicamentos adjuvantes, 39-40
 Medicamentos antimaníacos. *Veja também* Lítio;
 Estabilizadores de humor
 agentes sem aprovação, 40-41
 anticonvulsivos, 48-51
 antipsicóticos, 51-52
 atividades antidepressivas, 41

combinação de tratamentos, 52-53
 gravidez e, 39-40
 mais comumente usados, 41-43
 visão geral dos, 40-41
 Medicamentos antipsicóticos, 43, 51-52
 Medicamentos de liberação controlada, 99-100
 Medicamentos sem aprovação, 41
 Medicamentos teratogênicos, 39-40
 Mellaril, 51
 Memória, 177-179
Miastenia gravis, 47-48
 Mirtazapina, 46, 54-57
 Modelo de crença de saúde, 68
 “Modelo do ponto ideal”, 69-70
 Mononucleose, 61-62
 Morte. *Veja* Pensamentos suicidas
 MST. *Veja* Terapia magnética convulsiva
 Mudanças na vida, estresse e, 204-205

N

NA. *Veja* Narcóticos Anônimos
 Não-Adesão, *Veja também* Adesão
 com tema de casa, 103-105
 conversando com os pais, 83-85
 definida, 69
 modelo de luto e, 72-73, 75-82
 probabilidade da, 65-66
 razões comuns para a, 95
 Narcóticos Anônimos (NA), 232
 Nardil, 45
National Alliance for the Mentally Ill, 139-140
National Institute of Mental Health, 87-88
 Nefazodone, 46
 Negação
 lidando com a, 77-78
 não-adesão e, 67-68
 problemas de relacionamento e, 227
 Neurolépticos, 51
 Níveis sanguíneos, 72
 Norpramin, 44
 Nortriptilina, 44, 52-53

O

Olanzapina, 43-45, 52-55
 Olanzapina-fluoxetina, 45
 Organização do horário, 194-195
 Oxcarbazepina, 42, 49-50

P

Pacientes
 atraso desenvolvimentais e, 234-235
 como recipientes passivos de cuidado, 233-235
 experiências dos, 19-20
 experientes, 18-21
 inteligência, educação e habilidade verbal
 235-236

recentemente diagnosticados, 18-20
 receosos e sem confiança, 234-235
 sintomaticamente estáveis, 18-22
 Pais, como um estressor, 197
 Pais. *Veja também* Famílias
 adesão dos adolescentes e, 101-104
 Pamelor, 44
 Paranoia, 209-210, 222-223
 Parnate, 45
 Paroxetina, 46, 52-53, 56-59
 Paxil, 46
 Pensamento rápido, 176-178, 180-181
 Pensamentos automáticos. *Veja também* Cognições
 distorcidas
 controlando os, 165-168
 corrigindo os, 166-170
 diário de pensamentos, 163-165
 introduzindo o conceito de, 162-163
 obtendo distância emocional, 168-170
 perspectiva das explicações alternativas, 169-171
 previsão dos, 170-171
 Pensamentos obsessivos, 171
 Pensamentos suicidas,
 ideias absolutas, 160-161
 obtendo ajuda dos outros, 172-173
 razões para ter esperanças, 172-174
 recompondo os métodos, 171-172
 Percepções equivocadas, 161-162
 Personalizando, 95
 Pertofrane, 44
 Pesquisa de decisão, 69-71
 Pessimismo, 207-209
 Planilha das razões para viver, 172-173
 Planilha de avaliação dos pensamentos, 166-168
 Planilha de planejamento de metas, 153-156, 183,
 194-195
 Planilha de resumo dos sintomas
 avaliando as ideias depressivas com, 122, 125
 avaliando as ideias maníacas com, 122
 comunicação e, 119-120
 construção da, 118-120
 controvérsias familiares, 121-122
 detecção de recaídas e, 120-121
 Gráficos de monitoramento do humor, 126
 identificação dos pensamentos automáticos com,
 165-166
 monitorando as mudanças de sintomas com, 122, 125
 propósito da, 126-128
 visão geral da, 107-109, 116-118
 Planilha de tratamento dos obstáculos, 90-92
 Planos de tratamento. *Veja também* Intervenções
 bem-sucedidos, 84-85
 impacto negativo na adesão, 99-101
 nos contratos comportamentais, 89, 91
 Pressão sanguínea, 54-56
 Prevenção de uma recaída
 análise lógica, 111
 em pacientes em remissão, 21-22
 ferramentas para uma detecção precoce,
 107-109, 126-128

gerenciamento do estilo de vida, 128-129
 gráficos de monitoramento do humor, 108-109, 122, 125-128
 hipomania e, 108-110
 mapas da vida, 107-108, 112-115
 planilha de resumo dos sintomas, 107-109, 116, 126-128
 questões com autocontrole, 110-112
 sistema de advertência para uma detecção precoce, 114-116
 Prevenção do estresse, limites, 193-199
 Priapismo, 54-55
 Problemas de comunicação
 diagnóstico dos, 214-216
 dimensões dos, 211-214
 diminuição da capacidade cognitiva, 211-212
 erros de comunicação, 218-223
 fala rápida, 210-212
 irritabilidade, 210-211
 manifestações dos, 214-216
 métodos para avaliação, 215-218
 paranoia, 209-210
 supersensibilidade, 207-212
 Problemas de limite, 197-199
 Problemas de processamento cognitivo
 comunicação e, 211-212
 diminuição da concentração, 177-179
 diminuição da organização mental, 177-178
 diminuição da tomada de decisões, 178-179
 lidando com, 179
 na velocidade dos pensamentos, 176-178
 resposta aos estímulos, 176-177
 Problemas de relacionamento, 225-227
 Processo de luto
 aceitação, 81-82
 barganhando, 80-81
 depressão, 80-81
 negação, 77-78
 raiva, 78-79
 visão geral do, 72-77
 Programa "Good Days Ahead", 88n
 Protriptilina, 44
 Prozac, 46
 PSC. *Veja* Resolução dos Problemas de Comunicação
 Psicoeducação, 85-89
 Psicoterapia, problemas para acessar a, 32-33

