

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Instituto de Ciências Biológicas

EFEITO DA TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL SOBRE AS FUNÇÕES
COGNITIVAS E AS HABILIDADES SOCIAIS DE PACIENTES COM TRANSTORNO
AFETIVO BIPOLAR TIPO I

GEOVANY ELIBERTO ARAÚJO

BELO HORIZONTE, 2016

043 Araújo, Geovany Eliberto.

Efeito da terapia cognitiva-comportamental sobre as funções cognitivas e as habilidades sociais de pacientes com transtorno afetivo bipolar tipo I [manuscrito] / Geovany Eliberto Araújo. - 2016.

79 f. : il. ; 29,5 cm.

Orientador: Prof. João Vinícius Salgado.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Instituto de Ciências Biológicas.

1. Neurociências - Teses. 2. Transtorno bipolar. 3. Habilidades sociais. 4. Terapia cognitiva. 5. Terapia comportamental. 6. Cognição. I. Salgado, João Vinícius. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Biológicas. III. Título.

CDU: 612.8

GEOVANY ELIBERTO ARAÚJO

EFEITO DA TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL SOBRE AS FUNÇÕES
COGNITIVAS E AS HABILIDADES SOCIAIS DE PACIENTES COM TRANSTORNO
AFETIVO BIPOLAR TIPO I

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Neurociências do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Neurociências.

Área de concentração: Neurociências.

Orientador: Prof. João Vinícius Salgado

Belo Horizonte
Instituto de Ciências Biológicas - UFMG
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REITOR:

Prof. Dr. Jaime Arturo Ramírez

PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO:

Prof. Dr. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

COORDENADOR DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS:

Profª. Dra. Carmen Elvira Flores-Mendoza Prado

Este Trabalho é dedicado às pessoas que estão aprisionadas no sofrimento mental e lutam para encontrar uma saída

E conhecereis a verdade e a verdade vos libertará
Bíblia: João 8.32

AGRADECIMENTOS

À Deus.

À minha esposa, Alesandra Maria de Oliveira, pela ajuda e paciência no decorrer da produção deste trabalho.

Aos meus filhos.

Aos meus familiares.

Aos colaboradores, que se esforçaram para a conclusão deste trabalho.

Ao meu orientador João Vinícius Salgado que sempre foi uma inspiração na produção científica.

À Valenir, coordenadora do curso de psicologia da Faculdade de Ciências Médicas e aos psicólogos Robson Gonçalves Batista e Lenice Alves de Souza Oliveira.

Ao Diretor do Hospital Escola-Instituto Raul Soares Maurício Leão Resende.

A preceptora do Ambulatório de transtorno de Humor do Hospital Escola-Instituto Raul Soares, Maria Cristina Bechelany Dutra.

Aos médicos residentes deste ambulatório e todos os funcionários.

Se não fosse a colaboração de todos não seria possível realizar este trabalho.

RESUMO

Introdução: Pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) apresentam, durante a fase aguda da doença, dificuldades em vários domínios cognitivos, o que acarreta importante prejuízo funcional. Algumas destas alterações persistem mesmo após a remissão dos sintomas. Nos últimos anos observou-se progresso substancial no desenvolvimento e avaliação de intervenções psicoterápicas associadas a medicamentos em transtornos mentais graves. A terapia cognitiva-comportamental (TCC) é a abordagem mais estudada no TAB e há evidências de que produz alterações clínicas importantes no curso da doença. Os ensaios clínicos mais comuns na literatura de psicoterapia para TAB estão ligados à recuperação sintomática, adesão ao tratamento, redução do tempo e número de internações psiquiátricas, tempo de remissão da doença, tempo de nova recaída, quantidade de episódios e manejo de sintomas prodrômicos maníacos ou depressivos. Não há, até o presente, estudo que tenha usado o desempenho em testes neuropsicológicos e em inventário de habilidades sociais como variáveis de desfecho após a intervenção da TCC.

Objetivo: Investigar os efeitos de intervenção por meio da TCC sobre as funções cognitivas e habilidades sociais de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar tipo I em remissão ou em fase depressiva.

Metodologia: Trinta e cinco pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar tipo I participaram do estudo. Eles foram divididos aleatoriamente em dois grupos: o primeiro grupo (Grupo TCC; n = 17) recebeu 20 sessões de TCC em adição ao tratamento usual enquanto o segundo grupo (Grupo Controle, n = 18) recebeu apenas o tratamento usual. Antes do início do tratamento as funções cognitivas foram avaliadas pela versão brasileira da *Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia-BACS* e as habilidades sociais pelo Inventário de Habilidades Sociais (IHS) de Del Prette. Ao final do estudo, a BACS e o IHS foram novamente administrados (reteste).

Resultados: A comparação dos grupos, TCC e Controle ao longo do tempo foi feita pela Análise de Variância (ANOVA) de dois fatores, tipo Within e Between. Os fatores foram grupo e tempo. Os dados obtidos da BACS e do IHS demonstram que houve interação significativa entre os fatores e, portanto, os grupos TCC e Controle foram comparados separadamente no Tempo um (T1) e no Tempo dois (T2). No T1 o grupo TCC e o grupo Controle não apresentaram diferença significativa na BACS nem no IHS. No T2 o grupo TCC apresentou resultados significativamente melhores que o grupo controle tanto em funções cognitivas quanto nas habilidades sociais. Na BACS isso ocorreu nos testes relacionados às funções executivas ($p=0,002$), à atenção ($p=0,018$), à memória verbal ($p=0,000$), à velocidade psicomotora ($p=0,010$), à fluência verbal ($p=0,031$) e no escore total ponderado ($p=0,000$). No IHS, o Grupo TCC foi significativamente melhor ao Grupo Controle no escore geral ($p=0,002$).

Conclusão: A adição da TCC ao tratamento foi capaz de melhorar de modo significativo o desempenho cognitivo, avaliado pela BACS, e as habilidades sociais, avaliada pelo IHS, em pacientes com TAB tipo I. Estes resultados indicam que a TCC pode ser ferramenta terapêutica valiosa na abordagem a estes pacientes.

Palavras Chaves: Transtorno Afetivo Bipolar, Terapia Cognitivo-Comportamental, Cognição, Habilidades Sociais.

ABSTRACT

Introduction: Patients with bipolar disorder (BD) show, during the acute phase of the disease, difficulties in several cognitive domains, which lead to significant disability. Some of these changes persist even after symptom remission. In recent years there has been substantial progress in the development and assessment of psychotherapeutic interventions as add-on treatment to pharmacotherapy in severe mental disorders. The Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is the most studied approach in BD and there is evidence that it leads to important clinical changes in the course of the disease. Clinical trials commonly have focused on symptomatic recovery, treatment adherence, reduced length and number of psychiatric hospitalizations, disease remission time, number of episodes and management of prodromal mania or depression episodes. To date, there is not a study that has used neuropsychological testing and an inventory of social skills as outcome measure after the intervention of CBT.

Objective: We aimed at investigating the effects CBT on cognition and social skills of patients with BD type I in remission or depression.

Methods: Thirty-five patients with BD Type I participated in the study. They were randomly divided into two groups: the first group (CBT Group, $n = 17$) received 20 sessions of CBT in addition to usual treatment while the second group (Control group, $n = 18$) received only the usual treatment. Before the CBT intervention, cognition was assessed by the Brazilian version of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia-BACS and social skills were assessed by Social Skills Inventory (SSI) Del-Prete. At the end of the study, the BACS and SSI were again administered (retest).

Results: Comparison of the groups (CBT and Control) over time was performed by analysis of variance (ANOVA) of two factors, Within and Between. The factors were Group and time. The data obtained from BACS and SSI show that there was a significant interaction between factors. Therefore, the groups were compared separately in Time One (T1) and Time Two (T2). On T1 assessment, the CBT group and the Control group showed no significant difference either on BACS or on SSI. On T2 assessment, the CBT group showed significantly better results than controls in both cognitive functions and social skills. Regarding BACS, there was significant differences on tests assessing executive functions ($p = 0.002$), attention ($p = 0.018$), verbal memory ($p = 0.000$), psychomotor speed ($p = 0.010$), verbal fluency ($p = 0.031$) and on the weighted total score ($p = 0.000$). Regarding SSI, the CBT group was significantly better compared to the control group ($p = 0.002$) on total score.

Conclusion: CBT as add-on treatment to pharmacotherapy of BD type I patients was able to significantly improve cognitive performance, as assessed by BACS, and social skills, as assessed by SSI in patients with BD type I. These results suggest that CBT can be a valuable therapeutic tool for these patients.

Keywords: Bipolar Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Cognition, Social Skills

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

APA American Psychiatric Association
ANOVA Análise de variância
BAC-A Brief Assessment of Cognition in Affective Disorders
BACS Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia
CEP Comitê de Ética em Pesquisa
DP Desvio-padrão
DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECT Electroconvulsoterapia
HAM-D Escala de avaliação para depressão de Hamilton
ICB Instituto de Ciências Biológicas
IHS Inventário de Habilidades Sociais
HE-IRS Hospital Ensino Instituto Raul Soares
M.I.N.I.Plus Entrevista Internacional Neuropsiquiátrico
OMS Organização Mundial de Saúde
SPSS Statistical Package for Social Sciences
UFMG Universidade Federal de Minas Gerais
YMRS Escala de Avaliação para Mania de Young

LISTA DE TABELAS

	Pag.
Tabela 1 - Testes da bateria neuropsicológica BACS, parâmetros analisados de cada teste, as funções cognitivas avaliadas e áreas cerebrais relacionadas.....	29
Tabela 2 - Comparação demográfica, de humor, período de tratamento, medicamentos entre os grupos de pacientes com TAB no início do estudo.....	32
Tabela 3 - Avaliação da interação cognitiva entre os dois fatores Grupo e Tempo (within e between).....	33
Tabela 4 - Comparação da cognição entre o Grupo TCC e Grupo Controle Inicial. (T1).....	33
Tabela 5 - Comparação da cognição entre o Grupo TCC (depois da psicoterapia) e Grupo Controle (tratamento usual).....	34
Tabela 6 - Avaliação da interação em Habilidade Social entre os dois fatores Grupo e Tempo (within e between).....	34
Tabela 7 - Comparação da habilidade social entre o Grupo TCC e Grupo Controle Inicial. (T1)	35
Tabela 8 - Comparação da habilidade social entre o Grupo TCC (depois da psicoterapia) e Grupo Controle (tratamento usual).....	35
TABELA 9 – Comparação clínica do Grupo TCC com Grupo Controle depois da psicoterapia	36

SUMÁRIO

	Pag.
1) INTRODUÇÃO.....	14
2) REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1) Neurobiologia da doença.....	16
2.2) Transtorno Afetivo Bipolar e Déficits Cognitivos.....	18
2.2.1) Testes Neuropsicológicos.....	19
2.3) Transtorno Afetivo Bipolar e Habilidades Sociais.....	19
2.3.1) Avaliação das Habilidades Sociais.....	20
2.4) Tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar.....	21
2.5) Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno Afetivo Bipolar..	22
3) JUSTIFICATIVA.....	25
4) OBJETIVOS.....	26
4.1) Objetivo Geral.....	26
4.2) Objetivos Específicos.....	26
5) METODOLOGIA.....	26
5.1) Participantes.....	26
5.1.1) Critérios de Inclusão.....	26
5.1.2) Critérios de Exclusão.....	27
5.2) Aspectos Éticos.....	27
5.3) Instrumentos de Avaliação e Abordagem Psicoterapêutica.....	27
5.3.1) Instrumento de Diagnóstico de TAB.....	27
5.3.2) Escalas para sintomas de Depressão e Mania.....	28
5.3.2.1) Escala de Avaliação Hamilton para Depressão.....	28
5.3.2.2) Escala de Avaliação Young para Mania.....	28
5.3.3) Bateria de Testes Neuropsicológicos.....	28
5.3.4) Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette).....	29
5.3.5) Terapia Cognitivo-Comportamental.....	30
6) Procedimentos.....	31
6.1) Avaliação Inicial.....	31
6.2) Intervenção com a TCC	31
6.3) Reteste.....	31
7) ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	31

8) RESULTADOS.....	32
8.1) Caracterização da Amostra.....	32
8.2) Efeito da TCC sobre a Cognição.....	33
8.3) Efeito da TCC Sobre as Habilidades Sociais.....	34
8.4) Efeitos da TCC Sobre Dados Clínicos.....	35
9) DISCUSSÃO	36
10) CONCLUSÃO.....	37
11) REFERÊNCIAS.....	38
12) ANEXOS.....	43
12.1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	43
12.2) Protocolo de Aplicação da BACS.....	45
12.3) Protocolo de Intervenção da TCC.....	64

1) INTRODUÇÃO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é considerado um transtorno mental crônico, recorrente e muitas vezes incapacitante. É caracterizado pela presença de episódios alternados de humor (mania/hipomania e depressão), e que variam em intensidade, duração e frequência.

O surgimento de sintomas psicóticos é um indicador da gravidade do episódio nas diferentes fases da doença, bem como a alta frequência destes episódios tende a marcar a cronicidade da doença. (AKISKAL, 1996)

Os quadros de mania/hipomania e de depressão que compõem o TAB cursam com determinadas alterações do estado mental que incidem diretamente sobre as funções cognitivas, acarretando importantes prejuízos funcionais. (ROCCA e LAFER, 2006). Estudos sobre alterações neuropsicológicas no TAB destacam prejuízos cognitivos nas crises de mania ou na fase depressiva (ROCCA e LAFER, 2006). Estes pacientes tornam-se incapazes de dirigir sua atividade para metas definidas (embora haja aumento da atividade, a pessoa não consegue ordenar as ações para alcançar objetivos precisos), prejudicando ou mesmo impedindo o desempenho profissional e as interações sociais.

A constatação de que pacientes com TAB, quando em crise, apresentam dificuldades em vários domínios neuropsicológicos já existe e diversos estudos comprovam este fato. Entretanto, há estudos que demonstram que algumas destas alterações persistam mesmo após a remissão dos sintomas (SCHNEIDER et al, 2008). Trata-se, portanto, de um transtorno que apresenta alterações neuropsicológicas e que acarreta prejuízos em longo prazo para seus portadores.

Há um crescente número de pesquisas relacionadas ao TAB e evidências sugerem que a psicoterapia estruturada usada em combinação com a farmacoterapia pode modificar o curso da doença (COSTA et al, 2011). Das abordagens terapêuticas a que tem se destacado com vários estudos, amplamente estudada e com várias evidências da sua eficácia no TAB é a Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC), (KNAPP e ISOLAN, 2005).

