BERNARDO CARRAMÃO GOMES

**Intervenção combinada de terapia cognitivo comportamental e
reabilitação neuropsicológica em grupo para portadores de
transtorno do humor bipolar**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Beny Lafer

SÃO PAULO

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gomes, Bernardo Carramão

Intervenção combinada de terapia cognitivo comportamental e reabilitação neuropsicológica para portadores de transtorno do humor bipolar / Bernardo Carramão Gomes -- São Paulo, 2018.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientador: Beny Lafer.

Descritores: 1.Transtorno bipolar 2.Psicoterapia de grupo 3.Terapia cognitiva 4.Testes neuropsicológicos 5.Reabilitação 6.Ensaio clínico controlado

USP/FM/DBD-424/18

Responsável: Erinalva Conceição Batista - CRB-8/6755

DEDICATÓRIA

***À minha esposa Paula Penatti Maluf Gomes, pelos
anos de apoio, desde o namoro até este ponto, sem
o qual certamente não teria chegado tão longe.***

AGRADECIMENTOS

Uma tese é o resultado do esforço de muitos indivíduos, que estão apenas em parte aqui homenageados. Com todos muito aprendi e por isso sou imensamente grato.

Ao meu filho Daniel Maluf Gomes, pela paciência com esse pai sempre dividido entre diversos papéis, desde seu nascimento. Que o fim dessa etapa me permita estar mais presente em sua vida.

Aos meus pais Ana e Vance. Os primeiros e mais importantes professores que tive nessa longa jornada, imprescindíveis em inúmeros aspectos e decisivos para que me mantivesse sempre autoral em minha vida.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Beny Lafer que nesses mais de 15 anos de convívio sempre apoiou minhas ideais, mesmo nos momento mais difíceis. Muito obrigado por ter acreditado no meu potencial, mesmo quando eu duvidei.

Aos meus antigos orientadores, Bernard Pimentel Rangé por me apresentar ao universo da Terapia Cognitiva e para Nilton Pinto Ribeiro Filho (*in memoriam*) por despertar meu interesse pela pesquisa.

A Cristiana Castanho de Almeida Rocca pela profícua parceria e disposição em me guiar pelos caminhos da Neuropsicologia.

Aos meus queridos amigos e colegas do PROMAN, companheiros de artigos e projetos nas muitas reuniões de segunda-feira. Com carinho especial para Karla Mathias de Almeida, pelo enorme companheirismo, à Lena Nabuco de Abreu pela calorosa amizade. Para Gabriel Okawa Belizário um enorme e agradecido abraço por todo empenho na finalização dos dados. Sucesso em seu doutorado. Para os amigos que hoje já não estão no PROMAN, Sheila Cavalcante Caetano e Fabiano Gonçalves Nery, pela inspiração em seguir por este caminho. Espero um dia acrescentar tanto ao grupo, quanto este a mim.

A toda equipe de Neuropsicologia do grupo, especialmente à Francy Britto Ferreira Fernandes, pelo suporte nas avaliações e à Raquel de Vargas Penteado Fachin, pela ajuda na condução dos grupos de terapia.

Aos pacientes de nosso ambulatório que colaboraram com o andamento desse projeto. Espero realmente que a experiência tenha sido tão produtiva para eles, quanto foi para mim.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo suporte financeiro oferecido ao projeto por meio do edital universal (CNPQ 458144/2014-2) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de doutorado.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas Siglas

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Caracterização do Transtorno Bipolar	1
1.2	Recuperação Clínica e Prejuízos Funcionais no TB	2
1.3	Estudos Neuropsicológicos no Transtorno Bipolar	6
1.4	Estudos de Tratamento Psicoterápico do Transtorno Bipolar.....	14
2	JUSTIFICATIVA.....	26
3	OBJETIVOS E HIPÓTESES	27
3.1	Objetivo Geral.....	27
3.2	Objetivo Específico.....	27
3.3	Hipóteses.....	27
4	METODOLOGIA	28
4.1	Critérios de seleção	28
4.1.1	Critérios de Inclusão	28
4.1.2	Critérios de Exclusão	29
4.2	Instrumentos de Avaliação.....	29
4.3	Procedimentos:.....	31
4.4	Intervenções	32
4.4.1	Tratamento Padrão	32

4.4.2	Reabilitação Cognitivo Comportamental	32
5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	35
5.1	Cálculo do Tamanho da Amostra	35
5.2	Tratamento dos Dados	35
5.2.1	Dados de entrada.....	35
5.2.2	Dados de Seguimento	35
6	RESULTADOS	37
6.1	Descrição da Amostra	37
6.2	Tempo até recaída	41
6.3	Presença e número de episódios	43
6.4	Dados neuropsicológicos	43
6.5	Escalas de Qualidade de Vida e Funcionalidade	48
6.6	Análise de perda de seguimento e uso de medicação ao longo do estudo ...	49
7	DISCUSSÃO.....	51
8	CONCLUSÕES.....	61
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
10	ANEXOS	75

LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS

APA	American Psychiatry Association
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Cappesq	Comissão de ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais quarta edição
DSM V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais quinta edição
MADRS	Escala de depressão de Montgomery–Åsberg
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IPQ – HC-FMUSP	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
PMV	Programa de Metas de Vida
PROMAN	Programa de Transtorno Bipolar do IPQ – HC-FMUSP
RCC	Reabilitação Cognitivo Comportamental
SCIT	Social Cognition and Interaction Training
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TFF	Terapia Focada na Família
TIP	Terapia Interpessoal
TP	Tratamento Padrão
WHOQOL	Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde
YMRS	Escala de Young para Mania

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de Pacientes do estudo	38
Figura 2: Curvas de sobrevivência até primeiro episódio.....	41
Figura 3: Curvas de sobrevivência até primeiro episódio de depressão	42
Figura 4: Curvas de sobrevivência até primeiro episódio de mania, hipomania ou misto.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Metanálises de Neuropsicologia no TB (2008-2017)	13
Tabela 2 - Revisões Sistemáticas com Metanálises de Psicoterapia para TB	20
Tabela 3 - Características Clínicas e sócio demográficas dos pacientes.....	39
Tabela 4 - Características neuropsicológicas na entrada do estudo	40
Tabela 5 - Presença e número de episódios no seguimento	43
Tabela 6 - Dados cognitivos após 12 semanas - Análise entre os grupos.....	44
Tabela 7 - Dados cognitivos após 12 semanas - Análise dentro dos grupos.....	47
Tabela 8 - Resultados escalas na estrada do estudo e após 12 semanas	48
Tabela 9 - Análise de perda de seguimento.....	49
Tabela 10 - Uso de Medicação ao longo do estudo.....	50

RESUMO

Gomes BC. Intervenção combinada de terapia cognitivo comportamental e reabilitação neuropsicológica em grupo para portadores de transtorno do humor bipolar [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

Mesmo quando adequadamente medicados pacientes com transtorno bipolar (TB) apresentam elevadas taxas de recaída, considerável sintomatologia residual e prejuízo funcional. Intervenções psicoterápicas têm sido propostas com intuito de aumentar o período de remissão e reduzir sintomas de humor, porém os achados iniciais ainda são controversos e pouco se sabe sobre a eficácia de tais intervenções em desfechos funcionais. Ao mesmo tempo diversos estudos apontam para um prejuízo cognitivo entre uma parcela significativa destes pacientes que perdura mesmo na fase eutímica. A Neuropsicologia clínica oferece instrumentos para quantificar este prejuízo e melhor compreender os achados de ensaios clínicos em psicoterapia no TB. Diversos autores desenvolveram intervenções de reabilitação cognitiva a fim de melhorar tanto o prejuízo cognitivo e funcional bem como diminuir sintomatologia depressiva, porém os achados até o momento não apresentam evidência de uma eficácia robusta. Dessa forma, novas intervenções psicoterápicas se mostram necessárias. Desenvolvemos um novo protocolo de psicoterapia em grupo baseado na experiência prévia do grupo que objetiva prevenir novos episódios e melhorar a performance cognitiva e funcionalidade dos pacientes com TB. **Metodologia:** Foram incluídos 60 pacientes neste ensaio clínico cego controlado randomizado com portadores de TB tipo I ou II que se encontravam em uso de tratamento farmacológico padrão. O grupo controle foi mantido apenas em uso de tratamento padrão e o grupo experimental, além desse participou de 12 sessões semanais desta nova intervenção chamada de Reabilitação Cognitivo Comportamental (RCC). Inicialmente todos participantes eram avaliados para presença de episódios de humor, funcionalidade e desempenho cognitivo o que foi repetido após 12 semanas e nove meses do início da fase interventiva, totalizando 12 meses de seguimento. **Resultados:** Ao todo 39 pacientes foram incluídos nas análises finais e 21 foram excluídos, não havendo diferença entre os grupos para as perdas de indivíduos. Trinta e nove pacientes foram randomizados sendo que 20 participaram das sessões de RCC e 19 mantidos sobre tratamento padrão e todos participaram das reavaliações após o fim das 12 semanas de tratamento, porém o período de 12 meses não foi atingido por todos os participantes e, assim são apresentados os resultados parciais do pós-tratamento. Não houve diferença entre os grupos para tempo até novo episódio de humor bem como nas escalas de funcionalidade e de qualidade de vida. O grupo de RCC melhorou seu desempenho no reconhecimento total de emoções e reduziu seu tempo de reação. **Conclusão:** A nova intervenção proposta não foi eficaz na prevenção de novos episódios de humor no transtorno bipolar embora pareça melhorar de forma específica alguns domínios cognitivos comumente reportados como prejudicados no TB.

Descritores: transtorno bipolar; psicoterapia de grupo; terapia cognitiva; testes neuropsicológicos; reabilitação, ensaio clínico controlado.

ABSTRACT

Gomes BC. Combined intervention of cognitive behavioral therapy and neuropsychological group rehabilitation for patients with bipolar disorder [Thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2018.

Even when correctly medicated patients with bipolar disorder (BD) continue to present high rates of relapse, considerable residual symptomatology and functional impairment. Psychotherapeutic interventions have been proposed aiming to increase the remission period and reduce mood symptoms, however initial results are still controversial and little is known about the effectiveness of such interventions in functional outcomes. At the same time, several studies point to cognitive impairment among a significant portion of these patients that lasts even in the euthymic phase. Clinical Neuropsychology offers tools to quantify this impairment and to better understand the findings of clinical trials in psychotherapy in BD. Authors have developed cognitive rehabilitation interventions to improve both cognitive and functional impairment as well as reduce depressive symptoms, but the findings so far have not provided evidence of robust efficacy. Thus, new psychotherapeutic interventions are needed. We developed a new protocol in group psychotherapy based on previous experience of the group aiming at preventing new episodes and improving cognitive performance and functionality of patients with TB. **Method:** Sixty patients were included in this randomized controlled clinical trial with type I or II TB patients who were using standard pharmacological treatment. The control group was maintained only on standard treatment and the experimental group, in addition to this, participated in 12 weekly sessions of this new intervention called Cognitive Behavioral Rehabilitation (RCC). Initially all participants were evaluated for episodes of mood, functionality and cognitive performance, which was repeated after 12 weeks and nine months after the beginning of the intervention phase, totaling 12 months of follow-up. **Results:** A total of 39 patients were included in the final analysis and 21 were excluded, with no difference between groups for the loss of individuals. Thirty- nine patients were randomized, 20 of which participated in RCC sessions and 19 maintained on treatment as usual and all participated in the re-evaluations after the end of the 12-week treatment, but the 12-month period has not been reached by all participants and therefore we present the preliminary results of the post-treatment. There was no difference between groups for time to new mood episode as well as for functional and quality of life scales. The RCC group improved their performance in total recognition of emotions and reduced their reaction time. **Conclusion:** The new proposed intervention was not effective in preventing new mood episodes in bipolar disorder although it seems to improve in a specific way some cognitive domains commonly reported as impaired in TB.

Descriptors: Bipolar disorder; group psychotherapy; cognitive therapy; neuropsychological tests; Rehabilitation, Controlled clinical trial.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização do Transtorno Bipolar

O transtorno bipolar (TB) é um quadro clínico grave, marcado por recorrentes episódios de mania e depressão que acarretam enorme impacto na vida de seus portadores e familiares (Perlick et al. 2016, Maji et al. 2012). Cada vez mais este impacto tem sido relatado por diferentes autores, seja através de seu custo direto, como internações psiquiátricas (Cloutier et al. 2018), ou indireto, como dias perdidos (Alonso et al. 2011). Tais dados ajudaram a estimar o TB como a segunda maior causa de incapacidade entre as mais comuns doenças mentais e físicas, perdendo apenas para as doenças neurológicas (Alonso et al. 2011).

Estudos epidemiológicos estimam a prevalência do TB em 1% da população, sendo 0,6% do tipo I e 0,4% do tipo II (Merikangas et al. 2011). No Brasil um estudo epidemiológico conduzido na cidade de São Paulo incluiu 1,464 indivíduos, encontrou estimativas semelhantes de 0,5 e 0,7% respectivamente (Moreno e Andrade, 2005). Uma metanálise mais recente de autores brasileiros encontrou uma prevalência um pouco maior para os dois principais subtipos, sendo 1,06% para o tipo I e 1,57 para o tipo II (Clemente et al. 2015). Tal discrepância pode ser atribuída à diversidade de instrumentos empregados e a forma de captação dos dados. Infelizmente mesmo quando adequadamente tratadas, pessoas com TB falecem em média 10 anos mais cedo do que pessoas sem doença psiquiátrica, sendo entre 12 e 8,7 anos para homens e 10,6 a 8,3 anos para mulheres (Kessing et al. 2015). Este número contraria estimativas antigas e mais pessimistas, porém ainda hoje é atribuível em grande parte a elevada presença de doenças do sistema cardiovascular nestes pacientes (Crump et al. 2013). Uma coorte de três anos, por exemplo, encontrou uma maior incidência de doenças cardiovasculares entre pacientes com TB tipo I ou II quando comparados a um grupo de indivíduos sem transtorno psiquiátrico e outro com depressão (Goldstein et al. 2015). Além destas doenças, comorbidades médicas em geral estão frequentemente presentes no TB. Em artigo recente o grupo de estudo CHOICE, ligado ao Massachusetts General Hospital, acompanhou um

grupo de 482 indivíduos com TB tipo I ou II encontrou que 96,2% destes pacientes apresentavam ao menos uma comorbidade médica, em especial síndrome metabólica (27,3%), hiperlipidemia (21,4%) e alterações triglicéridicas (28,4%) (Sylvia et al. 2015).

Por muitos anos se imaginou que os períodos entre os episódios de humor fossem acompanhados de recuperação funcional e livres de prejuízo cognitivo (Zarate et al. 2000, Huxley e Baldessarini, 2007). A forte influência da visão de Emil Kreapelin de que haveria plena recuperação no período entre os episódios de humor associado à escassez de estudos longitudinais podem ter contribuído para esta visão. Além disso, acreditava-se que o prejuízo clínico, funcional e cognitivo seria adequadamente tratado por meio do uso de estabilizadores de humor, deixando pouco espaço para outras abordagens (Martinez-Aran et al. 2007). Estudos posteriores contrariaram fortemente esta visão.

1.2 Recuperação Clínica e Prejuízos Funcionais no TB

O tratamento efetivo de qualquer quadro psiquiátrico envolve tanto a recuperação clínica como a funcional, e isto naturalmente inclui o TB (Yatham et al. 2018). Contudo, a recuperação clínica, ou remissão de episódios e sintomas de humor, foi atingida por apenas 58% dos portadores e 49% apresentaram novos episódios no período de dois anos de seguimento de um dos maiores estudos até momento conduzido com pessoas com TB (Perlis et al. 2006). Estudos de coorte com estes pacientes indicam ainda que mesmo em uso de tratamento farmacológico, pacientes com TB permanecem apresentando sintomas subsindrômicos de humor em cerca de um terço do tempo (Judd et al. 2002). Ainda sobre este aspecto, a presença de sintomas depressivos residuais constantes parece ter especial relevância clínica, estando associados a piores respostas ao tratamento (Judd et al. 2008).

Um cenário ainda pior se desenha na recuperação funcional destes pacientes. Acompanhando um grupo de pacientes bipolares após primeira internação por episódio de mania Tohen et al. (2000) encontraram uma recuperação sintomática em 98% dos casos após dois anos, contrastando com uma recuperação funcional de

apenas 38% dos casos. Uma possível explicação para isso pode estar na própria dificuldade em se definir o que seria uma recuperação funcional, já que tal conceito abarca desde a capacidade para trabalhar e estudar, bem como viver de forma autônoma (Rosa et al. 2007). No estudo de Tohen et al. (2000), por exemplo, a recuperação funcional foi definida como a proporção de indivíduos que retornaram aos seus papéis ocupacionais e de vida prévios a internação.

Ao mesmo tempo a duração e intensidade dos episódios de humor significam, nos casos mais grave, uma grande interrupção no curso de vida do sujeito com TB, em especial quando lembramos que o quadro tem incidência predominantemente no meio da adolescência e no início da vida adulta (Rolim-Neto et al. 2015), dois momentos muito sensíveis para a formação do indivíduo. Desta forma, se faz necessário um maior período de estabilidade clínica para que haja a possibilidade de recuperação funcional.

Nesse sentido, tanto a recuperação clínica como funcional esbarram no problema da baixa adesão ao tratamento do TB. Por se tratar de um tratamento de longo prazo, que envolve um considerável número de efeitos colaterais e limitações, bem como uma razoável distância entre o início do tratamento e a resposta clínica, se estima que quase metade dos pacientes com TB não aderem ao tratamento farmacológico prescrito (Berk et al. 2010, Colom et al 2005).

Outro fator fortemente relacionado à recuperação funcional é a ausência de independência financeira que uma grande parcela dos pacientes com TB apresenta. Em um estudo de seguimento de um ano e meio Arvilommi et al.(2015) encontraram um percentual de 21% de pacientes que dependiam de pensão por invalidez na entrada do estudo. Ao final do seguimento de 18 meses, 38 dos 151 indivíduos (25%) contavam com pensão por invalidez. Sobre esse tema uma revisão sistemática de 2013 que incluiu um total de quase 5000 indivíduos com TB encontrou que entre 40 a 60% destes pacientes não trabalhavam (Marwaha et al. 2013).

Conforme esperado, há uma correlação negativa entre redução de sintomatologia do humor e recuperação funcional, ou, de outro modo, quanto maior a presença de sintomas pior é a vida funcional destes indivíduos. Um estudo de Rosa et

al. (2010) comparou 131 pacientes bipolares, que poderiam estar em fase deprimida, eutímica ou mania/hipomania, a 61 sujeitos sem doença psiquiátrica. Quando comparados entre si os pacientes com depressão apresentavam a maior dificuldade na vida funcional acompanhados pelos em fase de mania/hipomania e pelos em fase eutímica. Estes últimos ainda apresentavam maior dificuldade em sua vida funcional quando comparados a indivíduos sem doença psiquiátrica (Rosa et al. 2010). Na mesma direção Judd et al. (2005) observaram uma associação entre a melhora sintomática e a recuperação funcional entre pacientes com TB tipo I e II em um estudo naturalístico de 20 anos. Entre os fatores não sintomáticos relacionados com a recuperação funcional parecem estar envolvidos o maior grau de instrução, apresentar um tempo menor de transtorno e ser casado (Wingo et al. 2010).

A literatura que analisa o prejuízo funcional no TB somente se tornou mais volumosa nos últimos 20 anos (Bonnin et al. 2018). Como já dito uma razão provável para isso é que por muito tempo se acreditou que no período entre episódios os pacientes com TB não apresentariam sintomas e que, portanto, recuperariam sua funcionalidade, especialmente quando mantido seu tratamento farmacológico (Scott, 1995). Por outro lado, já de muito se reconhece o impacto que este quadro representa na vida conjugal (Wadeson e Fitzgerald, 1971), indicativo indireto de prejuízo funcional. Neste sentido estudos do final da década de 90 já apontavam que cerca de 30 a 60% dos pacientes com TB apresentavam prejuízos funcionais mesmo fora de episódios (MacQueen et al. 2001). Contudo, como visto anteriormente, o conceito de funcionalidade é bastante amplo e engloba um grande número de aspectos, e os estudos iniciais de avaliação de funcionalidade utilizavam frequentemente o conceito de regresso às funções prévias ao início de morbilidade (Tohen et al. 2000).

Ao longo dos últimos anos novos conceitos e instrumentos específicos para avaliação de funcionalidade vêm sendo desenvolvidos, como por exemplo, a Global Assessment Scale, correspondendo à avaliação do eixo V do DSM, (Goldman et al. 1992). Neste sentido o conceito de qualidade de vida surge com especial destaque e pode ser definido como a percepção que o indivíduo tem de sua vida de acordo com seu sistema próprio de valores que está relacionado às suas expectativas, objetivos e preocupações (WHO, 1995). O instrumento de avaliação de qualidade de

vida da Organização Mundial da Saúde é uma escala de autopreenchimento que se vale desta definição (WHOQOL Group, 1998). Sua versão breve (WHOQOL-bref) foi traduzida e validada para população brasileira (Fleck et al 2000) e vem sendo largamente empregada em portadores de TB (Amini e Sharifi, 2012). Tais estudos identificam um prejuízo de qualidade de vida mesmo em fase de eutímia do TB, tanto em adultos como em adolescentes (Michalak et al. 2005, Gomes et al. 2016).

Nesta mesma direção e mais especificamente dentro da literatura do TB também foram criados instrumentos específicos para avaliação de prejuízo funcional, a Functional Assessment Short Test, ou FAST (Rosa et al. 2007). A FAST é uma entrevista estruturada e breve que aborda seis domínios de forma independente: autonomia, funcionamento ocupacional, funcionamento cognitivo, relacionamento interpessoal e tempo livre. A escala foi validada para diversas populações (Suominen et al. 2015, Barbato et al. 2013) incluindo a brasileira (Cacilhas et al. 2009). Os escores da FAST já foram correlacionados com os mais variados desfechos, desde estigma (Vázquez et al. 2011), impulsividade (Jiménez et al. 2012) e abuso de substâncias (Cardoso et al. 2015). Tal variedade se explica pela praticidade e rapidez de aplicação da FAST (Rosa et al. 2007). Outro motivo é que, de um modo geral a escala se mostra sensível às variações de funcionalidade observadas no TB, apresentando boa consistência interna e validade de constructo (Rosa et al. 2007). Foram criados pontos de corte para definir o tamanho do prejuízo avaliado pela FAST (Bonnin et al. 2018). Assim, estima-se que escores de 0 a 11 foram considerados não comprometidos, de 12 a 20 como comprometimento leve, de 21 a 40 moderadamente prejudicados, e os escores acima de 40 indicaram comprometimento funcional grave. A FAST se mostrou sensível na distinção entre pacientes de primeiro episódio e de múltiplos episódios de TB em um seguimento de um ano (Rosa et al. 2012). Pacientes de primeiro episódio apresentavam média de escore total na FAST de 11,26 (prejuízo leve) enquanto que entre os de múltiplos episódios a média foi de 26,91 (prejuízo moderado), o que levou a uma diferença estatisticamente significativa. O mesmo grupo realizou um estudo anterior com a FAST procurando fatores que pudessem estar associados a prejuízo funcional (Bonnin et al. 2010). Um modelo de regressão encontrou como preditores de alto prejuízo

funcional sintomatologia depressiva subclínica e desempenho no teste de memória verbal.

1.3 Estudos Neuropsicológicos no Transtorno Bipolar

De forma análoga ao que ocorreu com a literatura de prejuízo funcional, se imaginou por muito tempo que o período de remissão de TB também estaria associado à restauração das funções cognitivas (Cipriani et al.2017). Seguindo esse raciocínio, os primeiros estudos controlados de Neuropsicologia incluíam pacientes durante episódios de humor, especialmente na fase depressiva do TB (Murphy et al.1999, Sweeney et al. 2000), comparando-os com controles sem doença psiquiátrica ou com outros quadros psiquiátricos especialmente a esquizofrenia (Mitrushina et al. 1996). A quebra do paradigma da recuperação plena entre episódios (Tohen et al. 2000) favoreceu a inclusão crescente de pacientes em remissão ou eutímicos tanto como forma de eliminar vieses oriundos dos estados de humor (Rocca e Lafer, 2006), como analisar o que são alterações particulares do TB. Nos últimos anos a literatura se voltou também para pacientes em fases iniciais do TB, as quais, segundo alguns autores, já apresentariam alterações importantes de ampla gama de funções cognitivas (Bora e Pantelis, 2015).

Como se pode imaginar, estudos do final de 90 davam conta que há uma estreita relação entre prejuízo cognitivo e funcional (Zarate et al. 2000). Mais recentemente uma interessante metanálise observou esta relação de forma mais pragmática analisando quais fatores estariam associados à empregabilidade entre pacientes com TB (Tse et al.2014). Ao revisar a literatura entre 2000 e 2011 estes autores encontraram que os preditores diretamente associados à empregabilidade eram em primeiro lugar memória verbal, seguindo de funções executivas e de anos de escolaridade. A memória verbal e o funcionamento social também apareceram prejudicados entre indivíduos eutímicos com TB no estudo de Baş e colaboradores (2015). Os autores dividiram 60 indivíduos com TB de acordo com os resultados da FAST em dois grupos: baixo e alto funcionamento. Quando comparados entre si os indivíduos de baixo funcionamento demonstraram pior desempenho em memória verbal, maior número de sintomas neurológicos leves e sintomatologia depressiva

residual. A revisão de Baune e Malhi (2015) também encontrou uma associação entre prejuízo cognitivo e funcionamento geral entre sujeitos com TB, tanto em estudos transversais como longitudinais, independentemente da fase da doença. Na população brasileira um estudo recente buscou comparar as medidas da FAST com três testes comumente empregados em indivíduos com TB para avaliar funções executivas e memória verbal, o California Verbal Learning Test (CVLT), o Stroop Color and Word Test e o Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (Vasconcelos-Moreno et al. 2016). O estudo contou com três grupos: pacientes com TB, parentes de primeiro grau não afetados e controles sem histórico de doença psiquiátrica. O prejuízo cognitivo reportado pelos indivíduos com TB foi maior em todos os domínios da FAST quando comparado a controles, e em cinco dos seis domínios quando comparados a parentes não afetados. Quanto ao resultado dos testes neuropsicológicos apenas não houve diferença entre os grupos para dois dos oito subtestes avaliados (Teste de palavras e cores do Stroop e WCST erros perseverativos). Os autores infelizmente não reportaram se houveram correlações significativas entre os domínios da FAST e o desempenho nos subtestes cognitivos.

A Neuropsicologia está certamente entre as áreas de maior crescimento na pesquisa de TB, experimentando um aumento verdadeiramente exponencial nos últimos anos (Burdick et al 2015). Dentre suas contribuições principais os estudos com Neuropsicologia do TB têm procurado proporcionar conhecimento empírico dos aspectos clínicos; diferenciar anormalidades dependentes ou independentes de estados de mania e depressão; determinar quais são as funções estão mais consistentemente comprometidas, indicando substrato fisiopatológico; medir o ônus da doença, seja em seu funcionamento, seja no seu curso longitudinal (Goodwin e Jamison, 2010). Neste sentido, buscará ser feita aqui breve revisão do prejuízo cognitivo atribuível à doença e seu curso, considerando este se tratar de um estudo de intervenção psicológica que utiliza medidas de Neuropsicologia entre seus desfechos. Na sessão seguinte (Estudos de Tratamento Psicoterápico do Transtorno Bipolar) será realizada uma atualização dos principais achados de reabilitação cognitiva no TB.

Os estudos de Neuropsicologia no TB começaram a crescer a partir da década de 90 (Burdick et al.2015). Desde o início diversas medidas de funcionamento cognitivo foram avaliadas tais como funcionamento intelectual global, funcionamento psicomotor, atenção, aprendizagem e memória, funções executivas e habilidades verbais (Martínez-Arán et al. 2000). Esta ampla testagem, contudo, era ainda centrada nas fases de mania e depressão só posteriormente sendo inclusos indivíduos em fase eutímica (Thompson et al. 2005). Embora boa parte dos pacientes com TB permaneçam apresentando sintomas e recorrência de episódios ao longo da vida é fundamental distinguir as alterações estado-dependentes e aquelas que se mantêm durante manutenção da fase de eutimia, objetivo inicial do tratamento desses pacientes (Rocca e Lafer 2006).

