

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde Mental
Curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas

**DEPRESSÃO BIPOLAR, ASSOCIAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVA AO
TRATAMENTO PSICOFARMACOLÓGICO: relato de caso**

GERALDO MENDES DINIZ

Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2012

GERALDO MENDES DINIZ

**DEPRESSÃO BIPOLAR, ASSOCIAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVA AO
TRATAMENTO PSICOFARMACOLÓGICO: relato de caso**

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicoterapias Cognitivas.

Orientador: Rodrigo Nicolato

Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2012

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso clínico de um paciente do sexo masculino, 28 anos, portador de TB (transtorno bipolar), na fase depressiva, tratado com terapia medicamentosa associada à TC (terapia cognitiva). Este trabalho se desenvolverá na seguinte ordem: objetivos do estudo, descrição do quadro clínico do paciente, revisão da literatura sobre TB. Em seguida será apresentado o atendimento do paciente em sessões de TC e finalmente a conclusão do trabalho, esperando responder as perguntas formuladas nos objetivos.

Palavras-chaves: Transtorno Bipolar; Terapia Cognitiva

ABSTRACT

This case study is concerned with a clinical case of a male patient, 28 years, with BP (bipolar disorder) in the depressive phase, treated with drug therapy associated with CT (cognitive therapy). This work will develop in the following order: study objectives, description of the clinical picture of the patient, review of the literature on BP. Then you will see the patient care sessions on CT and then finally the work conclusion, hoping to answer the questions formulated in the objectives.

Key Words: Bipolar Disorder; Cognitive Therapy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Objetivos	5
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	6
3 METODOLOGIA	13
3.1 Relato Clínico do Caso.....	13
3.1.1 Identificação do Paciente.....	13
3.1.2 Historico do Doente	13
3.1.3 Queixas Principais.....	15
3.1.4 Diagnóstico.....	15
3.1.5 Expectativas da Terapia	16
3.1.6 Modelo Cognitivo deste Caso	16
3.1.7 Tratamento	17
4 DISCUSSÃO	25
5 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

A motivação para fazer esta monografia foi a observação de que pacientes com transtorno bipolar (TB) tratados com terapia medicamentosa não evoluem, na grande maioria das vezes, para a remissão completa dos sintomas, com prejuízos pessoais, familiares e sociais importantes, levando o paciente a viver de crise em crise.

Interroga-se: seriam as técnicas de terapia cognitiva (TC), em conjunto com a terapia medicamentosa, efetivas na fase depressiva do TB?

Propõe-se o estudo de um caso clínico, de um paciente com TB na fase depressiva, tratado com medicamentos e que se submeteu à sessões de TC.

O trabalho será dividido em objetivos, revisão bibliográfica de TB, apresentação do caso clínico e uma conclusão, que irá tentar responder a pergunta formulada acima.

1.1 Objetivos

- Atender um paciente com TB na fase depressiva;
- Verificar se as técnicas de TC, em conjunto com a terapia medicamentosa, são efetivas no paciente com TB na fase depressiva.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Lafer et al. (2011) Transtorno Bipolar (TB), Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) ou Transtorno Bipolar do Humor (TBH) é um distúrbio psiquiátrico que se caracteriza por alternância de episódios de mania e depressão.

Areteu da Capadócia, na era cristã, foi o primeiro a estabelecer uma relação entre os quadros de melancolia e mania, e aceitar que faziam parte de uma mesma doença.

No início do século XIX foram descritos os quadros de “folie circulaire” e de “folie a double forme”, ambos pertencentes a uma mesma doença.

Ao final deste mesmo século, na Alemanha, o psiquiatra Kraepelin reconheceu a insanidade maníaco-depressiva (IMD) como uma doença distinta, de evolução prolongada e cíclica e que diferentemente da “dementia praecox” (esquizofrenia) não causava dano mental irreversível aos pacientes.

Os termos unipolar (pacientes que apresentavam somente quadros depressivos) e bipolar (pacientes que apresentavam alternância entre depressão e mania) foram criados em 1957 por Leonhard e é aceito até os dias atuais. Este transtorno já foi conhecido também por TMD ou PMD - Transtorno ou Psicose Maníaco–depressiva (LAFER et al., 2011).

O TB é classificado em dois tipos: TB tipo I, quando a doença cursa com um ou mais episódios maníacos ou mistos e frequentemente acompanha a evolução um ou mais episódios depressivos maiores; e TB tipo II, em que a doença cursa com um ou mais episódios depressivos recorrentes e pelo menos um episódio hipomaníaco (LAFER et al., 2011).

A frequência, ao longo da vida, é de 1,0% para TB I e 1,1% para TB tipo II (ANDRADE et al., 2002; MERIKANGAS et al., 2007). Inicia geralmente por volta dos vinte e poucos anos, mas, com certa frequência, os quadros podem se iniciar na adolescência ou mais tardiamente na quinta década de vida.