Apesar de vários estudos sobre o TAB a sua etiologia ainda não está claramente compreendida, o interesse pelos aspectos neuropsicológicos, emocionais e interpessoais de pacientes com TAB é um tema presente e relevante para muitos pesquisadores e profissionais da saúde mental, porque envolve aspectos pessoais e sociais (HISATUGO et al, 2009). A psicoterapia além de ser uma ferramenta para promover melhoria da qualidade de vida do paciente, também pode promover alteração na performance cognitiva e das habilidades sociais positivamente e desenvolver avanços no conhecimento desta doença. Portanto é desejável

compreender como a intervenção da TCC influencia nos domínios cognitivos e habilidades sociais nos paciente com TAB.

2) REVISÃO DA LITERATURA

O TAB é um dos mais graves tipos de doença mental, é uma doença complexa, multifatorial e poligênica. Esses pacientes têm severos prejuízos em suas vidas pessoais, como conjugal, familiar e profissional (COSTA et al, 2011). Dada a sua complexidade e efeitos negativos para o paciente e a sociedade como todo, tem sido objeto cada vez maior de atenção nas últimas décadas. Afeta 1% a 3% da população mundial e segundo estudos de Merikangas et al (2011) a prevalência estimada para a população brasileira é de 0,9 % e homens e mulheres são afetados de igual maneira.

Em 2009, os custos diretos e indiretos do transtorno bipolar foram estimados e podem ter chegado a US \$ 151 bilhões em todo mundo (GEDDES e MIKLOWITZ, 2013).

Na meta-análise de Geddes e Miklowitz (2013) os dados apresentados por esses pacientes, 37% tem recaídas dentro de 1 ano com depressão ou mania e 60% em dois a três anos e 75% dos pacientes recaem para depressão.

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, em sua 4ª edição (DSM-IV), é classificado em transtornos bipolares tipo I (tem um ou mais episódios maníacos ou episódios mistos, geralmente acompanhados por Episódios Depressivos Maiores), tipo II (caracteriza por um ou mais episódios depressivos e por, pelo menos, um episódio hipomaníaco), ciclotímicos (envolve numerosos períodos de sintomas hipomaníacos e numerosos períodos de sintomas depressivos) e aqueles sem outra especificação (SOE) (com características bipolares que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Bipolar específico). A característica principal, para diferenciar o TAB de depressão unipolar está no fato da presença durante a vida da mania ou hipomania ou episódios mistos (TAYLOR et al, 2011).

Por ser de natureza complexa, estudos demonstram que há várias variáveis clínicas relacionadas com a gravidade, tais como: Idade de início, número de internações, vulnerabilidade ao transtorno, status sociais, condição educacional, além de índice de remissão baixa, comorbidade clínica e psiquiátrica (ALVES, 2012).

A comorbidade é comum no TAB, de acordo com TAYLOR et al (2011) a *World Mental Health Survey Initiative* relata que 75% dos pacientes tinham pelo menos uma comorbidade, destacando transtorno de ansiedade, abuso de substâncias psicoativas, bem como transtorno de personalidade, como por exemplo, borderline.

Há evidências de que os transtornos de ansiedade tendem a preceder o início do TAB, portanto insônia e situações estressoras, aliado a instabilidade emocional demonstram serem riscos de início de crises. Além desse dado para tendência para o TAB, há outros acrescentados por SANTIN et al (2005): “Estressores ambientais, transtornos somáticos e de personalidade são fatores de risco em potencial para transtornos psiquiátricos. História positiva de transtorno bipolar na família, situação socioeconômica desestruturada e famílias com alta pressão emocional são fortes preditores de TAB.”

O risco de suicídio pode ter uma explicação para a mortalidade de pacientes com TAB e de acordo com estudos de Santin et al (2005) aproximadamente 25% dos pacientes com TAB de um modo geral tentam suicídio em alguma etapa de suas vidas, 11% completam o intento e 15% de tentativa de autoextermínio indicam pacientes com o tipo I.

2.1) Neurobiologia da doença

As teorias iniciais a cerca da fisiopatologia do TAB foram direcionadas particularmente ao sistema de neurotransmissão das aminas biogênicas (KAPCZINSKI et al, 2004), por isto o tratamento inicial consiste em redução dos sintomas usando drogas que tenham interferências nestes neurotransmissores.

Outro neurotransmissor envolvido na biologia do TAB é o ácido gama-aminobutírico (GABA) que é o principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central, também parece estar envolvido no TAB. Estudos demonstram que o GABA modula a atividade de neurotransmissores, como serotonina, dopamina e noradrenalina. O estudo da possível relação entre as anormalidades observadas particularmente nesses sistemas de neurotransmissão e os sintomas do TAB auxiliará na avaliação da influência de determinadas alterações bioquímicas na modulação do humor, de funções cognitivas e neurovegetativas. (MACHADO-VIEIRA et al, 2005)

Estudos da biologia molecular apresenta associação aos sistemas de segundos-mensageiros à etiopatogenia do TAB, como as proteínas G, AMPc (monofosfato cíclico de adenosina), PKC (proteína quinase C) e IP3 (inositol-trifosfato), entre outros (MACHADO-VIEIRA et al, 2005).

As manifestações comportamentais e fisiológicas desta doença são complexas e já se sabe que tem relação com uma cadeia de circuitos neurais interconectados. Uma das regiões envolvidas no controle das manifestações comportamentais é o circuito límbico estriado com córtex pré-frontal. A hipótese é que uma disfunção nestes circuitos estão relacionados ao TAB (KAPCZINSKI et al, 2004).

Na meta-análise de Taylor et al (2011) relata que há um corpo substancial de achados de neuroimagens que demonstram anormalidade na estrutura do cérebro do TAB. Esses achados indicam alterações dos ventrículos laterais e maiores índices de hiperintensidade na substância branca profunda, redução no volume cerebral relacionado com maior duração da doença e essa “redução no volume cerebral em função da duração da doença é consistente com um processo neurodegenerativo na fisiopatologia do TAB”.

Estudos de Kapczinski et al (2004) em pacientes com TAB pós-mortem indicam diminuição significativa de glias no córtex pré-frontal e sistema límbico, diminuição do córtex pré-frontal e hipocampo que corroboram achados de alterações anatômicas e funcionais em estudos de neuroimagens.

Matos-Souza e Calil (2015) descrevem as áreas cerebrais e mecanismo envolvidos nas fases da doença: quando estão em mania há aumento do sistema de recompensa que envolve o centro do prazer como o núcleo accumbens e os centros da impulsividade relacionado com o córtex pré-frontal ventromedial. Concomitantemente diminui a ação do sistema de controle que estão relacionados com córtex pré-frontal lateral e estriado ventral que são importantes para julgar riscos. Em relação à depressão, diminui o sistema de recompensa, bem como a atividade da amígdala que são responsáveis pela estimulação emocional. O sistema de controle do indivíduo com TAB fica mais ativado e que estão relacionados ao senso crítico e ao medo. Também os níveis de cortisol (relacionado ao estresse) ficam mais altos.

De um modo geral nas duas crises acontece um desequilíbrio da ação dos neurotransmissores como serotonina, noradrenalina e dopamina que atuam no controle do humor e cognição. Acima de cinco crises indicam que há perda de 10% do hipocampo, área que está ligada à memória. E as alterações do cérebro com o passar do tempo da doença podem levar a perda funcional (MATOS e SOUZA e CALIL, 2015).

Taylor conclui a respeito em seu trabalho:

Parece que a progressão da doença pode refletir uma interação entre múltiplos processos. Esses podem não estar restritos a alterações nos sistemas neurotransmissores, mas podem incluir alterações nas citocinas inflamatórias e neurotrofinas, tais como o BDNF, e disfunção mitocondrial com aumento do estresse oxidativo. (TAYLOR et al, 2011)

Portanto, pelo que observamos há inúmeras e importantes pesquisas, com referências neste trabalho e alhures que não foram citadas, usando vários métodos do conhecimento, como modelos genéticos (MINOCCI, D. et al. 2011.), neuroanatômicos, neuroquímicos, neuroimagens, marcadores inflamatórios, BDNF, além de métodos de tratamento como medicamentos, Eletroconvulsoterapia (ECT), avaliação neuropsicológica e psicoterapia. No

entanto, além de fornecer vasto conhecimento para a compreensão do TAB, ainda assim pouco se sabe sobre esta doença. Por isto esta pesquisa é de grande valia para acrescentar dados sobre a cognição, habilidades sociais e psicoterapia a esta complexa construção do entendimento do TAB.

2.2) Transtorno Afetivo Bipolar e Déficits Cognitivos

Os Pacientes com TAB apresentam dificuldades em vários domínios cognitivos, estes déficits são um importante aspecto no status nesta doença. Mann-Wrobel et al (2011) descreve em seu trabalho a comparação entre pacientes com TAB e Saudáveis:

Em geral comparando com grupo controle saudável TAB teve performance menor em quase todos os domínios cognitivos que foram 7: domínios cognitivos: velocidade de processamento, memória episódica, funções executivas, memória de trabalho, fluência verbal, percepção / resolução de problemas, e capacidade intelectual/verbal, com possível domínio verbal preservado.

Pesquisas mais recente em neuropsicologia e de neuroimagens demonstram que pacientes bipolares podem apresentar desempenho inferior em vários domínios cognitivos (TONELLI, 2009). Os domínios cognitivos com prejuízos relacionados ao TAB são atenção sustentada, fluência verbal, velocidade psicomotora, controle inibitório, flexibilidade cognitiva, velocidade de processamento e memória de trabalho.

Outro dado importante é que os déficits cognitivos ainda são persistentes mesmo depois do paciente com remissão dos sintomas (em eutímia) (ROCCA e LAFER, 2006). YEN et al (2008) demonstra em seu trabalho que pacientes com TAB em remissão apresentam prejuízos cognitivos, tais como, funções executivas, memória e atenção. E em relação a esses déficits, os resultados brasileiros são idênticos ao encontrados em outras regiões do mundo sejam em eutímia ou em crise. Estudos, ainda mostram que parece ter uma correlação positiva entre déficits cognitivos e a quantidade de episódios ou internações (ROCCA e LAFER, 2006).

De acordo com Rocca e Lafér,

A importância em se delinear prejuízos cognitivos nos transtornos do humor é que, além de auxiliar na compreensão da fisiopatologia, pode-se oferecer ao paciente uma forma de acompanhamento adicional ao tratamento médico, cuja finalidade seria minimizar as interferências que as dificuldades nestes processos causam nas áreas social e ocupacional (2006).

Portanto, pela prevalência de déficits cognitivos no TAB é de grande importância estudar e compreender a sua relação com a doença.

2.2.1) Testes Neuropsicológicos

Uma das formas para avaliar as funções cognitivas são os testes neuropsicológicos. São testes específicos que permitem pela mensuração dos resultados e pela análise qualitativa do desempenho do paciente, relacionar as alterações mentais e comportamentais com disfunções cerebrais. “Investiga tanto a estrutura psicológica da atividade mental como o papel desempenhado por sistemas cerebrais individuais em formas complexas desta atividade” (ROCCA e LAFER, 2006).

Existe atualmente na literatura internacional importantes testes neuropsicológicos (MALLOY-DINIZ, 2010). No entanto observa-se nos estudos uma variação de instrumentos e achados heterogêneos que dificultam relacionar e interpretar dados com TAB (FERREIRA, 2012). No momento há um esforço em criar uma bateria de testes neuropsicológicos que abarca os principais domínios cognitivos alterados no TAB e que seja consensual (CUESTA et al, 2011).

Existe uma bateria de testes neuropsicológicos com vários artigos que é a *Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia – (BACS)* (KEEFE et al, 2004) que teve esse objetivo de concentrar em uma só bateria os principais domínios cognitivos alterados em pacientes com esquizofrenia. Há estudos desta bateria em vários países, além dos USA na Espanha, Itália, Alemanha, Japão e no Brasil (ARAÚJO et al, 2015). O mesmo autor da BACS propõe uma bateria específica para avaliar os principais domínios cognitivos alterados no TAB que inclui além da BACS interferência afetiva mais complexas da memória verbal e inibição da resposta emocional, a *Brief Assessment of Cognition in Affective Disorders-BAC-A*. No entanto usamos, para o presente estudo, a BACS que tem vários estudos e validados em várias países, incluindo versão Brasileira e abarca os domínios cognitivos relacionados ao TAB.

A BACS apresenta validação discriminativa ($p < 0,001$), com boa estabilidade no teste e reteste ($\rho = 0,80$; $p = 0,001$) e boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,874) e validação concorrente com bateria padronizada e consagrada na literatura internacional com significativa correlação (correlação de Spearman = $\rho = 0,625$; $p = 0,0003$).

2.3) Transtorno Afetivo Bipolar e Habilidades Sociais

Habilidades Sociais são repertórios de comportamentos (verbal e não verbal) utilizados nas relações interpessoais. As habilidades sociais são comportamentos necessários para uma relação interpessoal bem sucedida (MURTA, 2005). Expressa sentimentos, atitudes,

desejos, opiniões ou direitos dessa pessoa de modo adequado ao contexto e respeita o comportamento dos demais.

Murta (2005) descreve em seu estudo que a “capacidade de estabelecer interações sociais sadias é vital para uma pessoa.” Há evidências crescentes de que déficits nas habilidades sociais estão relacionados com distúrbios emocionais (DEL PRETTE, 2002). Os pacientes com TAB apresentam déficits sociais por causa da alteração do afeto. Em sua revisão da literatura Tonelli (2009) afirma que prejuízos no funcionamento social indicam fator de aumento de recaídas do TAB e agrava sua morbidade.

O que varia entre os pacientes com TAB é o humor e as ações que tomam em resposta aos sintomas e a sequência em que aparecem, geram prejuízo no funcionamento social.

Quando estão deprimidos, se tornam tristes, entediados, melancólicos, vazios, desanimados, ansiosos e ou irritados. Os pacientes começam a se observarem como sem interesse com suas atividades, com pessoas em volta, com realização de tarefas, ou com aparência pessoal. Pode também incluir excessiva negatividade, tudo parece ser difícil e pesado. As outras pessoas são percebidas como falsas indiferentes ou incompetentes. Se os sintomas são mais graves os indivíduos não conseguem manter sua rotina de trabalho e gerenciar as pequenas responsabilidades do lar, deixando de se divertir e perdem interesses por hobbies, param de exercitar e deixam de visitar amigos.