Neste sentido, diversas tentativas procuraram construir um perfil das alterações cognitivas experimentadas no TB (Porter et al. 2015). No entanto tais iniciativas não tem logrado êxito (Bortolato et al.2015, Vöhringer et al.2013), muito possivelmente pela inclusão de amostras heterogêneas de pacientes, seja em fases distintas, com e sem sintomas residuais ou mesmo em uso de medicações e instrumentos variáveis (Cullen et al.2016). Ao mesmo tempo, é possível supor que esta população seja de fato diversa como tem sido demonstrado em estudos de polaridade predominante e de presença de sintomatologia psicótica (Aminoff et al. 2013).

O conceito de neuroprogressão tem sido aplicado, na última década, no TB, assumindo que com o tempo haveria uma perda crescente de funções cognitivas nestes pacientes, especialmente pelo acúmulo novos episódios de humor (Cardoso et al. 2015). Apesar de fazer muito sentido clínico, tal hipótese tem esbarrado em achados inconsistentes sugerindo que a neuroprogressão ou declínio cognitivo não afetam a todos os portadores de TB. Estudos recentes, por exemplo, dão conta de que em torno de 40% dos pacientes com TB permanecem cognitivamente intactos (Jensen et al.2016). Uma revisão recente incluiu 643 indivíduos com TB a fim de aferir mudança no desempenho cognitivo no curto e longo prazo. Este estudo não apenas refutou a ideia de neuroprogressão como observou melhora modesta entre os

indivíduos bipolares em memória e memória operacional ao longo do tempo (Bora e Özerdem, 2017).

Possivelmente o que chamamos de TB é composto por diversas manifestações clínicas e cognitivas que podem hipoteticamente compor um contínuo (Goes et al. 2016). Em uma tentativa de entender a heterogeneidade presente tanto no quadro da esquizofrenia como no transtorno bipolar Van Rheenen et al.. (2017) realizaram uma análise de agrupamento. Quando comparados a controles sem doença psiquiátrica, ambos os quadros puderam ser agrupados em três conjuntos distintos: gravemente prejudicados, leve a moderadamente prejudicados e cognitivamente intactos. Haveria para estes estudos ao menos três grupos de pacientes cognitivamente distintos no TB, aqueles preservados cognitivamente, alguns prejudicados na velocidade de processamento e um último com prejuízo na memória operativa, funções executivas e aprendizagem verbal (Jensen et al. 2016). Um estudo anterior já apontava em direção semelhante, afirmando haver também três grupos, um relativamente intacto, um diferenciado por prejuízo seletivo em funções de velocidade de processamento, aprendizagem verbal, atenção e cognição social e um terceiro grupo com prejuízo mais amplo comparável ao observado na esquizofrenia (Burdick et al. 2014). A seguir serão apresentados os principais achados de Neuropsicologia do TB, com especial ênfase aos estudos que incluíram pacientes eutímicos comparados a controles sem doença psiquiátrica, incluídos em revisões sistemáticas publicadas entre janeiro de 2008 a setembro de 2018. De forma resumida a maior parte destes estudos têm observado alterações na velocidade de processamento, funções executivas, na atenção e na memória (Miskowiak et al. 2017). Todas as revisões sistemáticas são limitadas pelo amplo número e heterogeneidade das medidas empregadas na avaliação destes pacientes (Cullen et al. 2016).

A grande herdabilidade presente no TB influenciou a decisão de alguns autores de investigar por meio da Neuropsicologia possíveis endofenótipos do TB. Essa foi a direção tomada por Bora et al.. (2009) ao investigar indivíduos bipolares comparados a seus parentes de primeiro grau e controles sem doença psiquiátrica. Esses autores encontraram que em comparação a sujeitos sem doença psiquiátrica

indivíduos bipolares e seus parentes de primeiro grau apresentavam alterações em funções executivas, inibição de resposta, memória verbal e atenção sustentada com tamanhos de efeito de moderado a grave e de leve a moderado respectivamente. Os autores também encontraram prejuízo na fluência verbal, memória visual e velocidade de processamento, mas apenas entre os pacientes com TB. Achados semelhantes foram observados posteriormente por Cardenas et al. (2016). Pacientes e seus familiares apresentaram, em intensidades diferentes, prejuízos significativos em atenção, velocidade de processamento, memória e fluência verbal.

A investigação de moderadores associados ao prejuízo cognitivo no TB foi o objetivo de Mann-Wrobel et al. (2011). Estes autores selecionaram como moderadores: idade, gênero, grau de instrução e duração da doença (variáveis contínuas) e curso clínico e rigor diagnóstico de eutimia (variáveis nominais). Quando comparados a controles sem doença psiquiátrica indivíduos com TB apresentavam alteração em todos os domínios cognitivos com tamanho de efeito de moderado a grave. Quando considerados como moderadores, gênero e rigor diagnóstico de eutimia não demonstraram tamanho de efeito significativos, em contraste com curso clínico e grau de instrução. Interessante notar que este estudo não apontou idade nem duração de doença como moderadores para funcionamento cognitivo no TB.

Dada a variabilidade de medidas empregadas na avaliação neuropsicológica de pessoas com TB alguns autores optam por selecionar aqueles testes mais empregados no momento de conduzir revisões sobre o tema. Este foi o caso do estudo de Bourne et al. (2013) que revisou os achados de quatro dos mais empregados testes em TB: California Verbal Learning Task (VLT), Trail Making Test (TMT), Digit Span e Wisconsin Card Sorting Task (WCST). A partir da análise dos dados originais esta revisão encontrou prejuízo em 11 dos subtestes: VLT total, atraso curto e longo, reconhecimento, reconhecimento menos falso positivo, TMT A e B, Digit Span reverso e para frente e WCST categorias e perseverativo.

Muitos autores investigaram a possibilidade de o TB dividir um perfil cognitivo próximo àquele apresentado na esquizofrenia, mas em um grau menos severo. Esta hipótese foi corroborada pelo estudo de Vöhringer et al.. (2013) que

investigou as funções executivas memória, quociente de inteligência, atenção concentração e funcionamento perceptomotor. Analisando 10 artigos selecionados esta revisão concluiu que quando comparados a controles sem doença psiquiátrica pacientes bipolares e com esquizofrenia apresentariam déficits em quase os mesmos domínios, com poucas exceções, concluindo que a diferença entre ambos os quadros seria muito mais quantitativa do que qualitativa. Além disso, os autores reafirmaram a tese que os prejuízos observados no TB não são estado-dependentes, ou seja, que perseveram mesmo fora de períodos de mania e depressão. Ainda sobre o tema, mais recentemente estudos buscaram investigar se as alterações observadas em ambos os quadros já se manifestavam logo no primeiro episódio. Uma metanálise destes estudos observou que os prejuízos cognitivos no TB já podem ser encontrados no primeiro episódio em quase todos os testes analisados com os maiores tamanhos de efeito observados em atenção e memória verbal (Bora e Pantelis, 2015). Uma vez mais foi observada também uma grande semelhança entre o perfil de prejuízo cognitivo dos pacientes em primeiro episódio de TB e esquizofrenia, diferindo apenas em intensidade.

Ao longo dos anos a literatura de prejuízo cognitivo no TB foi aumentando em temas específicos como a cognição social. Samamé et al. (2014) buscou avaliar a cognição social dos pacientes com TB a partir dos testes mais empregados para avaliá-la. Especificamente sobre reconhecimento de emoções esta revisão não encontrou diferença significativa entre controles e indivíduos com TB para o reconhecimento de expressões de alegria, tristeza e raiva, ao passo que foram encontradas diferenças significativas com tamanhos de efeito pequeno para medo, nojo e surpresa. Outra medida de cognição social foi adotada na revisão de Bora et al. (2016). Nela foi empregada a Teoria da Mente e incluídos 34 estudos que compararam indivíduos com TB e sem doença psiquiátrica. Foi observado que indivíduos com TB apresentam pior desempenho em tarefas de teoria da mente mesmo quando eutímicos embora elas piores quando há aumento de sintomas de humor.

A seguir são sumarizados os achados de prejuízo cognitivo no TB publicados na literatura dos últimos 10 anos por função avaliada. Foram incluídos apenas

estudos com população adulta e em fase eutímica do TB, quando comparados a controles sem doença psiquiátrica. Foram excluídos os achados de parentes de primeiro grau, pois extrapolam o objetivo da Tese.

Tabela 1 - Metanálises de Neuropsicologia no TB (2008-2017)

Autor (Ano)	n estudos	Atenção	Inteligência	Memória Verbal	Memória Visual	Memória Operacional	Funções Executivas	Velocidade de Processamento	Cognição Social
Arts (2008)	28	Prejuízo	Não avaliado	Prejuízo	Prejuízo	Prejuízo	Prejuízo	Prejuízo	Não avaliado
Bora (2009)	45	Prejuízo	Prejuízo	Prejuízo	Prejuízo	Prejuízo	Prejuízo	Prejuízo	Não avaliado
Kurtz (2009)	42	Prejuízo	Não avaliado	Prejuízo	Prejuízo	Prejuízo	Prejuízo	Prejuízo	Não avaliado
Mann- Wrobel (2011)	28	Não avaliado	Preservado	Prejuízo	Prejuízo	Preservado	Prejuízo	Prejuízo	Não avaliado
Samamé (2012)	34	Não avaliado	Não avaliado	Não avaliado	Não avaliado	Não avaliado	Não avaliado	Não avaliado	Prejuízo
Bourne (2013)	31	Prejuízo	Não avaliado	Prejuízo	Não Avaliado	Prejuízo	Prejuízo	Não Avaliado	Não avaliado
Cullen (2016)	15	Prejuízo	Não avaliado	Prejuízo	Prejuízo	Não avaliado	Prejuízo	Prejuízo	Não avaliado

Este quadro de alterações favoreceu o surgimento de novas opções de tratamento que objetivaram melhorar o prejuízo cognitivo desses pacientes, como a Remediação Funcional (Vietá et al. 2013). Estas abordagens serão revisadas na sessão seguinte.

1.4 Estudos de Tratamento Psicoterápico do Transtorno Bipolar

Até o final da década de 1990 raros estudos investigavam o papel da psicoterapia no TB e, quando o faziam, isto era realizado por meio de revisões teóricas (Wilson, 1954), estudos de caso (Mester, 1986) ou estudos abertos (Patelis-Siotis et al. 2001). Mesmo em se tratando unicamente de pesquisas com Terapia Cognitivo Comportamental é notável uma maior lentidão quando comparados ao avanço em quadros como transtorno do pânico e esquizofrenia (Beck, 2005), principalmente quando se considera que a descrição de proposta de modelo cognitivo de mania não é recente (Beck, 1979). Tal demora pode ser atribuída a diferentes aspectos, desde a crença de que tais pacientes não se adequariam a um processo terapêutico (Wilson, 1954), até mesmo a já citada concepção de que haveria uma recuperação plena no período inter-episódico, e, portanto não seria necessário uso destas intervenções (Scott, 1995). A psicoterapia em formato de grupo chegou mesmo a ser contraindicado para pessoas com TB (Young, 1995), e por muitas vezes as dificuldades do atendimento eram atribuídas próprios aos pacientes, descritos como manipuladores e não aderentes (Gibson, 1963).

Com o crescimento de estudos de coorte (Judd et al. 2002) e a subsequente observação da presença de novos episódios e de sintomas residuais de humor mesmo em pacientes medicados adequadamente, surge uma demanda por alternativas não farmacológicas no tratamento do TB, o que incluiu a psicoterapia (van Gent e Zwart, 1991). Nesse período a Terapia Cognitiva despontava como um corpo teórico com certa comprovação de eficácia em quadros como depressão (Williams, 1984) e dor crônica (Pearce, 1983), e, portanto, não é estranho que o primeiro ensaio clínico randomizado de psicoterapia para TB tenha utilizado esta abordagem (Cochran, 1984). Neste início, contudo, o papel da psicoterapia se restringia muitas vezes a favorecer a adesão ao tratamento farmacológico, sendo esta adotada como desfecho

principal destes estudos (Peet e Harvey, 1991). Além disso, eram iniciativas esporádicas e não calcadas em um modelo teórico especificamente desenvolvido para o TB (Cochran, 1984). O surgimento de manuais de tratamento no final da década de 1990 (Basco e Rush, 1996, Miklowitz e Goldstein, 1997, Lam 1999) trouxe consigo uma robustez, ao menos teórica, aos procedimentos terapêuticos oferecidos a estes pacientes. Ensaios clínicos que testavam estes procedimentos foram publicados um pouco depois (Lam et al. 2003). Com o aumento de ensaios clínicos randomizados ao menos cinco abordagens emergiram como propostas estruturadas para o tratamento psicoterápico do TB: o Programa de Objetivos de Vida (Bauer e McBride, 2003), a Terapia Focada na Família (Miklowitz e Goldstein, 1997), a Terapia Interpessoal de Ritmos Circadianos (Frank, 2005), Psicoeducação (Colom e Vietá, 2006) e Terapia Cognitivo Comportamental (Scott, 2000, Lam, 1999, Newman et al. 2004, Basco e Rush, 2005).

Os resultados iniciais destes estudos foram extremamente encorajadores rendendo uma sequência de publicações no *Archives of General Psychiatry* no ano de 2003 (Colom e col. 2003, Lam et al. 2003, Miklowitz et al. 2003). Naquele momento diversas revisões apontavam para um aumento no período de remissão quando da associação de uma abordagem estruturada ao tratamento farmacológico padrão (Gonzalez-Pinto et al. 2004), encorajando o aumento de estudos de novas propostas e outras populações com TB, especialmente em crianças (Fristad et al. 2003). No entanto, estudos de efetividade posteriores que incluíram amostras heterogêneas e apresentações mais graves de TB colocaram em dúvida o sucesso inicial destas abordagens (Scott et al. 2006). Os novos achados indicavam que nem todos os pacientes com TB se beneficiavam dos tratamentos psicoterápicos oferecidos (Gomes et al. 2011).

As revisões sobre o tema da psicoterapia no TB se dividem bastante quanto à sua eficácia. Miklowitz por exemplo revisou o estado de evidência de todas as abordagens disponíveis para o tratamento do TB até o ano de 2008 (Miklowitz, 2008). Ele encontrou as diversas modalidades diferiam em conteúdo, estrutura e mecanismos de mediação, mas, como um todo, todas pareciam estar associadas a um aumento no período de remissão e na melhora de sintomatologia no TB. Mais

especificamente abordagens que enfatizam a adesão ao tratamento farmacológico e reconhecimento precoce de sintomas apresentariam maiores efeitos na mania e aquelas que enfatizariam manejo cognitivo e interpessoal apresentariam maiores efeitos na depressão. Uma meta-análise posterior buscou quantificar o tamanho do efeito da eficácia da TCC no tratamento do TB, observando principalmente um tamanho de efeito médio para sintomas clínicos, adesão ao tratamento e qualidade de vida (Szentagotai e David, 2010). Estes achados foram reforçados por uma metanálise posterior que observou os achados de 19 artigos de TCC no TB encontrando que a abordagem estaria associada a menores taxas de recaída, melhora na sintomatologia depressiva, gravidade de mania e funcionamento psicossocial (Chiang et al. 2017). Revisando as evidências de 28 estudos com diferentes abordagens psicoterápicas Swartz (2014) também encontrou evidências favoráveis à inclusão destas ao tratamento adjunto do TB adulto, tanto quando no formato em grupo como individual, embora este reúna um número maior evidências. Oud et al.. (2016) observaram um tamanho de efeito médio para taxas de recaída entre as intervenções psicoterápicas individuais no TB no pós-tratamento e no seguimento. Contudo estes autores advertem que estas evidências não seriam de alta qualidade devido à diversidade dos desfechos empregados nos estudos. A respeito unicamente das intervenções familiares Reinares et al. (2016) concluíram que, embora estas apresentem diferenças metodológicas, ao envolverem familiares estas abordagens apresentam evidências positivas de eficácia tanto para adultos como para jovens com TB, o que também se estenderia aos seus cuidadores. Mais recentemente uma metanálise encontrou que 75% dos pacientes que participaram de terapia em grupo no TB apresentavam menor risco de recaída quando comparados a pacientes mantidos unicamente sob medicação (Macheiner et al. 2017).

Nem todas as revisões encontraram evidências que apoiam a inclusão de psicoterapia no tratamento do TB. Falando especificamente de terapia cognitivo comportamental Lynch et al (2010) não encontraram efetividade no tratamento do TB seja para redução de sintomas, seja para recaída de episódios. A considerar que tais autores somente puderam incluir os 4 estudos controlados até então. Quando analisados os efeitos da TCC para a depressão bipolar uma metanálise observou um tamanho de efeito pequeno no pós-tratamento (d de Cohen = -0,29) quando

comparado ao tratamento padrão. Outros autores também não encontraram achados positivos de eficácia para a TCC no TB. Quando analisada eficácia da TCC curto prazo Ye et al. (2016) observaram que seus efeitos se restringia apenas aos sintomas de mania e que este efeito tendia a se reduzir com o passar do tempo. Além disso, estes autores não observaram efeitos da TCC para a depressão bipolar. Achados semelhantes foram observados em terapia interpessoal (Crowe et al. 2016). Quando comparados a intervenções que buscam apenas a regulação de ritmos sociais, um elemento da Terapia Interpessoal, a melhora clínica de sintomas e de taxa de recaídas não apresentou diferença significativa. Uma network meta-análise observou que apenas intervenções familiares afetariam as taxas de recaída de episódios de humor e que Psicoeducação e TCC estariam associadas à melhora na adesão farmacológica, melhora nos sintomas de mania e no funcionamento global. Esta meta-análise concluiu que novas abordagens psicoterápicas são necessárias para o tratamento da depressão bipolar (Chatterton et al. 2017). Curioso observar que no mesmo ano outra revisão sistemática não encontrou evidências suficientes para concluir que as psicoterapias no TB afetam a adesão ao tratamento farmacológico (Hartung et al. 2017). Por fim, embora tenha encontrado evidências favoráveis para a Psicoeducação em grupo na prevenção de novos episódios de humor Bond e Anderson (2015) não encontraram efeitos para redução de sintomas, qualidade de vida e funcionamento.

Os achados em psicoterapia para o TB estão longe de serem homogêneos e a maior evidência disso é o próprio grande número de revisões sobre o tema. Os critérios adotados para inclusão desses estudos e a ênfase em um ou outro achado também podem explicar essa diversidade. Por exemplo, raros estudos reportaram melhora funcional nestes indivíduos, contudo, quando reportados estes achados se mostram favoráveis às intervenções psicoterápicas (Costa et al. 2012). Assim, quando agrupados os diversos estudos parecem apontar para melhora funcional, mas poucos de fato mediram isso. Ao mesmo tempo na busca em demonstrar eficácia e efetividade estudos com psicoterapia buscavam aplicar as mesmas medidas utilizadas em ensaios clínicos com medicação, especialmente escores de humor, taxas de recaída e análise de sobrevida, comparando a intervenção com o uso de medicação isoladamente na maior para dos estudos (Gomes et al. 2011).

Uma possível razão para os achados inconclusivos dos estudos de psicoterapia no TB pode residir na forma que as intervenções estruturadas foram construídas. As diferentes abordagens não diferem, por exemplo, se o paciente está em fase de eutímia ou de depressão, embora contraindiquem seu início nas fases de maior elevação do humor (Basco e Rush, 1996). Assim, imaginando, por exemplo, que o paciente esteja em fase eutímica o protocolo de tratamento abordará temas que não fazem parte daquele momento do indivíduo, como, por exemplo, pensamentos suicidas. Ao adotar caráter profilático as abordagens estruturadas podem involuntariamente afastar a teoria da prática. Em outras palavras, a distância entre teoria e prática dificulta a generalização do comportamento preventivo, principalmente se não se sabe ao certo quando serão necessárias tais habilidades. Talvez por isso boa parte dos achados positivos de psicoterapia para o TB se concentram na fase depressiva, quando verdadeiramente o indivíduo tem a chance de praticar a maior parte das atividades propostas pelos protocolos (Gregory et al. 2016). Os achados de que a Psicoeducação em grupo favorece a melhora na adesão ao tratamento farmacoterápico podem ser ponderados quando tais manuais são lidos (Colom et al. 2006). Em essência as sessões de Psicoeducação abordam o tema da adesão direta ou indiretamente em quase 2/3 das 21 sessões. Quanto à diversidade de achados na TCC do TB pode ser também argumentado que existem ao menos 5 protocolos de TCC para este quadro, com estrutura e duração diferentes (Basco e Rush, 1996, Lam 1999, Scott, 2001, Newman et al 2002, Otto et al 2009).

Ainda assim, hoje se assume que a psicoterapia estruturada para pessoas com TB é efetiva quando em combinação com o tratamento farmacológico (Salcedo et al. 2016). As diferentes abordagens guardam muitas semelhanças entre si, tendo como ponto de contato principal a educação sobre o transtorno, partindo do pressuposto que quanto mais o indivíduo conhece sobre seu quadro, melhor ele o maneja. As cinco abordagens mais estudadas através de ensaios controlados são as mesmas supracitadas, ou seja, Psicoeducação, Terapia Cognitivo Comportamental, Terapia Interpessoal de Ritmos Circadianos, Terapia Focada na Família e Programa de Objetivos de Vida. Novas intervenções vêm ganhando representatividade, em especial aquelas baseadas em atenção plena (Mindfulness) (Chu et al. 2018). Poucos estudos compararam as abordagens diretamente e, quando o fizeram, não parece

haver uma significativa diferença entre elas (Miklowitz et al. 2007), o que novamente sugere que elas guardam grande semelhança.

Investigações mais recentes buscaram entender melhor os resultados obtidos com psicoterapia para TB. Os achados apontam que a psicoterapia para TB apresentaria pior resposta naqueles pacientes com comorbidade com quadros ansiosos (Deckersbach et al. 2014) e de substâncias (Gold et al.2018), início precoce da doença e maior número de episódios de humor (Peters et al. 2014, Scott et al.2006). Dentre estes estudos ao menos um merece destaque e foi conduzido pelo grupo ligado ao STEP-BD que buscou identificar, por meio de análise de agrupamento, os moderadores de resposta psicoterápica na depressão bipolar. Ao todo foram incluídos 135 indivíduos do estudo original que tinha como desfecho principal a recuperação do episódio depressivo. A análise de clusters inclui seis variáveis baseadas na experiência prévia dos autores: duração da doença, número de episódios maníacos, número de episódios depressivos, ansiedade ao longo da vida, carga médica e índice de massa corporal. Tais variáveis permitiram a construção de dois clusters definidos como menos recorrente / grave "(cluster 1) e" crônico / recorrente "(cluster 2). A análise post hoc concluiu que os clusters previram significativamente as taxas de recuperação e que os indivíduos no Cluster 2 foram menos propensos a atingir recuperação do que os indivíduos do cluster Cluster 1 ($p = 0,047$, $OR = 0,33$) (Deckersbach et al.2016).

A seguir serão sumarizadas as revisões sistemáticas com metanálise sobre psicoterapia para TB na idade adulta dos últimos 10 anos, de modo análogo ao que foi feito com os estudos em Neuropsicologia. Interessante notar que o número de revisões sistemáticas supera em muito o número de ensaios clínicos propriamente ditos em uma relação de quase duas revisões para um ensaio clínico. Em outras palavras, várias perguntas são feitas com base nos mesmos achados, o que pode enviesar as conclusões. Abaixo seguem os estudos.

Tabela 2 - Revisões Sistemáticas com Metanálises de Psicoterapia para TB

Primeiro autor (ano)	n de estudos	Abordagens	Tamanho do Efeito			
			Sint. Depressivos	Sint. de mania	Taxa de Recaída	Func. psicossocial
Scott (2007)	8	<ul style="list-style-type: none"> • TIP • TCC • TFF • Psicoed 	não calculado	não calculado	1.81** (p=0,21) 0.52** (p=0,00) 0.46** (p=0,08) 0.41** (0,02)	não calculado
Beynon (2008)	12	<ul style="list-style-type: none"> • TCC • TFF • Psicoed 	não calculado	não calculado	0.24** (0.12–0.51) 0.46** (0.19–1.11) 0.16** (0.07–0.40)	não calculado
Lynch (2010)	4	TCC	não calculado	não calculado	0.78**** P=0,22	não calculado
Szentagotai (2010)	12 ^a	TCC	-0,44***** (p<0,05)	-0,44***** (p<0,05)	-0,28* (p>0,05)	-0,36* (p<0,05)
Chiang (2012)	19	TCC	-0,494* p<0,001	-0,581* p<0,001	0,506*; p<0,001	0,457*; p<0,001
Ye (2016)	9	TCC	-0,29**** p = 0,24	-0.54**** p = 0.03	0.76**** p = 0,16	não calculado
Oud (2016)	55	TCC, Psicoed, TIP, TFF	-0,24**** (-0.64 a 0,16)	-0,08* (-0,33 a 0,16)	0.48**** (0,22 a 1,04)	não calculado
Gregory (2016)		TCC	0,29 ^c	não calculado	não calculado	não calculado
Macheiner (2017)	24	TCC, Psicoed, TIP, TFF	não calculado	não calculado	0,71****; p=0,003	não calculado

continua

conclusão

Primeiro autor (ano)	n de estudos	Abordagens	Tamanho do Efeito			
			Sint. Depressivos	Sint. de mania	Taxa de Recaída	Func. psicossocial
Chatterton (2017)	41	• TCC	0.14* (70.62, 0.90)	-0.17* (-0.78, 0.43)	0.89*** (0.68, 1.17)	0.22* (-0.15, 0.59)
		• Psicoed	-0.14* (-1.30, 1.01)	-0.22* (-0.64, 0.20)	0.83*** (0.65, 1.06)	0.20* (-0.17, 0.58)
		• TFF	-0.26* (-0.72, 0.20)	Não calculado	0.79*** (0.54, 1.15)	
Chu (2018)	12 ^b	Mind	0,46*, p=0,315	não calculado	não calculado	não calculado

Legenda: * g de Hedges; **Odds Ratio; ***Risco Relativo; ****Tamanho de efeito, *****d de Cohen; TCC: Terapia Cognitivo Comportamental; Psicoed: Psicoeducação; TIP: Terapia Interpessoal; TFF: Terapia Focada na Família; Mind: Mindfulness; ^a autores juntaram sintomas de mania e depressão; ^b somente 3 controlados

Como pode ser observada a maior parte dos estudos indica que a inclusão de abordagens psicoterápicas favorece o tratamento dos pacientes com TB, seja aumentando o período de remissão ou reduzindo o tempo dentro de episódios e a sintomatologia, em especial na depressão (Chiang et al. 2017). Contudo, mesmo para os sintomas depressivos os achados não são inequívocos (Ye et al. 2016) e o quadro não se mostra tão favorável quando da inclusão de pacientes com comorbidades ansiosas, número elevado de episódios de humor e sintomas residuais de depressão. Estes pacientes também estão entre aqueles que pior respondem muitas vezes ao tratamento farmacológico (Yatham et al. 2013) e, por isso, em outras palavras a psicoterapia parece ser ineficaz exatamente entre indivíduos que mais têm dificuldade em se estabilizar clinicamente (Scott et al. 2006).

Dados de Neuropsicologia também foram amplamente negligenciados pelos estudos em psicoterapia para o TB, embora a sugestão para tal integração já tenha sido mencionada na literatura há cerca de dez anos (Miklowitz, 2008). Os achados em Neuropsicologia podem contribuir em muito para o campo de pesquisa de tratamentos no TB, seja melhorando a compreensão de seus achados bem como identificando variáveis preditivas de resposta a estes tratamentos (Miklowitz, 2008). Tal e qual ocorreu com outros transtornos (Wallace e Boone, 1984) estudiosos de Neuropsicologia começaram a propor estratégias de reabilitação cognitiva no TB de forma a melhorar as funções mais prejudicadas para integrando-as posteriormente com intervenções psicoterápicas (Lahera et al. 2012). Os primeiros estudos, portanto, surgiram muito recentemente (Deckersbach et al. 2010), e seus achados ainda se mostram inconclusivos, com poucos achados positivos e de baixa relevância clínica (Demant et al. 2015). Analisaremos a seguir esses estudos.