Segundo Goodwin e Jamison (2007) e Merikangas et al., (2007), é um transtorno crônico, debilitante e grave, que cursa com elevadas taxas de morbi-mortalidade e traz prejuízos e custos elevados para os pacientes, suas famílias e a sociedade em geral. Para Kessler et al. (2006) são pacientes que têm mais dias de trabalho perdidos do que os pacientes com depressão unipolar.

A causa do TB ainda é desconhecida. O mais provável é que ocorram influências genéticas e ambientais múltiplas. Anormalidades neurobiológicas tais como disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, aumento da atividade pró-inflamatória, disfunção na transdução de sinais intracelulares e alterações de neuroimagem estrutural e funcional envolvendo regiões pré-frontal, dorsoventral e límbica anterior estão relacionadas com TB (LANGAN; McDONALD, 2009).

Segundo Louzã Neto e Elkis (2007), o quadro clínico se caracteriza por manifestações que podem ser divididas em dois grupos: mania e depressão.

- **MANIA**

- ✓ humor expansivo e/ou irritável (“pavio curto”);
- ✓ aumento da energia e atividade;
- ✓ aceleração psicomotora;
- ✓ aumento da impulsividade;
- ✓ idéias grandiosas;
- ✓ otimismo exagerado;
- ✓ redução da necessidade de sono;
- ✓ aumento da libido.

- **DEPRESSÃO**

- ✓ humor depressivo, irritável e/ou falta de interesse e motivação;
- ✓ redução da energia;
- ✓ fadigabilidade;
- ✓ redução da capacidade hedônica;
- ✓ lentificação psicomotora;
- ✓ pensamentos e sentimentos negativos;
- ✓ insônia/hipersonia;
- ✓ aumento do apetite;
- ✓ redução do apetite;
- ✓ dores difusas.

Segundo a “Stanley Foundation Bipolar Network” 65% dos pacientes com TB apresentam pelo menos uma comorbidade psiquiátrica e 25% pelo menos três ou quatro comorbidades. Em relação ao eixo I as comorbidades mais comuns encontradas são: abuso e dependência de álcool e outras substâncias, transtornos ansiosos, transtornos alimentares e Transtorno déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Em relação ao eixo II a mais comum é o transtorno de personalidade “bordeline”, que é um transtorno difícil de ser tratado.

Os pacientes em geral só melhoram parcialmente com a terapia medicamentosa. Caracteriza-se por altas taxas de recorrência e baixas taxas de remissões e com sintomas residuais muito difíceis de lidar (DELL’AGLIO Jr. et al., 2011).

De acordo com Dell'aglio Jr. et al. (2011), pacientes com TB permanecem em torno de 47% do tempo de suas vidas com sintomas, geralmente depressivos. Estes pacientes apresentam também risco de suicídio de até 15% ao longo da vida (ABREU et al., 2009).

Para Santin et al. (2005, p.106)

As taxas de não adesão ao tratamento são altas no TB, representando 47% em alguma fase do tratamento ou 52% durante um período de dois anos [...]. Muitos fatores tentam explicar estes fenômenos: fatores ligados aos pacientes, como suas atitudes e crenças em relação ao tratamento, uso de álcool e drogas, falta de conhecimento sobre a doença, características demográficas, sexo, idade, personalidade, estrutura familiar, gravidade da doença [...]. Fatores ligados aos medicamentos como efeitos colaterais.

O tratamento de indivíduos com TB é uma tarefa altamente complexa, antes de tudo, porque envolve estratégias distintas nas diferentes fases da doença.

Até o momento, receberam aprovação do Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento da mania o lítio, a clorpromazina, a carbamazepina, o divalproato e diversos antipsicóticos atípicos como risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprazidona, aripiprazol e mais recentemente asenapina.

Para depressão bipolar, foram aprovados apenas a combinação olanzapina-fluoxetina e quetiapina. Por fim, o FDA recomenda para tratamento de manutenção o lítio, a olanzapina, o arripiprazol e a lamotrigina (CHENIAUX, 2011).

Diante desta multiplicidade de opções terapêuticas consideradas eficazes, poderíamos imaginar um cenário bastante otimista para os pacientes que sofrem de TB. No entanto, o que se observa é que grande parte desses pacientes, mesmo seguindo um tratamento regular e adequado, apresenta uma evolução desfavorável.

Em um estudo multicêntrico recente, 1.469 bipolares submetidos ao “melhor tratamento disponível” foram acompanhados durante dois anos. Nesse período, apenas 58,4% dos pacientes apresentaram em algum momento remissão dos

sintomas afetivos, e entre aqueles que conseguiram ficar assintomáticos, 48,5% tiveram recorrências (CHENIAUX, 2011).

Uma porcentagem relevante de portadores do TB não tem boa resposta aos tratamentos medicamentosos atuais, havendo, assim, um campo aberto para o tratamento psicoterápico.