Por outro lado, com a mudança do estado de humor para maníaco ficam eufóricos se sentem superes agradáveis, animados, no entanto evolui para irritáveis à medida que a mania evolui. Apresenta ilusão de grandeza e paranoia, as mudanças no pensamento começam a interferir no funcionamento mais adequado. Os novos pensamentos podem causar novos problemas ao indivíduo, como abandono do emprego, sua qualidade cognitiva diminui e a pessoa se torna desorganizada, desconcentrada e não conclui mudanças iniciadas. Com mudanças no conteúdo do pensamento mudam-se os interesses e de ideias relacionados a sexo, observação dos outros e mudam seus interesses sociais. As atividades se desorganizam a medida que os pensamentos se tornam difíceis de organizar. Portanto, no estado deprimido como na mania há prejuízos em sua vida pessoal e social.

2.3.1) Avaliação das Habilidades Sociais

Mensurar as habilidades sociais é desejável não somente para quantificar, mas entender, prevenir, intervir e estudar a associação dos dados à doença.

O instrumento usado neste trabalho foi O Inventário de Habilidades Sociais (IHS) (DEL PRETTE et al, 1998), que é um questionário auto aplicativo composto de 38 itens e

descrevem a interação social do indivíduo e suas possíveis reações frente às situações sociais. A performance do indivíduo é avaliada pela frequência da reação (zero a quatro) diante das situações apresentadas. Os 38 itens estão subdivididos em 5 fatores.

O IHS apresenta validação discriminativa, com estabilidade no teste e reteste ($r=0,90$; $p=0,001$) e consistência interna (Alfa de Cronbach = $0,75$) e validação concorrente com Inventário de Rathus de Assertividade ($r=0,79$; $p=0,01$). É aprovado pelo Conselho Regional de Psicologia e há várias pesquisas sobre o mesmo para avaliar sua validade e fidedignidade como a pesquisa de Bandeira et al (2010):

Os resultados da presente pesquisa complementaram as conclusões a respeito da adequação das qualidades psicométricas do IHS (Del Prette et al., 1998). Foi constatado no presente trabalho que este inventário de habilidades sociais apresenta validade concomitante, uma vez que as avaliações dos estudantes feitas através do IHS concordam com as obtidas através da Escala de Rathus, a qual mede um construto correlato e interdependente... Os resultados aqui obtidos servem para aumentar a segurança de que o IHS é um instrumento válido para medir o construto de habilidades sociais.

Nesta pesquisa de Bandeira et al (2010), o IHS foi comparado a um teste concorrente, a Escala de Assertividade de Rathus, (RATHUS, 1973) instrumento que tem validade no Brasil e que possui 30 questões que visam avaliar o grau de assertividade das pessoas. Os itens descrevem comportamentos ou sentimentos que ocorrem em situações sociais cotidianas. (PASQUALI e GOUVEIA, 1990).

2.4) TRATAMENTO DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Tratamento no geral, inicialmente é agudo para estabilizar o humor ou reduzir os sintomas e chegar a eutímia. Logo após a manutenção do humor na eutímia, com a prevenção de recaídas, reduzir os sintomas subliminares e melhorar o funcionamento social e ocupacional. É um tratamento complexo, portanto deve se evitar o efeito rebote, quando tratar a mania ir para depressão ou vice versa (GEDDES e MIKLOWITZ, 2013).

Geddes e Miklowitz (2013) realizaram uma meta-análise sobre tratamento de pacientes com TAB e descreve em linhas gerais que houve avanços importantes com uso de medicamentos, mas diante da complexidade da doença, os avanços no tratamento usando drogas permanecem bastante modestos. Por sua condição crônica, acompanhado dos efeitos colaterais das drogas e em muitos casos estar no estado depressivo, os pacientes apresentam dificuldades de adesão farmacológica (CASTRO-COSTA e SILVA, 2011).

Ainda em sua meta-análise Geddes e Miklowitz (2013) relata que houve um progresso substancial no desenvolvimento e avaliações das intervenções psicoterápicas associadas. E entende que desenvolvimentos futuros de tratamento devem considerar tanto os mecanismos

neurobiológicos como os psicossociais subjacentes à desordem. A investigação deve estudar as combinações ideais de tratamentos farmacológicos e psicoterápicos em diferentes estágios da doença, conclui.

De acordo com Costa et al (2011) evidências crescentes sugerem que a psicoterapia estruturada usada em combinação com a farmacoterapia pode modificar o curso do TAB e afirma: “Até poucos anos atrás, acreditava-se que as abordagens psicossociais só serviu o propósito de melhorar a adesão farmacológica dado que TAB tem uma forte componente biológico. No entanto, a eficácia da psicoterapia no tratamento desta desordem é considerável.”

Outro estudo relacionado a psicoterapia no TAB, foi o de Knapp e Isolan (2005) onde relata em sua meta-análise as abordagens psicoterápicas mais usadas associadas a medicamentos no tratamento do TAB, como a psicoeducação, TCC, terapia interpessoal e de ritmo social, terapia familiar e conjugal, terapia psicodinâmica. Geddes e Miklowitz (2013) descreve em seu estudo, além das abordagens supracitadas, a psicoterapia para tratamento agudo, psicoterapia para manutenção a longo tempo, funcionamento remediativo, gestão sistemática de cuidados e grupo psicoeducativo.

2.5) Terapia Cognitiva-Comportamental para Transtorno Afetivo Bipolar

A Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) é a união de duas abordagens psicoterapêuticas. De um lado as contribuições do *Behaviorismo* Radical de Skinner e de outro as terapias *Cognitivas* cujo principal representante é Aaron Beck.

O *Behaviorismo* estuda os comportamentos humanos e procura identificar as contingências que deram origem e/ou mantém toda a cadeia comportamental, inclusive as "crenças irracionais", para então, manejar estas contingências. Estabelecem-se procedimentos para enfraquecer os comportamentos atuais indesejáveis e, ao mesmo tempo, instalar e/ou fortalecer outros comportamentos compatíveis com os desejáveis. De acordo com Abreu e Guilharde (2004) a terapia comportamental é um processo que envolve técnicas comportamentais específicos com o objetivo de alterar comportamentos particulares, que representam para o cliente uma inadaptação ao ambiente.

A Terapia *Cognitiva* (TC) integra um modelo cognitivo de psicopatologia e um conjunto de técnicas e estratégias terapêuticas baseadas diretamente nesse modelo. Seu modelo cientificamente fundamentado e de eficácia comprovada por meio de estudos empíricos, além do curto tempo de aplicação, lhe conferem a posição de abordagem de escolha em vários países. A TC baseia-se na hipótese de vulnerabilidade cognitiva, ou seja,

tendência de certos indivíduos de cometer distorções sistemáticas ao processar informações, o que os predispõem a transtornos emocionais. O princípio básico da TC é que não é uma situação que determina as emoções e comportamentos de um indivíduo, mas as interpretações a respeito dessa situação, as quais refletem formas idiossincráticas de processar a informação.

Este modelo, inicialmente estudado no caso da depressão unipolar, foi adaptado a um grande número de transtornos, como ansiedade, e mesmo esquizofrenia ou transtornos de personalidade, sendo recentemente adaptado ao TAB.

Existem vários estudos demonstrando a efetividade da TCC no TAB (KNAPP e ISOLAN, 2005). Nos estudos de Docteur et al (2012) eles demonstram que a TCC alcançou mudanças na qualidade de vida nos pacientes com TAB.

A intervenção em pacientes com TAB proporcionam aprendizado sobre o quadro, sobre a abordagem terapêutica e aumentam a aderência ao tratamento farmacológico, desenvolvendo as habilidades para prevenir recaídas e provem estrutura para auto-aperfeiçoamento. A TCC é uma forma de psicoterapia orientada para habilidades. Os terapeutas são equipados com várias ferramentas para ajudar os pacientes a gerenciar seus humores, reestruturar seus pensamentos e lidar com os seus problemas. Um autoconhecimento e conhecimento sobre a doença leva o paciente a menos sintomas subsindrômicos, lidarem melhor com pródromos maníacos, bem como depressivos e apresentam melhor funcionamento social. (KNAPP e ISOLAN, 2005).

No trabalho de Colom e Vieta (2004a), que foi uma revisão da literatura sobre a eficácia das intervenções psicológicas, eles destacaram a técnica da psicoeducação, abordagem interpessoal e a TCC. Foi observado que as intervenções com TCC e Psicoeducação foram mais eficazes na profilaxia de novas recaídas. Os motivos dos resultados positivos dessas intervenções é o fato de ter sido mudado o foco de atuação, além de buscar a retirada dos sintomas, as intervenções procuraram uma recuperação funcional da qualidade de vida social, cognitivo e profissional.

Embora o efeito da TCC sobre o TAB vem apresentando proeminência sobre as outras abordagens psicoterápicas há diferentes procedimentos e métodos com resultados conflitantes.

Cochran, (1984) conduziu pesquisas sobre a adesão ao tratamento farmacológico do Lítio. Foi um trabalho pioneiro, quando esboçou um estudo controlado e randomizado para demonstrar que a Terapia Cognitiva era mais eficaz do que o tratamento usual para melhorar o emprego apropriado de lítio. Após a intervenção de 6 semanas o grupo de pacientes estavam significativamente mais aderido ao tratamento e conseqüentemente com menos recaídas que o grupo que não sofreu intervenção com TCC.

Uma série de estudos conduzidas por LAM et al (2000, 2003, 2005) mostrou que a TCC aplicada em pacientes em remissão reduziu o número de recidivas e de internações, o tempo de recidivas, a intensidade de sintomas afetivos e o funcionamento social (avaliado pelo Medical Research Council Social Performance Schedule) durante o período de um ano. Estes efeitos, entretanto, não estavam mais presentes 18 meses após o final da TCC.

O estudo de Gonzalez et al (2012), porém, mostrou efeito sobre sintomas e sobre o funcionamento que perduraram por cinco anos. Outros estudos, contudo, mostraram resultados negativos, como Scott et al (2006) que mostrou redução de recidivas apenas nos pacientes com poucos episódios agudos prévios. Gomes (2011) também não evidenciaram efeito benéfico da TCC na prevenção de recaídas. Estes dois estudos, no entanto incluíram pacientes sintomáticos na amostra.

No estudo realizado por Colom e Vieta (2004b) apontam para uma eficácia da intervenção psicológica não individual, mas em grupo para pacientes com TAB. Foram comparados sujeitos com tratamento psicológico e não psicológico. Usando como abordagem clínica a TCC e técnica da psicoeducação. Nesta pesquisa foram envolvidos tanto pacientes com TAB e seus familiares de 1º grau. Ao término do tratamento, foi identificado que o grupo em estudo apresentou primeira recaída 65 semanas depois, sendo que o grupo controle com 17 semanas, ($p=0.008$), bem como 30% de diminuição no número de episódios maníacos mais de 18 meses ($p=0.013$) e nenhuma mudança foi observada quanto a quadro de depressão.

No estudo de Scott e colaboradores apud Basco e Rush (2009) testou a TCC em grupos mais difíceis de pacientes com TAB, com transtorno de personalidade comórbidos e com forte não-adesão à medicação e

descobriram que após 6 meses o grupo de TCC (N=21) mostrou significativamente menos sintomas e mais melhoria no funcionamento social 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.

Os desfechos clínicos supracitados não apresentaram resultados em funções cognitivas com intervenção da TCC no TAB. Mas nos últimos anos, outras intervenções com efeito potencial sobre o desempenho das funções cognitivas e o funcionamento de pacientes com TAB têm sido avaliadas. As principais são a remediação cognitiva (cognitive remediation; CR) e a remediação funcional (functional remediation; FR). Ambas se baseiam na educação acerca dos déficits das funções cognitivas do TAB seguidas de treinamento em tarefas cognitivas (CR) ou funcionais (FR). Uma meta-análise recente (ANAYA et al, 2012) reuniu

16 estudos que avaliaram o efeito da CR sobre medidas cognitivas. O tamanho de efeito da intervenção foi 0,32, considerado robusto e semelhante àquele observado em pacientes com esquizofrenia. Entretanto, os autores salientam que os estudos incluídos eram pequenos e de baixa qualidade, o que limitaria a conclusão dos resultados. O único ensaio-clínico randomizado e cego para o avaliador foi feito recentemente, portanto, posterior a essa meta-análise (DEMANT et al, 2015). Este estudo não mostrou efeitos significativos na semana 12 de intervenção e leve melhora na fluência verbal e na qualidade de vida na semana 26. Neste estudo, contudo muitos pacientes tinham desempenho normal em vários testes neuropsicológicos e vários do grupo controle (tratamento usual) recebiam intervenções como psicoeducação. Tudo isso, pode ter criado efeito teto para detectar o efeito da CR. Em relação à FR, foi demonstrado que sua aplicação produziu resultados superiores à psicoeducação e ao tratamento usual sobre o funcionamento de pacientes com TAB avaliados pelo FAST (Functional Assessment Short Scale) (BONNIN et al, 2016a). Quando um subgrupo desses pacientes cujo desempenho cognitivo era pior foi analisado em separado, o efeito positivo ocorreu não só no FAST, mas também em teste de memória verbal. Entretanto, aqui o efeito da FR diferiu apenas do tratamento usual, mas não da psicoeducação (BONNIN et al 2016b).

Em resumo há um esforço para estudar tratamentos alternativos para o TAB que não seja o medicamentoso. Os resultados dos trabalhos apresentados sugerem que, pelo menos em relação a prevenção de recidivas, a eutímia e funcionamento social é condição importante para o sucesso da TCC no TAB. Entretanto, Knapp e Isolan (2005) em sua meta-análise sobre abordagens psicoterápicas para TAB, salienta a necessidade de desenvolver mais pesquisas para compreender, no caso a TCC “se essa psicoterapia é superior a outras abordagens e qual a dose psicoterápica e quais as técnicas cognitivas e comportamentais que de fato são mais eficazes”. Também observamos a preocupação de pesquisadores com relação à reabilitação das funções cognitivas, dado a importância no status da doença mental e principalmente no TAB.

3) JUSTIFICATIVA

Há evidências de que os pacientes com TAB apresentam importante prejuízo nas funções cognitivas, mesmo na fase de eutímia, e no funcionamento social. Estudos demonstram impacto positivo de intervenção psicoterápica no TAB e os ensaios clínicos comumente avaliados na literatura de psicoterapia para TAB estão ligados a recuperação sintomática, adesão ao tratamento, redução do tempo e número de internações psiquiátricas, tempo de remissão da doença, tempo de nova recaída, quantidade de episódios e funcionamento social

(BIO e GOMES, 2011). Mas não há, até o presente e do nosso conhecimento, estudo que avalie o impacto da TCC especificamente sobre o prejuízo das funções cognitivas e nas habilidades sociais dos pacientes.

4) OBJETIVOS

4.1) Objetivo Geral

Avaliar o efeito da Terapia Cognitiva-Comportamental sobre o prejuízo cognitivo e as habilidades sociais em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar tipo I em remissão ou fase depressiva.