Q

Questionamento socrático, 77-78, 172-174
 Questionário dos Transtornos de Humor, 29
 Questionários, 29, 71-74
 Quetiapina, 43, 52

R

Raiva, 75, 78-79
Rash (reação na pele), 50
 Reciprocidade, na comunicação, 222-223

Reclamações, 203
 Recorrência, 32. *Veja também*, Recaída
 exemplos de, 107-108
 ferramentas para uma intervenção precoce, 107-109
 gerenciamento do estilo de vida e, 128-129
 hipomania e, 108-110
 Registro de Pensamentos Automáticos, 163-170
 Regra das 24 horas, 165-166
 "Regras conjuntivas", 70-71
 "Regras disjuntivas", 70-71
 Rejeição, 207-208
 efeitos da TCC sobre a, 33-34
 planilha de resumo dos sintomas, 120-121
 pontos fortes da TCC e, 229-231
 Recaída, 32. *Veja também* Recorrência
 Remeron, 46
 Remissão, 21-22
 Resolução de problemas, 185-186, 202-204
 Resolução dos Problemas de Comunicação (PSC), 215-216
 Respostas racionais, 169-171
 Rins, 47-48
 Risperidol, 43, 52
 Risperidone, 43, 52
 Ritmo acelerado, medicamentos e, 56-57
 Ruminação, 184-186

S

SCID. *Veja* Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV
 Sensibilidade, interpessoal, 207-212
 Sensibilização comportamental, 192-193
 Seroquel, 43, 52
 Sertralina, 52-53, 56
 Serzone, 46
 Síndrome de Stevens-Johnson, 50
 Síndrome do pânico, 232
 Sinequan, 44
 Sintomas
 avaliação da gravidade, 29-32
 ciclo dos, 31-32
 controle e psicoterapia, 33
 efeitos na adesão, 92-93
 exacerbados pelos estressores, 98-99
 gerenciamento dos, 21-22
 monitoramento dos, 37-38
 terapia e, 14-16
 Sintomas psicóticos, 56-57
 Sintomas residuais, 33-34
 Sistema da norepinefrina, 56
 Sistema da serotonina, 56
 Sistema de Codificação das Interações Conjugais, 217
 Sistema dopamina, 56

- Sono
 exercícios de relaxamento, 200-201
 intensificar o, 135-137
 mania e, 133-134
 transtorno bipolar e, 31-32
- Superdosagem, 55
- Superestimulação
 controlando a, 181-183
 mania e, 133-134, 147, 151
 na depressão, 151-152
- Supersensibilidade, 207-212
- Supressão da medula óssea, 48-49
- Surmontil, 45
- Symbyax, 45
- T**
- Técnica das evidências favoráveis e contrárias, 141, 170-171
- Tegretol, 42, 48-50
- Tema de casa, 103-105, 236-237
- Teoria de decisão, 68-70
- “Teoria do prospecto”, 69-70
- Terapia cognitivo-comportamental (TCC)
 aliança terapêutica e, 13-18
 eficácia da, 33-35
 programa de tratamento, 214-215, 229-230, 239
 visão geral das intervenções, 17-22
- Terapia com antidepressivos, 33-35
- Terapia eletroconvulsiva (ECT), 58-59
- Terapia magnética convulsiva (TMC), 59
- Teste das habilidades de comunicação, 218
- Tioridazina, 51
- Tofranil, 45
- Tomada de decisões, 178-179, 188-190
- Tranilcipromina, 45, 52-53
- Transtorno bipolar
 avaliação da gravidade dos sintomas, 29-32
 ciclo dos sintomas, 31-32
 desafios do, 154-156
 diagnóstico do, 28-30
 educação do paciente e, 86
 gerenciamento em longo prazo, 60-63
 interação dos fatores psicossociais e biológicos, 192-194
 natureza recorrente do, 25-26
 psicoterapia e, 32-33
 quando pedir ajuda, 62-64
 rastreamento do, 60-61
 sintomas, 60-61
 suicídio e, 171
 variabilidade no, 26
- Transtorno de estresse pós-traumático, 232
- Transtorno obsessivo compulsivo, 171
- Tratamento agudo, 37-39
- Tratamento de manutenção, 38-39
- Tratamento medicamentoso
 a TCC como uma alternativa para, 33-35
 barganhando com, 80-81
 objetivos do, 39-40
- Trazodone, 46, 52-55
- Treinamento para relaxamento, 180-181, 200-202
- Trileptal, 42
- Trimipramina, 45
- V**
- Valproato, 41, 48-49
- Venlafaxina, 46, 54-56
- Violência, 214-215
- “Visão em túnel”, 159-160, 172-173
- Vivactil, 44
- W**
- Wellbutrin SR, 46, 56
- Wellbutrin, 46
- Wright, Jesse, 94
- Z**
- Ziprazidona, 43, 52
- Ziprexa, 43, 45, 52