Segundo Lotufo Neto (2004) são objetivos da TCC (terapia cognitiva comportamental) para os portadores deste transtorno:

- 1) Educar pacientes e seus familiares e amigos sobre o TB, seu tratamento e dificuldades associadas à doença;
- 2) Ajudar o paciente a ter papel mais ativo no seu tratamento;
- 3) Ensinar métodos de monitorização da ocorrência;
- 4) Facilitar a cooperação com o tratamento;
- 5) Oferecer técnicas não farmacológicas para lidar com pensamentos, emoções e comportamentos problemáticos;
- 6) Ajudar a enfrentar fatores de estresse que podem interferir no tratamento ou precipitar episódios de mania ou depressão;
- 7) Estimular a aceitação da doença, diminuir trauma e estigma associados;
- 8) Aumentar efeito protetor da família;
- 9) Ensinar ao paciente habilidades para lidar com problemas, sintomas e dificuldades.

Colom e colaboradores, no seu estudo de follow-up de cinco anos viram que pacientes em psicoeducação (PE) mostraram um tempo mais longo para a

recorrência em relação aos pacientes sem PE, assim como, os pacientes com PE ficaram menos tempo doentes (COLOM et al., 2009).

O modelo de PE que tem demonstrado melhores resultados, a longo prazo, é o protocolo de tratamento desenvolvido pelo Programa de TB do Centro de Pesquisa Médica Stanley de Barcelona” (DELL’AGLIO Jr. et al., 2011).

Em um estudo piloto Lam e colaboradores descobriram que a adição de TCC reduziu a frequência dos episódios bipolares no ano seguinte ao tratamento (LAM et al., 2000). Estes pacientes também relataram menos dias nos episódios, avaliações de melhor humor, melhor funcionamento social, e maior facilidade para lidar com os prodromes bipolares. Estudos posteriores demonstraram maiores benefícios da TC para pacientes com TB já medicados ou em termos de dias livres (BALL et al., 2006).

Note-se que um estudo multicêntrico de Scott e colaboradores, em grande parte, não conseguiu repetir os resultados acima (SCOTT et al., 2006). Segundo eles as taxas de recaída não tiveram diferença nos pacientes somente tratados com terapia medicamentosa.

Uma recente meta-análise concluiu que a TCC foi de pouca utilidade para os pacientes bipolares (LYNCH et al., 2010). Só seria útil nos casos iniciais com poucas crises.

Preditores de bons resultados com TCC:

- 1) Pacientes casados respondem melhor que os pacientes solteiros (BURNS; SPANGLER, 2000; THASE et al., 1991).
- 2) Casos mais crônicos respondem pior ao tratamento (FOURNIER et al., 2009).
- 3) Pacientes com transtorno de personalidade comorbida apresentam resultados piores (FOURNIER et al., 2008).

- 4) Atitudes disfuncionais pré-tratamento predispõe a um resultado pior (JARRETT et al., 1991; KELLER,1983; THASE et al., 1991).

3 METODOLOGIA

Atendi um paciente, 28 anos, sexo masculino, portador de TB, na fase depressiva da doença, em uso de medicamentos estabilizadores do humor. Foram realizadas 12 sessões de um total de 20 sessões. As sessões foram estruturadas, utilizaram técnicas de TC, e tiveram duração de uma hora, uma vez por semana. Ao início da terapia o paciente foi instigado a relatar os objetivos esperados deste tratamento e ao final deu um *feedback* do mesmo.

3.1 Relato Clínico do Caso

3.1.1 Identificação do Paciente

NOME: PSC

IDADE: 28 anos

PROFISSÃO: Veterinário

RELIGIÃO: Católica

NACIONALIDADE: Brasileira

ESTADO CIVIL: Casado

GRAU DE ESCOLARIDADE: Superior completo, com mestrado.

3.1.2 Histórico do Doente

PSC tem 28 anos, é veterinário com mestrado, casado há três anos, sem filhos. Mora em uma pequena cidade do interior de MG, onde trabalhava em uma empresa especializada na produção de porcos. Atualmente está desempregado.

Nasceu de parto normal, sendo o primeiro de três filhos, tem um irmão e uma irmã. Teve uma infância normal e feliz. Porém, sempre foi muito medroso, principalmente de pessoas que morriam, chegando a perder inúmeras noites de sono por isso.

Namorou muito pouco e sempre acreditou não ser muito interessante para as mulheres. A sua esposa foi a sua segunda namorada e se casou após seis anos de relacionamento.

O envolvimento com os colegas sempre foi superficial, principalmente durante os dois últimos anos de faculdade. No curso de mestrado se sentia muito distante dos colegas, sempre achando que as colegas o achavam feio e que os colegas o evitavam por não ter dinheiro e carro.

O paciente relata que os primeiros sintomas depressivos ocorreram aos 22 anos de idade quando a sua primeira namorada terminou o namoro de três anos. Ficou muito triste, desanimado, sem ânimo para nada, porém, não procurou tratamento. Seis meses depois já se encontrava melhor. Relata, também, que uma vez, durante algumas semanas, ficou muito agitado, animado e sem sono, e que melhorou espontaneamente.