4.2) Objetivos Específicos

4.2.1) Comparar o desempenho em bateria neuropsicológica entre pacientes portadores de TAB que receberam intervenção de Terapia Cognitiva-Comportamental em adição ao tratamento usual e pacientes que receberam apenas o tratamento usual.

4.2.2) Comparar o desempenho em inventário de habilidades sociais entre pacientes portadores de TAB que receberam intervenção de Terapia Cognitiva-Comportamental em adição ao tratamento usual e pacientes que receberam apenas o tratamento usual.

5) METODOLOGIA

5.1) Participantes

Trinta e cinco pacientes portadores de TAB tipo I foram recrutados do Ambulatório de Transtorno de Humor do Hospital Ensino – Instituto Raul Soares (HE-IRS). Os pacientes foram divididos aleatoriamente em dois grupos: 17 pacientes no grupo que recebeu TCC em adição ao tratamento usual e 18 pacientes no grupo que recebeu apenas o tratamento usual.

E de acordo com os pacientes, eles não foram submetidos a nenhuma psicoterapia sistemática, senão a medicamentosa.

5.1.1) Critérios de Inclusão

A idade dos pacientes entre 18 a 65 anos com diagnóstico de TAB tipo I, em estado de eutímia ou depressão segundo critérios do DSM-IV e confirmado pela aplicação do MINI-PLUS (AMORIM et al, 2000).

Os sintomas depressivos e maníacos foram mensurados pela Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão (HAM-D) e pela Escala Avaliação de Young para Mania (YMRS), respectivamente. Pacientes com pontuação menor que 6 na HAM-D e menor que 7 na YMRS

foram considerados eufímicos e pacientes foram considerados deprimidos quando obtiverem pontuação maior que 18 na HAM-D e menor que 7 na YMRS.

5.1.2) Critérios de Exclusão

Presença de doenças orgânicas ou outras condições, tais como AVE, AIDS, delírium, abuso de substâncias que pudessem comprometer o funcionamento social, neuropsicológico e tratamento com eletroconvulsoterapia no último ano foram excluídos.

5.2) Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada e registrada pelo Núcleo de Apoio ao Pesquisador e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG-Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais sob o número: 102/2011.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Logo após o término do estudo os pacientes do Grupo Controle foram convidados a participarem da intervenção psicoterápica da TCC.

5.3) Instrumentos de Avaliação e Abordagem Psicoterapêutica

5.3.1) Instrumento de Diagnóstico de TAB

O MINI (Mini International Psychiatric Interview – Mini Entrevista Psiquiátrica Internacional) é uma entrevista diagnóstica estruturada breve (15 a 30 minutos), compatível com os critérios do DSM- IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria (AMORIM, 2000). A versão mais detalhada, MINI-Plus, gera diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV (APA, 2002). A MINI-Plus foi utilizada neste estudo para a confirmação do diagnóstico de TAB.

A versão usada foi DSM-IV porque no início do nosso estudo ainda não havia sido publicado o DSM-V e a validação do MINI-Plus foi baseado sob critério do manual de diagnóstico da versão IV.

5.3.2) Escalas para sintomas de Depressão e Mania

5.3.2.1) Escala de Avaliação Hamilton para Depressão

A Escala de Avaliação Hamilton para Depressão (HAM-D), é utilizada para quantificar a sintomatologia depressiva em pacientes com alteração de humor. São 31 itens que investigam as principais características de episódio depressivo, como humor depressivo, sentimentos de culpa, alterações de sono e apetite, dentre outras, na última semana. O entrevistador deve pontuar cada item de zero a quatro de acordo com a avaliação do entrevistado. Considera-se que pontuação menor que seis indica ausência de alteração de humor, de sete a 17 depressão leve, de 18 a 24 depressão moderada e pontuação acima de 25 depressão grave. A HAM-D foi traduzida e validada para o Português brasileiro (GORENSTEIN et al, 2000).

5.3.2.2) Escala de Avaliação Young para Mania

A Escala Young para Mania (Young Mania Rating Scale – YMRS) é um instrumento para quantificar sintomas de mania em pacientes com alterações de humor. Este instrumento foi adaptado e validado para Português brasileiro. A YMRS é composta por 11 itens, cada um com pontuação variável de zero a oito. Considera-se que pontuação menor que sete indica ausência de mania, de oito a 15 mania leve, de 16 a 25 mania moderada e acima de 26 mania grave. (GORENSTEIN et al, 2000)

5.3.3) Bateria de Testes Neuropsicológicos

A Breve Avaliação da Cognição na Esquizofrenia (BACS) Keefe et al (2004) é uma bateria que cobre os principais domínios cognitivos afetados na esquizofrenia. Foi validada para o Português brasileiro (ARAÚJO et al, 2015). Sua aplicação, que leva cerca de 40 minutos, inclui testes que avaliam sete domínios cognitivos. Todos estes são descritos a seguir na TABELA 1, na mesma ordem em que são administrados.

Tabela 1 - Testes da bateria neuropsicológica BACS, parâmetros analisados de cada teste, as funções cognitivas avaliadas e áreas cerebrais relacionadas.

Testes	Parâmetros analisados	Funções cognitivas correspondentes	Áreas cerebrais relacionadas
Memória verbal	Palavras corretas e curva de aprendizagem	Atenção, memória verbal imediata e aprendizagem verbal	Lobo frontal, hipocampo, lobo parietal dominante, lobo temporal, diencéfalo.
Tarefa motora com fichas	Total de fichas colocadas corretamente e incorretamente	Velocidade psicomotora	Cerebelo, córtex occipital, córtex frontal
Sequenciamento de dígitos	Sequências corretas	Atenção, memória de trabalho	Córtex pré-frontal, Tálamo, córtex parietal posterior
Nomeação de palavras de uma categoria e palavras iniciais por letras	Palavras geradas	Fluência verbal semântica e fonêmica, memória	Córtex frontal, córtex têmporo-parietal dominante
Tarefa de codificação de símbolos	Itens corretos	Velocidade psicomotora, memória de trabalho, Atenção	Córtex pré-frontal, Tálamo, córtex occipital, áreas motora.
Torre de Londres	Respostas corretas	Atenção, funções executivas (planejamento, formação de conceito, mudança de estratégia)	Cortex pré-frontal

Embora elaborada para pacientes com esquizofrenia, a BACS pode ser aplicada em pacientes com TAB. De fato, uma variação da BACS adaptada para os pacientes com TAB, chamada BAC-A (*Brief Assessment of Cognition In Affective Disorders*) foi recentemente lançada e validada em inglês. Ela é idêntica à BACS, porém acrescida de um subteste que avalia o processamento afetivo. Como este último ainda não foi validado em português, optamos por utilizar a BACS original no presente estudo.

5.3.4) Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette)

O Inventário de Habilidades Sociais (IHS) é um questionário auto-aplicativo composto de 38 itens. Avaliam o repertório de habilidades sociais do indivíduo e seu desempenho socialmente competente. O desempenho do indivíduo é avaliado pela frequência (contabilizado de zero a quatro) da reação diante das situações hipoteticamente apresentadas e demandas abrangidas pelo conceito de Habilidades sociais. Essas habilidades foram elaboradas a partir da análise da literatura. (DEL PRETTE et al, 1998). Descrevem situações em vários contextos (trabalho, lazer e família), bem como com diferentes tipos de

interlocutores (colegas, familiares e superiores) e com demandas para uma diversidade de habilidades (falar em público, lidar com críticas e elogios, expressar sentimentos, pedir mudanças de comportamentos, fazer e recusar pedidos e escutar empaticamente) (DEL PRETTE et al, 2009).

O IHS é subdividido em 5 fatores: O Fator 1 se relaciona ao enfrentamento e autoafirmação, aborda o repertório em habilidades de **enfrentamento com risco**, quais sejam, capacidade em lidar com situações interpessoais que implicam em afirmação e defesa de direitos e de auto-estima (possibilidade de rejeição, de réplica ou de oposição). O Fator 2 avalia a autoafirmação pela expressão de sentimento positivo. Aborda o repertório em habilidades para lidar com demandas de expressão de afeto positivo e de auto-estima, que não envolvem risco interpessoal ou apenas risco mínimo de reação indesejável. Já o Fator 3 avalia a conversação e a desenvoltura social; rastreando a capacidade de lidar com situações neutras (com risco mínimo de reações indesejáveis) de aproximação afetiva seja ela positiva ou negativa. Demanda principalmente “traquejo social” na conversação; O fator 4 avalia a auto exposição a desconhecidos e a situações novas, por meio de situações de interação com pessoas desconhecidas. O fator 5 avalia o autocontrole da agressividade em situações aversivas, ou seja, a capacidade de reagir a estímulos aversivos em relações interpessoais com razoável controle da raiva e da agressividade. (DEL PRETTE, 2009)

5.3.5) Terapia Cognitiva-Comportamental

Foram aplicadas 20 sessões, uma a cada semana, individual, com 50 minutos de duração. A aplicação foi realizada por três psicólogos treinados pelo autor da pesquisa (pós-graduado em Psicologia Clínica na Abordagem TCC). A supervisão de cada caso era feita semanalmente pelo pesquisador principal.

Na TCC foram usadas várias técnicas, tais como psicoeducação, diálogo socrático, técnica da flecha descendente (para identificar a origem dos pensamentos automáticos), registro de pensamentos automáticos, técnica de resolução de problemas, técnica do paradoxo, técnica da cadeira vazia, lista de vantagens e desvantagens de um comportamento, desafio da lógica disfuncional, gráfico do humor, verificação sensorial e sua aplicação dependeu do contexto de cada paciente. Procurou-se identificar distorções cognitivas, tais como: rótulos, atribuições, significados, pensamentos automáticos, catastrofização para reestruturação cognitiva. O protocolo completo de intervenção está no anexo 1.

6) Procedimentos

6.1) Avaliação Inicial

Trinta e cinco sujeitos que foram diagnosticados com TAB tipo I, provenientes do ambulatório de transtorno de humor do HE-IRS foram avaliados na HAM-D, na YMRS, no IHS e na BACS.

6.2) Intervenção com a TCC

Após a avaliação inicial 17 sujeitos (Grupo TCC) escolhidos de forma aleatória, receberam a intervenção da TCC concomitantemente com tratamento usual do ambulatório de Transtorno de Humor do HE-IRS. Os demais, 18 sujeitos (Grupo Controle) receberam apenas tratamento usual no mesmo ambulatório do HE-IRS.

O tratamento usual do ambulatório de transtorno de humor do HE-IRS consiste em atendimento por médicos que estão no segundo ano de residência em psiquiatria supervisionado por um psiquiatra preceptor deste ambulatório. Os pacientes são em sua maioria egressos de internação do HE-IRS. A frequência dos pacientes depende da evolução e necessidade de cada paciente. A duração de cada consulta gira em torno de 50 minutos e o médico além da escuta, acolhimento, administra medicamentos, realiza psicoeducação sobre a medicação e funcionamento da doença tanto para o paciente como para os parentes que os acompanham.

6.3) Reteste

Após um período médio de 6 meses, todos os 35 sujeitos com TAB foram avaliados pela HAM-D, pela YMRS, pelo IHS e pela BACS.

7) ANÁLISE DOS DADOS E ESTATÍSTICA

Foi utilizado o software STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES (SPSS) versão 17.0. As distribuições dos dados demográficos e clínicos foram analisados quanto a normalidade com o teste Kolmogorov-Smirnov. A comparação do grupo TCC e do grupo Controle, antes e depois da intervenção, foi feita pela Análise de Variância (ANOVA) de dois fatores, tipo Within e Between (Split Plot). Os dois fatores foram Grupo (TCC e controle) e tempo (T1 - teste e T2 - reteste). No caso de interação significativa entre os fatores, os grupos TCC e Controle foram comparados separadamente no T1 e no T2.

A análise de variáveis categóricas foi realizada através do teste qui-quadrado de Pearson. Variáveis contínuas foram comparadas entre os grupos usando o teste *t* independente.

8) RESULTADOS

8.1) Caracterização da Amostra

Os dados referentes aos aspectos clínicos e demográficos dos pacientes estão apresentados na Tabela 2. Os grupos TCC e Controle não diferiram estatisticamente quanto ao gênero ($p = 0,803$), à idade ($p = 0,874$) e aos anos de escolaridade ($p = 0,254$), bem como em relação na pontuação nas escalas YMRS ($p = 0,070$) e HAM-D ($p = 0,643$) no início do estudo. O início do tratamento medicamentoso para TAB foi em média entre 5 a 6 anos após início dos sintomas ($p = 0,759$) e a média de duração do tratamento foi entre 10 a 11 anos ($p = 0,754$).

Tabela 2 - Comparação demográfica, de humor, período de tratamento, medicamentos entre os grupos de pacientes com TAB no início do estudo.

Variável	Grupo TCC (N17) (% / Média-DP)	Grupo Controle (N 18) (% / Média-DP)	Estatística Valor de p
Gênero			
Homem	29,4 %	33,3%	0,803 ^a
Mulher	70,6%	66,7%	
Idade	45,24(12,8)	46,00(11,6)	0,874 ^b
Escolaridade	11,00(3,8)	9,43(4,5)	0,254 ^b
Humor			
YMRS	5,41(0,7)	4,33(2,3)	0,070 ^b
HAM-D	16,12(7,9)	14,72(9,7)	0,643 ^b
Início do Tratamento ^c	5,47(6,2)	6,22(8,0)	0,759 ^b
Tempo de Tratamento ^d	11,47(9,0)	10,50(8,8)	0,754 ^b
Início da primeira crise	28,29(8,1)	29,81(11,5)	0,775 ^b
Idade do diagnóstico de TAB	33,76(7,6)	35,50(9,3)	0,549 ^b
Internações hospitalares			0,763 ^a
Nenhuma	17,65%	11,11%	
1 – 5	76,47%	77,78%	
> 5	5,88%	11,11%	
Uso de medicamentos			
Lítio	58,82%	50,00%	0,600 ^a
Anticonvulsivantes	41,17%	88,33%	0,109 ^a
Antipsicóticos típicos	17,64%	27,78%	0,476 ^a
Antipsicóticos atípicos	47,06%	38,89%	0,625 ^a
Antidepressivos	23,53%	11,11%	0,330 ^a
Ansiolíticos	76,47%	44,44%	0,053 ^a

a) Qui-quadrado de Pearson. b) Teste t. c) Tempo Médio para diagnóstico depois do início dos sintomas (em anos). d) Tempo Médio de tratamento como TAB (em anos).