O primeiro estudo que integrou práticas psicoterápicas e treino cognitivo foi conduzido pelo grupo de Boston, e avaliou se uma nova intervenção de reabilitação cognitiva trataria tanto dos sintomas residuais de depressão como do prejuízo cognitivo associado ao TB (Deckersbach et al. 2010). Em formato de ensaio aberto a intervenção foi composta de 14 sessões individuais conduzidas em 18 indivíduos. Após o fim da intervenção e ao término dos três meses de seguimento os participantes melhoraram significativamente dos sintomas de depressão e

melhoraram seu funcionamento ocupacional e psicossocial. Houve uma interessante correlação entre melhora do funcionamento ocupacional e das funções executivas, estas medidas através de escala auto preenchida a Frontal Systems Behavior Rating Scale (Grace, 2001).

O maior estudo controlado de reabilitação cognitiva para pessoas com TB conduzido até o momento foi realizado pelo grupo de Barcelona (Torrent et al. 2013). Ele incluiu um total de 239 sujeitos divididos em três grupos, tratamento padrão, Psicoeducação em grupo de 21 sessões ou um número igual de sessões de Remediação Cognitiva. Esta intervenção em grupo foi desenvolvida para treinar funções neurocognitivas como atenção, memória e funções executivas, centrando-se no funcionamento diário do paciente. O conteúdo da intervenção se baseia em tarefas ecológicas que devem ser praticadas tanto na sessão como em casa (Torrent et al. 2013). Neste primeiro estudo o desfecho primário foi a pontuação obtida na escala FAST de prejuízo funcional. Os indivíduos incluídos precisavam apresentar um escore superior a 28, que corresponde a um prejuízo moderado (Bonnin et al. 2018). Após o término do período de intervenção todas as três intervenções apresentavam redução nos escores da FAST, contudo a redução entre as duas intervenções psicoterápicas foram significativamente maiores do que o tratamento padrão. Não houve, contudo, diferença significativa na redução da FAST entre Psicoeducação e Remediação Funcional. Em um segundo artigo os autores descrevem os resultados do funcionamento psicossocial das três intervenções após um ano de seguimento (Bonnin et al. 2016). Os achados com a FAST foram mantidos após 12 meses com o acréscimo de uma melhora significativamente maior entre os pacientes de Remediação Funcional no domínio autonomia da FAST e no escore composto de memória verbal. Importante destacar que, ainda que sustentada após um ano, as melhoras observadas nos dois estudos podem não ter tanta significância clínica uma vez que os pacientes dos grupos de psicoeducação e remediação funcional mantiveram-se dentro do perfil moderadamente prejudicado com médias de FAST total de 26,87 e 24,71, respectivamente, após um ano.

Tomando por base os achados de reconhecimento de emoções e da chamada Teoria da Mente obtidos na esquizofrenia (Doody et al. 1998) o grupo de Roberts e

colaboradores desenvolveu uma abordagem que reúne elementos de terapia cognitiva comportamental com reconhecimento de emoções, a chamada Social Cognition and Interaction Training (SCIT) (Roberts e Penn, 2015). Mais recentemente o mesmo grupo adaptou esta abordagem para pessoas com TB. Em seu ensaio clínico inicial 37 pacientes foram alocados de forma aleatória para recebê-la ou permanecerem mantidos apenas sobre tratamento padrão. Após o término da intervenção os pacientes que participaram das 18 sessões em grupo de SCIT apresentaram melhora significativa na percepção emocional e nos sintomas depressivos (Lahera et al. 2013).

Um grupo de pesquisadores da Dinamarca desenvolveu uma abordagem de remediação cognitiva composta de 12 sessões, incluindo tanto sessões em grupo como treino com computador (Demant et al. 2013). Em seu primeiro estudo controlado (n=46) estes autores compararam a abordagem com o tratamento padrão comumente oferecido naquele país. Após 26 semanas de seguimento os indivíduos do grupo de remediação cognitiva apenas apresentavam melhora em qualidade de vida e fluência verbal, desfechos terciários do estudo. Um fator que pode ter enviesado os achados deste estudo pode ter sido a comparação com um grupo muito heterogêneo de intervenções que incluiu até mesmo psicoeducação em grupo de 16 sessões (45% da amostra).

Mais recentemente um grupo da Alemanha desenvolveu outra abordagem de remediação cognitiva combinando sessões em grupo com treino por computador (Veeh et al. 2017). Seu estudo controlado inaugural incluiu 26 indivíduos com TB e prejuízo cognitivo significativo, mensurado por meio de bateria neuropsicológica padronizada. Após as 12 semanas que compuseram a intervenção os 16 indivíduos que dela participaram melhoraram significativamente em um dos testes de memória verbal, seus resultados na memória operativa e no desempenho da Torre de Londres. Contudo, não houve diferença significativa para sintomas de humor, qualidade de vida e funcionamento social e deficits cognitivos subjetivos.

Ainda escassa, a literatura que avalia intervenções de reabilitação cognitiva para o TB se destaca por alguns aspectos. De um modo geral os estudos são negativos ou de baixa eficácia clínica, mesmo quando bem desenhados e com

número expressivo de pacientes (Torrent et al. 2013). Ao mesmo tempo, todos buscaram o formato de intervenção em grupo, provavelmente não apenas por atender mais pessoas ao mesmo tempo, mas pelas vantagens que a troca de experiência das intervenções grupais pode oferecer (Gomes e Lafer, 2007). Ao menos dois ensaios clínicos descrevendo novos estudos com reabilitação para pacientes com TB estão em andamento segundo o sítio clinicaltrials.gov, e ao menos mais dois diferentes tiveram seu racional publicado no sítio Pubmed (Strawbridge et al. 2016, Ott et al. 2018), mostrando fortes evidências do interesse crescente nesta área. No primeiro deles uma nova intervenção de reabilitação cognitiva chamada Cognitive Remediation Therapy (CRT) é descrita por um grupo de Londres. A intervenção é composta de 12 sessões de treino cognitivo incluindo diversos formatos tais como o contato telefônico, sessões face a face e prática individual, totalizando de 30 a 40 horas de CRT. O grupo controle foi definido como tratamento padrão e seus autores têm como objetivo principal avaliar se esta intervenção afeta a cognição de forma ampla (aprendizagem, memória verbal e operacional, funcionamento intelectual, atenção e funções executivas). O grupo dinamarquês citado anteriormente descreveu neste ano um ensaio controlado com uma intervenção chamada Action Based Cognitive Remediation (ABCR). Esta é composta por sessões em grupo que cobrem meta-cognição, memória operacional, memória, atenção e funções executivas (organização, mudança atencional e planejamento). As sessões são conduzidas duas vezes por semana de duas horas totalizando 10 semanas e contam com treino computacional e desafios cognitivos diários. Assim, novas intervenções que lidem adequadamente tanto com os sintomas de humor quanto com o prejuízo funcional e cognitivo observados nestes pacientes são muito bem vindas.

2 JUSTIFICATIVA

Até o momento não existem condutas clínicas para tratar do prejuízo cognitivo e funcional observados no TB e os resultados das intervenções psicoterápicas propostas apresentam resultados inconclusivos, seja para estes desfechos como para a prevenção de novos episódios de humor.

3 OBJETIVOS E HIPÓTESES

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a efetividade de uma nova intervenção estruturada em grupo para pacientes medicados com TB.

3.2 Objetivo Específico

Comparar uma abordagem que combine elementos da reabilitação cognitiva e da TCC ao tratamento medicamentoso padrão (TP) oferecido a estes pacientes, avaliando: tempo até primeiro novo episódio de humor, redução do prejuízo funcional, melhora na qualidade de vida e funcionamento cognitivo.

3.3 Hipóteses

- Hipótese Principal: Após seguimento de um ano o grupo que participou da nova intervenção experimental apresentará maior tempo de remissão e menor número de episódios quando comparado ao grupo controle
- Hipótese Secundária: Após período de tratamento o grupo de intervenção experimental apresentará maiores escores de qualidade de vida e menores de funcionalidade quando comparado ao controle
- Hipóteses Exploratórias:
 - Após período de tratamento o grupo de intervenção apresentará melhora na avaliação dos testes da CANTAB de reconhecimento de emoções, atenção, memória operacional quando comparado ao controle

4 METODOLOGIA

Este foi um ensaio controlado randomizado com cegamento dos avaliadores que comparou dois braços de tratamento. Em um deles os participantes foram mantidos em tratamento padrão farmacoterápico comumente oferecido aos portadores do TB (Yatham et al, 2013). No segundo braço além da manutenção de tratamento farmacoterápico, os indivíduos participaram de 12 sessões de psicoterapia em grupo (condição *add on*), batizada de Reabilitação Cognitivo Comportamental (RCC). O estudo foi inteiramente conduzido no ambulatório do Programa de Transtorno Bipolar (PROMAN) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da mesma instituição (CAPPESQ- HCFMUSP), sob número (CAEE: 37540714.8.0000.0068). O ensaio clínico foi devidamente registrado junto ao Clinicaltrials.gov (NCT02766361) em março de 2016 (Gomes et al.2017), sendo atualizado continuamente desde então.

4.1 Critérios de seleção

4.1.1 Critérios de Inclusão

- Diagnóstico de Transtorno do Humor Bipolar tipo I e tipo II seguindo os critérios do DSM-IV TR (APA, 2000);
- Idade entre 18 e 55 anos;
- Escolaridade: Ensino Fundamental Completo, como critério de escolaridade mínima;
- QI estimado ≥ 80
- Ter concluído avaliação neuropsicológica a menos de seis meses do início da participação dos grupos de atendimento, composta pelos subtestes Vocabulário e Raciocínio Matricial da Escala Wechsler de Inteligência Abreviada (Wechsler, 1999) e pela Bateria CANTAB (Sahakian et al. 1988)

4.1.2 Critérios de Exclusão

- Estar em episódio de mania, hipomania ou episódio depressivo seguindo os critérios do DSM-IV TR (APA, 2000) na data de início dos grupos de terapia.
- Transtorno mental orgânico.
- Uso abusivo de álcool ou drogas nos últimos seis meses.

4.2 Instrumentos de Avaliação

Para confirmação do diagnóstico de TB e comorbidades psiquiátricas foi aplicada a Entrevista Clínica Estruturada para DSM IV – Transtornos do Eixo I (SCID I/P) (First et al., 1995). O módulo de humor do SCID foi reaplicado durante o segmento para detecção de novos episódios de humor. A gravidade dos sintomas foi medida por meio da Escala de Montgomery e Åsberg de Depressão (Montgomery e Åsberg 1979) e pela Escala de Avaliação de Mania de Young (Young et al., 1978). Para aferir a qualidade de vida foi aplicado a Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde versão breve (The WHOQOL Group, 1998). O prejuízo funcional foi avaliado através da Escala de funcionalidade FAST (Rosa et al. 2007) e o quociente de inteligência foi aferido pela Escala Wechsler de Inteligência Abreviada (WASI) (Wechsler, 1999). Por último o desempenho cognitivo foi medido por meio da Cambridge Automated Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) (Sahakian et al. 1988). Uma breve descrição destas medidas segue abaixo.

- **Entrevista Clínica Estruturada para DSM IV – Transtornos do Eixo I (SCID I/P)** (First et al., 1995): Entrevista semiestruturada aplicada por avaliadores treinados que busca identificar diagnósticos de morbidades psiquiátricas do eixo I seguindo o modelo classificatório do DSM IV. A entrevista avalia transtornos atuais ou ao longo da vida
- **Escala de Montgomery e Åsberg de Depressão** (Montgomery e Åsberg 1979: Escala para avaliação de sintomas depressivos com 10

itens que avaliam aspectos biológicos, comportamentais, cognitivos e afetivos. A escala deve ser administrada por profissional treinado e sua versão brasileira foi traduzida e validada (Dratcu et al.1987).

- **Escala de Avaliação de Mania de Young** (Young et al., 1978): Escala para avaliação de sintomas de mania composta por 11 itens que avaliam irritabilidade, conteúdo de pensamento, fala e comportamento agressivo e desruptivo. A escala foi traduzida e validada para população brasileira (Vilela et al. 2005).
- **Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde versão breve** (WHOQOL- bref): Versão abreviada da escala de qualidade de vida da OMS composta por 21 itens validada para população brasileira (Fleck et al., 2000). A escala é auto administrada e se divide em 4 domínios, físico, psíquico, social e ambiental, além de fornecer uma avaliação total.
- **Escala de funcionalidade FAST** (Rosa et al. 2007): Escala desenvolvida especificamente para medir prejuízo funcional em pessoas para com TB. A Escala é administrada por clínico treinado e composta por 24 itens divididos e seis áreas de funcionamento: Autonomia, funcionamento ocupacional, funcionamento cognitivo, questões financeiros, relacionamento interpessoal e tempo de lazer. A escala esta validada para população brasileira (Cacilhas et al.2009) e possui pontos de corte estabelecidos (Bonnin et al. 2018).
- **Escala Wechsler de Inteligência Abreviada (WASI)**: instrumento breve de avaliação da inteligência que fornece informações sobre os QIs Total, de Execução e Verbal a partir de quatro subtestes (Vocabulário, Cubos, Semelhanças e Raciocínio Matricial). A escala fornece a possibilidade de avaliação do QI Total com apenas dois subtestes (Vocabulário e Raciocínio Matricial) (Wechsler, 1999). O instrumento possui validação para população Brasileira (Nascimento 2005).

- **Cambridge Automated Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB)** (Sahakian et al. 1988): - A CANTAB esta entre as baterias automatizadas mais utilizadas em pesquisa em medicina (Fried et al 2015; Kuzmickienė e Kaubrys, 2015; Lenehan et al . 2016). Ela é composta de uma variedade de testes que avaliam atenção e velocidade psicomotora, memória, funções executivas e cognição social. Seus testes podem ser organizados para fins específicos dentro da plataforma de pesquisa virtual (<http://www.cambridgecognition.com/cantab/faqs/>), e a aquisição das informações é feita de forma off-line através do conjunto de tablets cadastrados. Os testes que compuseram nossa bateria de avaliação, a definição de cada variável e o subteste empregado segue em anexo (Anexo II). Os subtestes utilizados foram escolhidos de acordo com as recomendações contidos no manual empresa que comercializa a bateria e baseados na experiência do grupo na avaliação destes pacientes.

4.3 Procedimentos

Todos os participantes foram convidados individualmente durante atendimento ambulatorial quando eram explicados os objetivos e procedimentos de pesquisa. Após a explanação, para aqueles que aceitavam participar era lido conjuntamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a fim de dirimir eventuais dúvidas, e realizada a assinatura do mesmo. A seguir era solicitada a avaliação do estado de humor do paciente pela equipe de enfermagem. Esta contava com mais de cinco anos de experiência com estes pacientes e foi treinada especificamente para este fim. Quando confirmada a remissão de episódio (eutímia), era solicitado o preenchimento das escalas de funcionalidade. Ao término desta etapa o paciente era agendado para realização de testagem neuropsicológica em outro dia. No dia de avaliação neuropsicológica nova avaliação de humor era realizada, bem como a avaliação de QI estimado e da Cambridge Automated Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB). Ao todo esta etapa durava cerca de duas horas e meia por paciente. Quando completava este conjunto de avaliações o nome do

paciente era encaminhado para randomização e ele era avisado de qual braço do estudo faria parte. Os grupos de terapia começavam sequencialmente sempre que ao menos 6 pacientes eram randomizados para cada braço, formando os blocos de seguimento. Não foram limitados o número de consultas médicas bem como participação em outras formas de psicoterapia, desde que não reabilitação cognitiva ou psicoterapia cognitivo comportamental. Ambas informações, contudo, foram verificadas junto ao pacientes e através do prontuário médico.

4.4 Intervenções

4.4.1 Tratamento Padrão

O grupo controle deste estudo recebeu tratamento ambulatorial padrão oferecido em nossa clínica, que envolve estabilização psicofarmacológica do humor e contatos regulares com enfermeiros de saúde mental. O número e a quantidade de tratamento farmacológico seguiram a decisão do médico, respeitando as demandas individuais.

4.4.2 Reabilitação Cognitivo Comportamental

Nós desenvolvemos uma intervenção de 12 sessões combinando a experiência anterior em terapia comportamental cognitiva para pacientes bipolares (Gomes et al. 2011) com vários elementos de reabilitação cognitiva. O primeiro passo foi identificar comportamentos que têm um papel importante na autonomia dos pacientes, seguido por determinar quais domínios cognitivos estão envolvidos. O objetivo central foi promover a generalização dos comportamentos aprendidos no cotidiano. A intervenção foi dividida em três módulos principais: atenção e memória, cognição social e resolução de problemas e prevenção de recaídas. O primeiro módulo compreende quatro sessões que tentam melhorar a atenção e a memória, considerando a necessidade de reter as informações discutidas ao longo das sessões. Existem dois comportamentos-alvo envolvidos: adesão ao tratamento farmacológico e monitoramento do humor. Os exercícios de remediação cognitiva procuram melhorar as memórias verbais e visuais, enquanto aumentam secundariamente a atenção com o material de papel incluído no manual. Na primeira sessão, os

membros do grupo e os psicoterapeutas se apresentam, seguidos de uma discussão sobre o manual, as expectativas individuais e a importância do atendimento. A segunda sessão explora o conceito de atenção e sua importância como porta para outras funções cognitivas; o grupo também aprende exercícios destinados a treinar atenção e memória. A terceira sessão enfoca a adesão à medicação e sua relação com a atenção. O núcleo da terceira sessão é a organização do ambiente do paciente, que é frequentemente caótico; uma discussão sobre sugestões é encorajada no final da sessão. A quarta sessão começa com a apresentação de gráficos de humor aos pacientes e a importância da identificação precoce de episódios de humor. No final do primeiro módulo, os pacientes são estimulados a cozinhar como método de reforçar o que aprenderam, ao mesmo tempo em que reforçam sua autonomia.

O segundo módulo tem como alvo a cognição social e a comunicação. A quinta sessão familiariza os pacientes com o conceito de pensamentos automáticos (Rush e Beck, 1978) e um guia para identificar sua presença. Distorções cognitivas são discutidas juntamente com exemplos fornecidos pelas próprias experiências dos sujeitos. A sexta sessão começa retornando ao tema anterior ao habituar os pacientes no registro automático de pensamentos (Beck, 1997). Os pacientes são estimulados a reestruturar seus próprios pensamentos durante experiências identificadas em sessões anteriores. Flexibilidade mental e empatia são introduzidas e discutidas. A sétima sessão familiariza os pacientes com uma comunicação assertiva e reconhecimento de emoções por meio de expressões faciais, ensinando exercícios de role-playing e a importância da assertividade positiva. A oitava sessão segue a mesma agenda que a sétima, de forma a maximizar a aprendizagem.

O último módulo de Reabilitação Comportamental Cognitiva visa estratégias de resolução de problemas e prevenção de recaída. A nona sessão começa com a identificação de problemas pessoais, principalmente distinguindo-os das preocupações. O tema é importante porque os pacientes muitas vezes incorporam seus problemas às expectativas e aspirações gerando um desejo de abandoná-los, a sessão termina enfatizando a importância da flexibilidade mental na geração de tantas respostas quanto possível para cada problema identificado. Na décima sessão, os pacientes aprendem técnicas de resolução de problemas propriamente de uma

forma sistemática. A décima primeira sessão dedica-se a revisar informações e esclarecer possíveis dúvidas dos pacientes; os pacientes também são encorajados a debater a importância de rotinas regulares e sono regular, que podem ser ajustados usando técnicas de higiene do sono. Um relaxamento muscular progressivo termina a sessão. Finalmente, a meta da última sessão é evitar futuras recaídas de humor, retornando aos objetivos pessoais definidos na sessão um e levando os pacientes a desenvolver um plano de prevenção. A sigla H.U.M.O.R. retoma os pontos principais do programa de manutenção pós-intervenção: 1) Habituar-se a uma rotina regular; 2) Use o que você aprendeu; 3) Monitore seu humor; 4) Observar os problemas decorrentes e lidar efetivamente com isso; e 5) Responda a pensamentos automáticos. Todos os pacientes do grupo de reabilitação comportamental cognitiva também receberam tratamento medicamentoso (TP) e o protocolo das sessões se encontra em anexo (Anexo 2).

5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

5.1 Cálculo do Tamanho da Amostra

O cálculo do tamanho amostral foi realizado através do sítio (http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem/di_1_pro_est.html). Para este foi considerado como desfecho o percentual de pacientes que permaneceria livre de episódios após seguimento de 12 meses. Para TP o percentual estimado foi de 30% (Colom *et al.* 2003) e para IC foi de 55%. Deste modo, assumindo um poder de 80%, um nível de significância de 5% em uma análise bicaudal chegou-se ao número de 28 participantes por grupo, 56 no total. Contando com a experiência prévia do grupo (Gomes *et al.* 2011), uma perda de 10% no segmento foi considerada, chegando ao número de 60 participantes.

5.2 Tratamento dos Dados

Todos os dados do estudo foram analisados através do software SPSS 19 (IBM, 2011), bem como as curvas de sobrevivência. Para todas as análises o nível de significância α estabelecido foi de 5% em análise bicaudal.

5.2.1 Dados de entrada

A comparação dos dados categoriais tais como gênero, tipo de TB e presença de comorbidades psiquiátricas foram analisados por meio do teste qui-quadrado ou exato de Fisher quando necessário. Já os dados contínuos como QI estimado, escores da CANTAB, escalas FAST e WHOQOL breve, foram inicialmente analisados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov para hipótese de normalidade. Aqueles que apresentavam distribuição normal foram analisados por Test t de Student e aqueles que não, utilizamos o teste U de Mann-Whitney.

5.2.2 Dados de Seguimento

A fim de confirmar a hipótese primária desse estudo foi aplicada a análise de sobrevivência assumindo como evento o primeiro episódio de humor segundo os

critérios do DSM após o início da fase ativa do estudo. O método de Kaplan-Meier foi utilizado para construção das curvas de sobrevivência, utilizando o tempo em semanas. A comparação entre as curvas foi realizada pelo teste de Wilcoxon. A mesma metodologia foi empregada para a polaridade do primeiro episódio, reunindo os episódios de mania, hipomania e mistos como de polaridade maníaca. A presença de episódios entre os grupos foi analisada por meio do teste qui-quadrado e o número de episódios por meio do teste Mann-Whitney.

Para avaliar os efeitos das intervenções nas variáveis cognitivas foram conduzidas análises inter e intra grupos. Para as análises intergrupos foi empregado os testes t de Student de amostra independente ou testes de Mann-Whitney a fim de investigar diferenças significativas entre os grupos. Já para as análises intra-grupo foram realizadas análises de testes t de amostras dependentes ou pelo teste de Wilcoxon. A normalidade foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

Os dados obtidos com as escalas FAST e WHOQOL foram inicialmente tratados com teste Kolmogorov-Smirnov de forma a testar a hipótese de normalidade. Aqueles que seguiram distribuição normal foram analisados por meio do teste t de amostras independentes ou por meio do teste de Mann-Whitney na comparação entre grupos.

6 RESULTADOS

6.1 Descrição da Amostra

Ao todo 68 pacientes foram contatados para participação da pesquisa, destes, 61 assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. Nesta fase uma paciente precisou sair da pesquisa por motivo de doença na família. Assim, 60 pacientes foram aleatoriamente alocados nas duas modalidades de tratamento, 31 para o grupo experimental (RCC) e 29 para o grupo controle (TP). Antes do início das intervenções houve 14 perdas, sete para cada grupo, na sua maioria provocadas por mais de três ausências à avaliação inicial (8 casos). Desta forma 46 pacientes iniciaram a fase ativa, um bloco a cada vez. Após o término das sessões de terapia houve novas perdas, ao todo 7, sendo 4 para RCC e 3 para TP, em sua maior parte devido a ausência nas reavaliações. Assim, foram incluídos 39 indivíduos para esta análise. O fluxograma do estudo e as principais características clínicas dos pacientes estão descritas a seguir.

Figura 1 - Fluxograma de Pacientes do estudo

Legenda: RCC: Reabilitação Cognitivo Comportamental; TP: Tratamento Padrão; QI: Quociente de Inteligência

Os grupos não apresentaram diferença significativamente para nenhum dos dados sócio demográficos (gênero, idade, nível de escolaridade, estado civil, ocupação e renda familiar) bem como para os dados clínicos (tipo de TB, comorbidade com quadros ansiosos, presença de sintomatologia psicótica, ciclagem rápida, experiência prévia com psicoterapia) e as escalas de qualidade de vida e funcionalidade (WHOQOL e FAST). Com relação aos dados neuropsicológicos

também não houve entre os grupos para nenhuma das variáveis incluídas. Os dados encontram-se nas tabelas a seguir:

Tabela 3 - Características Clínicas e sócio demográficas dos pacientes

	RCC	TP	teste	Valor de p
Gênero feminino, n (%)	16 (80)	11 (57.9)	0.176*	0.176
Idade, média (DP)	42.7 (10.2)	42.5 (10.2)	0.068**	0.946
QI, média (DP)	111.1 (19.6)	106.3 (10.8)	0,917**	0.368
Escolaridade, média (DP)	13.9 (3.6)	13.7 (1.8)	-0,233**	0.817
Estado civil, n (%)			1.42***	0.7
Solteiro	9 (45)	12 (63.1)		
Casado	7 (35)	4 (21)		
Divorciado	3 (15)	2 (10.5)		
Viúvo	1 (5)	1 (5.3)		
Ocupação, n (%)			5.83***	0.2
Trabalhando	10 (50)	11 (58)		
Desempregado	3 (15)	4 (21)		
Afastado	2 (10)	4 (21)		
Estudando	1 (5)	0		
Do lar	4 (20)	0		
TB tipo I, n (%)	18 (90)	17 (89.5)	1.00*	1.00
YMRS, média (DP)	5 (3,3)	3,7 (3,1)	- 1,264**	0,214
MDRS, média (DP)	7,5 (3,2)	6,2 (4,3)	- 1,12**	0,274
Comorbidade ansiedade, n (%)	11 (55)	6 (31.6)	2.17***	0.14
Sintomas psicóticos, n (%)	9 (45)	8 (42)	0.03***	0.855
Ciclagem rápida, n (%)	2 (10)	2 (10.5)	1.00*	1.00
Psicoterapia Prévia, n (%)	14 (70)	13 (68.4)	0.11***	0.915

Legenda: RCC: Reabilitação Cognitivo Comportamental ; TP: Tratamento padrão; QI: Quociente de inteligência; *Teste Exato de Fisher; ** teste t de Student; ***Teste Qui-quadrado

Tabela 4 – Características neuropsicológicas na entrada do estudo

	RCC	TP	Teste	p-valor
ASTTC, média (DP)	139,5 (21,6)	138,3 (14,8)	193,000**	0,518
ASTTCE, média (DP)	0,1 (0,2)	0,1 (0,3)	161,000**	0,775
ASTTOE, média (DP)	6 (7,2)	5,4 (6,2)	163,500**	0,822
DMSMDLAD, média (DP)	3672 (1640)	4227,4 (1969,5)	141,000**	0,264
DMSPEGE, média (DP)	0,1 (0,2)	0,2 (0,2)	101,000**	0,298
DMSTC, média (DP)	16,4 (2,6)	16,7 (2,5)	172,500**	0,828
DMSTEP, média (DP)	2,6 (1,7)	2 (1,4)	216,000**	0,303
ERTOMDRT, média (DP)	1710,6 (687)	1645,5 (504)	173,000**	0,924
ERTTH, média (DP)	48,2 (9,7)	49,1 (6,8)	0,326*	,747
ERTTHA, média (DP)	5,6 (2,6)	5,5 (2,6)	171,000**	1,000
ERTTHD, média (DP)	6,9 (3,9)	7,7 (2,7)	158,000**	0,707
ERTTHF, média (DP)	4,5 (2,5)	4 (2,7)	189,500**	0,578
ERTTHH, média (DP)	11,6 (2,2)	11,7 (2,2)	159,500**	0,730
ERTTHS, média (DP)	8,6 (2,8)	8,6 (2,5)	156,500**	0,663
ERTTHSU, média (DP)	10,8 (1,5)	11,6 (1,2)	125,000**	0,169
MOTML, média (DP)	1043,1 (323)	1209,5 (541,4)	1,173*	0,248
OTSMCLC, média (DP)	46864,9 (22581,3)	51663,6 (28441,6)	0,585*	0,562
OTSPSFC, média (DP)	9,3 (3)	8,3 (3,4)	220,00**	0,411
RTISMRT, média (DP)	399,1 (65,4)	403,4 (49,4)	0,235*	0,816
RTISRTSD, média (DP)	110,3 (146,5)	69,4 (27,3)	183,000**	0,835
RVPML, média (DP)	614,4 (268)	666 (169,7)	198,000**	0,270
RVPTH, média (DP)	24 (11,4)	21,2 (8,6)	-0,873*	0,388
SSPFSL, média (DP)	5,5 (0,6)	5,6 (1,1)	185,500**	0,901
SWMBE, média (DP)	15,1 (11,1)	17,3 (7,8)	0,716*	0,478
SWMTE, média (DP)	15,4 (11,2)	17,6 (7,6)	167,000**	0,531
PRMPCD, média (DP)	81 (14,5)	81,9 (14,8)	147,000**	0,858
PRMPCI, média (DP)	90,4 (13,1)	85,8 (18,1)	181,500**	0,531

Legenda: RCC: Reabilitação Cognitivo Comportamental ; TP: Tratamento padrão; * teste t de Student; ** U de Mann-Whitney

6.2 Tempo até recaída

Não houve diferença significativa para intervalo de tempo até primeiro episódio entre os grupos de RCC e de TP (Log Rank = 0,004, $p = 0,948$). A curva de sobrevivência (figura 2) mostra que em torno da décima semana o grupo experimental apresenta um primeiro conjunto de queda se aproximando do grupo controle. Este período coincide com a proximidade do término da intervenção (décima segunda semana).