No final do ano de 2010, iniciou com tristeza intensa, perda de peso (perdeu seis quilos), insônia e, muitas vezes, choro intenso. Procurou um psiquiatra que diagnosticou depressão e receitou paroxetina 20 mg/dia. Obteve uma melhora parcial, mas em janeiro deste ano, a sua mulher que estava grávida de cinco meses perdeu a criança. O casal havia se preparado muito para receber esta criança e com esta perda os sintomas se agravaram. Ele passou a ficar mais isolado, sentindo-se culpado pelo aborto da esposa e passando noites sem dormir. Procurou novamente o psiquiatra e a dose do mesmo antidepressivo foi aumentada para 40 mg/dia.

Dois meses depois, muito triste e com baixo desempenho no trabalho resolveu pedir demissão do emprego. Desempregado, com um relacionamento difícil com a esposa, que também estava muito triste, e sem esperança no futuro, começou a ler na internet sobre suicídio. Chegou a comprar soro fisiológico e cloreto de cálcio para se suicidar. Seu pai descobriu dentro do carro dele o que seria usado para o suicídio

e o levou, a contra gosto, ao psiquiatra. PSC ficou internado durante 15 dias, recebendo alta um pouco melhor, em uso de lítio 900 mg/dia e paroxetina 40 mg/dia. Dois meses após a alta e ainda em uso dos medicamentos iniciou a TCC.

3.1.3 Queixas Principais

- a) “Não sou atraente”;
- b) “Não tenho paciência com as pessoas, principalmente no trabalho. Estou desempregado”;
- c) “As pessoas não gostam de mim, do meu jeito”;
- d) “O mundo é péssimo, só problemas, e eu não quero mais viver”.

3.1.4 Diagnóstico

EIXOS: Diagnóstico pluridimensional em saúde mental (com base no sistema multiaxial do DSM-I (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição).

EIXO 1: Transtorno bipolar, fase depressiva, sem sintomas psicóticos;

EIXO 2: Nada consta;

EIXO 3: Nada consta;

EIXO 4: Desemprego, aborto da esposa;

EIXO 5: Vive um momento delicado com a esposa, relacionamento muito difícil com os colegas de trabalho, poucos amigos.

3.1.5 Expectativas da Terapia

- ✓ “Sentir-me melhor, dar conta de fazer as coisas”;
- ✓ “Quero ter mais amigos e relacionar melhor com as pessoas”;
- ✓ “Arrumar outro emprego”;
- ✓ “Eu quero acreditar mais em mim”.

3.1.6 Modelo Cognitivo deste Caso

EVENTO DESENCADEANTE: aborto da esposa.

CRENÇAS ATIVADAS: crenças depressivas sobre o self, o mundo e o futuro (Self: “Sou incapaz, sou pior que os outros”. Mundo: “O mundo é ruim”. Futuro: “Nunca serei ninguém, o meu curso não vale nada, não tenho futuro”).

CRENÇA CENTRAL DO PACIENTE: “Não sou capaz”.

CRENÇAS INTERMEDIÁRIAS DO PACIENTE: “Sou incapaz para ser pai”, “Sou incapaz para ser amigo”, “Sou incapaz profissionalmente”.

EMOÇÕES RELATADAS: Foi perguntado ao paciente entre 0 a 100, qual a percentagem de emoção por ele sentida.

Tristeza (90%)

Angústia (80%)

Vergonha (60%)

COMPORTAMENTO: Isolamento, planejamento do suicídio.

3.1.7 Tratamento

O paciente apresenta humor deprimido, crenças distorcidas e comportamentos desadaptativos. O tratamento será estruturado, consistindo de no máximo 20 sessões, visando a intervir para aliviar os sintomas que causam sofrimento ao paciente. A relação terapêutica irá ser ativa e colaborativa. Será feita a psicoeducação, ou seja, o paciente irá aprender habilidades para modificar as cognições, ter controle das emoções e aprender sobre a sua doença.

1) Primeira Sessão:

A primeira sessão foi dedicada à psicoeducação do modelo cognitivo comportamental: o que é, como é estruturado, número de sessões e que se espera do tratamento e principalmente tirar dúvidas do paciente.

2) Segunda Sessão:

Foi dada maior ênfase às queixas do paciente, na confirmação do diagnóstico trazido por ele (THB - transtorno do humor bipolar, fase atual depressiva) e ao tratamento farmacológico instituído por seu psiquiatra.

3) Terceira Sessão:

Nesta sessão, PSC foi orientado sobre o transtorno do humor bipolar, seus mitos, evolução da doença. O paciente foi estimulado a fazer perguntas sobre a doença. Ele havia lido na internet vários artigos sobre o assunto e por isso já tinha alguns conhecimentos, uns certos e outros completamente errados. Ao final desta sessão quis saber do paciente como se sentia, e ele respondeu que estava menos ansioso e menos triste.