O uso de lítio pelos indivíduos com TAB foi de 58,82% para o Grupo TCC e 50,00% para o Grupo Controle ($p = 0,600$); e o Grupo TCC apresentou 47,06% de uso de antipsicóticos atípicos e Grupo Controle cerca de 38,89% ($p = 0,625$).

8.2) Efeito da TCC sobre a Cognição

A ANOVA de 2 fatores (within e between) mostrou que houve interação significativa entre o fator grupo e o fator tempo em todos os subtestes da BACS, bem como no escore global ($p=0,000$), (Tabela 3). Assim, os grupos TCC e Controle foram comparados separadamente no T1 e no T2.

Tabela 3 - Avaliação da interação cognitiva entre os dois fatores Grupo e Tempo (within e between)

Variável	Valor de <i>F</i>	Valor de <i>P</i>
Tempo de Execução	0,047	0,831
Subtestes - BACS		
Memória Verbal	35,740	0,000
Motora com Fichas	5,679	0,023
Sequência de Dígitos	10,020	0,003
Fluência Verbal Total	6,061	0,019
Codificação de símbolos	5,351	0,027
Torre de Londres	5,193	0,029
Total Ponderado*	23,507	0,000

*Média ponderado da soma de todos os subtestes

A comparação cognitiva entre os grupos de pacientes antes da intervenção psicológica (T1), demonstra que o Grupo TCC e Controle não diferiram estatisticamente nos subtestes da BACS ($p > 0,247$) e nem no escore total, como apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Comparação da cognição entre o Grupo TCC e Grupo Controle Inicial. (T1)

Variável	Grupo TCC (N 17) (Média/SD)	Grupo Controle (N 18) (Média/SD)	Valor de <i>p</i> Teste t Pareado
Tempo de Execução	47,06(10,0)	43,72(10,0)	0,368
Subtestes			
Memória Verbal	36,41(10,8)	34,67(10,3)	0,628
Motora com Fichas	57,41(13,6)	52,89(14,9)	0,354
Sequência de Dígitos	15,24(3,4)	13,78(5,1)	0,330
Fluência Verbal Total	38,35(8,9)	37,33(9,5)	0,745
Codificação de símbolos	36,18(10,8)	30,89(18,4)	0,305
Torre de Londres	14,29(4,3)	12,33(5,5)	0,247
Total Ponderado*	3,06(0,5)	2,79(0,9)	0,286

*Média ponderado da soma de todos os subtestes

Os resultados da aplicação dos testes neuropsicológicos após a intervenção psicológica (T2) estão descritos na Tabela 5. O Grupo Controle, apresentou pior performance em todos os domínios cognitivos em relação ao Grupo TCC. Memória verbal ($p=0,000$), Motora com fichas ($p=0,007$), Sequência de dígitos ($p=0,018$), Fluência Verbal ($p=0,031$), codificação de símbolos ($p=0,011$) e torre de Londres ($p=0,002$).

Tabela 5 - Comparação da cognição entre o Grupo TCC (depois da psicoterapia) e Grupo Controle (tratamento usual)

Variável	Grupo TCC (N 17) (Média/SD)	Grupo Controle (N 18) (Média/SD)	Valor de p Teste t Pareado
Tempo de Execução	46,41(11,6)	42,28(10,5)	0,277
Subtestes			
Memória Verbal	46,35(8,6)	30,67(8,2)	0,000
Motora com Fichas	63,65(12,8)	50,78(13,6)	0,007
Sequência de Dígitos	17,71(4,8)	13,33(5,5)	0,018
Fluência Verbal Total	43,18(9,5)	35,78(9,9)	0,031
Codificação de símbolos	41,35(14,0)	27,39(16,3)	0,010
Torre de Londres	15,53(4,5)	10,11(5,1)	0,002
Total Ponderado*	3,51(0,6)	2,55(0,8)	0,000

*Média ponderado da soma de todos os subtestes

8.3) Efeito da TCC Sobre as Habilidades Sociais

A ANOVA de 2 fatores (within e between) mostrou também que houve interação significativa entre o fator grupo e o fator tempo para o IHS para quatro fatores e escore total. (Tabela 6) Assim, os grupos TCC e Controle foram comparados separadamente no T1 e no T2.

Tabela 6 - Avaliação da interação em Habilidade Social entre os dois fatores Grupo e Tempo (within e between)

Variável	Valor de F Time/Grupo	Valor de P Time/Grupo
Subtestes		
Fator 1	3,372	0,027
Fator 2	11,798	0,002
Fator 3	15,639	0,000
Fator 4	5,388	0,027
Fator 5	0,260	0,613
Escore Total	12,717	0,001

A comparação entre os grupos de paciente antes da intervenção da TCC em relação as habilidades sociais (Tabela 7), os resultados do IHS, não apresentaram diferença

estatisticamente significativa, tanto nos subtestes como no escore total que apresentou valor ($p=0,905$).

Tabela 7 - Comparação da habilidade social entre o Grupo TCC e Grupo Controle Inicial. (T1)

Variável	GrupoTCC (N 17) (Média/SD)	Grupo Controle (N 18) (Média/SD)	Valor de p Teste t Pareado
Subtestes			
Fator 1	8,97(4,3)	8,30(3,4)	0,616
Fator 2	8,47(2,2)	9,21(1,4)	0,246
Fator 3	5,55(2,0)	5,44(2,3)	0,877
Fator 4	3,38(1,0)	3,15(1,3)	0,571
Fator 5	0,88(0,9)	0,85(0,7)	0,905
Escore Total	86,18(23,1)	85,28(20,7)	0,905

Depois da intervenção, os resultados apresentaram diferença significativa nos fatores 1, 2, 3, 4 e no escore total, ao contrário o fator 5 (que avalia o autocontrole da agressividade em situações aversivas) apresentou resultado com valor ($p= 0,650$) como descrito na Tabela 8. O Fator 1 que está relacionado ao enfrentamento e autoafirmação o valor foi ($p= 0,002$); o Fator 2 que avalia a autoafirmação na expressão de sentimento positivo o valor foi ($p= 0,025$); já no Fator 3 que avalia a conservação e a desenvoltura em situações desconhecidas, o valor foi ($p= 0,003$); no Fator 4 que avalia a autoexposição a desconhecidos e a situações novas, o valor foi ($p= 0,009$); e o escore total apresentou valor ($p=0,002$).

Tabela 8 - Comparação da habilidade social entre o Grupo TCC (depois da psicoterapia) e Grupo Controle (tratamento usual)

Variável	GrupoTCC (N 17) (Média/SD)	Grupo Controle (N 18) (Média/SD)	Valor de p Teste t Pareado
Subtestes			
Fator 1	11,19(2,7)	8,01(2,9)	0,002
Fator 2	9,37(1,9)	7,97(1,6)	0,025
Fator 3	7,47(1,3)	5,13(2,7)	0,003
Fator 4	3,94(1,4)	2,71(1,1)	0,009
Fator 5	1,08(1,1)	1,23(0,7)	0,650
Escore Total	103,06(15,2)	82,83(19,7)	0,002

8.4) Efeitos da TCC Sobre Dados Clínicos

A avaliação do humor nos pacientes que participaram da psicoterapia foram significativamente melhor que o grupo que não sofreu a intervenção (Tabela 9). Em relação a

mania o resultado indicou sem diferença estatisticamente significativa, pois era condição para desfecho clínico, com valor ($p= 0,160$), mas em relação a depressão os pacientes do Grupo TCC tiveram desempenho melhor que o Grupo Controle ($p= 0,000$).

Tabela 9 - Comparação clínica do Grupo TCC com Grupo Controle depois da psicoterapia

Variável	Grupo TCC (N 17)	Grupo Controle (N 18)	Valor de p (Teste t)
YMRS			
Média	5,65	4,83	0,160
SD	0,6	2,3	
HAM-D			
Média	7,41	16,16	0,000
SD	5,3	7,7	

9) DISCUSSÃO

A adição da TCC ao tratamento usual em pacientes com TAB apresentou efeitos significativos no desempenho das funções cognitivas e nas habilidades sociais. O desempenho do Grupo TCC na BACS e no IHS foi significativamente melhor em relação ao Grupo Controle após a intervenção (T2), embora não diferissem antes dela (T1).

Embora o efeito da TCC nos transtornos depressivos esteja bem estabelecido, os estudos que avaliaram seu efeito no TAB mostraram resultados conflitantes. Como apresentado por LAM et al (2000, 2003, 2005) que mostrou a TCC aplicada em pacientes em remissão reduziu o número de recidivas e de internações que duraram por 18 meses após o final da TCC. No estudo de Gonzales et al (2012), porém, mostrou efeito sobre sintomas e sobre o funcionamento que perduraram por cinco anos. Já no estudo de SCOTT et al (2006) mostrou redução de recidivas apenas nos pacientes com poucos episódios agudos prévios. No estudo de Gomes (2011) não evidenciaram efeito benéfico da TCC na prevenção de recaídas, mas este estudo difere dos anteriores por incluir pacientes sintomáticos na amostra. Contudo em conjunto, estes resultados sugerem que, em relação a prevenção de recidivas, a eutímia e funcionamento social o efeito da TCC no TAB é importante. Como no nosso estudo foram incluídos pacientes em eutímia e depressão, corrobora com o nosso resultado, pois houve efeitos positivos da TCC sobre o humor e funcionamento social nos pacientes com TAB pelo menos no curto prazo.

Este é o primeiro estudo, de nosso conhecimento, que avaliou o efeito da TCC sobre variáveis neuropsicológicas no TAB. Os estudos apresentados sobre o efeito no desempenho cognitivo e o funcionamento de pacientes com TAB encontrado na literatura diz respeito a remediação cognitiva e a remediação funcional. Como apresentado na revisão da literatura, se

baseiam na educação acerca dos déficits cognitivos especificamente em pacientes com TAB com treinamento em tarefas cognitivas e funcionais (ANAYA et al, 2012). O ensaio-clínico de (Demant et al, 2015) mostrou efeitos significativos com intervenção da remediação cognitiva na fluência verbal e na qualidade de vida com 26 semanas de intervenção e no estudo de (BONNIN et al, 2016b), houve efeito positivo no funcionamento de pacientes com TAB avaliados pelo FAST com intervenção da remediação funcional no grupo de estudo sendo que o grupo controle além do tratamento usual havia intervenção da psicoeducação.

Em síntese, os resultados com remediação cognitiva ou remediação funcional sugerem que é possível melhorar o prejuízo cognitivo e/ou o desempenho funcional dos pacientes com TAB, o que corrobora nossos resultados. No entanto entendemos que a melhora dos resultados nas funções cognitivas dos pacientes com TAB de nosso estudo pode ter sido secundário ao tratamento da TCC.

Uma das características da amostra em nosso estudo, é que os pacientes, a despeito do longo período de tratamento usual, (média de 11 anos no grupo TCC e 10 anos no grupo controle) nunca tinham participado sistematicamente de qualquer psicoterapia. Como exposto acima, o efeito significativo das intervenções parece depender das condições basais dos pacientes. Por exemplo, quando o grupo controle tem pouco prejuízo cognitivo ou já recebe outras intervenções como tratamento usual, não há efeito significativo (DEMANT et al, 2015).

Considerando a brevidade do tratamento e seu baixo custo seria interessante sua aplicação futura em ambulatórios do Sistema Único de Saúde (SUS) (GOMES, 2010). A aplicação em larga escala contribuirá para identificar melhor as características sociais e demográficas e clínicas que predizem a boa resposta ao tratamento.

Este estudo apresenta muitas limitações, como o tamanho amostral, a utilização de pacientes bipolares de um único centro de saúde, como também o fato do avaliador não ser cego em relação a que grupo o paciente testado pertence e por não sabermos se o efeito positivo vai perdurar ao longo dos meses.

10) CONCLUSÃO

O aspecto original deste estudo é o fato de que ele avalia o efeito da intervenção da TCC por meio da aplicação de testes neuropsicológicos e do inventário de habilidades sociais.

A adição da TCC ao tratamento foi capaz de melhorar de modo significativo o desempenho cognitivo, avaliado pela BACS, as habilidades sociais, avaliada pelo IHS e os

pacientes apresentaram menos sintomas depressivos avaliados pela HAM-D. Estes resultados indicam que a TCC pode ser ferramenta terapêutica valiosa na abordagem a estes pacientes.

11) REFERÊNCIAS

ABREU, Cristiano Nabuco de; GUILHARDI, Hélio José. *Terapia Cognitivo-Comportamental: Práticas Clínicas*. São Paulo: Roca, 2004. p. 482

AKISKAL, H. The Prevalent Clinical Spectrum of Bipolar Disorders: beyond DSM-IV. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, V. 16: p. 4-14, 1996.

ALVES, Verônica de Medeiros. et al. Associations between genetic polymorphisms and bipolar disorder. **Rev Psiq Clínica**, v. 39 n. 1, p. 34-39, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quarta edição, texto revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre, 2002.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 106–115, 2000.

ANAYA, Celia, ARAN, Anabel Martinez, AYUSO-MATEOS, Jose L., WYKES, Til, VIETA, Eduard, SCOTT, Jan. A systematic review of cognitive remediation for schizoaffective and affective disorders. **Journal of Affective Disorders** v. 142, p. 13–21, 2012.

ARAÚJO, G.E. et al. Validity and reliability of the Brazilian Portuguese version of the BACS (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia) **Clinics**, Belo Horizonte, v. 70, n. 4 p. 278-282, Jan. 2015.

BANDEIRA, M e COSTA, M N. Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 401-419, Nov. 2000.

BASCO, M R; RUSH, A. J. *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno Bipolar: Guia do Terapeuta*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed. 2009, p.p. 264

BIO, Danielle. GOMES, Bernardo. Abordagens Psicossociais. **Revista Debate em Psiquiatria – ABP**, v. 1, n. 5, p. 38-51, 2011.

BURDICK, Katherine E. et al. Assessing cognitive deficits in bipolar disorder: Are self-reports valid? **Psychiatry Research**, V. 136, p. 43– 50, 2005.

BONNIN, C. M. et al. Effects of functional remediation on neurocognitively impaired bipolar patients: enhancement of verbal memory. **Psychological Medicine**, v. 46, 291–301, 2016(a).

BONNIN, C. M.; TORRENT, C.; ARANGO, C.; AMANN, B. L.; SOLE, B.; GONZALEZ-PINTO, A.; CRESPO, J. M.; TABARÉS-SEISDEDOS, R.; REINARES, M.; AYUSO-MATEOS, J. L.; GARCÍA-PORTILLA, M. P.; IBANEZ, A.; SALAMERO, M.; VIETA, E.; MARTINEZ-ARAN, A. Functional Remediation in Bipolar Disorder: 1-year Follow-up of

Neurocognitive and Functional Outcome. **The British Journal of Psychiatry**, v. 208, p. 87-93, 2016(b).