Figura 2: Curvas de sobrevivência até primeiro episódio

Uma análise secundária foi realizada assumindo a polaridade do primeiro episódio possibilitando a construção das seguintes curvas para depressão mania, respectivamente. Neste caso também não houve diferença significativa entre os grupos, seja para depressão (log rank = 0,035, $p = 0,851$) ou para mania (Log rank = 0,008, $p = 0,929$).

Figura 3: Curvas de sobrevivência até primeiro episódio de depressão

Figura 4: Curvas de sobrevivência até primeiro episódio de mania, hipomania ou misto

6.3 Presença e número de episódios

Conforme pode ser observado abaixo os grupos do estudo não diferiram quanto a presença ou número de recaídas, ainda que os percentuais tenham sido menores dentre aqueles que participaram das sessões de RCC.

Tabela 5 - Presença e número de episódios no seguimento

	RCC	TP	Valor do teste*	p-valor
Presença de Episódios				
Mania n(%)	4 (20)	6 (31,6)	0,685	0,408
Depressão n(%)	6 (30)	8 (42,1)	0,62	0,431
Qualquer n(%)	8 (40)	10 (52,6)	0,626	0,429
Número de Episódios				
Mania	2	6	0,685	0,408
Depressão	9	8	2,028	0,363
Total	11	14	3,205	0,361

Legenda: RCC: Reabilitação Cognitivo Comportamental; TP: Tratamento padrão; *Teste Qui-quadrado

6.4 Dados neuropsicológicos

Os dados neuropsicológicos são apresentados nas tabelas abaixo. Em sua maioria não houve diferença significativa para os subtestes da CANTAB, no entanto, quando comparado ao grupo controle o grupo de pacientes que participaram da intervenção experimental apresentaram melhora na identificação de expressões de raiva (ERTTHA) e tristeza (ERTTHS), reduziram seu tempo de reação nos dois subtestes selecionados (RTISMRT e RTISRTSD), além de melhorarem em um dos subtestes de memória visual (PRMPCD).

Tabela 6 - Dados cognitivos após 12 semanas - Análise entre os grupos

	Entrada				12 Semanas			
	RCC*	TP*	Teste	P-valor	RCC*	TP*	Teste	P-valor
ASTTC	139,5 (21,6)	138,3 (14,8)	193,000**	0,518	133,4 (37,1)	140,1 (17,6)	181,000**	0,813
ASTTCE	0,1 (0,2)	0,1 (0,3)	161,000**	0,775	0,0 (0,0)	0,2 (0,7)	170,000**	0,588
ASTTOE	6 (7,2)	5,4 (6,2)	163,500**	0,822	6,3 (9,4)	4,3 (6,0)	191,000**	0,773
DMSMDLAD	3672 (1640)	4227,4 (1969,5)	141,000**	0,264	3591,7 (1303,2)	3626,9 (1243,7)	165,000**	0,665
DMSPEGE	0,1 (0,2)	0,2 (0,2)	101,000**	0,298	0,2 (0,2)	0,2 (0,2)	177,000**	0,639
DMSTC	16,4 (2,6)	16,7 (2,5)	172,500**	0,828	16,4 (2,5)	16,7 (2,6)	171,000**	0,795
DMSTEP	2,6 (1,7)	2 (1,4)	216,000**	0,303	2,5 (2,4)	2,4 (1,9)	176,500**	0,908
ERTOMDRT	1710,6 (687)	1645,5 (504)	173,000**	0,924	1614,7 (579,2)	1547,6 (470,9)	187,500**	0,840
ERTTH	48,2 (9,7)	49,1 (6,8)	0,326***	,747	53,3 (8,2)	48,6 (9,1)	240,000**	0,085
ERTTHA	5,6 (2,6)	5,5 (2,6)	171,000**	1,000	7,5 (2,1)	5,1 (2,8)	276,000**	0,005
ERTTHD	6,9 (3,9)	7,7 (2,7)	158,000**	0,707	9,5 (2,6)	9,3 (3,0)	181,000**	1,000
ERTTHF	4,5 (2,5)	4 (2,7)	189,500**	0,578	4,4 (2,8)	4,0 (2,0)	194,500**	0,686
ERTTHH	11,6 (2,2)	11,7 (2,2)	159,500**	0,730	11,2 (1,9)	11,5 (1,8)	167,000**	0,708

continua

conclusão

	Entrada				12 Semanas			
	RCC*	TP*	Teste	P-valor	RCC*	TP*	Teste	P-valor
ERTTHS	8,6 (2,8)	8,6 (2,5)	156,500**	0,663	9,7 (2,9)	7,4 (2,9)	255,00**	0,030
ERTTHSU	10,8 (1,5)	11,6 (1,2)	125,000**	0,169	11,1 (1,5)	11,3 (1,7)	168,500**	0,729
MOTML	1043,1 (323)	1209,5 (541,4)	1,173***	0,248	935,9 (377,6)	988,9 (239,5)	157,000**	0,365
OTSMCLC	46864,9 (22581,3)	51663,6 (28441,6)	0,585***	0,562	33514,8 (19140,8)	29934,5 (13339,9)	206,000**	0,667
OTSPSFC	9,3 (3)	8,3 (3,4)	220,00**	0,411	10,1 (3,3)	8,4 (3,1)	252,000**	0,084
RTISMRT	399,1 (65,4)	403,4 (49,4)	0,235***	0,816	366,7 (50,0)	445,1 (99,0)	93,000**	0,006
RTISRTSD	110,3 (146,5)	69,4 (27,3)	183,000**	0,835	91,3 (121,1)	144,9 (149,2)	109,000**	0,022
RVPML	614,4 (268)	666 (169,7)	198,000**	0,270	593,5 (190,9)	635,1 (197,9)	155,000**	0,336
RVPTH	24 (11,4)	21,2 (8,6)	-0,873***	,388	30,3 (11,7)	24,9 (9,7)	240,500**	0,158
SSPFSL	5,5 (0,6)	5,6 (1,1)	185,500**	0,901	5,6 (1,2)	5,5 (1,8)	186,500**	0,923
SWMBE	15,1 (11,1)	17,3 (7,8)	0,716***	0,478	16,3 (9,2)	17,0 (10,4)	184,500**	0,879
SWMTE	15,4 (11,2)	17,6 (7,6)	167,000**	0,531	16,6 (9,5)	17,5 (10,6)	185,000**	0,901
PRMPCD	81 (14,5)	81,9 (14,8)	147,000**	0,858	91,2 (12,3)	76,9 (15,5)	269,500**	0,002
PRMPCI	90,4 (13,1)	85,8 (18,1)	181,500**	0,531	90,8 (10,7)	83,3 (20,0)	212,000**	0,221

Legenda: RCC: Reabilitação Cognitivo Comportamental ; TP: Tratamento padrão; *resultados expressos em média e desvio padrão; ** Teste U de Mann-Whitney; *** Teste t de Student

Como a própria reavaliação neuropsicológica pode gerar efeito aprendizagem foi realizada uma segunda análise dos dados cognitivos, dentro de cada grupo, nos dois períodos (experimental t0 X experimental t12 e controle t0 X controle t12). Os resultados podem ser observados na tabela abaixo e mostram que ambos os grupos melhoraram seu desempenho em um dos subtestes de função executiva (OTSMLC) e no reconhecimento de expressões de nojo. Por outro lado, apenas os indivíduos do grupo de RCC melhoraram um dos escores globais de reconhecimento de emoções (ERTTH) e no reconhecimento das expressões de raiva (ERTTHA) e nojo (ERTTHD). O mesmo pode ser dito de um dos subtestes de tempo de reação (RTISMRT) e outro de velocidade de processamento de informação (RVPTH).

Tabela 7 - Dados cognitivos após 12 semanas - Análise dentro dos grupos

	RCC*- Entrada	RCC* – 12 Semanas	Teste	p- valor	TP*- Entrada	TP* – 12 Semanas	Teste	p- valor
ASTTC	139,5 (21,6)	133,4 (37,1)	-0,259***	0,796	138,3 (14,8)	140,1 (17,6)	-0,948***	0,356
ASTTCE	0,1 (0,2)	0,0 (0,0)	-1,000***	0,317	0,1 (0,3)	0,2 (0,7)	-0,577***	0,564
ASTTOE	6 (7,2)	6,3 (9,4)	-0,220***	0,826	5,4 (6,2)	4,3 (6,0)	-1,538***	0,124
DMSMDLAD	3672 (1640)	3591,7 (1303,2)	-0,322***	0,748	4227,4 (1969,5)	3626,9 (1243,7)	-1,720***	0,085
DMSPEGE	0,1 (0,2)	0,2 (0,2)	-0,938***	0,348	0,2 (0,2)	0,2 (0,2)	1,023**	0,328
DMSTC	16,4 (2,6)	16,4 (2,5)	-0,088***	0,930	16,7 (2,5)	16,7 (2,6)	-0,215***	0,833
DMSTEP	2,6 (1,7)	2,5 (2,4)	0,000**	1,000	2 (1,4)	2,4 (1,9)	-0,629***	0,538
ERTOMDRT	1710,6 (687)	1614,7 (579,2)	-0,610***	0,542	1645,5 (504)	1547,6 (470,9)	1,535**	0,143
ERTTH	48,2 (9,7)	53,3 (8,2)	-2,206***	0,027	49,1 (6,8)	48,6 (9,1)	0,527**	0,605
ERTTHA	5,6 (2,6)	7,5 (2,1)	-2,913***	0,004	5,5 (2,6)	5,1 (2,8)	0,761**	0,457
ERTTHD	6,9 (3,9)	9,5 (2,6)	-2,413***	0,027	7,7 (2,7)	9,3 (3,0)	-2,431***	0,026
ERTTHF	4,5 (2,5)	4,4 (2,8)	-0,175***	0,863	4 (2,7)	4,0 (2,0)	0,081***	0,937
ERTTHH	11,6 (2,2)	11,2 (1,9)	0,609**	0,550	11,7 (2,2)	11,5 (1,8)	-0,288***	0,773
ERTTHS	8,6 (2,8)	9,7 (2,9)	-1,422***	0,173	8,6 (2,5)	7,4 (2,9)	-1,728***	0,084
ERTTHSU	10,8 (1,5)	11,1 (1,5)	-0,139***	0,891	11,6 (1,2)	11,3 (1,7)	-0,666***	0,506
MOTML	1043,1 (323)	935,9 (377,6)	-1,493***	0,135	1209,5 (541,4)	988,9 (239,5)	1,650***	0,099
OTSMLC	46864,9 (22581,3)	33514,8 (19140,8)	3,296***	0,004	51663,6 (28441,6)	29934,5 (13339,9)	3,759***	0,001
OTSPSFC	9,3 (3)	10,1 (3,3)	-1,894***	0,074	8,3 (3,4)	8,4 (3,1)	-0,191***	0,851
RTISMRT	399,1 (65,4)	366,7 (50,0)	2,148***	0,045	403,4 (49,4)	445,1 (99,0)	-1,717***	0,103
RTISRTSD	110,3 (146,5)	91,3 (121,1)	-0,709***	0,478	69,4 (27,3)	144,9 (149,2)	-2,065***	0,054
RVPML	614,4 (268)	593,5 (190,9)	0,510***	0,616	666 (169,7)	635,1 (197,9)	-1,891***	0,059
RVPTH	24 (11,4)	30,3 (11,7)	-2,909***	0,009	21,2 (8,6)	24,9 (9,7)	-1,759***	0,096
SSPFSL	5,5 (0,6)	5,6 (1,2)	-0,299***	0,765	5,6 (1,1)	5,5 (1,8)	-0,160***	0,873
SWMBE	15,1 (11,1)	16,3 (9,2)	-0,487***	0,632	17,3 (7,8)	17,0 (10,4)	0,127***	0,900
SWMTE	15,4 (11,2)	16,6 (9,5)	-0,484***	0,634	17,6 (7,6)	17,5 (10,6)	0,074***	0,942
PRMPCD	81 (14,5)	91,2 (12,3)	1,963***	0,069	81,9 (14,8)	76,9 (15,5)	-1,812***	0,089
PRMPCI	90,4 (13,1)	90,8 (10,7)	1,847***	0,085	85,8 (18,1)	83,3 (20,0)	-0,127***	0,901

Legenda: RCC: Reabilitação Cognitivo Comportamental ; TP: Tratamento padrão; *resultados expressos em média e desvio padrão; ** Teste t de Student pareado; *** testes de Wilcoxon

6.5 Escalas de Qualidade de Vida e Funcionalidade

Abaixo podem ser vistos os dados das escalas FAST e WHOQOL no período inicial e após a fase de intervenção. Não houve diferenças significativas para a maior parte dos domínios da FAST após 12 semanas, excetuando trabalho, reportado como menos prejudicado entre os indivíduos do grupo controle. É notório observar que todos os domínios da FAST parecem menores entre os indivíduos do grupo controle, que se refletiu em uma tendência para diferença estatística observada na FAST total. Os escores de qualidade de vida também não mostraram diferença significativa após 12 semanas, embora tenha havido uma tendência à diferença no domínio físico, maior entre os pacientes do grupo controle. De modo semelhante ao que ocorreu na FAST, os escores após 12 semanas da WHOQOL tenderam a serem maiores no grupo controle, ainda que não significativamente.

Tabela 8 - Resultados escalas na estrada do estudo e após 12 semanas

	RCC entrada	TP Entrada	Teste*	p- valor	RCC 12 semanas	TP12 semanas	Teste*	p- valor
FAST autonomia	4,2 (3,3)	5,1 (3,8)	165,500	0,496	5,9 (3,4)	4,0 (3,5)	192,000	0,102
FAST Trabalho	7,4 (5,3)	7,2 (4,5)	200,500	0,771	8,6 (4,8)	5,4 (4,0)	201,00	0,050
FAST Cognição	8,2 (4,5)	7,6 (3,7)	216,500	0,461	8,4 (4,5)	6,4 (4,1)	182,500	0,187
FAST Finanças	3,4 (1,9)	3,6 (2,0)	175,000	0,687	3,6 (1,9)	2,8 (2,2)	177,500	0,251
FAST Relações Interpessoais	8,6 (4,9)	8,3 (4,7)	200,000	0,792	9,3 (4,9)	6,6 (4,9)	191,000	0,109
FAST Lazer	3,7 (2,2)	3,1 (2,4)	216,000	0,478	3,6 (2,1)	2,9 (2,3)	167,000	0,443
FAST TOTAL	35,5 (17,1)	34,9 (17,2)	198,500	0,813	39,4 (15,4)	28,1 (16,6)	195,000	0,075
WHOQOL Físico	46,6 (16,0)	49,8 (19,0)	164,500	0,478	45,6 (9,1)	55,3 (18,1)	98,000	0,072
WHOQOL Psíquico	40,0 (15,2)	48,9 (20,8)	132,500	0,107	40,7 (12,9)	52,7 (20,6)	107,000	0,134
WHOQOL Social	38,7 (20,6)	46,1 (30,3)	165,500	0,496	33,8 (23,5)	47,1 (32,1)	117,000	0,245
WHOQOL Ambiental	49,1 (17,7)	50,0 (20,3)	169,500	0,569	62,7 (19,7)	69,3 (22,9)	121,500	0,303
WHOQOLTotal	43,6 (14,7)	48,7 (20,7)	165,500	0,496	45,7 (13,8)	56,1 (21,0)	105,000	0,118

Legenda: RCC: Reabilitação Cognitivo Comportamental ; TP: Tratamento padrão; * Teste U de Mann-Whitney

6.6 Análise de perda de seguimento e uso de medicação ao longo do estudo

Foi observado uma perda significativa de indivíduos ao longo do estudo principalmente na fase de avaliação, 14 sujeitos, 7 de cada braço, o que extrapolou nossa estimativa inicial. Diante de uma perda tão grande de participantes foi realizada uma análise exploratória considerando o perfil clínico dos pacientes na entrada, separando-os em dois grupos: excluídos (n=21) e incluídos (n=39). Assim, tomada toda a amostra os resultados são dispostos na tabela abaixo.

Tabela 9 - Análise de perda de seguimento

Variáveis	Incluídos	Excluídos	Teste	p-valor
Idade	42,6 (10)	42,7 (8,7)	420,500**	0,865
Gênero feminino, n (%)	27 (69,2)	17 (81)	0,959*	0,327
Escolaridade, média (DP)	13,8 (2,9)	13 (2,7)	470,000**	0,187
Ocupação			6,667*	0,246
Trabalhando, n (%)	21 (53,8)	4 (19,0)		
Desempregado, n (%)	7 (17,9)	6 (28,6)		
Afastado, n (%)	5 (12,8)	5 (23,8)		
Estudando, n (%)	1 (2,6)	1 (4,8)		
Trabalhos domésticos, n (%)	4 (10,3)	3 (14,3)		
Estado Civil			4,052*	0,399
Solteiro, n (%)	20 (51,3)	6 (28,6)		
Casado, n (%)	11 (28,2)	9 (42,9)		
Divorciado, n (%)	5 (12,8)	3 (14,3)		
Viúvo, n (%)	2 (5,1)	0 (0)		
Renda Familiar	5098,7 (5481,9)	1712 (994,2)	348,500**	0,011
Tipo TB I, n (%)	30 (76,9)	16 (76,2)	3,818*	0,148
Ciclagem, n (%)	4 (10,3)	1 (4,8)	0,166*	0,684
Psicose, n (%)	17 (46,3)	11 (52,4)	2,112*	0,146
Comorbidade Ansiedade, n (%)	17 (46,3)	3 (14,3)	2,585*	0,108
FAST				
Autonomia, média (DP)	4,6 (3,6)	3,25 (2,6)	379,000**	0,212
Trabalho, média (DP)	7,3 (4,9)	5,2 (4,6)	417,500**	0,124
Cognição, média (DP)	7,9 (4,1)	5,9 (4,3)	452,000**	0,820
Finanças, média (DP)	3,5 (1,9)	2,7 (2,5)	420,500**	0,225
Relações Interpessoais, média (DP)	8,5 (4,7)	3,8 (4,1)	539,500**	0,001
Lazer, média (DP)	3,4 (2,3)	2,7 (2,3)	418,000**	0,241
Total, média (DP)	35,2 (17)	27,4 (14,9)	381,000**	0,087

Legenda: * Qui-quadrado; ** U de Mann-Whitney

Como a maior parte da perda de pacientes se deu exatamente por perda da avaliação neuropsicológica não é possível afirmar no momento se o grupo que abandonou o estudo apresentava alguma diferenciação cognitiva quando comparado a quem prosseguiu. No entanto é possível observar que houve diferença estatística entre os grupos para renda familiar e o domínio de relações interpessoais na FAST, ambos maiores entre os pacientes incluídos no ensaio clínico. De outro modo, os sujeitos incluídos no estudo apresentavam renda maior e maior prejuízo funcional nas relações interpessoais.

Analizamos também o uso de medicação entre os dois braços do estudo tanto na entrada como após as 12 semanas. Os diferentes fármacos foram agrupados de acordo com sua função clínica principal, exceção feita ao lítio, possibilitando a construção da tabela que se segue. Não houve diferença entre os grupos para uso de medicação seja na entrada ou no fim do período de tratamento, embora o grupo de tratamento padrão tenha apresentado tendência par maior uso de lítio.

Tabela 10 – Uso de Medicação ao longo do estudo

	Entrada				12 semanas			
	RCC	TP	Teste	P valor	RCC	TP	Teste	P valor
Lítio, n %	8 (40)	12 (63)	2,09 ^a	0,15	7 (36)	12 (63)	3,09 ^a	0,08
Antipsicótico, n %	15 (75)	16(84)	0,69 ^b	0,69	14 (70)	13(68)	0,01 ^a	0,92
Anticonvulsivante, n %	14 (70)	12 (63)	0,20 ^a	0,65	15(75)	15 (79)	1,00 ^b	1,00
Antidepressivo, n %	6 (30)	5 (26)	0,06 ^a	0,79	5 (25)	4 (21)	1,00 ^b	1,00
Ansiolítico, n %	5 (25)	3 (16)	0,69 ^b	0,69	6 (30)	5 (26)	0,06 ^a	0,79

RCC: Reabilitação Cognitivo Comportamental; TP: Tratamento Padrão ^a: Qui-quadrado ^b: Exato de Fisher

7 DISCUSSÃO

Este estudo buscou avaliar a efetividade de uma nova intervenção desenvolvida para ajudar os pacientes com TB a prevenir novos episódios bem como a lidar com prejuízo cognitivo frequentemente relatado na literatura (Cullen et al. 2016). Os achados, no entanto, não sugerem que a RCC ajude estes indivíduos a permanecer mais tempo livre de episódios, nosso desfecho primário. Houve, por outro lado, melhora significativa em alguns testes neuropsicológicos aferidos pela CANTAB. O uso de uma bateria automatizada reduz bastante o viés humano durante a aplicação, aumentando a robustez dos achados. Esta melhora se deu nos subtestes de tempo de reação, reconhecimento de emoções (total, raiva e nojo) e de memória visual. Os achados em parte reproduzem o que foi observado na literatura de reabilitação cognitiva para o TB até o presente momento (Lahera et al. 2013, Demant et al. 2015). Diferentemente dos estudos anteriores, contudo, o presente trabalho focou na profilaxia de novos episódios de humor, assumindo que ela ainda é o maior desafio no tratamento de longo prazo do TB, principalmente em suas manifestações mais graves (Peters et al 2014). Ainda que existam melhoras na esfera do funcionamento cognitivo, este provavelmente sempre será prejudicado pela presença de novos episódios de humor ou mesmo de sintomas residuais do transtorno. Desta forma nossos achados na esfera cognitiva, ainda que parcialmente inéditos, devem ser tomados com cautela, principalmente quando lembrado que foram observados logo após o término da intervenção. O seguimento do estudo e suas novas avaliações poderão confirmar estes achados iniciais.

Por outro lado, este estudo foi na direção oposta no tocante ao prejuízo funcional e na qualidade de vida mensurados pelos próprios pacientes. A maior parte dos estudos prévios que avaliaram estas duas variáveis encontrou uma melhora significativa no seguimento (Demant et al. 2015, Lahera et al. 2013, Torrent 2013). Nesse estudo o resultado do grupo de RCC aponta para uma piora tanto na qualidade de vida como na funcionalidade, ainda que não significativa para a maior parte dos domínios de ambas as escalas. A exceção foi para o domínio trabalho da escala FAST que indicou um prejuízo funcional significativamente maior entre os pacientes

do grupo RCC após o tratamento. Já foi argumentado que os resultados de psicoterapia por vezes se fazem observar no longo prazo (Colom et al. 2009), o que pode justificar em parte estes achados. Na realidade a melhora observada por Demant et al. (2015) para FAST total só pôde ser observada após 26 semanas já que não houve diferença significativa no intervalo de 12 semanas pós tratamento. O estudo de Lahera et al. (2013), por outro lado, não observou melhora na FAST bem como na GAF total em uma amostra de tamanho muito próximo ao incluído no presente trabalho. O tamanho da amostra também pode explicar a melhora em vários domínios da FAST no estudo de Torrent et al. (2013) que pode ser resumido brevemente como uma redução em cerca de 10 pontos da FAST total dentre as duas intervenções avaliadas (Psicoeducação e Remediação Funcional). Estes mesmos 10 pontos, no entanto, mantiveram a maioria dos pacientes como prejudicados funcionalmente, seguindo o parâmetro do próprio grupo de pesquisa (Bonnin et al. 2018). Ainda assim, em todos estes trabalhos houve uma maior tendência à redução do prejuízo funcional entre os pacientes que participaram das intervenções propostas, e o mesmo não foi observado em nosso estudo. Outra possibilidade para explicar este fato é que os pacientes do grupo RCC possam ter se tornado particularmente sensíveis na pontuação de suas dificuldades funcionais, o que do ponto vista clínico até poderia ter algum valor, salvo o potencial depressivogênico desta auto-observação. Com relação à qualidade de vida apenas o estudo de Demant et al. (2015) observou melhora através da WHOQol e, mais uma vez, apenas no período de 26 semanas, ao passo que no pós tratamento não houve diferença para nenhum de seus domínios. O mais provável, portanto, que tenha ocorrido em nosso estudo é que a RCC não tenha sido efetiva em ajudar os pacientes nas dificuldades funcionais e/ou que o estudo não tenha tido tamanho amostral suficiente para detectar mudanças significativas, medidas através do relato dos pacientes. A terceira avaliação programada para ocorrer no seguimento pode ajudar a esclarecer se a RCC pode prejudicar a percepção de prejuízo funcional e de qualidade de vida. .

Observamos melhora nos resultados de reconhecimento de emoções totais dentre os pacientes que participaram da RCC, assim como para o reconhecimento de raiva e nojo. Estes achados neuropsicológicos reforçam àqueles obtidos por Lahera et al. (2013), contudo, estes autores mediram o desempenho neste domínio de forma

diferente. As tarefas propostas por estes autores consistiam no reconhecimento emocional em 19 fotografias faciais que expressavam seis emoções básicas (raiva, alegria, tristeza, medo, surpresa e vergonha), e pela discriminação dentre 30 pares de fotos, nas quais o indivíduo era solicitado a indicar se expressavam a mesma emoção ou não. Em nossa avaliação foi incluído o sentimento de nojo no lugar de vergonha, e o indivíduo era solicitado a responder em um tempo extremamente curto, possivelmente menor do que aquele do estudo anterior. Assim, as semelhanças nos achados devem ser analisadas com muita cautela, cabendo uma ponderação de como teria sido o desempenho dos indivíduos em nosso estudo com uma janela de tempo maior para resposta. Ao mesmo tempo, a RCC não parece ter ajudado os pacientes a reconhecer melhor a todas as expressões faciais, apenas as emoções nojo e raiva. A indicação de melhora nesta função se apoia no aumento no total de acertos de emoções corretas (ERTTH) observados no grupo RCC, o que é bem semelhante ao observado por Lahera et al. (2013), ou seja, um índice de acertos indiscriminado de quais emoções foram melhor percebidas. Estudos anteriores indicam que pacientes bipolares, quando eutímicos, têm maior dificuldade no reconhecimento das expressões de nojo e medo (Rocca et al. 2009), o que torna os achados deste estudo encorajadores, se confirmado a melhora no reconhecimento das emoções no seguimento. A cognição social tem assumido um papel preponderante na psicoterapia do TB (Samamé, 2013) e podem ser apontadas diversas razões para isso. A literatura de Emoções Expressas Negativas sempre apontou que há uma forte associação entre formas de comunicação hostil e aumento na probabilidade de recaída de novos episódios de humor (Kim e Miklowitz, 2004). Assim, algumas intervenções psicoterápicas se dedicaram a melhorar a comunicação destes pacientes por meio do treino de assertividade (Miklowitz e Goldestein 1997). No entanto estas intervenções sempre foram majoritariamente guiadas pelo treino em comunicação verbal, e não levavam em conta os déficits no reconhecimento emocional destes pacientes. Assim, um treino assertivo alicerçado por reconhecimento de expressões faciais pode promover uma melhora mais efetiva na comunicação destes pacientes, como produzido nas sessões de RCC no estudo de Veeh e colaboradores (2017). Além desse fato, o contato visual apresenta grande poder reforçador entre seres humanos (Catania, 1999). Assim, a melhora no reconhecimento de emoções pode ser vista

como uma forma de treino discriminativo que pode propiciar ambiente social mais saudável, quando aliado ao treino em assertividade. Neste quesito intervenções em grupo podem apresentar maiores vantagens quando comparadas às individuais, uma vez que durante a condução do grupo podem ser demonstrados ao vivo diferentes expressões faciais entre os membros, e treinada a assertividade com exemplos do próprio grupo.