4) Quarta Sessão:

Nesta sessão demos início à discussão sobre pensamentos automáticos, emoções sentidas e comportamentos por eles ocasionados. No auto-

monitoramento foi ensinado como registrar as emoções, em qual situação elas ocorreram, intensidade destas emoções (0 a 100%), a fim de facilitar as relações entre sentimentos e pensamentos apresentados.

Ultimamente, PSC vinha evitando sair à noite de casa e recusando repetidamente convites de amigos. Sugeri que ele aceitasse um convite e saísse na sexta-feira próxima com um casal amigo para ir a um restaurante. Nesta sessão também falamos sobre o que é um cartão de enfrentamento e partimos para a criação de um, relacionado a esta situação: “sair com um casal amigo”. Foi: “AS PESSOAS GOSTAM DE MIM, SOU QUERIDO”, “VOU ESTAR ALEGRE E PROCURAR SER OTIMISTA” e “VOU ESCUTAR MAIS DO QUE FALAR”.

5) Quinta Sessão:

O paciente chega mais animado a esta sessão e quando perguntado relatou o seguinte: “Na sexta-feira passada sai com o casal amigo e sucedeu que, quando chegamos ao restaurante eles já se encontravam lá. Meu amigo estava falando ao celular e assim continuou por algum tempo. Neste momento fiquei com raiva, triste e inseguro, pois me veio à cabeça que ele não gostava de mim e só nos convidou por educação. Tentei quantificar a intensidade dos sentimentos citados acima e acho que todos atingiram os 100%. Pedi licença, fui ao banheiro, li e reli os três cartões de enfrentamento. Quando retornei à mesa o meu amigo já havia desligado o celular e eu me encontrava bem mais tranquilo (tristeza 30%, raiva 20% e insegurança 10%). A noite foi ótima, tentei escutar e me interessar pela conversa”.

Conversamos muito ainda sobre o pensamento automático (ele não gosta de mim) e sobre as emoções desencadeadas por ele e a melhora de toda a situação após a mudança deste pensamento, conseqüentemente das emoções e das ações. Ainda tive tempo para combinar com ele o início de uma atividade física diária, no caso, uma caminhada por uma hora.

6) Sexta Sessão:

Fizemos uma avaliação de como se encontravam as emoções e como andava a vida dele, principalmente o sono, o apetite, a vida sexual e o planejamento futuro. Ele concluiu que sua vida tinha melhorado em torno de 50% após o início da terapia e que era de seu desejo continuar envolvido no tratamento.

Nesta sessão ele trouxe uma preocupação a cerca dos medicamentos que estava fazendo uso, lítio e paroxetina. Sentia náuseas, boca seca, diminuição da memória, tremores e dificuldade de ejaculação. Estava tendencioso a abandonar os medicamentos e ficar só com a terapia, mas foi por mim desaconselhado, orientado e motivado a continuar com o tratamento farmacológico. Também ensinei como ele poderia atenuar os efeitos colaterais, por exemplo, passar a dose total de lítio para antes de deitar e ingerir bastante líquido.

7) Sétima Sessão:

Retornamos ao assunto dos efeitos colaterais dos medicamentos e ele disse ter melhorado bastante com as medidas sugeridas. Continuava a fazer caminhadas todas as manhãs e estava evitando dormir durante o dia, e com isso o sono durante a noite já ficou melhor.

Nesta sessão começamos a conversar sobre a possibilidade dele voltar a trabalhar, pois neste momento se encontrava desempregado (pediu demissão do emprego quando seus sintomas agravaram). Ao iniciarmos este assunto notei que ele ficou tenso e triste. Imediatamente perguntei o que ele havia pensado e ele respondeu: “não vou conseguir emprego”. Perguntei, então, sobre a emoção sentida e ele respondeu medo e tristeza. Em qual intensidade? A resposta foi tristeza 90% e medo 80%. Iniciei um questionamento socrático: Quais as evidências que você tem que isso é verdade? Ele me respondeu: “eu perdi meu emprego”. Então perguntei: quantas pessoas você conhece que já perderam o emprego e hoje estão empregadas? Continuamos esta conversa até o final da sessão. Antes de

encerrarmos solicitei ao paciente que quantificasse suas emoções e ele me disse que se sentia bem melhor (tristeza 20% e medo 30%).

8) Oitava Sessão:

Iniciei esta sessão perguntando sobre os efeitos colaterais dos medicamentos e ele respondeu que os estava tolerando melhor. Retornamos também ao assunto dele começar a procurar um novo emprego. Desta vez notei que ao tocar neste assunto, ele não se sentia muito desconfortável. Perguntei qual a emoção sentida neste momento. Ele me disse: “tristeza 40% e insegurança 30%”. Ao ser questionado sobre o que pensou, ele respondeu: “vai ser difícil conseguir emprego”. Discutimos bastante sobre este tema e ele me pareceu melhor. Segundo ele “a tristeza e a insegurança desapareceram”. Falamos sobre a prática diária do exercício físico, da importância de não dormir durante o dia e do uso correto dos medicamentos.