COCHRAN, S.D. Preventing Medical Noncompliance in the Outpatient Treatment of Bipolar Affective Disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 52, n.5, p. 873-878 1984.

COLOM, Francesc.; VIETA, Eduard. Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological Strategies: the role of psychoeducation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 47-50, 2004(a).

COLOM, F.; VIETA E. A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. **Blackwell Munksgaard**, v. 6, p. 480-486, 2004b.

COSTA, Rafael Thomaz da. et al. A eficácia da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento do transtorno bipolar: um estudo controlado e randomizado. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n. 2, Jun. 2011.

CASTRO-COSTA, Érico e SILVA, Antônio Geraldo. A Adesão Terapêutica no Transtorno Bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria-ABP**, São Paulo, v. 1, n.5, p.8-12, out 2011.

CUESTA, M.J. et al. Brief cognitive assessment instruments in schizophrenia and bipolar patients, and healthy control subjects: A comparison study between the Brief Cognitive Assessment Tool for Schizophrenia (B-CATS) and the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP). **Schizophrenia Research**, v. 130, p. 137-142, 2011.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A.; Barreto, M. C. M. Análise de um Inventário de Habilidades Sociais (IHS) em uma amostra de universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 14, n. 3, p. 219-228, 1998.

Del Prette, Z. A. P.; Del Prette, A. Transtornos psicológicos e habilidades sociais. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição. Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento*. Santo André-SP, **ESETec**, p. 377-386, 2002.

DEL PRETTE, Zilda A. P., DEL PRETTE, Almir. *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. 4ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. pp 53

DEMANT, Kirska M., ALMER, Glennie Marie, VINBERG, Maj, KESSING, Lars Vedel, MISKOWIAK, Kamilla W. Effects of cognitive remediation on cognitive dysfunction in partially or fully remitted patients with bipolar disorder: study protocol for a randomized controlled trial. **TrialsJournal**, n. 14, p. 378, 2013.

DEMANT, Kirska M., VINBERG, Maj; KESSING, Lars V.; MISKOWIAK, Kamilla W. Effects of Short-Term Cognitive Remediation on Cognitive Dysfunction in Partially or Fully Remitted Individuals with Bipolar Disorder: Results of a Randomised Controlled Trial. **PLoS ONE**, v. 10, n. 6, Jun. 2015.

DOCTEUR, A., C. Mirabel-Sarron, J.-D. Guelfi, E. Siobud-Dorocant, F. Rouillon. Effects of CBT on perceived quality of life in bipolar I disorder. **Annales Médico-Psychologiques** v. 170, p. 39–42, 2012.

FERREIRA, Rodrigo de Almeida. Avaliação de Cognição, Apatia, Fatores Neurotróficos e Marcadores Inflamatórios na Fase Eutímica do Transtorno Bipolar Tipo I. 2012. 134f. Dissertação de Mestrado em Neurociências. Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

GEDDES, John R.; MIKLOWITZ, David J. Treatment of bipolar disorder. **Lancet**, V. 381, p. 1672–82, 2013.

GOMES, B. C. Estudo Controlado de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo no Tratamento de Pacientes com Transtorno Bipolar. 2010. 177f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo.

GOMES, B.C.;ABREU L.N.;BRIETZKE, E.;CAETANO S.C.;KLEINMAN, A.; NERY F.G.; LAFER, B. A. Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Group Therapy for Bipolar Disorder. **Psychother Psychosom**, v. 80, p. 144–150, 2011.

GONZÁLEZ, A. Isasi, ECHEBURÚA, E.; LIMINANA, J.M.; GONZÁLEZ-PINTO, A. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial. **European Psychiatry**, v. 29, p. 134-141 Nov. 2012.

GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura H.S.G.; ZUARD, Antônio Waldo. *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. 1º Edição. São Paulo: Lemos Editora, 2000. pp. 424.

HISATUGO, C. L. C., YAZIGI, L. & DEL PORTO, J. A. Cognição, Afeto e Relacionamento Interpessoal de Mulheres com Transtorno Afetivo Bipolar. **USP, Psicologia: Reflexão e Crítica**, São Paulo, v. 22 n. 3, p. 377-385, 2009.

JURUENAL, M.F. Terapia cognitiva: abordagem para o transtorno afetivo bipolar. **Rev. Psiquiatria Clínica** v. 28, n.6, p. 322-330, 2001.

KAPCZINSKI, Flávio, FREY, Benício Noronha, ZANNATTO, Vanessa. Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 3, p. 17-21, 2004.

KAPCZINSKI, F. et al. Peripheral biomarkers and illness activity in bipolar disorder. **Journal of Psychiatric Research**, v. 45, p. 156-161, 2011.

KEEFE, R.S. et al. The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. **Schizophr Res**, v. 68, n. 2-3, p. 283-97, 2004.

KEEFE R.S. et al. The Schizophrenia Cognition Rating Scale: An Interview-Based Assessment and Its Relationship to Cognition, Real-World Functioning, and Functional Capacity. **Am J Psychiatry**, v. 163, p. 426–432, 2006.

KEEFE, Richard S.E. et al. *The Brief Assessment of Cognition In Affective Disorders (BAC-A)*: Performance of patients with bipolar depression and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, v. 166, p. 86–92, 2014.

KNAPP, P.; ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. **Rev. Psiqu. Clínica**, v.32, n. 1, p. 98-104, 2005.

LAM, D.H.; BRIGHT, Jane.; JONE, Steve.; HAYWARD, Peter.; SCHUCK, Nikki.; CHISHOLM, Daniel.; SHAM, PAK. Cognitive Therapy for Bipolar Illness-A Pilot study of Relapse Prevention. **Cognitive Therapy and Research**, v. 4, n. 5, p. 503-520, 2000.

LAM, D.H.; WATKINS, E.R.; HAYWARD P. et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. **ArchGenPsychiatry**, v. 60, p. 145–52, 2003.

LAM, D.H.; MCCRONE, P.; WRIGHT, K.; KERR, N. Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. **Br J Psychiatry**, v. 186, p. 500-506, Jun. 2005

MALLOY-DINIZ, Leandro F. *Avaliação Neuropsicológica*. [Et al.]. Porto Alegre: ArtMed, 2010. p 432.

MACHADO-VIEIRA, Rodrigo et al . As bases neurobiológicas do transtorno bipolar. **Rev. psiquiatria clínica**, São Paulo , v. 32, n. 1, p. 28-33, 2005.

MATOS e SOUZA, F. G. de, CALIL, H. M. Associação Brasileira de Psiquiatria. Transtorno mental que mais causa suicídios, bipolaridade lesa o cérebro. Disponível em <<http://www.abp.org.br/portal/transtorno-mental-que-mais-causa-suicidios-bipolaridade-lesa-o-cerebro/>> acesso em 10/05/2015

MANN-WROBEL M.C.; CARRENO, J.T.; DICKINSON D. Meta-analysis of neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: an update and investigation of moderator variables. **International Journal of Psychiatry and Neurosciences**, v.13, p.334–342, 2011.

MATTA, Adriana da et al. *Intervenções Cognitivo-Comportamentais no Transtorno de Humor Bipolar*. *Interamerican Journal of Psychology*, v. 44, n. 3, p. 432-441, 2010.

MERIKANGAS K.R. et al. Prevalence and correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Initiative. **ArchGenPsych**, v. 68, n. 3, p. 241-251, 2011.

MINOCCI, D. et al. Genetic association between bipolar disorder and 524ANC (Leu133Ile) polymorphism of CNR2 gene, encoding for CB2 cannabinoid receptor. *Journal of Affective Disorders* v. 134, p. 427–430, 2011.

MURTA, Shirley Giardini. Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Goiana, v. 18, n. 2, p. 283-291, 2005.

PASQUALI, L; GOUVEIA, V. V. Escala de assertividade de Rathus – RAS: adaptação brasileira. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 6, n. 3, p. 233-249, 1990.

RATHUS, S. A. A schedule for assessing assertive behavior. **Behavior Therapy**, v. 4, p. 398-406, 1973.

ROCCA, C. C. A. e LAFER, B. Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 226-237, 2006.

ROCCA, C.C. de A.; BRITO M. ; GORENSTEIN, C.; TAMADA, R.; ISSLER, C.K.; DIA, R.S; SCHWARTZMANN, A.M; LAFER, B. Social dysfunction in bipolar disorder: pilot study. **Australian and New Zealand journal of Psychiatry**, v. 42, p. 686-692, 2008.

SALGADO JV, CARVALHAES CFR, PIRES AM, NEVES MCL, CRUZ BF, CARDOSO CS, LAUAR H, TEIXEIRA AL, KEEFE RSE. Sensitivity and applicability of the Brazilian version of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS). **Dementia & Neuropsychologia**, v. 3, p. 260-265, 2007.

SCHNEIDER, J. J.; CANDIAGO, R; ROSA, A.R.; CERESÉR, M.K; KAPCZINSKI, F. Prejuízo Cognitivo em uma Amostra Brasileira de Pacientes com Transtorno do Humor Bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30 n. 3, p. 209-214, 2008.

SANTIN, A.; CERESÉR, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. Porto Alegre, **Rev. Psiq. Clínica**, v. 32, n. 1, p. 05-109, Jul. 2005.

SCOTT, J., STANTON, B., GARLAND, A., FERRIER, I.N. cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. **Psychological Medicine**, v. 30, n. 2, p. 467-472, 2000.

SCOTT, Jan; PAYKEL, Eugene; MORRIS, Richard; BENTALL, Richard. KINDERMAN, Peter; JOHNSON, Tony; ABBOTT, Rosemary; HAYHURST, Hazel. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders and recurrent bipolar disorders. **British Journal of Psychiatry**, v. 188, p. 313-320, 2006

SZENTAGOTAI, DAVID D. The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy in Bipolar Disorder: A Quantitative Meta-Analysis. **J Clin Psychiatry**, v. 71, n. 1, p. 66-72, 2010.

TAYLOR, Matthew, BRESSAN, Rodrigo Affonseca, NETO, Pedro Pan, BRIETZKE Elisa. Early intervention for bipolar disorder: current imperatives, future directions. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33 n. 2, p. 1-8, 2011.

TONELLI, Hélio Anderson. Processamento cognitivo “Teoria da Mente” no transtorno bipolar. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 31, n. 4 p. 369-74, 2009.

VARGA, M., MAGNUSSON, A., FLEKKØY, K., RØNNEBERG, U., OPJORDSMOEN, S. Insight, symptoms and neurocognition in bipolar I patients. **Journal of Affective Disorders**, v. 91, p. 1-9, 2006.

YEN, Cheng-Fang; CHENG, Chung-Ping; KO, Chih-Hung; YEN, Ju-Yu; HUANG, Chi-Fen; CHEN, Cheng-Sheng. Relationship between insight and neurocognition in patients with bipolar I disorder in remission. **Comprehensive Psychiatry**, v. 49, p.335–339, 2008.

12) ANEXOS

12.1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: Efeito da Terapia Cognitivo-Comportamental em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar nas Habilidades Sociais e Cognições

1 OBJETIVO DAS INFORMAÇÕES:

Estas informações estão sendo fornecidas para esclarecer quaisquer dúvidas sobre o estudo e obter o seu consentimento. Este projeto está sendo proposto para investigar os efeitos da Terapia Cognitivo-Comportamental em pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB); Conhecer capacidade cognitiva através de aplicação de testes Neuropsicológicos; e Habilidades Sociais através de inventário e objetiva assim melhorar a qualidade de vida e de funcionamento do indivíduo com TAB, ajudando no reconhecimento precoce dos sintomas e diminuindo as recaídas e a sintomatologia maníaco-depressiva. Diversos estudos têm demonstrado a eficácia das intervenções cognitivas-comportamentais, com resultados animadores, sobretudo na redução dos riscos de recaída.

Esse estudo tem como objetivo avaliar em um grupo de pessoas em tratamento no serviço psiquiátrico do Instituto Raul Soares se há resultados com intervenção psicológica na abordagem Cognitiva-Comportamental nos fatores cognitivos e na apatia em pacientes com o diagnóstico de TAB.

2 PROCEDIMENTOS:

Esse estudo irá consistir inicialmente de uma entrevista para coletarmos algumas informações sobre o seu histórico médico, que terão garantia de sigilo restrita aos responsáveis pelo projeto (Dr. Geovany Eliberto Araújo, Dra. Maria Cristina Bechelany Dutra) incluindo a existência de quadros de humor compatível com o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar.

Alguns pacientes serão selecionados, em função de apresentarem certas características de tal patologia, assim como alguns pacientes que não têm tal característica, a participar da segunda fase desse estudo que consiste em realizar uma série de entrevistas que visam nos dar maior clareza sobre o seu diagnóstico.

A seguir faremos uma série de testes envolvendo as seguintes funções: Atenção, Memória e Funções Executivas. Será aplicado um inventário para avaliar as habilidades sociais.

3 BENEFÍCIOS:

Esse estudo é primariamente dirigido para que possa haver melhor compreensão de parâmetros clínicos e psicológicos que possam estar associados ao transtorno afetivo bipolar. Não há para o senhor(a) nenhum benefício direto na participação desse estudo, e não é

prevista qualquer compensação financeira, porém esses dados podem nos auxiliar, no futuro, em termos de métodos mais eficientes na intervenção psicológica e melhora da qualidade de vida do paciente com TAB.

O senhor(a) não está abrindo mão de seus direitos legais ao assinar esse termo. A recusa em participar desse estudo não implicará em prejuízo de relacionamento profissional ou pessoal.

Em qualquer etapa do tratamento você terá acesso aos profissionais responsáveis pelo mesmo para esclarecimento de eventuais dúvidas pelo telefone 3239-9985. Os profissionais responsáveis são: Dr. Geovany Eliberto Araújo (91858833), Dra. Maria Cristina Bechelany Dutra (32810755).

4 CONFIDENCIALIDADE:

As informações obtidas serão analisadas pela equipe em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. Você tem o direito à privacidade e os profissionais irão tomar as devidas precauções para proteger a confidencialidade de seus registros. Seu nome e quaisquer outras informações que possam lhe identificar não aparecerão em nenhuma apresentação ou publicação resultantes desse estudo.

Cabe ao participante decidir sobre a opção de participar ou não deste estudo. O participante deve ter ciência que a qualquer momento ele pode retirar o seu consentimento de participação, sem que isso implique em perda de direitos pré-existentes ou prejuízo no relacionamento profissional, pessoal e no tratamento de sua patologia.