O achado mais robusto deste ensaio clínico parece ter sido a melhora no tempo de reação entre os pacientes do grupo de RCC. O tempo de reação é uma medida associada à esfera da atenção e da velocidade psicomotora (Neves et al. 2014). É reconhecido na literatura o papel da atenção como “porta de entrada” das demais funções cognitivas e, por esse motivo, uma intervenção que atenuie o prejuízo cognitivo desta função possui elevado valor clínico, principalmente pelo fato de que diversos estudos anteriores a apontaram como prejudicada no TB, mesmo na fase eutímica (Mann-Wrobel et al. 2011). Contudo, a literatura de reabilitação cognitiva do TB ainda carece de achados neste sentido e, portanto, são animadores os achados de melhora no tempo de reação obtidos entre os pacientes que participaram de sessões de RCC. Demant et al. (2015), por exemplo, não encontrou diferença significativa em nenhuma das medidas de tempo de reação seja no pós-tratamento ou no seguimento de 26 semanas. No presente estudo, as duas variáveis (RTISMRT e RTISRTSD) assumidas como desfecho desse domínio melhoraram significativamente na avaliação pós-tratamento no grupo de RCC através da análise entre os grupos, embora ainda careçam de confirmação por meio da terceira avaliação prevista no protocolo. Na análise intra grupos foi observada melhora na variável RVPTH, que é uma medida que considera o número de acertos dentro do tempo oferecido. Em outras palavras pode ser considerada uma medida de eficiência que se assemelha muito mais ao que é observado no cotidiano. Idealmente os testes neuropsicológicos devem se aproximar de tarefas mais próximas do real de modo a aumentar a validade ecológica dos achados (Torrent et al. 2013). Neste sentido, este achado também é animador. Ao mesmo tempo, cabe ressaltar que as demais variáveis atencionais e de velocidade psicomotora incluídas não sofreram alterações significativas em ambos os grupos.

Ambos os grupos melhoraram seus resultados em um dos subtestes de função executiva (OTSMLC) quando considerada a análise intra grupos. Pode ser argumentado que alguns testes sofrem mais de efeito aprendizagem do que outros, e que o intervalo de 12 semanas pode ter contribuído para isso. Como este é um teste que envolve solução de problemas, e o paciente recebe feedback de quando acerta, pode ter havido influência de algum aspecto de memória também. O seguimento desta amostra com sua terceira avaliação após os 9 meses pode ser importante para esclarecer estas dúvidas. Ao mesmo tempo a CANTAB oferece outras variáveis deste mesmo teste que podem ser posteriormente analisadas.

O grupo que participou das sessões de RCC também melhorou significativamente seu desempenho em uma das medidas de teste de memória visual (PRMPCD). Esta medida é expressa em porcentagem de acertos, portanto novamente pode ser entendida como uma medida de desempenho cognitivo mais próxima da vida cotidiana. Importante destacar que esta variável é obtida após intervalo de tempo expressivo (20 minutos). Curioso notar que a outra variável do mesmo teste não apresentou quase nenhuma alteração, inclusive no grupo controle. Esta é obtida através de intervalo de tempo bem mais curto, talvez representando uma dificuldade teoricamente menor. Talvez possa ser especulado que o teste, em sua apresentação rápida, possa ter sido influenciado pela lentidão psicomotora dos pacientes em ambos os grupos dos estudos.

A principal meta deste estudo era aumentar o tempo até primeiro episódio de humor entre os pacientes com TB, e os achados não confirmaram esta hipótese. Analisando as curvas de sobrevida é possível notar um rápido declínio em torno da décima semana, que corresponde ao término das sessões de terapia. Além de reproduzir os achados anteriores de nosso grupo (Gomes et al. 2011), este padrão sugere a necessidade de sessões de manutenção a fim de se manter os ganhos do tratamento psicoterápico. Ao mesmo tempo é provável que o número de sessões tenha sido insuficiente para atingir tantos objetivos terapêuticos. De fato, os objetivos das demais abordagens disponíveis na literatura de reabilitação cognitiva no TB, não incluem entre seus objetivos o aumento do período de remissão, nem reportam o número de episódios apresentados em seus segmentos. Em nosso ambulatório a

presença de sintomas e de novos episódios é ainda um problema constante, portanto não faria sentido clínico não aferir tais variáveis. Por outro lado, a escolha de 12 sessões foi em grande parte influenciada pelos estudos anteriores, que ainda estavam em desenvolvimento quando este protocolo foi proposto (Demant et al. 2013). Infelizmente os achados destes estudos iniciais só foram publicados após este projeto ter sido iniciado, sem que houvesse tempo hábil para mudança em nosso protocolo. De outra forma parece que um número maior de sessões e um conjunto de sessões de reforço, com espaçamento, devem ser considerados em ensaios clínicos futuros de psicoterapia e ou reabilitação para pessoas com TB.

Um ponto forte deste projeto foi a realização de uma estimativa de tamanho amostral, estipulada previamente (Gomes et al. 2017). Apenas o estudo de Demant et al. (2013) estimou seu tamanho amostral antes do início da intervenção. O cálculo do tamanho da amostra ajuda a estimar o número mínimo de pacientes necessários para a testagem de uma hipótese (Levin, 1983). No caso do presente estudo o cálculo envolveu uma previsão de quantos pacientes permaneceriam livres de novos episódios de humor, tomando por base estudos anteriores de psicoterapia para o TB, neste caso seu braço de tratamento padrão (Colom et al. 2003), e uma estimativa de quantos permaneceriam livres de episódio no grupo de RCC. Pode ser argumentado que a previsão do grupo de RCC possa ter sido otimista, e que seriam necessários mais indivíduos para demonstrar alguma possível efetividade neste desfecho. Ao mesmo tempo, uma inclusão massiva de pacientes a fim de demonstrar qualquer hipótese torna o estudo muitas vezes difícil de ser replicado, e clinicamente de menor valor. Uma possível saída para isso é a utilização do número de pessoas a tratar (Number Need to Treat) como forma de estimativa ponderada de quantos indivíduos são necessários para a observância de determinado desfecho. Futuros estudos talvez pudessem calcar sua estimativa de tamanho amostral a partir desta medida.

Como consequência da estimativa do tamanho amostral é possível verificar também quão próximo da meta inicial se pode chegar em um estudo clínico. No caso de presente trabalho é possível afirmar que houve perda de poder já que para a análise atual só foram incluídos 39 pacientes, aproximadamente 30% menor do que o estimado inicialmente. Embora tenha sido incluído inicialmente o número estimado

de 60 indivíduos, a perda por seguimento foi consideravelmente maior do que o esperado. Este percentual tomou por base o estudo prévio de psicoterapia conduzido pelo grupo (Gomes et al. 2011), mas provavelmente houve uma subestimativa deste percentual. Ao mesmo tempo, cabe uma reflexão do por que a perda de seguimento foi tão grande. Fizemos uma análise comparando os pacientes incluídos versus os excluídos que indicou uma diferença importante para renda familiar, maior entre aqueles excluídos. Pode ser apontado que a dificuldade em comparecer as avaliações se deveu a falta de recursos financeiros. Nosso projeto contava com apoio financeiro apenas para a vinda nas sessões de terapia e não para a avaliação inicial. Procuramos contornar essa limitação colocando as avaliações juntamente com a vinda nos atendimentos médicos, mas ainda assim muitos indivíduos alegaram falta de tempo exatamente por conta do trabalho. Nos demais aspectos os pacientes excluídos não diferiram dos incluídos, salvo para um domínio da escala FAST (Relações interpessoais) mais prejudicada entre os pacientes incluídos.

O uso de uma bateria extensa, com mais de duas horas de duração, pode ter contribuído para esta perda uma vez que alguns pacientes não puderam completá-la, alegando falta de tempo. Quando estão melhores dos sintomas de humor muitos indivíduos com TB buscam retornar às suas atividades laborais, o que é absolutamente compreensível. Porém, quando associado à grande distância ao local de avaliação, pode acarretar perda de seguimento. Por outro lado, os pacientes tendem a ter maior tempo livre quando estão muito prejudicados funcional e clinicamente, e nesse estudo buscou-se incluir o paciente fora de episódios de humor, o que também pode naturalmente ter excluído pacientes mais comprometidos, mas paradoxalmente mais disponíveis. O intervalo de tempo de formação dos grupos também foi aumentado em função das avaliações muito extensas. Assim, quando era comunicado ao paciente que ele poderia começar a fase ativa, seu interesse possivelmente não era mais o mesmo do início. A escolha de uma bateria extensa se deu pelo interesse de cobrir um grande número de funções cognitivas, mas pode ter havido sobreposição de esferas avaliadas. Futuramente novos ensaios clínicos deverão considerar a adoção de baterias de menor duração, orientadas pelas funções cognitivas mais prejudicadas no TB. Outra opção seria a adoção de instrumentos de triagem de funcionamento cognitivo tais como a Cobra (Rosa et al. 2013) e SCIP

(Guilera et al. 2009) que podem nortear quais indivíduos com TB deveriam ser avaliados por baterias mais extensas (Miskowiak et al. 2017).

Um aspecto que merece destaque é que não se atingiu o período de observação mínimo de 12 meses para todos os indivíduos até o prazo final da escrita dessa Tese. Tal fato ocorrerá em março de 2019, quando o último bloco de pacientes completará um ano de início de fase ativa. Poucos estudos até o presente momento relatam achados em reabilitação cognitiva no TB para além do período de tratamento (Bonnin et al. 2016), e mesmo quando o fazem, o espaço de tempo é inferior a 6 meses (Demant et al. 2015). A questão principal é saber o quanto os pacientes conseguem reter dos possíveis ganhos com as intervenções propostas, e, mais ainda, investigar quais efeitos somente surgem em longo prazo. Bonnin e colaboradores, por exemplo, notaram uma melhora na memória verbal dos pacientes que participaram de remediação funcional após um ano de seguimento (Bonnin et al. 2016). Acompanhando o que já foi observado em psicoterapia do TB (Colom et al. 2009) é bem provável que o efeito da reabilitação cognitiva seja melhor observado no longo prazo. Pode ser argumentado que os indivíduos necessitam de um tempo maior para incorporar as mudanças propostas por estes protocolos na sua vida diária.

Os achados até o momento na literatura de reabilitação cognitiva no TB apresentam alguns aspectos importantes. Tanto no estudo do grupo espanhol (Torrent et al. 2013, Bonin et al. 2016) como no estudo do grupo alemão (Veeh et al. 2017) partiu-se de indivíduos com algum prejuízo, seja na funcionalidade ou na cognição. Tal escolha, além de fazer sentido do ponto clínico, testa de forma mais adequada os ganhos possíveis que uma intervenção de reabilitação pode vir a ter. No presente estudo pode ter ocorrido uma diluição do efeito da intervenção proposta já que esta pode ter sido oferecida a pessoas que não apresentavam prejuízo significativo. É importante dizer, no entanto, que a maior parte dos indivíduos (79% em cada grupo) incluídos no estudo apresentava um escore total maior que 20 na FAST, sugerindo um prejuízo significativo na funcionalidade segundo os autores da escala (Bonnin et al. 2018). A falta de uma normatização da FAST e dos escores da CANTAB para a população brasileira limita o melhor reconhecimento do prejuízo cognitivo e funcional dos pacientes incluídos no estudo.

Outro ponto importante da literatura de reabilitação cognitiva do TB é que os achados tendem a ocorrer de forma mais significativa quando uma função isoladamente é treinada de forma repetitiva (Lahera et al.2013). O protocolo de Remediação Funcional (Vietá et al. 2014), por exemplo, em sua proposta envolve em grande parte a prática da leitura durante e entre as sessões. É, portanto, compreensível que os achados se concentrem em memória verbal. O mesmo pode ser dito do estudo de Lahera e colaboradores, que envolveu o treino de reconhecimento de emoções faciais durante a maior parte de suas 12 sessões. No presente trabalho a agenda trabalhada nas sessões pode ter contemplado um número muito grande de elementos a serem trabalhados por um curto espaço de tempo. A frequência do treino cognitivo possivelmente é uma variável a ser considerada em estudos futuros de reabilitação do TB.

Este trabalho apresenta algumas limitações importantes. Como o período de 12 meses não foi atingido, nem todos os pacientes puderam realizar a terceira avaliação com a CANTAB. Outro ponto importante foi a ausência de avaliação de memória verbal, que apresenta alterações significativas segundo diversos relatos dentro da literatura (Cullen et al 2016). No ato da aquisição e montagem da CANTAB ainda não havia disponível em Português o teste que avalia esta função. Como se queria manter a avaliação automatizada e igual para todos os participantes não foi incluído posteriormente o teste, bem como substituído por outro de lápis e papel. Estudos recentes têm procurado diferenciar perfis cognitivos dentro do TB de modo a orientar o prognóstico e tratamento destes pacientes. Um estudo francês de Roux et al.2017, por exemplo utilizou análise de agrupamento para diferenciar subgrupos de desempenho cognitivo em 258 indivíduos eutímicos BD. Após a análise discriminante, os autores foram capazes de diferenciar um grupo com funcionamento próximo ao normal (13,6%), um grupo com desempenho cognitivo abaixo do normal (29,4%) e dois outros grupos, cuja principal diferença entre eles foi desempenho da memória verbal, um alto (26%) e um baixo (31%). A amostra do presente trabalho, no entanto, não permite este tipo de análise por conta de seu tamanho.

Futuramente estudos de reabilitação cognitiva devem considerar a inclusão de variáveis cognitivas comprovadamente alteradas no TB a fim de realizar o cálculo de tamanho amostral. Além disso, como já mencionado, abordagens que possuam uma maior duração e um espaçamento podem ajudar os pacientes a se manter livres de episódios por mais tempo. O treino cognitivo, além de repetitivo, precisa também ser norteado pelas funções alteradas naquele paciente. Uma interessante proposta escalonada foi desenvolvida por um grupo de Berna voltada para pacientes com esquizofrenia (Roder et al. 2011). Estes autores possuem três módulos diferentes de abordagem, um voltado para estabilização clínica de sintomas, outro para a reabilitação cognitiva e um terceiro voltado à reabilitação funcional (Roder et al. 2011). Propostas assim poderiam também ser pensadas para pacientes com TB. A literatura de reabilitação cognitiva no TB ainda está na sua primeira infância, e a busca de evidências que demonstrem sua eficácia nos mais variados desfechos ainda se mostra um desafio clínico relevante.

8 CONCLUSÕES

No presente estudo o tratamento adjunto de Reabilitação Cognitivo Comportamental não se mostrou eficaz para a prevenção de novos episódios de humor ou aumento no período de remissão no TB. Também não houve melhora no prejuízo funcional e na qualidade de vida. Os achados em desfechos cognitivos, mesmo restritos a tempo de reação, memória visual e reconhecimento de emoções, podem apontar para a uma efetividade específica destas intervenções dentre os domínios cognitivos.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85.

Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, Chatterji S, Heeringa S, Üstün TB, et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry*. 2011;16(12):1234-46.

Amini H, Sharifi V. Quality of life in bipolar type I disorder in a one-year followup. *Depress Res Treat*. 2012; 2012:860745.

Aminoff SR, Hellvin T, Lagerberg TV, Berg AO, Andreassen OA, Melle I. Neurocognitive features in subgroups of bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2013;15(3):272-83.

Arts B, Jabben N, Krabbendam L, van Os J. Meta-analyses of cognitive functioning in euthymic bipolar patients and their first-degree relatives. *Psychol Med*. 2008;38(6):771-85.

Arvilommi P, Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Leppämäki S, Isometsä E. Predictors of long-term work disability among patients with type I and II bipolar disorder: a prospective 18-month follow-up study. *Bipolar Disord*. 2015;17(8):821-35.

Barbato A, Bossini L, Calugi S, D'Avanzo B, Fagiolini A, Koukouna D, et al. Validation of the Italian version of the Functioning Assessment Short Test (FAST) for bipolar disorder. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2013;22(2):187-94.

Baş T, Poyraz CA, Baş A, Poyraz B, Tosun M. The impact of cognitive impairment, neurological soft signs and subdepressive symptoms on functional outcome in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2015;174:336-41.

Berk L, Hallam KT, Colom F, Vieta E, Hasty M, Macneil C, et al. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol*. 2010;25(1):1-16.

Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord*. 2015;17(4):349-62.

Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord*. 2015;17(4):349-62.

Bonnín CM, Martínez-Arán A, Reinares M, Valentí M, Solé B, Jiménez E, et al. Thresholds for severity, remission and recovery using the functioning assessment short test (FAST) in bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2018;240:57-62.

Bonnín CM, Martínez-Arán A, Torrent C, Pacchiarotti I, Rosa AR, Franco C, et al. Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: a long-term, follow-up study. *J Affect Disord.* 2010;121(1-2):156-60.

Bonnin CM, Torrent C, Arango C, Amann BL, Solé B, González-Pinto A, et al. Functional remediation in bipolar disorder: 1-year follow-up of neurocognitive and functional outcome. *Br J Psychiatry.* 2016;208(1):87-93.

Bora E, Bartholomeusz C, Pantelis C. Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychol Med.* 2016;46(2):253-64.

Bora E, Özerdem A. Meta-analysis of longitudinal studies of cognition in bipolar disorder: comparison with healthy controls and schizophrenia. *Psychol Med.* 2017;47(16):2753-66.

Bora E, Pantelis C. Meta-analysis of Cognitive Impairment in First-Episode Bipolar Disorder: Comparison With First-Episode Schizophrenia and Healthy Controls. *Schizophr Bull.* 2015;41(5):1095-104.

Bora E, Yucel M, Pantelis C. Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *J Affect Disord.* 2009;113(1-2):1-20.

Bortolato B, Miskowiak KW, Köhler CA, Vieta E, Carvalho AF. Cognitive dysfunction in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review of meta-analyses. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:3111-25.

Bourne C, Aydemir Ö, Balanzá-Martínez V, Bora E, Brissos S, Cavanagh JT, et al. Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: an individual patient data meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;128(3):149-62.

Burdick KE, Russo M, Frangou S, Mahon K, Braga RJ, Shanahan M, et al. Empirical evidence for discrete neurocognitive subgroups in bipolar disorder: clinical implications. *Psychol Med.* 2014;44(14):3083-96.

Cacilhas AA, Magalhães PV, Ceresér KM, Walz JC, Weyne F, Rosa AR, et al. Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value Health.* 2009;12(4):624-7.

Cardenas SA, Kassem L, Brotman MA, Leibenluft E, McMahon FJ. Neurocognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder and unaffected relatives: A review of the literature. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;69:193-215.

Cardoso TeA, Mondin TC, Souza LD, da Silva RA, Magalhães PV, Kapczinski F, et al. Functioning in bipolar disorder with substance abuse/dependence in a community sample of young adults. *J Affect Disord.* 2015;187:179-82.

Cardoso T, Bauer IE, Meyer TD, Kapczinski F, Soares JC. Neuroprogression and Cognitive Functioning in Bipolar Disorder: A Systematic Review. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(9):75.

Catania A. Charles Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição. Artmed, 1999.

Chatterton ML, Stockings E, Berk M, Barendregt JJ, Carter R, Mihalopoulos C. Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2017;210(5):333-41.

Chu CS, Stubbs B, Chen TY, Tang CH, Li DJ, Yang WC, et al. The effectiveness of adjunct mindfulness-based intervention in treatment of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2018;225:234-45.

Cipriani G, Danti S, Carlesi C, Cammisuli DM, Di Fiorino M. Bipolar Disorder and Cognitive Dysfunction: A Complex Link. *J Nerv Ment Dis.* 2017;205(10):743-56.

Clemente AS, Diniz BS, Nicolato R, Kapczinski FP, Soares JC, Firmo JO, et al. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;37(2):155-61.

Cochran SD. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol.* 1984;52(5):873-8.

Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(4):402-7.

Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry.* 2009;194(3):260-5.

Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sánchez-Moreno J, Scott J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord.* 2005;7 Suppl 5:24-31.

Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophr Res.* 1995;17(1):5-13.

Costa RT, Cheniaux E, Rangé BP, Versiani M, Nardi AE. Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life. *Braz J Med Biol Res.* 2012;45(9):862-8.

Crowe M, Beaglehole B, Inder M. Social rhythm interventions for bipolar disorder: a systematic review and rationale for practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2016;23(1):3-11.

Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(9):931-9.

Cullen B, Ward J, Graham NA, Deary IJ, Pell JP, Smith DJ, et al. Prevalence and correlates of cognitive impairment in euthymic adults with bipolar disorder: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;205:165-81.

de Brito Ferreira Fernandes F, Gigante AD, Berutti M, Amaral JA, de Almeida KM, de Almeida Rocca CC, et al. Facial emotion recognition in euthymic patients with bipolar disorder and their unaffected first-degree relatives. *Compr Psychiatry*. 2016;68:18-23.

Deckersbach T, Nierenberg AA, Kessler R, Lund HG, Ametrano RM, Sachs G, et al. RESEARCH: Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: An open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS Neurosci Ther*. 2010;16(5):298-307.

Deckersbach T, Peters AT, Shea C, Gosai A, Stange JP, Peckham AD, et al. Memory performance predicts response to psychotherapy for depression in bipolar disorder: A pilot randomized controlled trial with exploratory functional magnetic resonance imaging. *J Affect Disord*. 2018;229:342-50.

Deckersbach T, Peters AT, Sylvia L, Urdahl A, Magalhães PV, Otto MW, et al. Do comorbid anxiety disorders moderate the effects of psychotherapy for bipolar disorder? Results from STEP-BD. *Am J Psychiatry*. 2014;171(2):178-86.

Demant KM, Almer GM, Vinberg M, Kessing LV, Miskowiak KW. Effects of cognitive remediation on cognitive dysfunction in partially or fully remitted patients with bipolar disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14:378.

Demant KM, Vinberg M, Kessing LV, Miskowiak KW. 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*. 2015;10(6):e0127955.

Depp CA, Mausbach BT, Harmell AL, Savla GN, Bowie CR, Harvey PD, et al. Meta-analysis of the association between cognitive abilities and everyday functioning in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2012;14(3):217-26.

Diamond A. Executive functions. *Annu Rev Psychol*. 2013;64:135-68.

Doody GA, Götz M, Johnstone EC, Frith CD, Owens DG. Theory of mind and psychoses. *Psychol Med*. 1998;28(2):397-405.

Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178-83.

Fried R, Hirshfeld-Becker D, Petty C, Batchelder H, Biederman J. How Informative Is the CANTAB to Assess Executive Functioning in Children With ADHD? A Controlled Study. *J Atten Disord*. 2015;19(6):468-75.

Fristad MA, Gavazzi SM, Mackinaw-Koons B. Family psychoeducation: an adjunctive intervention for children with bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 2003;53(11):1000-8.

Gibson RW. Psychotherapy of manic-depressive states. *Psychiatr Res Rep Am Psychiatr Assoc*. 1963;17:91-102.

Goes FS, Pirooznia M, Parla JS, Kramer M, Ghiban E, Mavruk S, et al. Exome Sequencing of Familial Bipolar Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(6):590-7.

Gold AK, Peters AT, Otto MW, Sylvia LG, Magalhaes PVDS, Berk M, et al. The impact of substance use disorders on recovery from bipolar depression: Results from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder psychosocial treatment trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018;52(9):847-55.

Gold AK, Peters AT, Otto MW, Sylvia LG, Magalhaes PVDS, Berk M, et al. The impact of substance use disorders on recovery from bipolar depression: Results from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder psychosocial treatment trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018;52(9):847-55.

Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry*. 1992;149(9):1148-56.

Goldstein BI, Schaffer A, Wang S, Blanco C. Excessive and premature new-onset cardiovascular disease among adults with bipolar disorder in the US NESARC cohort. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(2):163-9.

Gomes BC, Abreu LN, Brietzke E, Caetano SC, Kleinman A, Nery FG, et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for bipolar disorder. *Psychother Psychosom*. 2011;80(3):144-50.

Gomes BC, Kleinman A, Carvalho AF, Pereira TC, Gurgel AP, Lafer B, et al. Quality of life in youth with bipolar disorder and unaffected offspring of parents with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2016;202:53-7.

Gomes BC, Rocca CC, Belizario GO, Lafer B. Cognitive-behavioral rehabilitation vs. treatment as usual for bipolar patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017;18(1):142.

Gonzalez-Pinto A, Gonzalez C, Enjuto S, Fernandez de Corres B, Lopez P, Palomo J, et al. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(2):83-90.

Goodwin FK, Jamison KR. Doença maníaco-depressiva: transtorno bipolar e depressão recorrente. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Gregory VL. Cognitive-behavioral therapy for depression in bipolar disorder: a meta-analysis. *J Evid Based Soc Work*. 2010;7(4):269-79.

Guilera G, Pino O, Gómez-Benito J, Rojo JE, Vieta E, Tabarés-Seisdedos R, et al. Clinical usefulness of the screen for cognitive impairment in psychiatry (SCIP-S) scale in patients with type I bipolar disorder. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:28.

Gur RC, Sara R, Hagendoorn M, Marom O, Hughett P, Macy L, et al. A method for obtaining 3-dimensional facial expressions and its standardization for use in neurocognitive studies. *J Neurosci Methods*. 2002;115(2):137-43.

Hartung D, Low A, Jindai K, Mansoor D, Judge M, Mendelson A, et al. Interventions to Improve Pharmacological Adherence Among Adults With Psychotic Spectrum Disorders and Bipolar Disorder: A Systematic Review. *Psychosomatics*. 2017;58(2):101-12.

Hsiao YL, Wu YS, Wu JY, Hsu MH, Chen HC, Lee SY, et al. Neuropsychological functions in patients with bipolar I and bipolar II disorder. *Bipolar Disord*. 2009;11(5):547-54.

Huxley N, Baldessarini RJ. Disability and its treatment in bipolar disorder patients. *Bipolar Disord*. 2007;9(1-2):183-96.

Jensen JH, Knorr U, Vinberg M, Kessing LV, Miskowiak KW. Discrete neurocognitive subgroups in fully or partially remitted bipolar disorder: Associations with functional abilities. *J Affect Disord*. 2016;205:378-86.

Jiménez E, Arias B, Castellví P, Goikolea JM, Rosa AR, Fañanás L, et al. Impulsivity and functional impairment in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2012;136(3):491-7.

Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, et al. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(12):1322-30.

Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):530-7.

Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Coryell W, Leon AC, Maser JD, et al. Residual symptom recovery from major affective episodes in bipolar disorders and rapid episode relapse/recurrence. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(4):386-94.

Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKenas D, et al. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med*. 2003;45(2):156-74.

Kim EY, Miklowitz DJ. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *J Affect Disord*. 2004;82(3):343-52.

Kim EY, Miklowitz DJ. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *J Affect Disord*. 2004;82(3):343-52.

Kurtz MM, Gerraty RT. A meta-analytic investigation of neurocognitive deficits in bipolar illness: profile and effects of clinical state. *Neuropsychology*. 2009;23(5):551-62.

Kuzmickienė J, Kaubrys G. Selective Ability of Some CANTAB Battery Test Measures to Detect Cognitive Response to a Single Dose of Donepezil in Alzheimer Disease. *Med Sci Monit*. 2015;21:2572-82.

Lahera G, Benito A, Montes JM, Fernández-Liria A, Olbert CM, Penn DL. Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2013;146(1):132-6.

Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(2):145-52.

Lebowitz BK, Shear PK, Steed MA, Strakowski SM. Stability of estimated IQ across mood state in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2006;8(1):81-4.

Lenehan ME, Summers MJ, Saunders NL, Summers JJ, Vickers JC. Does the Cambridge Automated Neuropsychological Test Battery (CANTAB) Distinguish Between Cognitive Domains in Healthy Older Adults? *Assessment*. 2016;23(2):163-72.

Lenehan ME, Summers MJ, Saunders NL, Summers JJ, Vickers JC. Does the Cambridge Automated Neuropsychological Test Battery (CANTAB) Distinguish Between Cognitive Domains in Healthy Older Adults? *Assessment*. 2016;23(2):163-72.