Nesta sessão resolvi discutir sobre a elaboração de uma agenda e sobre a importância de intensificarmos as tarefas de casa. Em relação à agenda a sessão já vinha sendo estruturada, mas em algumas situações, alguns assuntos de interesse deixavam de ser abordados.

Mostrei ao paciente como construir uma tabela de RPD (Registro de Pensamentos Disfuncionais) e a importância dela para a identificação e modificação dos pensamentos automáticos. A tarefa de casa foi pedir a ele que usasse esta tabela todas as vezes que uma situação fosse seguida de emoções importantes.

9) Nona Sessão:

Iniciamos esta sessão fazendo uma conexão com a sessão anterior, revendo principalmente os medicamentos, o exercício físico, o apetite (o peso atual), a vida social, o sono, a vida sexual e o relacionamento afetivo com esposa e familiares. Todos os itens revistos estavam dentro da normalidade.

Passamos neste ponto da sessão a rever a tarefa de casa (confeção da tabela de RPD e seu preenchimento). O paciente apresentou a seguinte tabela:

Situação	Pensamentos Automáticos	Emoção	Resposta racional	Resultado
Evento que levou à emoção desagradável Onde? Com quem? Quando? Como?	O que passou pela sua cabeça? O quanto acredito no PA (0-100%)	O que sentiu? (0-100%)	Identifique os erros cognitivos. Qual a resposta racional? O quanto acredito na resposta racional? (0-100%)	Como se sente agora? (0-100%) Quais as mudanças no comportamento?
Em casa, sozinho, quando ligou para a empresa na qual pretendia conseguir emprego.	“não vou conseguir emprego” (90%) “sou incompetente” (80%)	Tristeza (90%) Angustia (80%)	“EU JÁ TRABALHEI E SOU COMPETENTE” (70%) “EU SEI FAZER O SERVIÇO QUE ELÉS PRECISAM”.	

Revedo a tabela vemos que o paciente conseguiu marcar uma entrevista de emprego para a próxima semana. Foi discutido com ele a grande importância de ter conseguido tomar esta decisão, o que demonstra uma melhora importante do seu quadro. Dando continuidade propus fazermos os cartões de enfrentamento para a entrevista de emprego e eles ficaram assim: “Eu sou competente, consegui fazer até mestrado”, “Eu me formei em uma ótima faculdade (UFMG)”, “Este tipo de serviço eu domino e hoje já estou bem de saúde”.

Nos últimos encontros, também foram treinadas e colocadas em prática várias formas de relaxamento, como respiração diafragmática. O paciente tem sido orientado a fazer relaxamento sempre que estiver tenso.

No término da sessão planejamos a nova tarefa de casa, ou seja, se preparar para a entrevista de emprego. Ações: estudar e tentar conhecer a empresa

em que vai fazer a entrevista, estudar novas técnicas de entrevista e conversar com colegas de turma (Veterinários) que estejam empregados em empresas do mesmo ramo.

10) Décima Sessão:

Paulo chegou muito feliz à sessão “Eu consegui o emprego”.

Iniciamos falando de como foi a entrevista, o que sentiu, como conseguiu dominar as emoções. Ele relatou que a entrevista do emprego estava marcada para oito horas da manhã. Na noite anterior ele dormiu mal, teve diarreia e acordou bem cedo, por volta das cinco e meia, tomou um banho, fez relaxamento por 30 minutos e leu os cartões de enfrentamento por várias vezes. Ao acordar as emoções estavam assim: apreensão 90%, insegurança 80% e medo 80%, após tomar banho, relaxamento e leitura dos cartões elas diminuíram (apreensão 30%, insegurança 20% e medo 30%). Quando chegou ao local da entrevista e no início dela, ele ainda mantinha o mesmo nível das emoções de após o relaxamento. Logo que a entrevista foi iniciada, para sua surpresa, o seu entrevistador era um antigo professor seu, da época do mestrado, com quem ele mantinha um ótimo relacionamento. Terminada a entrevista e ao sentir que tinha se saído muito bem, todas as suas emoções (apreensão, medo e insegurança) haviam desaparecido.

Na noite do dia em que conseguiu o emprego ele ligou para vários amigos e os convidou para ir a um restaurante comemorar.

A sessão continuou e planejamos para o nosso próximo encontro dois temas: primeiro, como ele iria se comportar no emprego e o seu relacionamento com os colegas de trabalho, e segundo, daríamos início à psicoeducação das possíveis recaídas do TBH. Neste momento, preocupou-me também a alegria e o otimismo dele (não chegando a configurar um quadro de hipomania ou mania) quanto à possibilidade de ele abandonar a terapia medicamentosa. Assim terminei a sessão orientando-o a não abandonar os medicamentos e

como tarefa de casa foi solicitado que ele fizesse um planejamento sobre o seu comportamento no futuro emprego.