Este Termo de consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Confirmo que fui devidamente esclarecido sobre os propósitos e os procedimentos desse estudo e livremente aceito participar do estudo.

Nome por extenso:

RG:

Assinatura:

Local e data:

Declaro que pessoalmente expliquei ao participante os propósitos e procedimentos do estudo.

Nome por extenso:

Assinatura:

Local e data:

12.2) Protocolo de Aplicação da BACS

BACS

Folha de rosto

Existem várias coisas que eu vou lhe pedir para fazer hoje. Elas envolvem suas habilidades lingüísticas, suas habilidades visuais, sua memória, sua atenção, sua habilidade para resolver problemas, e sua habilidade para se movimentar rapidamente. Alguns dos testes serão muito fáceis para você. Alguns serão mais difíceis. Simplesmente faça o melhor que você puder.

Memória verbal-versão A

Tentativa 1:

Para este teste eu quero que você escute atentamente uma lista de palavras que eu vou ler para você. Depois eu quero que você tente me falar todas as palavras dessa lista que você puder se lembrar. Você pode dizer as palavras em qualquer ordem.

Tentativas 2-5:

Agora eu vou ler a mesma lista de palavras novamente. Como antes, eu quero que você escute atentamente, e então me diga todas as palavras que você puder lembrar, em qualquer ordem, incluindo as que você disse anteriormente.

1. sino
2. prato
3. aposta
4. tarde
5. decidido
6. julgamento
7. dobra
8. cordão
9. avião
10. semente
11. estado
12. seletor
13. lã
14. data
15. tigela

BACS

Folha de rosto

Existem várias coisas que eu vou lhe pedir para fazer hoje. Elas envolvem suas habilidades linguísticas, suas habilidades visuais, sua memória, sua atenção, sua habilidade para resolver problemas, e sua habilidade para se movimentar rapidamente. Alguns dos testes serão muito fáceis para você. Alguns serão mais difíceis. Simplesmente faça o melhor você puder.

Memória verbal-versão B

Tentativa 1:

Para este teste eu quero que você escute atentamente uma lista de palavras que eu vou ler para você. Depois eu quero que você tente me falar todas as palavras dessa lista que você puder se lembrar. Você pode dizer as palavras em qualquer ordem.

Tentativas 2-5:

Agora eu vou ler a mesma lista de palavras novamente. Como antes, eu quero que você escute atentamente, e então me diga todas as palavras que você puder lembrar, em qualquer ordem, incluindo as que você disse anteriormente.

1. veneno

2. conformar

3. dar

4. doação

5.gosto

6. escolha

7. rebanho

8. puxar

9. ovelha

10. rainha

11. comida

12. voz

13. moinho

14. madrugada

15. flor

Sequenciamento de Dígitos

Agora eu vou ler um conjunto de números para você. Você deve escutar atentamente os números e repeti-los para mim em ordem crescente, do menor para o maior. Então, por exemplo, se eu dissesse “5,1,7”, a resposta correta seria 1,5,7, porque esta é a ordem crescente dos números, do menor para o maior. Se eu dissesse “4,3,8”, qual seria a resposta correta? Se o paciente estiver correto, responda,

Correto, porque 3 é o menor número, 4 é o segundo menor, e 8 é o número maior.

Se o paciente não responder corretamente, fale: Não, a resposta é 3,4,8 porque 3 é o menor número, 4 é o segundo menor, e 8 é o maior.

Você tem alguma pergunta?

Escute atentamente e espere até que eu termine completamente de ler o conjunto de números, porque os conjuntos de números ficarão cada vez mais longos à medida que o teste prosseguir.

Se a resposta do paciente for incorreta para as seqüência de dois-dígitos, diga:

“Não, você precisa me dizer os números em ordem crescente do menor para o maior, assim a resposta correta seria [fale a seqüência correta].”

Só forneça feedback para as seqüências de dois-dígitos.

Se o paciente começar a usar uma regra incorreta, você deve sempre dizer *Lembre-se, você deve me dizer os números em seqüência, do menor para o maior.*

Instruções para a Tarefa Motora com Fichas - 1 minuto (60 segundos)

Para esta tarefa eu gostaria que você usasse ambas as mãos para colocar as fichas neste recipiente. Você deve apanhar apenas uma ficha com cada mão ao mesmo tempo, assim. (o examinador deve demonstrar apanhando uma ficha com cada uma das mãos e as colocar no recipiente).

É muito importante que você trabalhe o mais rápido que você puder. Apanhe as fichas ao mesmo tempo com ambas as mãos e as coloque ao mesmo tempo na tigela. Você tem que apanhar as fichas de lados opostos da tigela. Você não pode deslizar os objetos até a extremidade da mesa para os apanhar, assim. O examinador deve demonstrar este movimento, enquanto repete, “*Você não pode fazer isto*”.

Agora experimente. Observe o participante atentamente e corrija-o quando necessário.

Assim mesmo. Você tem alguma pergunta? OK, lembre-se de trabalhar o mais rápido que puder usando ambas as mãos ao mesmo tempo.

Observe o participante atentamente e o corrija caso comece a apanhar as fichas de forma incorreta (apanhando mais de uma ficha por mão, não usando ambas as mãos ao mesmo tempo, fazendo deslizar as fichas até a extremidade da mesa). Corrija o participante imediatamente dizendo:

Use ambas as mãos ao mesmo tempo ou Ponha ambos as fichas ao mesmo tempo na tigela ou ainda Não deslize as fichas. Se o comportamento não for corrigido, pare a Tarefa Motora com Fichas e recomece-a.

Fluência semântica - 1 minuto (60 segundos)

Para o próximo teste, você terá um minuto para me dizer todos os itens de que você puder lembrar, pertencentes a uma categoria específica. A categoria é: artigos de supermercado. Você terá um minuto para me falar o máximo de artigos de que puder lembrar que possam ser achados no supermercado. Pronto? Comece

Se o paciente se mantiver calado por 15 segundos, lembre-o das instruções, dizendo: **“Apenas fale o maior número de artigos de que você puder lembrar que possam ser encontrados no supermercado.”**

Fluência semântica - 1 minuto (60 segundos)

Para o próximo teste, você terá um minuto para me dizer todos os animais que você puder lembrar. Você terá um minuto para me falar o máximo de nomes de animais que puder lembrar. Vale qualquer um, de zoológico, casa, fazenda, etc. Pronto? Comece

Se o paciente se mantiver calado por 15 segundos, lembre-o das instruções, dizendo: **“Apenas fale o maior número de animais de que você puder lembrar”**.

Fluência de Palavras por Letra Inicial - 1 minuto (60 segundos)

Eu vou lhe dizer uma letra do alfabeto e eu gostaria que você me dissesse o máximo de palavras de que você puder lembrar que comecem com esta letra. Por exemplo, se eu dissesse a letra “L”, você poderia dizer “lado”, “local”, ou “limpar”. Tente não dizer palavras derivadas tais como “ler” e “lendo”. Também, não use palavras que sejam nomes próprios e comecem com letras maiúsculas como “Luiz”, “Laura”, ou “Londres”. Você terá um minuto. Comece quando eu disser a letra e fale as palavras o mais rápido possível. A letra é “F.” Comece.

Se o paciente se mantiver calado por 15 segundos, lembre-o das instruções dizendo, “*Apenas fale o maior numero de palavras de que você puder lembrar que comecem com a letra ‘_’.*”

A próxima letra é “S.” fale tantas palavras quantas você puder lembrar que comecem com a letra “S.” Você tem um minuto. Comece.

Instruções para Codificação de Símbolos - 90 segundos

Observe os quadrados no alto desta página. Note que cada marca aí existente é única e que cada uma tem um número diferente escrito embaixo dela. Agora olhe para estes quadrados aqui embaixo. Há marcas na parte de cima, mas o quadrado de baixo está vazio. Sua tarefa é preencher o número correspondente abaixo de cada marca. Por exemplo, aqui está a primeira marca (aponte para o primeiro exemplo).

Quando eu olho para o modelo, eu vejo que esta marca tem um 1 embaixo dela, assim sendo eu coloco o número um aqui embaixo (escreva o número um para o primeiro exemplo).

*A próxima marca tem um número 5 abaixo dela, assim aqui embaixo eu coloco o número 5 (escreva o número cinco para o segundo exemplo). Agora esta outra marca. No modelo há um número 2 abaixo dela (escreva o número dois). Agora você faz o resto destes exemplos até esta linha grossa. O pac. deve usar um lápis sem borracha ou uma caneta. Corrija o paciente, caso este cometa qualquer erro. **Muito bem! Você tem alguma pergunta?** Responda a quaisquer perguntas. *Se você cometer um erro você não pode apagar, mas você pode escrever por cima do número que você escreveu. OK, trabalhando o mais rápido que puder, escreva os números associados às marcas. Trabalhe fileira por fileira, da esquerda para direita (aponte), sem pular nenhuma marca. Pronto?* Assegure-se de que o paciente esteja concentrado na tarefa e preparado para começar, com lápis na mão, antes de dizer comece. **Comece.** Inicie a cronometragem imediatamente após dizer **comece**.*

Interrompa o paciente após 90 segundos.

Instruções do teste - Torre de Londres – 20 segundos para cada item

*Durante esta tarefa eu vou lhe mostrar duas gravuras de cada vez. As gravuras serão de bolas coloridas organizadas em pinos desta forma (Mostre ao paciente o exemplo numero um). Imagine que estas bolas são furadas e que os pinos estão passando pelos orifícios. Note que o primeiro pino pode segurar três bolas, o segundo pino pode segurar duas bolas, e o terceiro pino pode segurar uma bola (aponte para a gravura enquanto você está explicando isto). Sua tarefa será me falar quantos movimentos teriam que ser feitos para fazer com que o arranjo de bolas na foto ‘A’ (aponte) fique igual ao arranjo de bolas na foto ‘B’ (aponte). Imagine que as bolas na gravura ‘B’ sejam fixas, mas as bolas na foto ‘A’ sejam móveis. Você tem de movê-las para fazer com que a gravura ‘A’ fique igual à gravura ‘B’. Considera-se um movimento quando você tira uma bola de um pino e a coloca em outro. Você somente pode mover uma bola de cada vez. Às vezes você terá que mover uma bola para um pino diferente para pegar a bola que está abaixo dela. Durante esta tarefa, é importante que você se lembre de que deve imaginar **O MINIMO POSSÍVEL DE MOVIMENTOS**, que sejam necessários para fazer com que a gravura ‘A’ fique igual à gravura ‘B’. (Assegure-se de que o paciente entendeu tudo que foi explicado até então.) Você terá 20 segundos para tomar sua decisão. Você tem alguma pergunta? Responda a qualquer pergunta que o paciente faça.*

OK, agora vamos treinar alguns exemplos. Este é o primeiro exemplo. Note que as bolas na gravura ‘A’ (aponte) estão em um arranjo diferente daquele em que estão aqui embaixo na gravura ‘B’ (aponte). Se movermos a bola verde do terceiro pino para o segundo pino, na gravura ‘A’, então ela ficará igual à gravura ‘B’. Nós só movemos uma bola uma vez, assim a resposta é um movimento. Você tem alguma pergunta? Responda a qualquer pergunta. Por que você não tenta o próximo exemplo? Quantos movimentos são necessários para fazer com que a gravura ‘A’ fique igual à gravura ‘B’?

Durante os exemplos é importante assegurar que o paciente entenda: 1) que ele está tentando determinar o menor numero possível de movimentos e 2) que o pino um segura 3 bolas, o pino dois segura 2 bolas, e o pino três segura 1 bola. Dê bastante *feedback* para assegurar que ele entenda tudo. Após o paciente responder o exemplo 2, diga-lhe: **Me explique como você fez para que a gravura ‘A’ ficasse igual à gravura ‘B’**. Se o paciente parecer não entender as regras, explique-as novamente.

(Exemplo 2: Requer dois movimentos).

*OK, agora tente o próximo exemplo. Quantos movimentos são necessários para fazer com que a gravura ‘A’ fique igual à gravura ‘B’? Depois que o paciente responder, diga **Explique como você fez a gravura ‘A’ ficar igual à gravura ‘B’**. Se o paciente parecer não entender as regras, explique-as novamente.*

(Exemplo 3: Requer três movimentos).

Comece o teste agora dizendo ao paciente: *Comece agora. Você tem 20 segundos para cada tentativa. Apenas me diga quantos movimentos serão necessários para fazer com que a gravura 'A' fique igual à gravura 'B'.*

Breve Avaliação da Cognição na Esquizofrenia

BACS MANUAL A

Richard Keefe, Ph.D

Direitos reservados .1999 Duke University Medical Center

Licenças disponíveis por meio de Neurocog Trials, Inc.

Folhas de aplicação - Matrizes

FOLHA RESPOSTA DE MEMÓRIA VERBAL

Tentativa 1	Tentativa 2	Tentativa 3	Tentativa 4	Tentativa 5
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9
10	10	10	10	10
11	11	11	11	11
12	12	12	12	12
13	13	13	13	13
14	14	14	14	14
15	15	15	15	15
16	16	16	16	16
17	17	17	17	17
18	18	18	18	18
19	19	19	19	19
20	20	20	20	20
Total:	Total:	Total:	Total:	Total:

Identificação do paciente e N°. da visita _____

FOLHA RESPOSTA DE SEQUENCIAMENTO DE DÍGITOS

•Registre a resposta do paciente abaixo de cada item do teste.

•Registre o número total de itens corretos a cada nível, no espaço fornecido.