Leon AC, Solomon DA, Mueller TI, Turvey CL, Endicott J, Keller MB. The Range of Impaired Functioning Tool (LIFE-RIFT): a brief measure of functional impairment. *Psychol Med*. 1999;29(4):869-78.

Lynch D, Laws KR, McKenna PJ. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med*. 2010;40(1):9-24.

Macheiner T, Skavantzios A, Pilz R, Reininghaus EZ. A meta-analysis of adjuvant group-interventions in psychiatric care for patients with bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2017;222:28-31.

MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103(3):163-70.

Maji KR, Sood M, Sagar R, Khandelwal SK. A follow-up study of family burden in patients with bipolar affective disorder. *Int J Soc Psychiatry*. 2012;58(2):217-23.

- Mann-Wrobel MC, Carreno JT, Dickinson D. Meta-analysis of neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: an update and investigation of moderator variables. *Bipolar Disord*. 2011;13(4):334-42.
- Martínez-Arán A, Torrent C, Solé B, Bonnín CM, Rosa AR, Sánchez-Moreno J, et al. Functional remediation for bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2011;7:112-6.
- Martínez-Arán A, Vieta E, Colom F, Reinares M, Benabarre A, Gastó C, et al. Cognitive dysfunctions in bipolar disorder: evidence of neuropsychological disturbances. *Psychother Psychosom*. 2000;69(1):2-18.
- Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Salamero M, et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord*. 2007;9(1-2):103-13.
- Marwaha S, Durrani A, Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;128(3):179-93.
- Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241-51.
- Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:72.
- Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2008;165(11):1408-19.
- Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(9):904-12.
- Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Kogan JN, Sachs GS, et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164(9):1340-7.
- Miller RC, Berman JS. The efficacy of cognitive behavior therapies: a quantitative review of the research evidence. *Psychol Bull*. 1983;94(1):39-53.
- Miskowiak KW, Burdick KE, Martinez-Aran A, Bonnín CM, Bowie CR, Carvalho AF, et al. Assessing and addressing cognitive impairment in bipolar disorder: the International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force recommendations for clinicians. *Bipolar Disord*. 2018;20(3):184-94.
- Mitrushina M, Abara J, Blumenfeld A. A comparison of cognitive profiles in schizophrenia and other psychiatric disorders. *J Clin Psychol*. 1996;52(2):177-90.

- Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-9.
- Moreno DH, Andrade LH. The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the São Paulo ECA study. *J Affect Disord*. 2005;87(2-3):231-41.
- Nenadic I, Langbein K, Dietzek M, Forberg A, Smesny S, Sauer H. Cognitive function in euthymic bipolar disorder (BP I) patients with a history of psychotic symptoms vs. schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2015;230(1):65-9.
- Neves MeC, Albuquerque MR, Neves FS, Lage GM, Malloy-Diniz L, Nicolato R, et al. Sensorimotor performance in euthymic bipolar disorder: the MPraxis (PennCNP) analysis. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(3):248-50.
- Nierenberg AA, Sylvia LG, Leon AC, Reilly-Harrington NA, Ketter TA, Calabrese JR, et al. Lithium treatment -- moderate dose use study (LiTMUS) for bipolar disorder: rationale and design. *Clin Trials*. 2009;6(6):637-48.
- Ott CV, Vinberg M, Bowie CR, Christensen EM, Knudsen GM, Kessing LV, et al. Effect of action-based cognitive remediation on cognition and neural activity in bipolar disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018;19(1):487.
- Pearce S. A review of cognitive-behavioural methods for the treatment of chronic pain. *J Psychosom Res*. 1983;27(5):431-40.
- Peet M, Harvey NS. Lithium maintenance: 1. A standard education programme for patients. *Br J Psychiatry*. 1991;158:197-200.
- Perlick DA, Berk L, Kaczynski R, Gonzalez J, Link B, Dixon L, et al. Caregiver burden as a predictor of depression among family and friends who provide care for persons with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2016;18(2):183-91.
- Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*. 2006;163(2):217-24.
- Perna G, Daccò S, Sacco F, Micieli W, Cavedini P, Caldirola D. Short-Term Psychiatric Rehabilitation in Major Depressive and Bipolar Disorders: Neuropsychological-Psychosocial Outcomes. *Psychiatry Investig*. 2017;14(1):8-15.
- Peters A, Sylvia LG, Magalhães PV, Miklowitz DJ, Frank E, Otto MW, et al. Age at onset, course of illness and response to psychotherapy in bipolar disorder: results from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Psychol Med*. 2014;44(16):3455-67.

Porter RJ, Robinson LJ, Malhi GS, Gallagher P. The neurocognitive profile of mood disorders - a review of the evidence and methodological issues. *Bipolar Disord.* 2015;17 Suppl 2:21-40.

Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2016;43:47-57.

Roberts DL, Penn DL. Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry Res.* 2009;166(2-3):141-7.

Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P, Goswami U, Young AH, Ferrier IN, et al. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2006;93(1-3):105-15.

Rocca CC, Lafer B. [Neuropsychological disturbances in bipolar disorder]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):226-37.

Rolim-Neto ML, Alves Silva E, Teixeira Júnior AG, de Sousa Cartaxo J, Rolim Lima NN, Nascimento VB, et al. Bipolar disorder incidence between children and adolescents: A brief communication. *J Affect Disord.* 2015;172:171-4.

Rosa AR, González-Ortega I, González-Pinto A, Echeburúa E, Comes M, Martínez-Arán A, et al. One-year psychosocial functioning in patients in the early vs. late stage of bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125(4):335-41.

Rosa AR, Mercadé C, Sánchez-Moreno J, Solé B, Mar Bonnín CD, Torrent C, et al. Validity and reliability of a rating scale on subjective cognitive deficits in bipolar disorder (COBRA). *J Affect Disord.* 2013;150(1):29-36.

Rosa AR, Reinares M, Michalak EE, Bonnín CM, Solé B, Franco C, et al. Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Value Health.* 2010;13(8):984-8.

Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2007;3:5.

Roux P, Raust A, Cannavo AS, Aubin V, Aouizerate B, Azorin JM, et al. Cognitive profiles in euthymic patients with bipolar disorders: results from the FACE-BD cohort. *Bipolar Disord.* 2017;19(2):146-53.

Ryan KA, Assari S, Angers K, Marshall DF, Hinrichs K, Easter R, et al. Equivalent linear change in cognition between individuals with bipolar disorder and healthy controls over 5 years. *Bipolar Disord.* 2017;19(8):689-97.

Sahakian BJ, Morris RG, Evenden JL, Heald A, Levy R, Philpot M, et al. A comparative study of visuospatial memory and learning in Alzheimer-type dementia and Parkinson's disease. *Brain.* 1988;111 (Pt 3):695-718.

Salcedo S, Gold AK, Sheikh S, Marcus PH, Nierenberg AA, Deckersbach T, et al. Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. *J Affect Disord.* 2016;201:203-14.

Samamé C. Social cognition throughout the three phases of bipolar disorder: a state-of-the-art overview. *Psychiatry Res.* 2013;210(3):1275-86.

Samamé C, Martino DJ, Strejilevich SA. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125(4):266-80.

Scott J. Psychotherapy for bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 1995;167(5):581-8.

Scott J, Paykel E, Morriss R, Bentall R, Kinderman P, Johnson T, et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2006;188:313-20.

Seidel EM, Habel U, Finkelmeyer A, Hasmann A, Dobmeier M, Derntl B. Risk or resilience? Empathic abilities in patients with bipolar disorders and their first-degree relatives. *J Psychiatr Res.* 2012;46(3):382-8.

Strawbridge R, Fish J, Halari R, Hodsoll J, Reeder C, Macritchie K, et al. The Cognitive Remediation in Bipolar (CRiB) pilot study: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2016;17:371.

Suominen K, Salminen E, Lähteenmäki S, Tupala T, Isometsä E. Validity and reliability of the Finnish version of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2015;3:10.

Swartz HA, Swanson J. Psychotherapy for Bipolar Disorder in Adults: A Review of the Evidence. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2014;12(3):251-66.

Sylvia LG, Shelton RC, Kemp DE, Bernstein EE, Friedman ES, Brody BD, et al. Medical burden in bipolar disorder: findings from the Clinical and Health Outcomes Initiative in Comparative Effectiveness for Bipolar Disorder study (Bipolar CHOICE). *Bipolar Disord.* 2015;17(2):212-23.

Szentagotai A, David D. The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(1):66-72.

Thompson JM, Gallagher P, Hughes JH, Watson S, Gray JM, Ferrier IN, et al. Neurocognitive impairment in euthymic patients with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry.* 2005;186:32-40.

Tohen M, Hennen J, Zarate CM, Baldessarini RJ, Strakowski SM, Stoll AL, et al. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry.* 2000;157(2):220-8.

Torrent C, Bonnin CeM, Martínez-Arán A, Valle J, Amann BL, González-Pinto A, et al. Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. *Am J Psychiatry*. 2013;170(8):852-9.

Tse S, Chan S, Ng KL, Yatham LN. Meta-analysis of predictors of favorable employment outcomes among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2014;16(3):217-29.

Van Gent EM, Zwart FM. Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. *J Affect Disord*. 1991;21(1):15-8.

Van Rheenen TE, Lewandowski KE, Tan EJ, Ospina LH, Ongur D, Neill E, et al. Characterizing cognitive heterogeneity on the schizophrenia-bipolar disorder spectrum. *Psychol Med*. 2017;47(10):1848-64.

Vasconcelos-Moreno MP, Bücken J, Bürke KP, Czepielewski L, Santos BT, Fijlman A, et al. Cognitive performance and psychosocial functioning in patients with bipolar disorder, unaffected siblings, and healthy controls. *Rev Bras Psiquiatr*. 2016;38(4):275-80.

Vázquez GH, Kapczinski F, Magalhaes PV, Córdoba R, Lopez Jaramillo C, Rosa AR, et al. Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2011;130(1-2):323-7.

Veeh J, Kopf J, Kittel-Schneider S, Deckert J, Reif A. Cognitive remediation for bipolar patients with objective cognitive impairment: a naturalistic study. *Int J Bipolar Disord*. 2017;5(1):8.

Vieta E, Torrent C, Martínez-Arán A. Functional remediation for bipolar disorder. Cambridge: Cambridge University Press, 2014.

Vlad M, Raucher-Chéné D, Henry A, Kaladjian A. Functional outcome and social cognition in bipolar disorder: Is there a connection? *Eur Psychiatry*. 2018;52:116-25.

Vöhringer PA, Barroilhet SA, Amerio A, Reale ML, Alvear K, Vergne D, et al. Cognitive impairment in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2013;4:87.

Volker R, Müller, DR, Brenner, HD, Spaulding, WD. Integrated Psychological Therapy (IPT). Göttingen, Germany: Hogrefe Publishing, 2010.

Wadeson HS, Fitzgerald RG. Marital relationship in manic-depressive illness. *J Nerv Ment Dis*. 1971;153(3):180-96.

Wallace CJ, Boone SE. Cognitive factors in the social skills of schizophrenic patients: implications for treatment. *Nebr Symp Motiv*. 1984;31:283-318.

Wigman JT, van Os J, Abidi L, Huibers MJ, Roelofs J, Arntz A, et al. Subclinical psychotic experiences and bipolar spectrum features in depression: association with outcome of psychotherapy. *Psychol Med*. 2014;44(2):325-36.

Williams JM. Cognitive-behaviour therapy for depression: problems and perspectives. *Br J Psychiatry*. 1984;145:254-62.

Wilson DC. Group psychotherapy and manic-depressive psychoses. *Am J Psychiatry*. 1954;110(12):911-5.

Wingo AP, Baldessarini RJ, Holtzheimer PE, Harvey PD. Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients. *Bipolar Disord*. 2010;12(3):319-26.

Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord*. 2013;15(1):1-44.

Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018;20(2):97-170.

Ye BY, Jiang ZY, Li X, Cao B, Cao LP, Lin Y, et al. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;70(8):351-61.

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978;133:429-35.

Zarate CA, Tohen M, Land M, Cavanagh S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatr Q*. 2000;71(4):309-29.

10 ANEXOS

ANEXO I: Protocolo de Sessões RCC

PROMAN – Programa de Transtorno Bipolar

PROJETO: INTERVENÇÃO COMBINADA DE
TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E
REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA EM GRUPO
PARA PORTADORES DE TRANSTORNO DO HUMOR
BIPOLAR

Manual do Paciente

Bernardo Carramão Gomes

Cristiana Castanho de Almeida Rocca

2014

Informações Iniciais:

Você aceitou participar de um projeto de pesquisa **de uma intervenção combinada de psicoterapia aliada à reabilitação cognitiva** para o transtorno bipolar. Ao longo de todo processo sua participação será muito importante para o sucesso desta **intervenção**. A seguir são apresentadas algumas informações importantes para o andamento deste **protocolo**. Esperamos que ele seja bastante proveitoso para você. Bem vindo!

1. **Horário das Reuniões:** As reuniões dos grupos de serão realizadas SEMPRE no mesmo horário (**anote**, por favor) às _____ - _____, das ____: ____ às ____: ____.
2. **Número de Sessões:** Será realizado um total de 12 sessões semanais, com duração aproximada de **90** minutos.
3. **Escalas de Avaliação:** Este é um protocolo de pesquisa que está em desenvolvimento. Por isso, a fim de avaliar o tratamento, serão realizadas avaliações através do uso de escalas e entrevistas. Estas avaliações serão semelhantes às aquelas realizadas antes do início do tratamento em grupo. Elas ocorrerão fora do horário das sessões, **após três, seis e doze meses do início da terapia**. Lembre-se que não é você que está sendo avaliado, e sim o tratamento, por isso é fundamental comparecer às sessões de aplicação de escalas. Além disso, por favor, **procure não informar ao avaliador** qual o tipo de tratamento que você está recebendo. Isso pode dificultar a análise dos resultados obtidos.
4. **Ausências:** Cada uma das sessões deste protocolo trata-se de um tema diferente sobre o tratamento do Transtorno Bipolar. Por isso a sua presença em todas as sessões é muito importante. Caso precise faltar, procure avisar com antecedência a equipe através do telefone (Proman: 2661-7928). Pessoas com mais de **4** faltas terão de ser desligadas do grupo. Procure respeitar o horário agendado, mas não deixe de comparecer se estiver atrasado. Caso precise contatar a equipe utilize o número acima.
5. **Tipo de tratamento:** Estamos interessados em avaliar duas formas distintas de tratamento psicoterápico: a psicoeducação e uma forma de intervenção combinada, ambas desenvolvidas para o formato de grupo. Você foi selecionado de forma aleatória para participar dos grupos de _____. Qualquer dúvida sobre esse tema poderá ser esclarecida com seus terapeutas, mas de todo modo essas duas formas de psicoterapia são um complemento ao tratamento farmacológico que você já recebe, ou seja, não substituem a medicação prescrita pro seu médico.

6. **Manual de Terapia:** Não se esqueça de trazer seu manual de terapia em todas as sessões. Nele estão contidos exercícios e textos que serão trabalhados ao longo das sessões. Após o fim do tratamento este material será seu, portanto procure mantê-lo da melhor forma possível. Ele poderá servir como um futuro material de consulta.

Introdução:

O transtorno bipolar (TB) vem sendo cada vez mais estudado nos últimos anos. A psicoterapia dedicada especificamente para este transtorno foi sem dúvida uma das áreas de maior crescimento nesse período. Atualmente sabe-se, por exemplo, que algumas formas de psicoterapia quando combinadas ao uso de medicação apropriada ajudam as pessoas com o transtorno a permanecer mais tempo sem recaídas de humor e a se recuperarem mais rapidamente destes. A pesquisa nessa área vem trazendo novas perguntas que precisam ser respondidas tais como:

- Como formas de psicoterapia podem ajudar a grupos de pessoas específicos com TB?
- Como características das pessoas afetam o resultado do tratamento?
- Qual o efeito da psicoterapia na recuperação ampla dessas pessoas (autonomia, emprego etc.)?

Para responder a essas e muitas outras perguntas pesquisas como esta têm sido conduzidas especialmente envolvendo duas formas de psicoterapia de grupo: psicoeducação e terapia cognitivo-comportamental. A terapia em formato de grupo apresenta algumas vantagens sobre a terapia individual já que:

- ❖ Pode criar um clima colaborativo entre os membros do grupo o que favorece uma maior aceitação do transtorno, aumentando a adesão ao tratamento.
- ❖ Favorece a troca de estratégias pessoais entre os membros do grupo. Cada pessoa se adapta de forma diferente ao Transtorno Bipolar e a troca destas experiências pode ser benéfica para os demais membros.
- ❖ Facilita a aquisição de habilidades específicas. Como veremos alguns temas podem ser mais bem trabalhados em grupo, como o treino em assertividade e reconhecimento de emoções, por exemplo.

Por outro lado, quando realizamos terapia em grupo precisamos estar atentos a alguns detalhes, como, por exemplo, a questão do uso do tempo. Será solicitado que cada um dos membros fale na sua vez, e que isso seja respeitado por todos. Além disso, é pedido que todos tenham atenção à agenda das sessões, que foi construída dentro de uma ordem lógica. Cada uma das sessões abordará um tema específico sobre o transtorno bipolar, **e por isso, mais uma vez, é importante que os membros não falem a elas.** Com a intenção de aumentar a eficácia da terapia, será solicitado em todas as sessões que os membros do grupo realizem tarefas em casa. Estas tarefas envolverão, por exemplo, a leitura de algum texto ou o preenchimento de uma folha de registro. O objetivo destas tarefas é tornar

as habilidades e estratégias aprendidas no grupo em atividades de rotina, de modo a torná-las parte do seu dia a dia. Dessa forma será FUNDAMENTAL tentar realizar as tarefas pedidas para a próxima sessão. Não se preocupe em fazê-las com exatidão: o importante aqui é TENTAR fazer. Traga, por favor, as dúvidas em sua próxima sessão, na qual sempre haverá um espaço de tempo para esclarecê-las.

Esse protocolo foi formulado de uma maneira a que a pessoa possa iniciar sua participação em diferentes momentos do grupo, sem perder a qualidade de seu atendimento. Ela poderá iniciar em um dos três diferentes módulos, mas, de qualquer forma, passará por todos os módulos que são apresentados a seguir:

Módulo I: Atenção e Memória

- ✚ Sessão 1: Apresentação e entrega do material. Apresentação dos membros e terapeutas. Algumas informações iniciais sobre o a proposta de um protocolo integrado. Esclarecimento de dúvidas sobre o funcionamento do grupo e da terapia. Discussão sobre o que os membros esperam da terapia e sobre o que é esperado deles. Estabelecimento de tarefa para casa. Breve relaxamento.
- ✚ Sessão 2: Introdução ao modelo integrativo. Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas sobre a leitura para casa. Como organizar informações. Exercícios de Neuropsicologia e como adaptá-los ao dia-a-dia. Estabelecimento de tarefa. Breve exercício de relaxamento.
- ✚ Sessão 3: Tratamento farmacológico. Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas sobre a leitura para casa. Grupos de medicação e adesão ao tratamento medicamentoso. Exercício de memória e como adaptar para o uso de medicação entre outras coisas. Estabelecimento de tarefa. Breve exercício de relaxamento.
- ✚ Sessão 4: Monitoria do Humor. Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas sobre a leitura para casa. Formas de monitorar o humor (gráfico do humor). Exercício de atenção e seu uso no dia a dia. Estabelecimento de tarefa. Breve exercício de relaxamento.

Módulo II: Cognição Social

- ✚ Sessão 5: Cognição – parte I. Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas sobre a leitura para casa. Distorções cognitivas comuns no TB e para cada um. Identificar pensamentos automáticos. Atenção e velocidade de pensamentos. Estabelecimento de tarefa. Breve exercício de relaxamento.

- ✚ Sessão 6: Cognição – parte II. Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas sobre a leitura para casa. Responder a pensamentos automáticos. Rastreamento de pensamentos automáticos. Uso do registro de pensamentos no dia-a-dia. Estabelecimento de tarefa. Breve exercício de relaxamento.
- ✚ Sessão 7: Comunicação – parte I. Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas sobre a leitura para casa. Expressões emocionais e cognição. Tarefa de reconhecimento de emoções e seu uso diário. Introdução à assertividade. Estabelecimento de tarefa. Breve exercício de relaxamento.
- ✚ Sessão 8: Comunicação – parte II. Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas sobre a leitura para casa. Discussão sobre assertividade e seu uso nos relacionamentos. Estabelecimento de tarefa. Breve exercício de relaxamento.

Módulo III: Resolvendo Problemas e Prevenindo Recaídas

- ✚ Sessão 9: Problemas – parte I. Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas sobre a leitura para casa. Problemas e cognição. Identificando problemas específicos. Função executiva, resolução de problemas e seu uso no dia-a-dia. Estabelecimento de tarefa. Breve exercício de relaxamento.
- ✚ Sessão 10: Problemas – Parte II. Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas sobre a leitura para casa. Desenvolvendo estratégias de solução de problemas e adaptação para uso no dia-a-dia. Estabelecimento de tarefa. Breve exercício de relaxamento.
- ✚ Sessão 11: Recaídas – Parte I. Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas sobre a leitura para casa. Colocando tudo junto. Sinais de recaída. Manejo de estresse e higiene de sono. Exercício de relaxamento profundo e seu uso. Acrônimo H.U.M.O.R. Estabelecimento de tarefa. Breve exercício de relaxamento.
- ✚ Sessão 12: Recaída – Parte II. Revisão da sessão anterior e esclarecimento de dúvidas sobre a leitura para casa. Como manejar recaídas. Construir cartão de enfretamento para recaída. Despedida e encerramento.

Como se pode ver há muito trabalho pela frente! Por isso é de fundamental importância que não apenas você participe das sessões como também leia e faça os exercícios propostos entre elas. Este é o melhor meio de termos certeza que este manual será útil para você. Mas antes de avançarmos seria muito interessante que você definisse quais são as suas metas com estes encontros. Procure fazer uma lista de suas metas que discutiremos ao longo das sessões.

Minhas metas com a terapia:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Nota: Não se esqueça de voltar a estas quando a terapia terminar!

Sessão 1:**Agenda:**

- ✓ Apresentação do projeto de pesquisa, dos terapeutas e dos participantes;
- ✓ Definição de regras de participação no grupo (contrato psicológico) e do tempo de duração da terapia
- ✓ Dinâmica de grupo de apresentação
- ✓ Entrega do material e breve descrição das sessões
- ✓ Discussão de metas de terapia
- ✓ Tarefa de Casa: Leitura de Texto inicial: “Porque um protocolo combinado”
- ✓ Exercício de relaxamento respiratório

Apresentação do Projeto:

Na primeira sessão é feita a apresentação dos participantes do grupo, o que inclui nome, profissão, idade, tempo em que apresenta TB e um breve histórico de tratamentos anteriores. A seguir são apresentados os terapeutas e o projeto de pesquisa com uma breve explanação da ordem das sessões. São definidas então as regras de participação do grupo, tais como, respeito à vez do outro e confidencialidade do que for discutido. São distribuídos os manuais de terapia e brevemente explicado a sequência de sessões e a duração do grupo.

Duração do Grupo e Sessões:

O grupo se reunirá um total de 12 vezes, uma vez por semana. Assim, a terapia terá duração de aproximadamente três meses. Em caso de feriados ou eventuais imprevistos, este tempo poderá ser alterado, sem modificar o número de sessões. As sessões em grupo terão duração de 120 minutos cada.

Breve explicação da sequência de sessões:

Os terapeutas em seguida explicam a sequência de sessões. Este protocolo em grupo foi organizado visando atender a áreas importantes da vida diária de pessoas com TB. No primeiro módulo são discutidas formas de ampliar a memória e a atenção com a intenção mesmo de aumentar o aproveitamento da terapia como um todo. Além disso, serão discutidos pontos importantes sobre o uso de medicação e monitoria do humor, fundamentais para o tratamento. Em seguida as sessões são centradas em desenvolver habilidades de comunicação verbal e não-verbal. Por fim, nas quatro últimas sessões iremos abordar formas de resolver problemas e prevenir recaídas futuras. Durante todas as sessões haverá espaço para o esclarecimento de dúvidas.

Dinâmica de Apresentação:

A pessoa fala o nome e atribui um objeto à primeira letra do nome passando uma bexiga colorida. Depois reverte perguntando aos demais o nome e o objeto de cada um.

Materiais: Uma bexiga colorida

Duração: 20 minutos

Tarefas de Casa:

- 1- Ler atentamente o texto: “Porque um Protocolo Combinado”
- 2- Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia
- 3- Caso não tenha feito, estabelecer metas pessoais com a terapia

Avaliação da sessão:

Ao término deste e dos demais encontros algum tempo será dedicado à avaliação da sessão daquele dia. Em uma breve discussão de cinco a dez minutos, os participantes colocam que pontos mais lhe chamaram atenção, o que eles acreditam que poderia ser modificado e o que pode vir a ser útil para eles. É importante se ater ao tempo aqui, de modo a não se estender à duração da sessão. Esta será uma tarefa rotineira que fará parte de nossa agenda de sessões futuras. Após o término desta atividade a sessão será encerrada.

Texto 1: Porque um Protocolo Combinado

O Acúmulo de conhecimento vem acarretando mudanças no tratamento do transtorno bipolar (TB). Atualmente sabemos, por exemplo, que mais da metade das pessoas com TB apresentam um novo episódio de humor após um período de dois anos, mesmo estando corretamente medicadas. As diferentes formas de psicoterapia desenvolvidas para tratar o TB focam, entre outras coisas, aumentar o período sem episódios, chamado de **remissão**. Apesar de alguns estudos com psicoterapia demonstrarem resultados animadores, ainda não se sabe como ela atua, e nem quem será beneficiado. Além disso, parece que algumas pessoas não melhoram mesmo quando usam medicação e fazem psicoterapia e, infelizmente, sabemos ainda menos sobre estes casos. Por fim outro ramo de pesquisa vem apontando que pessoas com TB muitas vezes podem ficar bem clinicamente, ou seja, estáveis e sem episódios de humor, mas continuar a ter problemas em sua vida afetiva e profissional. São comuns as separações e divórcios, assim como, as demissões e subempregos entre estas pessoas. Por conta de todos estes fatores novas abordagens têm sido testadas visando não só ajudar as pessoas a lidar com a sintomatologia do TB, mas também melhorar sua autonomia e qualidade de vida.

Neste sentido, dentre as novas abordagens, a **reabilitação cognitiva** é um tipo de intervenção que pode auxiliar o paciente a lidar com alterações cognitivas, a partir da estimulação de funções deficitárias e pelo aprendizado de estratégias que possibilitam minimizar a interferência desta dificuldade na vida prática.

É muito bem descrito na literatura científica que pacientes com TB apresentam alterações cognitivas bem delimitadas durante os episódios depressivos ou maníacos, mas estas também podem ocorrer no período de **eutímia**. Tais déficits são mais evidentes durante o episódio misto ou maníaco, provavelmente pelo aumento na dosagem da medicação e a necessidade de intervenção imediata. Pacientes crônicos ou que tenham apresentado muitos episódios e internações também exibem prejuízos cognitivos mais graves do que pacientes mais jovens ou que estão em remissão do quadro. Além disto, sintomas psicóticos são descritos como tendo significativo impacto na cognição. Desta forma, entende-se que os déficits neuropsicológicos também contribuem para as dificuldades psicossociais, mesmo após a remissão dos sintomas.

O mapeamento destes déficits é feito por meio de testes em um processo denominado como **avaliação neuropsicológica**. A Neuropsicologia é uma ciência interdisciplinar destinada a compreender a expressão comportamental das disfunções cerebrais, investigando tanto a estrutura psicológica da atividade mental como o papel desempenhado por sistemas cerebrais individuais em formas complexas desta atividade. A avaliação neuropsicológica permite, pela mensuração dos resultados nos testes e pela análise qualitativa do desempenho do paciente, associar os prejuízos observados no funcionamento cognitivo com possíveis disfunções cerebrais.

Após o mapeamento das funções cognitivas que estão preservadas e daquelas que se encontram fragilizadas, um treino programado pode ser

delimitado, em uma intervenção geralmente denominada por reabilitação cognitiva ou reabilitação cognitiva.