11)Décima Primeira Sessão:

O primeiro dia de trabalho e principalmente as horas que o antecederam foram de grande tensão para o paciente. Ele me relatou que ficou ansioso (80%), preocupado (60%), mas seguindo as orientações das sessões anteriores conseguiu se relaxar ao longo da manhã. Parou o serviço por alguns minutos por três vezes e usou técnicas de relaxamento, procurou ser amável com os colegas e por duas vezes leu os cartões de enfrentamento. Apesar da tensão ele relatou que estava gostando do serviço. Agora, como estava trabalhando e tinha o dia inteiro ocupado, trouxe-me duas questões que foram o grande tema desta sessão, primeiro estava pensando em parar os exercícios físicos, pela falta de tempo e segundo tinha diminuído a medicação por conta própria, pois estava atribuindo a ela a sonolência que vinha tendo durante o dia. Foi trabalhado durante o restante da sessão a necessidade da continuação das atividades físicas e ficou acertado que ele iria para o trabalho à pé. Foi exaustivamente trabalhado também a necessidade da continuação dos medicamentos.

12)Décima Segunda Sessão:

Nesta sessão fizemos uma revisão completa das sessões anteriores. Foi feito, também, um planejamento das próximas oito sessões e foi acertado com o paciente o seguinte: 1) a sua esposa e os seus pais participariam de uma sessão em que receberiam ensinamentos sobre o TB, sinais e sintomas reveladores de crises, como procurar ajuda, etc.; 2) ele teria uma sessão somente dedicada à prevenção de crises; 3) outra sessão sobre estilo de vida (alimentação, importância do sono, evitar bebidas alcoólicas, exercícios físicos, etc.); 4) as sessões restantes seriam a respeito do trabalho e sobre as relações familiares.

Ao final foi solicitado ao paciente um feedback da terapia. Ele respondeu que se encontrava muito melhor, empregado, voltou a sair com os amigos e a sua relação com a esposa tinha melhorado substancialmente.

4 DISCUSSÃO

A revisão da literatura mostra que os resultados do tratamento medicamentoso, quando usado isoladamente, em pacientes com transtorno bipolar, apresentam uma resposta insatisfatória. Os medicamentos não curam o transtorno bipolar, mas apenas buscam controlar as crises. O índice de recidivas é alto e os pacientes passam a maior parte de suas vidas sintomáticos.

Tendo em vista a gravidade e a incapacidade causada por esta doença eu sempre me preocupei em associar uma terapia ao tratamento destes pacientes. O uso da terapia cognitiva sempre me pareceu o mais apropriado. Após adquirir o conhecimento das técnicas de TC atendi o paciente citado neste trabalho. Ele encontrava-se na fase depressiva do TB, em uso de estabilizadores do humor e com uma resposta insatisfatória.

5 CONCLUSÃO

O tratamento farmacológico é essencial no tratamento do TB. Mesmo com adesão aos psicofarmacos parcela importante dos pacientes permanecem sintomáticos.

Na sua totalidade, os estudos, independentemente da abordagem utilizada, sugerem que a psicoterapia deve ser utilizada em associação com o tratamento farmacológico. As intervenções psicoterápicas apresentam vários benefícios que incluem diminuição na frequência e na duração dos episódios de humor, aumento da adesão à medicação, diminuição nas recaídas e impressões clínicas de melhoras gerais.

A TCC tem se mostrado a abordagem psicoterápica com mais evidências consistentes de eficácia no tratamento de pacientes bipolares, revelando-se eficaz em vários desfechos significativos do transtorno bipolar. Entretanto, ainda não se sabe se essa psicoterapia é superior a outras abordagens psicoterápicas e qual a dose psicoterápica e quais as técnicas cognitivas e comportamentais que, de fato, são mais eficazes.

As abordagens psicoterápicas deveriam ser individualizadas e utilizadas precocemente no tratamento do transtorno bipolar para melhorar a adesão medicamentosa e ajudar o paciente a identificar os pródromos da doença com o objetivo de aprender a desenvolver estratégias para lidar melhor com tais situações, além de terem efeitos nos sintomas residuais os quais estão associados à cronicidade e a altos níveis de sofrimento e incapacitação.

Apesar de haver divergências na literatura a respeito da eficácia ou não da TC, na fase depressiva do transtorno bipolar, este caso ilustra a possibilidade da melhora do paciente quando a TC é associada aos psicofarmacos.

Tanto nas fases agudas e de manutenção ela se mostrou eficaz. O envolvimento e a persistência do paciente bem como a empatia desenvolvida com o terapeuta foram de suma importância.

Durante a TC podemos constatar que em vários momentos o paciente pensou em abandonar o tratamento medicamentoso, e que também, amigos, familiares e mesmo a própria esposa não compreendiam a doença. Constatamos também muitos pensamentos disfuncionais que causavam grande insegurança e sofrimento ao paciente, por sua vez estes sofrimentos levavam à alteração do ciclo circadiano e a conflitos familiares e no trabalho.