2) 5, 2	3, 9	8, 1	6, 4	
2, 5	3, 9	1, 8	4, 6	_____
3) 9, 6, 1	3, 6, 2	4, 2, 7	5, 8, 4	
1, 6, 9	2, 3, 6	2, 4, 7	4, 5, 8	_____
4) 3, 4, 8, 6	9, 2, 6, 8	7, 3, 1, 4	5, 2, 6, 1	
3, 4, 6, 8	2, 6, 8, 9	1, 3, 4, 7	1, 2, 5, 6	_____
5) 4, 1, 5, 7, 8	3, 2, 7, 9, 8	4, 5, 2, 9, 7	6, 3, 8, 1, 7	
1, 4, 5, 7, 8	2, 3, 7, 8, 9	2, 4, 5, 7, 9	1, 3, 6, 7, 8	_____
6) 1, 4, 2, 6, 9, 5	2, 3, 7, 8, 1, 6	1, 2, 9, 6, 8, 4	9, 2, 7, 5, 8, 3	
1, 2, 4, 5, 6, 9	1, 2, 3, 6, 7, 8	1, 2, 4, 6, 8, 9	2, 3, 5, 7, 8, 9	_____
7) 3, 4, 2, 6, 7, 5, 9	9, 1, 3, 4, 6, 7, 8	2, 8, 4, 7, 1, 6, 5	1, 6, 2, 9, 8, 5, 4	
2, 3, 4, 5, 6, 7, 9	1, 3, 4, 6, 7, 8, 9	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8	1, 2, 4, 5, 6, 8, 9	_____
8) 1, 2, 4, 3, 6, 5, 8, 9	2, 3, 1, 4, 5, 8, 9, 7	6, 2, 1, 4, 9, 3, 7, 5	8, 6, 9, 4, 1, 3, 7, 5	
1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	_____

Total Correto _____

PONTUAÇÃO DA TAREFA MOTORA COM FICHAS

Número de fichas _____

Identificação do paciente e N°. da visita _____

FLUÊNCIA SEMÂNTICA & FLUÊNCIA DE PALAVRAS PELA LETRA INICIAL

Animais	Palavras - Letra F	Palavras - Letra S

Total número de palavras:

Identificação do paciente e N°. da visita _____

CODIFICAÇÃO DE SÍMBOLOS – MODELO DO EXAMINADOR

MODELO

∩	≡	∫	∫	∧	≡	*	∃	∞
1	2	3	4	5	6	7	8	9

∩	∧	≡	∩	∫	≡	∫	∩	≡	∩	≡	∩	≡	∩	≡
1	5	2	1	3	6	2	4	1	6	2	1	6	1	2

∫	≡	∩	≡	∧	≡	∫	∫	∩	≡	≡	∞	∫	∫	∃
4	6	1	2	5	6	3	4	1	2	6	9	4	3	8

∫	∧	*	∃	∩	∫	*	∫	∃	∧	≡	∞	∫	∫	*
4	5	7	8	1	3	7	4	8	5	2	9	3	4	7

≡	∫	∧	∩	≡	∫	∩	∧	≡	*	∞	∃	∫	≡	∫
2	4	5	1	6	4	1	5	6	7	9	8	3	6	4

∞	∧	∃	∫	≡	*	∫	∧	≡	∫	*	∞	≡	∃	∩
9	5	8	3	6	7	4	5	2	3	7	9	2	8	1

≡	∞	*	≡	∫	≡	∫	∞	∩	*	≡	∧	≡	∃	∫
6	9	7	2	3	6	4	9	1	7	2	5	6	8	4

≡	∃	*	∞	∫	*	∃	∧	∩	∞	≡	∩	∫	∫	≡
2	8	7	9	3	7	8	5	1	9	2	1	4	3	6

∧	≡	∩	≡	∫	≡	∩	≡	∞	*	∫	∧	∫	∃	∞
3	2	1	6	4	2	1	6	9	7	3	3	4	8	9

Identificação do paciente e N°. da visita _____

FORMULÁRIO DE RESPOSTAS DA TORRE DE LONDRES- VERSÃO A

- Caso o paciente escolha cinco itens incorretos consecutivos, interrompa o teste
- Caso o paciente responda os primeiros 20 itens corretamente, aplique os itens adicionais 21 & 22

Item Resposta Correta

1. _____ (2)

2. _____ (2)

3. _____ (3)

4. _____ (3)

5. _____ (2)

6. _____ (1)

7. _____ (3)

8. _____ (4)

9. _____ (1)

10. _____ (4)

11. _____ (3)

12. _____ (4)

13. _____ (1)

14. _____ (2)

15. _____ (3)

16. _____ (2)

17. _____ (1)

18. _____ (4)

19. _____ (1)

20. _____ (4)

Total _____

Itens adicionais (aplicar somente se 1-20 estão corretos)

21. _____ (6)

22. _____ (5)

Identificação do paciente e N°. da visita _____

FORMULÁRIO DE RESPOSTAS DA TORRE DE LONDRES-VERSÃO B

- Caso o paciente escolha cinco itens incorretos consecutivos, interrompa o teste
- Caso o paciente responda os primeiros 20 itens corretamente, aplique os itens adicionais 21 & 22

Item Resposta Correta

1. _____ (1)

2. _____ (3)

3. _____ (2)

4. _____ (1)

5. _____ (1)

6. _____ (4)

7. _____ (4)

8. _____ (3)

9. _____ (3)

10. _____ (3)

11. _____ (2)

12. _____ (2)

13. _____ (1)

14. _____ (4)

15. _____ (2)

16. _____ (2)

17. _____ (1)

18. _____ (4)

19. _____ (3)

20. _____ (4)

Itens adicionais (aplicar somente se 1-20 estão corretos)

21. _____ (5)

22. _____ (6)

Total _____

Identificação do paciente e N°. da visita _____

12.3) Protocolo de Intervenção da TCC

Protocolo de 20 sessões de tratamento Cognitivo-Comportamentais (BASCO e RUSH, 2009)

1ª Sessão: Visão Geral da Terapia Cognitiva-Comportamental

- Objetivo da Sessão

Acrescentar aos familiares e aos pacientes uma análise racional do tratamento cognitivo-comportamental do transtorno afetivo bipolar (TAB) e uma visão geral do processo do tratamento. 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.

- Metas da Sessão

- 1) Apresentar uma visão geral do processo de tratamento.
- 2) Conversar sobre os direitos dos paciente:
 - a) Tratamento clínico de alta qualidade.
 - b) Confiabilidade.
- 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 de leitura de casa.

- Tarefa

Assumindo o controle da sua doença

2ª Sessão: O Que é o Transtorno Afetivo Bipolar

- Objetivo da Sessão

Nesta sessão, o terapeuta apresenta informações sobre a definição e etiologia do TAB. Esclarecer as concepções equivocadas que os pacientes ou familiares têm no que diz respeito a natureza do TAB.

- Metas da Sessão

- 1) Apresentar definições descritas e exemplos de depressão, de mania e do TAB.
- 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 e acrescentar a leitura dos materiais ao próximo tema de casa.
- 2) Conversar sobre como se define o diagnóstico do TAB. Programar exemplos dos sintomas. Pedir aos pacientes e familiares que descrevam as suas experiências com a mania, com depressão e com quaisquer outros sintomas.
- 3) Programar o material de leitura para a tarefa.

- Tarefa

Fatos sobre o TAB

3ª Sessão: 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 medicamentos.

- Metas da Sessão

- 1) Revisar a farmacologia, toxicidade, efeitos colaterais e efeitos positivos do lítio e de outros estabilizadores de humor que tenham sido prescritos ao paciente.
- 2) Revisar interação das drogas ilícitas e álcool juntamente com uso de medicamentos psicotrópicos e com sintomas do TAB

3) Corrigir qualquer concepção equivocada sobre o uso de medicamentos antimaníacos, incluindo as questões de adição e dependência.

4) Identificar as questões envolvendo a medicação e perguntas que os pacientes deveriam abordar com 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 concluída, usar a intervenção para a adesão e acrescentar o Gráfico do Humor na próxima tarefa.

3) Conversar sobre os medicamentos antimaníaco 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

Vendo a relação com seus medicamentos

4ª Sessão: 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 medicamentos antidepressivos.

3) Identificar as questões ou preocupações que os pacientes deveriam abordar com os seus médicos

- Procedimento

1) Avaliar a adesão ao tratamento.

2) Solicitar um feedback da leitura programada (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 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 TAB. Conversar sobre os efeitos potenciais de indução à mania pelos medicamentos antidepressivos.

- Tarefa

Guia de medicamentos para depressão

5ª Sessão: Sintomas do TAB

- Objetivo da Sessão

Ajudar os pacientes e familiares a compreender como suas experiências cotidianas com os sintomas do TAB são consequências da doença partilhada por milhares de outras pessoas. Ensinar aos pacientes e familiares como distinguir as variações normais do humor dos sintomas da depressão e da mania.

- Metas da Sessão

1) Ajudar o paciente e familiares a começar a identificar como as experiências do dia-a-dia relaciona-se com os sintomas do TAB.

2) Ajudar os pacientes e familiares começar a diferenciar os estados de humor normais e 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 e acrescentar os materiais de leitura dos materiais para a próxima tarefa.

2) Perguntar aos pacientes e familiares como o TAB 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 cópia aos participantes da planilha dos sintomas que foram preenchidos durante a sessão. Pedir que acrescentem sintomas à lista durante a semana seguinte e as devolvam para voltarmos a conversa mais adiante.

6ª Sessão: Monitoramento dos Sintomas

- Objetivo da Sessão

Para prevenir a recorrência de episódios pleno 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 transtornos bipolar é o primeiro passo de uma intervenção precoce. O segundo passo é monitorar regularmente os sintomas-chave como mudança 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 gráfico 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 paciente e familiares 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.

7ª Sessão Adesão ao tratamento

- Objetivo da Sessão

Nesta sessão, o terapeuta introduz a idéia 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 em 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 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 da sessão 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 seus planos de tratamentos expressamente. Quais são os resultados?

- 4) Pedir aos pacientes que descrevam o seu plano de tratamento atual. Avaliar as atitudes 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 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 e antecipada, revisar os problemas vivenciados no passado, escolher 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

8ª Sessão: Pensamento Distorcido

- Objetivo da Sessão

Preparar terreno para os ensinamentos das técnicas Cognitivo-Comportamentais a fim de lidar com os sintomas depressivos e hipomaníacos.

Embora a farmacologia possa controlar a maioria dos sintomas do TAB 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 subseqüentes.
- 3) Ajudar os pacientes a começar a associar as alterações do humor com eventos, padrões de pensamento e comportamento

- 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 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 alteração do humor negativa e positivas e das alterações concomitantes em cognição (ex. opiniões ou perspectivas). Pedir aos pacientes que apresentem vários exemplos de ocorrências desse tipo e as listem no resumo de pensamentos positiva e negativamente tendenciosas.
- 5) Fornecer aos pacientes os materiais de leitura par esta semana.

- Tarefa

Durante a semana identificar e anotar pensamentos distorcidos

9ª Sessão: Mudança Cognitivas na Depressão

- **Objetivo da Sessão**

Treinar os pacientes para monitorar as sua cognições, para identificar os “pensamentos influenciados negativamente” e os “erros de pensamentos” 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 de humor que tenha ocorrido na semana anterior e qualquer pensamento automático que o tenha acompanhado.
- 4) Utilizar um Registro de Pensamento Automáticos como um guia para ensinar os pacientes a identificar seus pensamentos automáticos negativos.
- 5) Definir “erro de pensamento”. Definir “erro de pensamento”. Fornecer aos pacientes a lista dos erros de pensamento comuns. Voltar a referir o Registro de Pensamento Automáticos ou 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 “pensamento automáticos” para a próxima semana.
- 2) Combinar a tarefa de continuar procurando erros de pensamento se não houve tempo suficiente durante a sessão.

10ª Sessão Análise lógica dos pensamentos automáticos negativos

- **Objetivo da Sessão**

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, esclarecendo qualquer dúvida e reforçar a associação entre os eventos, pensamento 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 exercício para treinamento dessas habilidades.

- 3) Evidência 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 Pensamento 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 resumo. Reforçar a lógica deste exercício e seu propósito.

- 6) Fornecer aos pacientes 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 tentam usar as duas intervenções cognitivas durante a próxima semana.

11ª Sessão Mudanças cognitivas na mania

- Objetivo da Sessão

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 com o início da hipomania e da mania são sutis no começo do episódio. Ao ensinar o pacientes a monitorar esses pensamentos, considere a evolução da mania conforme os sintomas se tornarem 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 reconstrução cognitiva para as crenças 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 e Analisar a lógica dos Pensamentos Automáticos do tema de casa da última sessão.
- 3) Revisar os pensamentos distorcidos positivamente que estão associados com 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.

Controlando os Pensamentos Emocionais.

12ª Sessão Os aspectos comportamentais da depressão

- Objetivo da Sessão

Ensinar os pacientes duas habilidades cognitivo-comportamentais para lidar com as conseqüências 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 (ex. sentir-se sobrecarregado e incapacitado, em um ciclo letárgico).
- 2) Ensinar aos pacientes duas técnicas da TCC para lidar com esses problemas (ex. GTA e aumento do domínio e do prazer).

- Procedimentos

- 1) Avaliar a adesão ao tratamento.
- 2) Revisar 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 ao paciente 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 tarefa que os pacientes que os pacientes apresentem dificuldade para completar e aplicar o exercício usando GTA.
- 5) Introduzir a importância de experimentar um senso de domínio e de prazer e 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 descrevem 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 em casa.

- Tarefa

1) Tentar o primeiro passo 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 envolvimento 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 de humor na próxima sessão.

13ª Sessão Mudanças comportamentais na mania

- Objetivo da Sessão

Treinar 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 atividade.

2) Ensinar os paciente 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 vantagens 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 feedback aos sobre as suas mudanças de comportamento. A informação foi bem vinda ou rejeitada? Conversar sobre como os pacientes podem se beneficiar do 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 se pensamentos influenciados positivamente estiverem presentes

7) Determinar tarefas

- Tarefa

Faça com que os pacientes monitorem o seu nível de atividade e humor pela próxima semana, usando um Gráfico para Monitoramento o Humor.

14ª Sessão: Problema Psicossociais

- Objetivo da Sessão

Esta sessão muda o foco da terapia dos sintomas do TAB 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 resultado direto ou indireto do TAB.

- Metas da Sessão

- 1) Conversar abertamente sobre os problemas psicossociais enfrentados pelas pessoas com TAB, dando exemplos dos problemas psicossociais comuns associados.
- 2) Facilitar a conversa sobre os problemas que os paciente tenham experimentada 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 entre os sintomas e o comportamento.
- 3) Dar uma explicação de como os problemas psicossociais e interpessoais podem exacerbar ou serem exacerbados pelos sintomas da depressão ou mania.

4) Pedir aos pacientes que descrevem 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

Combinar um gráfico do humor e ou de atividade.

15ª Sessão 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 (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 dessa 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.

16ª Sessão: Desenvolvimento da 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 frequentemente, é útil seguir uma abordagem estruturada em passos para tratar os problemas. Objetivo desta sessão é ensinar em 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 tarefa.

- Tarefa

Aplicar o procedimento da solução de problemas a uma questão moderadamente problemática.

17ª a 20ª Sessão 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 se necessárias para tratar de um problema complicado. A fim de facilitar o processo, dividir-se o objetivo principal do tratamento em sub objetivos e tratar cada um deles individualmente usando o procedimento de solução de problemas. Ao longo das sessões remanescentes, devem-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 passam 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 se 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 reconhecem problemas que envolvem os pacientes, essas situações configuram outras pistas de que a avaliação e solução de problemas talvez sejam necessárias. Avaliação do funcionamento psicossocial programadas para realização regular pode 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.