Um desafio comum apontado por diversos pesquisadores é como traduzir as estratégias desenvolvidas em um treino de reabilitação cognitiva para o dia-a-dia das pessoas. Em outras palavras: como continuar a manter àquelas funções cognitivas ativas depois do fim do treinamento? Isso é de fundamental importância já que é extremamente desejável que o indivíduo consiga manter os ganhos de uma reabilitação de forma a lidar melhor com as dificuldades nos relacionamentos e no trabalho, por exemplo. Pensando nisso estamos desenvolvendo este protocolo que combinará estratégias de reabilitação cognitiva com técnicas de **terapia cognitivo comportamental**.

A terapia cognitivo comportamental é uma das formas de terapia mais vastamente estudadas em psiquiatria. Ela se caracteriza por ser uma abordagem breve, estruturada e direcionada a objetivos específicos. Seu intuito é sempre tornar a pessoa seu próprio terapeuta através da aprendizagem de técnicas que devem ser aplicadas durante e fora das sessões. As técnicas abordadas neste projeto terão como foco favorecer a aprendizagem das estratégias treinadas na reabilitação cognitiva, traduzindo-as para seu dia-a-dia. Esta é a razão principal de chamarmos esta pesquisa de protocolo combinado!

Tarefa adicional:

Talvez você tenha notado que algumas palavras do texto 1 estão marcadas em negrito. Após ler o texto com atenção você saberia dizer quantas e quais são? Você entendeu o significado de todas elas? Conseguiria explicar para algum amigo seu do que se trata esse texto? Anote abaixo suas respostas e caso precise retorne ao texto!

Sessão 2:**Agenda:**

- ✓ Revisão da semana e da tarefa para casa
- ✓ Introdução ao modelo Integrativo
- ✓ Conceituando atenção
- ✓ Exercício para treino de atenção
- ✓ Adaptação para o dia-a-dia
- ✓ Breve relaxamento (braços e punhos)

Revisão da Sessão Anterior:

Os terapeutas abrem a sessão perguntando sobre dúvidas que possam ter ocorrido sobre a terapia e sobre o texto durante a semana. Como é a primeira vez em que serão esclarecidas tais dúvidas, um tempo maior é dedicado a esta atividade. A seguir se iniciará a discussão sobre os tópicos desta semana.

Introdução ao modelo integrativo:

Como apresentado no texto para casa a proposta desse projeto é avaliar se uma combinação de reabilitação cognitiva e terapia cognitivo comportamental ajudam pessoas com TB a lidarem com problemas do dia-a-dia. Nesta sessão retomaremos esse ponto e faremos exercícios que ajudem a trabalhar a atenção. Ao fim falaremos de como traduzir esses exercícios para a vida prática.

Texto 2: Atenção

A atenção é uma função neuropsicológica básica, que está presente em praticamente todas as ações e processos mentais humanos, sendo considerada como um aspecto importante da cognição (processo de conhecimento sobre o ambiente e sobre a própria pessoa).

Podemos pensar metaforicamente que a atenção é a “*porta de entrada*” para qualquer outro processo cognitivo, ou seja, para memorizar alguma informação, seja esta auditiva ou visual, precisamos primeiro prestar atenção no que estão nos falando ou nos mostrando. Para resolvermos um problema, novamente precisamos primeiro prestar atenção nos dados que compõem este problema, porque tomar decisões sem antes atentar para todas as informações necessárias em termos de compreensão de uma situação é um convite para conflitos futuros. Chamamos isto de decisão impulsiva, ou seja, a pessoa age sem pensar, age sem analisar todos os fatos disponíveis.

Nossa atenção se volta para o ambiente externo e pode também se voltar para o ambiente interno, quando prestamos atenção nas nossas emoções. Quando uma pessoa está passando por uma situação muito triste ou preocupante é comum que ela pareça distraída ao que está acontecendo no ambiente externo, porque sua atenção está completamente voltada para os pensamentos e sentimentos relacionados com o problema. Denominamos este direcionamento da atenção como foco atencional.

Entretanto, manter o foco atencional só é fácil quando estamos muito mobilizados pela situação ou motivados para uma tarefa. Não é raro perdemos o foco atencional e ficamos distraídos por outras coisas. Quem nunca experimentou a seguinte experiência: um amigo está falando com você (podemos pensar em filho, esposa, marido, professor, chefe), algo importante para ele, mas você perde um pedaço da informação assim que vê um anúncio na televisão que o interessa.

Constantemente somos “bombardeados” por estímulos distratores e nos esforçamos, na maioria das vezes para resistir a estas.

Bom, então vamos entender o seguinte:

Para prestar atenção em algo precisamos primeiro estar vigilantes, acordados. Pois é, acordados, claro! Este processo recebe o nome de vigilância, ou seja, se estivermos sonolentos ou muito doentes, nossa capacidade de vigilância ficará comprometida e nesta situação não conseguiremos prestar atenção em praticamente nada.

A vigilância ou estado de alerta é a capacidade que permite manter a atividade atencional por um determinado período de tempo, a fim de detectar um estímulo-alvo que seja de interesse. A esta capacidade de dirigir a atenção chamamos de direcionalidade atencional. Em seguida, para focalizarmos o que queremos e selecionarmos a informação essencial para entender ou agir naquela situação, entra em ação a nossa capacidade de seletividade atencional ou atenção seletiva.

Vamos pensar no seguinte exemplo, você está aguardando para entrar em uma entrevista e na sala de espera está tocando música ambiente e a secretária do local, se encontra em frente ao computador e bem entretida com o trabalho dela. Em um dado momento, entra um funcionário e comenta com ela, em tom baixo de voz, algo sobre a vaga em questão. Aquela vaga que você está pleiteando! Certamente, você fará um esforço para ouvir apenas as informações que ele está falando, deixando o som da música ambiente completamente de fora de seu foco.

Bom, então até agora vimos que para prestar a atenção em algo precisamos estar em alerta (vigilantes), para dirigirmos nossa atenção para o que preciso e a partir daí poder selecionar o que queremos.

Com a informação selecionada, precisamos agora manter o foco atencional em uma determinada tarefa ou atividade durante um período de tempo determinado, resistindo à fadiga e a condições de distratibilidade. Chamamos esta função atencional de atenção sustentada.

Olha só, temos certeza de que você tinha a idéia de que atenção seria um processo único, já que a todo o momento estamos ouvindo as frases: “Preste atenção!”, ou “Atenção, por favor!”, ou ainda “Será necessária sua atenção para...”.

Além de dirigirmos e selecionarmos a informação que queremos ou precisamos, há momentos em que enquanto estamos fazendo algo, paramos, para também fazer outra atividade e, logo depois retomar aquela que deixamos de lado. Complicado? Vamos ver! Imagine a seguinte cena: Você está conversando com a vizinha, seu filho chega e lhe dá um recado, você ouve e depois retoma a conversa com a vizinha do ponto que parou. Ao terminar a conversa você vai atender o recado do seu filho.

Esta capacidade de alternar o foco atencional, sem perder a meta é nomeada de atenção alternada.

Mas há ainda momentos em que temos que realizar tarefas simultâneas, como por exemplo, quando você está falando no telefone e, ao mesmo tempo em que ouve a pessoa do outro lado, você atende a solicitação do seu filho e lhe aponta onde está a sua mochila escolar. A esta capacidade de dividir a atenção entre duas tarefas chamamos de atenção dividida.

Agora fica fácil entender que a atenção não é um processo unitário, mas sim um sistema funcional multimodal, complexo e dinâmico. Uma destas funções pode estar mais fragilizada, enquanto outra pode estar eficiente. Há momentos em que ficamos muito desatentos e esta condição pode decorrer do nosso estado emocional, de uma noite mal dormida ou por estarmos com fome, ou seja, reações fisiológicas nos deixam desatentos para o que vem de fora.

Em nossos encontros treinaremos, estimularemos e aprenderemos estratégias para melhorar nossa condição atencional.

Exercício Prático I – Atenção Visual

Duração Estimada: 30 minutos

Vamos iniciar nossa discussão com um velho jogo, o jogo dos sete erros. Como você talvez já saiba é importante se ater aos detalhes e reparar em quais são as diferenças entre as duas figuras apresentadas. Abaixo existem três pares de figuras assim para que você teste a sua atenção. Elas estão organizadas com graus diferentes de dificuldade. Tenha em mente que mais importante que acertar as sete diferenças é saber qual foi a **estratégia** utilizada. Esta é uma atividade que deverá ser feita em grupo durante a sessão 2. Boa sorte!

Exercício Prático II – Atenção Auditiva
Duração Estimada: 10 minutos

Agora treinaremos um pouco sua atenção auditiva. Leia antes as letras de músicas escolhidas para esta atividade e após a primeira leitura ouça música e complete com as partes que faltam. Você precisará prestar

bastante atenção para detectar a palavra ou frase correta. Se precisar ouça mais de uma vez a música.

Eu Quero Ser Pra Você
Paula Fernandes

<p>Eu quero ser pra _____ A alegria de uma _____ Clarão _____ o dia _____ a sacada Eu quero ser pra _____ A _____ o que te faz Te faz _____ todo dia Sabendo _____ Eu quero ser ao teu lado Encontro _____ O _____ de um beijo bom Eu quero ser sua paz a _____ capaz De fazer você _____ Eu quero ser pra _____ A lua _____ o sol Quero _____ todo dia Pra te fazer todo o meu amor Eu quero ser pra você Braços abertos a te _____ E a cada novo _____ teu Serei feliz por amar _____ Eu quero ser pra você A alegria de uma chegada Clarão _____ o dia _____ a sacada Eu quero ser pra você A _____ o que te faz Te faz _____ todo dia _____ que pode mais</p>	<p>Eu quero ser ao teu lado _____ inesperado O _____ de um beijo bom Eu quero ser sua paz a melodia capaz De fazer você dançar Eu quero ser pra você A lua _____ o sol Quero acordar todo dia Pra te fazer todo o meu amor Eu quero ser pra você _____ abertos a te envolver E a cada novo _____ teu Serei feliz por amar você Se eu vivo pra você Se eu _____ pra você Pra você Eu quero ser pra você _____ Quero acordar todo dia Pra te fazer _____ Eu quero ser pra você _____ E a cada novo sorriso teu Serei feliz por amar você Eu quero ser pra você Eu quero ser pra você Eu quero ser pra você Pra você</p>
---	---

Fico Assim Sem Você – Adriana Calcanhoto (Tarefa de Casa)

Avião sem asa, _____
Sou eu assim sem você
Futebol sem bola. _____
Sou eu assim sem você
Por que é _____ ?

_____ não tem fim
 Eu te quero _____
 Nem mil alto-falantes
 Vão poder _____
 _____ sem beijinho,
 Buchecha sem Claudinho
 Sou eu assim sem você
 _____, namoro sem amasso
 Sou eu assim sem você
 To louca pra te ver chegar
 To louca pra _____
 Deitar no teu abraço, _____
 Que falta _____
 Eu não existo longe de você
 E a solidão é _____
 Eu conto _____
 Mas o relógio tá de mal comigo, por quê?
 Neném sem chupeta, Romeu sem Julieta
 Sou eu assim sem você
 _____, queijo sem goiabada
 Sou eu assim sem você
 Por que é que tem que ser assim?
 _____ não tem fim
 Eu te _____
 Nem mil alto-falantes Vão poder falar por mim

Você Não Me Ensinou A Te Esquecer - Caetano Veloso (Tarefa de Casa)

Não vejo mais você faz tanto _____
 Que _____ que eu sinto
 De olhar em seus olhos, ganhar seus _____
 É verdade, eu não minto

 E nesse _____ em que me vejo
 Já cheguei _____
 De me _____ diversas vezes por você
 Só pra ver se te _____

 Você bem que podia _____
 E só mais uma vez me aceitar
 _____ agora vou fazer por onde nunca mais perdê-la

 Agora, que faço eu da vida sem você?
 Você não me ensinou _____
 Você só me ensinou _____
 E te querendo eu vou tentando te encontrar
 Vou me perdendo
 _____ em outros braços seus abraços
 Perdido no vazio de outros passos
 Do _____ em que você se retirou
 E me atirou e me deixou aqui _____

_____, que faço eu da vida sem você?
 _____ ensinou a te esquecer
 _____ ensinou a te querer
 e te querendo eu vou tentando me encontrar

E nesse desespero em que me vejo
 já cheguei a tal ponto
 de me trocar _____ por você
 só pra ver se te encontro

Você bem que podia perdoar
 E só mais uma vez me aceitar
 Prometo agora vou fazer por onde _____

Agora, _____?
 Você não me ensinou a te esquecer
 Você só _____
 E te querendo eu vou tentando te encontrar
 Vou me perdendo
 _____ braços seus abraços
 _____ de outros passos
 Do abismo em que você se retirou
 E me atirou e me deixou aqui sozinho

Agora, que faço eu da vida sem você?
 Você não me ensinou a te esquecer
 Você só me ensinou a te querer
 e te querendo eu vou tentando te encontrar
 Vou me perdendo
 Buscando em outros braços seus abraços
 Perdido no vazio de outros passos
 Do abismo em que você se retirou
 E me atirou e me deixou aqui sozinho

Agora, que faço eu da vida sem você?
 Você não me ensinou a te esquecer
 Você só me ensinou a te querer
 E te querendo eu vou tentando me encontrar

Vide, Vida Marvada – Rolando Boldrin

Corre um _____ aqui donde eu moro
 Que as mágoa que eu _____ são mal ponteadas
 Que no capim _____ do meu boi
 A baba sempre foi santa e _____
 Diz que eu rumino desde _____
 Fraco e _____ a ração da estrada
 Vou _____ o mundo e _____
 E assim vou tocando essa vida marvada

É que a viola fala alto no meu _____
 E toda moda é um _____ pros meus _____
 É que a viola fala alto no meu peito, mano
 E toda mágoa é um _____ fora desse plano
 Pra todo aquele que só fala que _____
 Chega lá em casa pruma _____
 Que no verso e no _____ da vida inteirinha
 Há de encontrar-me no cateretê

Tem um _____ dito como certo
 Que _____ não espanta a _____
 E quem refuga o mundo _____
 Passará _____ essa vida marvada
 Cumpadi meu que inveieceu cantando
 Diz que _____ dá pra ser feliz
 Por isso eu vagueio ponteando
 E assim procurando minha _____

Tarefas de Casa:

1. Leitura texto 2: “Atenção”
2. Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia
3. Praticar exercício para atenção

Sessão 3:

Agenda:

- ✓ Revisão da semana e da tarefa para casa
- ✓ Tratamento farmacológico e adesão
- ✓ Criando pistas para memória
- ✓ Adaptando para o dia-a-dia
- ✓ Breve relaxamento (respiratório)

Objetivos da sessão:

Nesta sessão abordaremos o tratamento farmacológico indicado a pessoas com TB bem como a distância entre a prescrição médica e o que cada paciente na realidade toma, chamada de adesão ao tratamento. Diversas razões impactam nessa distância, entre elas a dificuldade de administrar vários medicamentos em diferentes horários. Ao término da

sessão propomos algumas formas de facilitar essa administração no seu cotidiano.

Adesão ao tratamento:

É bem provável que a maior parte das pessoas não aprecie a ideia de ter de tomar medicamentos diariamente, principalmente se elas estão se sentindo bem! Além disso, diferentemente de outras medicações de ação rápida, como um remédio para dor de cabeça, a resposta ao tratamento medicamentoso no TB pode demorar semanas. E, ainda que a pessoa se sinta melhor, pode ser que ela e seu médico ainda precisem se esforçar mais para encontrar uma dose efetiva para a manutenção do tratamento. Não é, portanto, tão estranho que muitas pessoas desistam de seu tratamento parcial ou totalmente de tempos em tempos.

Um estudo de 2013 revisou os principais fatores envolvidos com não adesão no TB que se encontram abaixo (Pompili et al. 2013):

- Idade jovem (abaixo dos 40 anos)
- Comorbidade com abuso de substâncias e transtornos de personalidade
- Crenças dos pacientes
- Pobre percepção sobre a doença
- Severidade da doença
- Efeitos colaterais relativos ao tratamento
- Características específicas da doença
- Pobre aliança terapêutica

Não se preocupe se você se identificar com uma ou mais de uma! Esses estudos avaliam um conjunto de dados na média, o que não quer dizer que todas as pessoas com estas características terão baixa adesão.

Por outro lado, sabemos hoje que as chances de se manter estável usando a medicação são muitas vezes maiores do que sem ela. Nenhum tratamento disponível hoje para o TB pode oferecer uma cura definitiva para novos episódios de humor. Por isso, a alternativa mais segura no momento envolve o uso continuado de medicações no TB. Talvez pudéssemos imaginar que a adesão é como um investimento em longo prazo na sua saúde, que muito provavelmente trará desafios para você.

Bom, lembrar de tomar medicação requer um bom uso da nossa memória!

A memória é uma atividade mental que permite o registro, a conservação e a evocação de dados de experiência e aprendizagem. A capacidade mnésica envolve as habilidades de:

- registro (recebimento de informações através das várias modalidades sensoriais; em grande parte, função da atenção) A aquisição da informação é também chamada de aprendizagem, porque, só se “grava” aquilo que foi aprendido;

- armazenamento (estocagem de novas informações por repetição ou pelo significado emocional) e
- evocação (recuperação das informações previamente aprendidas). As informações podem ser recebidas por via verbal, visuo-espacial, sensorial ou motora e podem ser armazenadas por curto (memória imediata) ou longo (memória tardia) período de tempo.

O uso de algumas estratégias pode colaborar com a memorização das informações, como por exemplo: fragmentar ou categorizar o material, formar imagens e associar um gesto físico a uma palavra. É possível ainda: criar histórias que se conectem a materiais a serem recordados, palavras sem sentido treinadas com um objeto a serem recordadas, ou ainda nomes ou rostos ligados a uma característica da pessoa.

Existem ainda algumas técnicas bem estruturadas, quais sejam:

- ✓ Técnica de estratégias compensatórias, a qual compreende o uso de apoios externos como gravadores, agendas, sinalizadores, cartazes
- ✓ Técnica de orientação de realidade, que é o treino sistemático de informações presentes e contínuas, amparadas por estímulos ambientais de orientação espacial e temporal.
- ✓ Técnica das reminiscências, a qual consiste em utilizar diversos materiais de contexto autobiográfico (fotos, músicas, roupas etc.), além das próprias histórias remotas que fazem parte do acervo mnemônico preservado do indivíduo.
- ✓ Mnemotécnica, que foi proposta como um aprimoramento dos recursos mnemônicos, ao aplicar uma associação ou combinação de informações mentais para serem recordadas em conjunto.

Texto 3: Tratamento Farmacológico do TB

Tratamento Farmacológico do TB

O lítio foi o primeiro medicamento comprovadamente eficaz para o tratamento do TB, sendo grande o número de evidências que apoiam o seu uso. A partir desta descoberta vem crescendo enormemente o número de opções para o tratamento farmacológico do TB. Este pode ser dividido em duas fases distintas chamadas respectivamente de **fase aguda e de profilaxia**. Na fase aguda a pessoa apresenta sintomas de humor em grande intensidade e quantidade o que requer muitas vezes uma maior intensidade de medicamentos. Já na fase de profilaxia os sintomas já são menos intensos e o objetivo principal é manter a estabilidade clínica da pessoa. O tipo e a dosagem da medicação dependerão sempre da fase do episódio que a pessoa apresenta. Assim, o tratamento farmacológico da fase aguda de depressão difere do tratamento profilático padrão, por exemplo. Além disso, deve estar claro que a resposta ao tratamento sempre variará de

pessoa para pessoa e que são necessárias tentativas no início de um tratamento farmacológico já que não é possível prever a resposta e os efeitos colaterais que cada paciente vai apresentar. Veja na tabela abaixo os principais medicamentos empregados no tratamento do TB e seus efeitos colaterais.

	Medicação	Miligramas	Quando são usados	Efeitos colaterais principais
Estabilizadores do humor	Lítio Lítio CR	300 mg 450 mg	Em todas as fases do TB	Ataxia, tremor, perda de memória, diarreia, enjôo, ganho de peso, acne, perda de cabelo, aumento da frequência urinária e da ingestão de líquidos, hipotireoidismo <u>Intoxicação:</u> tontura, ataxia, visão borrada, diarreia, vômitos tremor importante
	Ácido valproico	250 mg 500 mg	Em todas as fases do TB	Sedação, tremor, tontura, dor de cabeça, enjôo, vômito, dor abdominal, ganho de peso, constipação e perda de cabelo.
	Carbamazepina Oxcarbazepina	200 mg 300 mg	Em todas as fases do TB	Sedação, tontura, dor de cabeça, enjôo, quedas, alergia, confusão, enjôo, vômito, diarreia e baixa de leucócitos. (oxcarbazepina apresenta efeitos mais leves e infrequentes)
	Lamotrigina	25 mg 100 mg	Em todas as fases Coadjuvante em episódio depressivo	Alergia, sedação, visão borrada ou dupla, sedação ou insônia, dor de cabeça, dificuldade de coordenação, tremor, enjôo e dor abdominal
	Topiramato	25 mg 50 mg 100 mg	Em todas as fases como coadjuvante Perda de peso	Sedação fraqueza, tontura, formigamento, tremor, nistagmo, diminuição do apetite, perda de peso, perda de memória

	Medicação	Miligramas	Quando são usados	Efeitos colaterais principais
Antidepressivos	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (fluoxetina, sertralina, citalopran, paroxetina)	Todos 20 mg, exceto a sertralina com 50 mg	Episódios depressivos	Enjôos, fezes amolecidas, dor de cabeça, insônia, sonolência., disfunção sexual.
	Tricíclicos (amitriptilina, imipramina e clomipramina)	25 ou 75mg	Episódios depressivos (RARAMENTE)	Boca seca, visão turva, intestino “preso”, retenção urinária, taquicardia, hipotensão postural
	Inibidores da monoxidase (IMAOs) (parnate)	10 mg	Episódios depressivos	Crises hipertensivas, agitação, ansiedade, insônia, fraqueza, enjôo, diarreia, disfunção sexual, edema
	Venlafaxina	75 mg	Episódios depressivos	Dor de cabeça, nervoso, insônia, enjôo, diarreia, diminuição do apetite, aumento da pressão arterial, sudorese e disfunção sexual.
	Mirtazapina	30 mg	Episódios depressivos	Aumento do apetite, ganho de peso, sedação, sonhos anormais, tontura, confusão, boca seca, hipotensão, alteração da função urinária.
	Bupropiona	150 mg	Episódios depressivos	Enjôo, dor de cabeça, insônia, agitação, ansiedade e risco de convulsões.

	Medicação	Miligramas	Quando são usados	Efeitos colaterais principais
Ansiolíticos	Diazepam	10 mg	Coadjuvantes nas fases de depressão (insônia e ansiedade) e nas fases de mania (agitação)	Sedação, tontura, fraqueza, confusão, fala lenta, esquecimento, ataxia Dependência e tolerância
	Clonazepam	0.5 mg 2 mg	Coadjuvantes nas fases de depressão (insônia e ansiedade) e nas fases de mania (agitação)	Sedação, tontura, fraqueza, confusão, fala lenta, esquecimento, ataxia Dependência e tolerância
	Alprazolam	0.5 1 mg 2 mg	Coadjuvantes nas fases de depressão (insônia e ansiedade) e nas fases de mania (agitação)	Sedação, tontura, fraqueza, confusão, fala lenta, esquecimento, ataxia Dependência e tolerância
	Midazolam	15 mg	Insônia grave ou agitação psicomotora grave	Sedação, tontura, fraqueza, confusão, fala lenta, esquecimento, ataxia Dependência e tolerância
Antipsicóticos	Típicos: Haloperidol Stelazine Clorpromazina Levomepromazina	5 mg 5 mg 25 e 100mg 25 e 100mg	Coadjuvantes nas fases maníacas ou como adjuvantes em casos graves ou com sintomas psicóticos	Sintomas extrapiramidais (distonia aguda, parkinsonismo, acatisia, síndrome neuroléptica maligna) discinesia tardia, boca seca, intestino “preso”, visão borrada, hipotensão, galactorréia, ginecomastia, ganho de peso.
	Atípicos: Olanzapina Risperidona Quetiapina Clozapina Ziprasidona	5 e 10 mg 2 mg 25 e 100mg 25 e 100mg 40 e 80mg	Coadjuvantes nas fases maníacas ou como adjuvantes em casos graves, ou com sintomas psicóticos	Ganho de peso, sedação, colesterol e triglicéris alterados Hiperprolactinemia, acatisia, agitação, rinite Sedação, ganho de peso, catarata Convulsões, ganho de peso, sintomas obsessivos-compulsivos Dor de cabeça, alteração no ECG, tontura, sonolência.

O medicamento ideal deveria apresentar o máximo de eficácia e segurança com o mínimo de custo e efeitos colaterais. Porém, infelizmente esta medicação ainda não existe e devemos sempre considerar a probabilidade de a pessoa apresentar efeitos colaterais desagradáveis ao usar um medicamento. Com os medicamentos que são usados no tratamento do TB não é diferente, ou seja, em maior ou menor grau eles apresentam efeitos colaterais tais como ganho de peso, boca seca e tontura. Contudo, boa parte destes efeitos colaterais é reduzida com o tempo.

Seguir a medicação prescrita pelo seu médico não é uma tarefa das mais fáceis para muitas pessoas. No caso do TB, como ocorre em outras doenças que requerem tempo de tratamento, a própria motivação da pessoa em seguir a medicação prescrita oscila ao longo do tempo. Uma importante pesquisadora inglesa chamada Jan Scott cita três razões principais para explicar porque as pessoas que apresentam TB não tomam a medicação:

- a) **O regime de tratamento:** a primeira barreira teria relação com a falta de conhecimento sobre o tratamento, como ocorre, por exemplo, quando as pessoas não entendem (ou não aceitam) que precisam continuar a tomar a medicação mesmo depois do término dos sintomas. Outros problemas relacionados ao regime de medicação seriam um plano de tratamento muito complicado e os efeitos colaterais relacionados aos remédios.
- b) **Estilo de vida:** Esta diz respeito ao quanto a rotina de uma pessoa é organizada ou caótica. Uma pessoa com estilo de vida caótico poderia não desenvolver um padrão regular ao tomar remédios como parte de seu planejamento diário, ou considerar todo o processo como uma chateação. Tais pessoas precisam de “lembretes” sem os quais se esquecem de tomar a medicação.
- c) **Atitudes e crenças:** Muitas pessoas alegam não acreditar que a medicação vai realmente ajudar ou que esta é a melhor abordagem para o seu problema. Algumas acreditam que o perigo que envolve o seu transtorno do humor é menor que o seu tratamento. Em especial indivíduos com transtornos do humor relatam que não gostam de serem lembrados de seu problema diariamente, e de que não gostam da idéia de ter um medicamento que controla seu humor. Outros relatam que não aceitam qualquer tratamento prescrito, sempre preferindo tentar lidar com o seu problema sem medicação. Por fim, a autora destaca a importante influencia que parentes e amigos exercem na atitude da pessoa diante da medicação prescrita.

Nota: Podemos apontar ainda que prejuízos na atenção também estariam envolvidos na dificuldade de manter a medicação prescrita. E esta é a razão de trabalharmos esse tema em conjunto!

Na realidade as pessoas estão acostumadas a somente tomar medicação quando se sentem doentes, foram ensinadas a assim proceder. Além disso, culturalmente no Brasil estamos acostumados a não seguir a medicação prescrita e, o que é muito grave, a fazer alto-medicação. Como

falamos de uma doença crônica, não é prudente aplicar esta lógica principalmente porque sabemos que além das consequências em si de uma nova recorrência no quadro de TB ter graves resultados, recomeçar a medicação **não significa** voltar de onde se parou. Evidências apontam que a resposta ao tratamento farmacológico piora bastante quando a pessoa reinicia seu tratamento, demorando mais em se obter a resposta esperada, por exemplo.

Texto 4: Criando um Sistema de Memória

Provavelmente nos dias de hoje ativamos nossa memória de maneira muito mais intensa que há 100 anos. Pense na quantidade de números que uma pessoa precisaria decorar no início do século XX: provavelmente o do endereço em que ela mora (sem o apartamento, que eram raros), alguma identificação pessoal, sua data de nascimento, dos seus filhos e de seu cônjuge. De cinco talvez seis números, passamos a ter de gravar uma infinidade de senhas, telefones, identificações etc. Isso apenas para falar de números. Assim, dificilmente alguma pessoa hoje consegue guardar todos esses números precisando anotar em algum lugar para não esquecer. Apesar disso, muitas pessoas não têm registrado, em algum lugar, números importantes que precisam guardar. Caso esse seja seu caso, porque não começar agora?