A psicoeducação do paciente e seus familiares foi decisiva, pois através dela eles puderam adquirir conhecimentos do transtorno, necessidade de tratamento, detecção de sintomas, pensamentos suicidas, estruturação do tempo e principalmente participar ativamente de todo o processo de tratamento do TB.

A identificação de eventos estressantes e de pensamentos automáticos disfuncionais contribuiu para que o paciente, em conjunto com o seu terapeuta, pudesse reestruturar estes pensamentos e suas crenças em geral e torná-lo mais saudável e funcional.

Os objetivos propostos no início das sessões de TC foram todos alcançados durante a terapia. O paciente ficou muito satisfeito, compareceu pontualmente a todas as sessões e declarou estar bem melhor.

Portanto, pudemos concluir com este estudo de caso clínico, que a melhora do paciente portador de TB na fase depressiva tratado com psicofarmacos ocorreu principalmente devido à associação da TC ao tratamento. Ocorreu aderência aos psicofarmacos, mudança do estilo de vida, conhecimento da doença, os pensamentos tornaram-se funcionais e principalmente, o paciente pode se reintegrar socialmente e ser mais feliz.

REFERÊNCIAS

BALL, J.R.; MITCHELL, P.B.; CORRY, J.C. et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. **J. Clin. Psychiatry**, Memphis, v.67, n.2, p.277–286, 2006.

BURNS, D.D.; SPANGLER, D.L. Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? **J. Consult. Clin. Psychol.**, Washington, v.68, n.1, p.46–56, 2000.

CHENIAUX, E. O tratamento farmacológico do transtorno bipolar: uma revisão sistemática e crítica dos aspectos metodológicos dos estudos clínicos modernos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.33, n.1, p.72-80, 2011.

DELL'AGLIO Jr., J.C.; FIGUEIREDO, A.L.; SOUZA, L.D.M. et al. Modelo cognitivo-comportamental do transtorno bipolar. In: ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M.S. (Org.). **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. Cap.16, p.261-288.

DRIESSEN, E.; HOLLON, S.D. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. **Psychiatr. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.33, n.3, p.537-555, 2010.

FIGUEIREDO, A.L.; SOUZA, L.; DELL'ÁGLIO Jr., J.C. et al. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, São Paulo, v.11, n.1, p.15-24, 2009.

FOURNIER, J.C.; DERUBEIS, R.J.; SHELTON, R.C. et al. Antidepressant medications versus cognitive therapy in depressed patients with or without personality disorder. **Br. J. Psychiatry**, London, v.192, n.2, p.124–129, 2008.

FOURNIER, J.C.; DERUBEIS, R.J.; SHELTON, R.C. et al. Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. **J. Consult. Clin. Psychol.**, Washington, v.77, n.4, p.775–787, 2009.

GOMES, B.C.; LAFER, B. Psicoterapia em grupo de pacientes com transtorno afetivo bipolar. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v.34, n.2, p.84-89, 2007.

JARRETT, R.B.; EAVES, G.G.; GRANNEMAN, B.D. et al. Clinical, cognitive, and demographic predictors of response to cognitive therapy for depression: a preliminary report. **Psychiatry Res.**, Amsterdam, v.37, n.3, p.245–260, 1991.

KELLER, K.E. Dysfunctional attitudes and the cognitive therapy for depression. **Cognit. Ther. Res.**, New York, v.7, n.5, p.437–444, 1983.

LAFER, B.; ALMEIDA, K.M.; ABREU, L.N. et al. Transtorno bipolar. In: MIGUEL, E.C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W.F. (Ed.). **Clínica psiquiátrica**. Barueri: Manole, 2011. Cap.55, p.711-731.

LAM, D.H.; BRIGHT, J.; JONES, S. et al. Cognitive therapy for bipolar illness: a pilot study of relapse prevention. **Cognit. Ther. Res.**, New York, v.24, n.5, p.503–520, 2000.

LOTUFO NETO, F. Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.26, p.44-46, 2004. Suplemento 3.

LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H. Transtorno afetivo bipolar. In: _____. **Psiquiatria básica**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap.17, p.223-234.

LYNCH, D.; LAWS, K.R.; MCKENNA, P.J. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytic review of well-controlled trials. **Psychol. Med.**, London, v.40, n.1, p.9–24, 2010.

POWELL, V.B.; ABREU, N.; OLIVEIRA, I.R. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.30, p.S73-S80, 2008. Suplemento 2.

SANTIN, A.; CERESÉR, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v.32, p.105-109, 2005. Suplemento 1.

SCOTT, J.; PAYKEL, E.; MORRIS R. et al. Cognitive-behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. **Br. J. Psychiatry**, London, v.188, n.5, p.313–320, 2006.

THASE, M.E.; SIMONS, A.; McGEARY, J. et al. Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v.148, n.6, p.784–789, 1991.