Um sistema de memória não deve ser complicado nem difícil e precisaria funcionar como uma memória de reserva sua caso você precise. Temos em geral dois tipos de coisas a lembrar: àquelas diárias e as eventuais. No primeiro caso somos muitas vezes lembrados por pistas do meio em que estamos que precisamos fazer alguma coisa. Caso eu fique muito tempo sem comer meu corpo emitirá sinais de fome para que eu me alimente, o mesmo acontecendo com a sede. O mesmo, contudo não acontece com todas as coisas que tenho de fazer diariamente, como fazer exercício físico e tomar algum medicamento. Para estes casos podemos criar um sistema que nos ajude a lembrar de quando é a hora de realizar tais tarefas. O outro tipo de coisa de que preciso me lembrar dependerá de certas ocasiões esporádicas, como minha senha de banco, da qual só preciso quando vou pagar alguma coisa ou movimentar minha conta. Para estes casos um sistema de memória também pode ser criado para facilitar meu trabalho, de forma que eu possa consultar a informação de forma rápida e segura. Vejamos agora algumas ideias para criar um sistema de memória para ambos os casos.

Para lembranças *diárias* ajuda bastante a criação de uma **rotina**. Por exemplo, você nem sempre foi acostumado a escovar os seus dentes, mas com o tempo deve ter sido estimulado a realizar tal tarefa sempre **após as refeições**. Colocar tudo o que você precisa em uma bolsa que ande com você ajuda muito a manter esse hábito. Para a medicação seguem algumas ideias parecidas para você tentar pôr em prática:

- *Associar tomar medicamentos a horas específicas* – você pode colocar um relógio com despertador para te ajudar a lembrar, mas dependendo do regime de medicações serão necessários a criação de mais de um horário.

- *Programar o seu celular para lembrar você* – a maioria dos celulares de hoje vêm com algum tipo de organizador pessoal que pode ser programado para tocar em mais de um momento ao dia. Alguns podem ainda registrar mensagens com o nome e as doses de cada medicamento
- *Associar tomar medicamentos a hábitos bem estabelecidos* – Para muitas pessoas a rotina diária não segue a um horário definido, como um vendedor, por exemplo. Ainda assim, provavelmente ao longo do dia ele deverá manter alguns hábitos, como comer principalmente, mesmo que seja em horários variados. Caso esse seja o seu caso você pode tentar criar uma rotina de tomar medicação ligada a estes hábitos.

***Nota:** Muitas pessoas não gostam da palavra rotina, associando ela a algo previsível e controlador. Para elas ser livre muitas vezes significa não ter rotina, fazendo as coisas quando e se estão com vontade. Contudo, podemos entender que rotina é algo que fazemos sempre da mesma forma, continuamente, e não ter rotinas e adotar um padrão desregrado de vida é apenas mais uma rotina que nós criamos!*

Pensando agora no segundo grupo de coisas das quais precisamos nos lembrar, as **eventuais**, ou seja, coisas que são *finitas*, nossa abordagem deve ser diferente. Uma **lista de prioridades** pode ser mais útil. Para fazê-la inicialmente liste todas as coisas que você precisa fazer e que não são cotidianas, como por exemplo ir ao médico, lavar o carro, fazer a inscrição em algum curso etc. Avalie qual são aquelas coisas que possuem maior urgência, seguidas das que tem menor e daquelas que podem esperar um pouco para serem resolvidas. Em seguida escreva qual o prazo deve ser dado para cada uma destas coisas e, por fim, quando cada delas foi de fato realizada. Abaixo segue um modelo de lista preenchida e um em branco para você fazer.

Lista de Prioridades – EXEMPLO

	Tarefa	Data Limite	Data Completada
ALTA	Iniciar regime	25/10	23/10
	Me inscrever na academia	30/10	_____
	Agendar exame de sangue	21/10	28/10
	Procurar apartamento	31/10	_____
MÉDIA	Pagar multas de trânsito	12/11	15/11
	Consertar chuveiro	25/11	20/11
	Trocar lâmpada do abajur	28/11	15/10
BAIXA	Marcar tosa do cachorro	10/12	20/12
	Lavar o carro	12/12	_____
	Arrumar estantes	20/12	28/12

Agora é a sua vez! Note algumas coisas importantes:

1. Faça uma lista por vez: Evite fazer várias listas. Elas podem ser perdidas e ainda gerarem mais frustração para você
2. Retorne a lista uma vez ao dia. Acostume-se a olhar a lista, mesmo que não haja muitos avanços. Caso você tenha algum problema específico você pode precisar empregar outra abordagem, que será vista mais a frente.
3. Inicie na ordem. Procure terminar primeiro todas as tarefas de alta prioridade para só depois partir para as de menor prioridade.
4. Caso não consiga fazer uma das tarefas, não desista. É provável que no início você acabe deixando de conseguir completar algumas tarefas. Toda habilidade nova leva um tempo para se acostumar. Apenas marque quais ficaram incompletas para mais a frente voltar a elas.

Lista de Prioridades

Duração Estimada: 50 minutos

	Tarefa	Data Limite	Data Completada
ALTA			
MÉDIA			

BAIXA			

Tarefa de Casa:

- 1- Leitura texto 3 e 4
- 2- Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia
- 3- Prática de memória e lista de prioridades

Sessão 4:

Agenda

- ✓ Revisão da semana e da tarefa para casa
- ✓ Formas de monitorar o humor
- ✓ Gráfico do humor
- ✓ Adaptando para o dia-a-dia
- ✓ Tarefa culinária
- ✓ Breve relaxamento (panturrilhas e coxas)

[illegible]

[illegible]

Não há problema algum em serem feitos assim, mas recentemente com a popularização dos telefones celulares é possível monitorar o humor por meio de aplicativos como o “eMoods” (ref). Para nosso projeto optaremos por usar o eMoods em sua versão em português disponível na plataforma Android e que será apresentado em sessão. Caso seja preferível por você usar o modelo acima, também forneceremos folhas para isso. Na sessão também demonstramos como usar o gráfico.

→ **Como baixar “eMoods”:** Abrir ícone playstore no Android e digitar “emoods” e optar entre a opção paga e a gratuita. Deixar o programa ser instalado no celular.

Uma tarefa deliciosa!

Usamos nossa atenção e memória para diversas finalidades, incluindo uma bastante trivial mas nem por isso pouco importante: cozinhar! Para muitos somente falar de comida já desperta a salivação, para outros nem tanto. Contudo, todos precisamos comer e cozinhar a própria comida pode ser uma forma de comer melhor e mais barato. Além disso, gerenciar o que se come também pode ajudar na sua autonomia e independência. Também precisamos manter a atenção quando cozinhamos já que ninguém quer comer um bife de sola ou um arroz queimado! Cozinhar é, portanto, um treino de atenção que envolve *planejamento*. Que tal tentar?

Começaremos com uma receita simples de omelete. Na maioria das vezes temos tudo o que precisamos para fazê-la: ovos, um pouco de queijo etc. Antes de começar, contudo, confira a lista de ingredientes que segue abaixo: Lembre-se que para a receita sair direito são necessários todos os ingredientes! Procure não fazer nenhuma alteração nesse momento. Solicitaremos que você também siga a ordem estabelecida, mesmo que já tenha experiência na cozinha.

Receita 1: Omelete Francesa

Ingredientes

- 2 ovos
- 2 colheres (sopa) de leite
- Sal à gosto
- 1 colher (sopa) de manteiga
- 1/4 xícara (chá) de queijo ralado

Modo de preparo

- Em uma tigela média bata ligeiramente os ovos.
- Junte o leite e sal à gosto.

- Misture.
- Coloque a manteiga ou margarina em uma frigideira anti aderente.
- Leve ao fogo brando para derreter.
- Despeje a mistura de ovos preparada na frigideira.
- Conforme as bordas da omelete começarem a engrossar, empurre, com uma espátula ou garfo, as partes cozidas para o centro (para assim deixar que a parte crua vá para o fundo da frigideira).
- Agite e incline a frigideira para ajudar o fluxo dos ovos crus.
- Não mexa.
- Quando os ovos não escorrerem mais, mas a superfície ainda estiver úmida, aumente o fogo somente para dourar a parte de baixo.
- Polvilhe com o queijo ralado.
- Solte as bordas cuidadosamente.
- Dobre a omelete ao meio.
- Deixe escorregar para uma travessa

Rendimento: 1 porção

Fonte: Comida e Receitas - <http://www.comidaereceitas.com.br/ovos/omelete-francesa.html#ixzz3LQUY1x8m>

Agora iremos dificultar um pouco mais. Não só você precisará seguir os passos descritos e a receita como também pedimos que você ouça uma música de que você gosta bastante (vale cantar também!). Ao fazer isso você treinará mais ainda sua capacidade de dividir sua atenção em múltiplas tarefas: conduzir o prato e ouvir sua música. A atenção dividida, como vimos, é muito importante no dia-a-dia, embora seja difícil para muitas pessoas (além de irritante em alguns momentos).

Receita 2: Risoto Cremoso**Ingredientes:**

- ✓ 1 peito de frango grande picado
- ✓ 1 cebola/alho
- ✓ 3 cenouras
- ✓ 1 lata de ervilha
- ✓ 1 lata de milho
- ✓ 1 pimentão (pode ser meio verde e meio vermelho) pra ficar colorido

- ✓ 1 lata de creme de leite
- ✓ 1/2 lata de molho de tomate
- ✓ 1 pacote de queijo parmesão
- ✓ 4 xícaras de arroz
- ✓ Sal a gosto

Modo de Preparo:

1. Cozinhe o arroz em uma panela separadamente, como arroz branco
2. Pique o frango e doure com a cebola e alho, acrescente a ervilha, o milho, a cenoura picadinha e o pimentão
3. Após a carne já ter dado uma rosadinha acrescente o molho de tomate e meio copo de água, deixe ferver até todos os ingredientes estarem cozidos
4. Acrescente o creme de leite, misture bem e desligue
5. Pegue o arroz branco e vá acrescentando o molho em um refratário que possa ir no forno
6. Após ter misturado acrescente um pacote de queijo parmesão ralado, pode ser misturado ou só por cima
7. Leve ao forno por alguns minutos só pra secar um pouco o molho
8. Pronto, um bom acompanhamento é batata palha e uma salada de alface

Rendimento: 8 porções

Fonte: Tudo Gostoso - <http://www.tudogostoso.com.br/receita/11921-risoto-cremoso.html>

Nota: Caso nenhuma das receitas seja de seu agrado e você tenha acesso à internet vale a pena pesquisar alguma receita mais apetitosa! Apenas não se esqueça de planejar as etapas da receita antes de começar e de procurar seguir as instruções descritas.

Tarefas de Casa:

- 1- Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia
- 2- Praticar exercício para atenção
- 3- Escolher uma das duas receitas para cozinhar

Sessão 5:

- ✓ Revisão da sessão anterior
- ✓ Distorções cognitivas comuns
- ✓ Identificar pensamentos automáticos.
- ✓ Atenção e velocidade de pensamentos.
- ✓ Breve exercício de relaxamento.

Objetivos da Sessão:

A partir desta sessão abordaremos o tema “cognição social” que inclui diversos aspectos importantes: pensamentos que temos sobre nós e sobre os outros, formas de comunicação e o reconhecimento de expressões emocionais. Na sessão de hoje discutiremos o papel dos chamados pensamentos automáticos nas diversas fases do TB e no dia-a-dia de todas as pessoas. Por fim falamos de como reconhecer seus próprios pensamentos automáticos e seu impacto.

Texto 4: O que são pensamentos automáticos

Você já deve ter notado que pessoas diferentes reagem de forma muito distinta quando diante de uma mesma situação. Em uma festa com poucas pessoas conhecidas, por exemplo, alguns ficam à vontade e puxam papo livremente, enquanto outros não falam nada e ficam em um canto esperando que alguém faça contato. Uma parte do que acontece em situações assim pode ser atribuídas à forma como essas duas pessoas avaliam essa situação. Talvez a primeira encare a situação como uma oportunidade de conhecer novas pessoas e a segunda como uma situação apreensiva em que ela pode virar o foco das atenções e falar algo constrangedor. Veja no esquema abaixo o que pode ter acontecido:

A terapia cognitiva propõe que estas afirmativas que vem à nossa cabeça ocorrem de forma rápida, sem controle e, às vezes, sem nem sequer notarmos. Por isto estas afirmativas foram chamadas de **pensamentos automáticos**, como se fôssemos “programados” para pensar e sentir diante de algumas situações. Esta “programação” seria formada ao longo das experiências vividas, em especial nos primeiros anos de vida, quando aprendemos regras sobre nós mesmos, sobre os outros e sobre o mundo. Se, por um lado, estas aprendizagens são fundamentais para sabermos como guiar nosso comportamento nas mais diversas situações, por outro, algumas dessas aprendizagens dificultam bastante nossa vida. No exemplo da pessoa

Uma parte de nossa cognição enxerga as coisas de forma às vezes exagerada, às vezes simplista e às vezes com um grande peso de carga moral. TODOS apresentamos alguma dessas tendências que podem se tornar um problema na medida que empobrecem nossas experiências, enfraquecem nossos relacionamentos ou pioram nossa qualidade de vida. Admite-se também que estes pensamentos automáticos tem um potencial enorme para causar grande **estresse** nos indivíduos, o que é um problema em especial para quem tem TB. Além disso, é conhecido que em episódios de mania e depressão o número e a importância desses pensamentos automáticos aumentam muito nestas pessoas. Por isso conhecer seus próprios pensamentos automáticos pode ajudar a prevenir novos episódios da doença. Durante a sessão discutiremos mais sobre o assunto treinando o seu reconhecimento de seus pensamentos automáticos.

Duração Estimada: 20 minutos

Vamos começar agora a reconhecer alguns de seus padrões de pensamentos. Para isso procure lembrar nesta última semana de momentos que foram especialmente difíceis para você. Podem ser momentos em que você experimentou emoções negativas intensas como medo, raiva, ansiedade entre outras. Tente também se lembrar de onde e com quem você estava, em que dia e em qual hora foi que sentiu essa emoção tão intensa. Anote essas informações no registro abaixo:

[illegible]

--	--	--

→ Após preencher as duas primeiras colunas, faça as seguintes perguntas: O que passava pela minha cabeça naquele momento? O que mais me incomodava naquela situação? Posso ter antecipado alguma coisa? O quê?

→ Após fazer tudo isso, olhe novamente para o registro e observe se falta alguma coisa. Se por acaso você ainda se aborrece com alguma coisa daquela situação ou se você fez alguma coisa a respeito, por exemplo. Se faltar algo, você pode colocar também na coluna de pensamentos automáticos.

Distorções Cognitivas:

Algumas vezes os pensamentos automáticos apresentam padrões específicos, quando, por exemplo, exageramos a possibilidade de uma tragédia acontecer em nossas vidas, ou quando vemos as coisas de forma muito extremada, ou tudo ou nada. Com o tempo os terapeutas cognitivos foram dando nomes a estes padrões de pensamento com a intenção de facilitar sua identificação por parte dos pacientes. Apresentamos abaixo uma lista com as distorções mais comuns. Leia ela com atenção marcando quais destas distorções se aplicam a você. Se você puder coloque ao lado algum exemplo seu desse tipo de distorção para discutirmos em sessão.

Duração Estimada: 20 minutos

1- Pensamento Dicotômico ou Tudo ou Nada: Tendência a pensar em termos absolutos, usando expressões como sempre, nunca ou toda vez. Ex: “Se não me sair bem no trabalho, significa que sou um fracasso completo”; ou “Se não sei tudo a respeito de um assunto, sou um ignorante.” ().

Meu exemplo:

2- Hipergeneralização: Assumir, a partir, de erros ou fracassos isolados, a existência de um padrão eterno de agruras ou sofrimentos. Ex: “Se falhei desta vez, falharei novamente e serei um incompetente”. ().

Meu exemplo:

3- Atenção Seletiva ou Filtro Mental: Focar única e exclusivamente em certos aspectos de uma situação, ignorando o contexto que a cerca. Também ocorre quando consideramos um detalhe negativo como mais importante, lembrando por exemplo apenas de situações que foram difíceis para você no passado e, estranhamente, ignorando as vezes que você contornou outros problemas. Ex: “Sou um estúpido” (após tirar uma nota ruim em um exame); ou “Não tenho controle sobre minha vida” (após gastar mais do que poderia em uma compra desnecessária). ().

Meu exemplo:

4- Desqualificação do Positivo: Ocorre quando a pessoa insiste que as experiências positivas “não contam” ou que “não são mais que obrigação”, por qualquer motivo. Ex: “Hoje estive melhor ao longo do dia, mas isso não é nada comparado ao resto da semana” (durante um episódio de depressão). (___).

Meu exemplo:

5- Leitura Mental: Tendência a antecipar, muitas vezes sem quaisquer provas, o que as pessoas irão pensar e fazer. Ex: “Eu sei que ele irá se afastar de mim se eu disser o que eu penso”; ou ainda “Sei que ela não vai entender”. (___).

Meu exemplo:

6- Erro Oracular: Assumir que você sabe que o futuro será totalmente negativo, independentemente daquilo que pode ser feito hoje. Ou entender, mais simplesmente, que as coisas darão sempre errado. Ex: “Sempre serei rejeitado”. (___).

Meu exemplo:

7- Catastrofização: Tendência a exagerar em muito a importância ou a probabilidade de uma situação antecipadamente. Muitas vezes a pessoa também se foca única e exclusivamente na pior situação possível. Ex: “Se tenho uma doença grave (como o TB), jamais serei feliz”; “Se não puder falar tranquilamente na palestra, todos irão rir de mim e serei demitido!”. (___).

Meu exemplo:

8- Tirania dos Deveria: Analisar uma situação em termos de julgamentos morais, do tipo deveria ou não deveria, ao invés de dirigi-la por seus desejos. Ex: “Eu não deveria ter dito aquilo!”. (___).

Meu exemplo:

9- Rotulação: Explicar características ou eventos através de rótulos estáveis e permanentes. Está relacionado à hipergeneralização, uma vez que ao invés de descrever um comportamento específico, a pessoa rotula ou generaliza situações e comportamentos, como algo imutável. Ex: “Sou um fracasso” ao invés de “Falhei nisso”. (___).

Meu exemplo:

10- Personalização: Tendência a se ver como o único causador de fatos ruins, sem o ser de fato. Pode também ocorrer quando a pessoa vê a si mesmo ou aos outros como causadores diretos de uma situação, muitas vezes simplificando o problema. Ex: “Se ele não fosse casado comigo seria uma pessoa feliz”. (___).

Meu exemplo:

11- Raciocínio Emocional: Tendência a considerar as próprias emoções como evidências suficientes para chegar a uma conclusão. Ex: “Se eu sinto que isto é uma boa oportunidade ela é”. (___).

Meu exemplo:

Texto 5: Atenção e velocidade de Processamento

A velocidade de processamento da informação se refere à uma atividade mental que ocorre por certo período de tempo, possibilitando para a pessoa ser rápida ou não para identificar algo. Porém, para que a pessoa seja considerada rápida na resposta e eficiente, ela precisa garantir que ocorra uma boa análise do material e que sua resposta ou ação sobre a situação seja precisa. O direcionamento e a modulação atencional é muito importante para isso. Caso contrário, poderemos dizer que a pessoa foi impulsiva para responder, porque não pensou ou avaliou antecipadamente a situação e, provavelmente, sua resposta ou decisão não lhe trouxe vantagens ou foi adaptativa. Há momentos em que precisamos ser rápidos na nossa ação, principalmente quando envolve algo relacionado com segurança, como por exemplo, desligar o fogo assim que se finalizou o cozimento, ou tirar o filho de perto do fogão. Porém, em ocasiões nas quais somos mobilizados pela emoção, como em uma discussão com a vizinha ou com o cônjuge, é melhor se afastar um pouco da situação para pensar melhor sobre ele e na forma de agir, considerando que nosso comportamento não nos traga mais problemas do que aqueles já desencadeados anteriormente.

Tarefas de Casa:

1. Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia
2. Pontuar as suas próprias distorções cognitivas
3. Identificar pensamentos automáticos da semana
4. Leitura do texto sobre atenção e velocidade de processamento

Sessão 6:

- ✓ Revisão da sessão anterior
- ✓ Rastreando pensamentos automáticos
- ✓ Responder a pensamentos automáticos
- ✓ Uso do registro de pensamentos no dia-a-dia
- ✓ Breve exercício de relaxamento

Objetivos da Sessão:

Nesta sessão continuaremos a tratar dos pensamentos automáticos mencionados na última sessão e em como podemos lidar com eles. Se você conseguiu prestar atenção ao menos a um destes pensamentos, é bem

recomendável falar sobre isso com seus terapeutas. Também falaremos sobre como responder a estes pensamentos quando eles ocorrem de forma a ampliar sua percepção nas mais variadas situações.

Identificando meus pensamentos automáticos:

Talvez já tenha ficado claro que os pensamentos automáticos estão relacionados a alterações em nosso humor. Para a maioria das pessoas não é necessário muito treino para perceber que ela está nervosa, triste ou ansiosa. Estamos acostumados a observar como nossas emoções estão, principalmente as mais intensas. O mesmo não pode ser dito sobre como estamos interpretando aquela situação. Por isso a melhor forma de começar a identificar a presença de algum pensamento automático é reconhecer e nomear como está o seu humor naquele momento. Em seguida podemos usar as perguntas da última sessão para tentar desvendar qual pensamento melhor explica nossa reação. Fazer tudo isso de cabeça é realmente MUITO difícil, portanto usamos um tipo de registro para facilitar a identificação de pensamentos automáticos. Veja um exemplo de registro preenchido abaixo:

Tabela 4 - Registro de Pensamentos Disfuncionais. Judith Beck⁵² e Beck et al.⁵

Registro de Pensamentos Disfuncionais				
<p><i>Instruções:</i> Quando você notar seu humor ficando pior, pergunte-se <i>O que está passando no meu pensamento?</i> E anote, logo que possível, o pensamento (ou imagem mental) na coluna Pensamento automático. Identifique, então, qual a emoção, sentimento ou estado de humor que você sentiu quando teve este pensamento. A seguir, verifique quão realistas ou verdadeiros são estes pensamentos, e construa uma resposta mais racional, com pensamentos alternativos mais adequados para a situação. Avalie quanto mudou seu pensamento e sua emoção original.</p>				
Situação	Pensamento automático	Emoção	Resposta adaptativa	Resultado
Especifique a situação, o que aconteceu. Onde você estava, fazendo o quê. Quem estava envolvido.	Que pensamentos e/ou imagens passaram por sua cabeça naquela situação? Sublinhe o pensamento mais importante ou aquele que mais lhe incomodou. Se possível, avalie quanto você acredita em cada um dos pensamentos (0-100%).	Que sentimentos ou emoções (tristeza, ansiedade, raiva etc.) você sentiu naquela situação. Se possível, avalie a intensidade de cada emoção (0-100%).	Use as perguntas abaixo para compor as respostas aos pensamentos automáticos. Se possível, avalie quanto você acredita em cada resposta alternativa. Quais as possíveis distorções cognitivas (veja <i>Lista de Distorções Cognitivas</i>) que você fez?	Avalie quanto você acredita agora em seus pensamentos automáticos (0-100%) e na intensidade de suas emoções (0-100%).

Para construir a resposta alternativa, faça as perguntas:

1. Quais são as **evidências** de que o pensamento automático é verdadeiro? Quais as evidências de que ele não é verdadeiro?
2. Há **explicações alternativas** para o evento, ou **formas alternativas** de enxergar a situação?
3. Quais são as implicações, no caso dos pensamentos serem verdadeiros? Qual é o pior da situação? O que é o mais realista? O que é possível fazer a respeito?

Respondendo a pensamentos automáticos:

Identificar nossos pensamentos ajuda em muito a clarear como estamos agindo, mas pode não ser suficiente para mudarmos nossa atitude e visão da situação. Para isso podemos tentar reavaliar nossos pensamentos de uma forma mais ampla, completa e empática. Referimo-nos a EMPATIA como a capacidade de se colocar no lugar do outro e compreender como ele enxerga situação. Ou nas palavras de Carl Rogers, um famoso psicólogo humanista norte-americano: “Ser empático é ver o mundo com os olhos do outro e não ver o nosso mundo refletido nos olhos dele.”

Usamos o termo “responder” a pensamentos automáticos pois muitas vezes fazemos diversas perguntas para questioná-los. Durante a sessão faremos esse exercício ao vivo, mas segue abaixo um conjunto de perguntas para serem feitas quando notamos um pensamento automático.

- Existe alguma prova de que meu pensamento é verdadeiro? E de que ele não é verdadeiro?
- Há alguma explicação alternativa para isto, ou formas diferentes de enxergar esta situação?
- Eu veria este mesmo problema de forma diferente senão estivesse deprimido ou irritado? Se sim, o que isso significa?
- Isso já aconteceu antes? O que eu aprendi naquela vez que posso usar agora?
- Quais as consequências se esse pensamento for verdadeiro? Qual o pior que pode acontecer? O que é o melhor que pode acontecer? Qual o resultado mais provável?

Essas perguntas **NÃO** devem ser feitas todas de uma só vez! Seus terapeutas irão auxiliar você a escolher um caminho mais aplicável a cada situação, mas o mais importante é que você aplique em seus exemplos essas perguntas para tentar responder: *O que eu posso concluir de tudo isso?* Em geral buscamos gerar novos pensamentos com estas perguntas, os chamados **pensamentos alternativos ou respostas adaptativas**.

A última parte deste exercício é reavaliar suas emoções iniciais e a força do pensamento automático original. Você pode anotar isso na última coluna (resultado). Não estranhe se sua emoção inicialmente não baixar tanto quanto poderia se supor. Estamos apenas começando! Somente o fato de interrogar seus pensamentos já pode trazer algum benefício, como, por exemplo, reduzir a impulsividade ao tomar decisões e conclusões. É provável que você encontre alguma dificuldade em colocar isso em prática, afinal até o momento esse é o tipo de reação ao qual você está acostumado e ninguém sai anotando pensamentos por aí no dia-a-dia. Criamos uma lista de dicas para facilitar a prática diária desses registros. Tenha em mente que essa será uma tarefa mantida até o final de nossas sessões (e, de preferência, até depois do fim delas).

Dicas para fazer o registro de pensamentos:

- ❖ Tente sempre que possível fazer o registro próximo do acontecido
- ❖ Para começar um ou dois registros por dia são uma boa média
- ❖ Se você não puder fazer imediatamente, anote uma parte da situação para lembrar e fazer depois
- ❖ Caso não consiga completar o registro até o final, faça o máximo possível e depois discuta com seus terapeutas os problemas
- ❖ EVITE fazer de cabeça! É mais complicado e menos eficaz
- ❖ Antecipe os problemas. Liste outros problemas que você pode ter para manter o registro:
- ❖ _____
- ❖ _____
- ❖ _____

Nota: Ao final desta apostila existem algumas folhas registro em branco. Mãos à obra!

Tarefas de Casa:

- 1- Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia
- 2- Manter registro de pensamentos

Sessão 7:

- ✓ Revisão da sessão anterior e dos registros de pensamento
- ✓ Expressões emocionais e cognição
- ✓ Tarefa de reconhecimento de emoções
- ✓ Introdução à assertividade
- ✓ Breve exercício de relaxamento

Objetivos da Sessão:

Na sessão de hoje falaremos da segunda parte da cognição social, ou seja, a comunicação verbal e não verbal. Em seguida será mostrado como transpor essa habilidade para sua prática diária.

Reconhecendo Emoções

As expressões faciais transmitem uma grande quantidade de informações: em um segundo sabemos se uma pessoa está brava, em dúvida, ansiosa ou com medo. Alguns estudos mostraram que o reconhecimento de emoções pode ser um problema em pessoas com TB. Por isso treinaremos o reconhecimento de emoções na sessão de hoje. Tudo que conversamos sobre pensamentos automáticos também será importante, pois nossa cognição também afeta o reconhecimento de emoções. Veja abaixo algumas expressões faciais procurando nomeá-las:

Fonte: <http://meme.zenfs.com/u/861932730c5ca3898e6ffdec2ef26c0bb6996a.jpeg>

Nomeie as emoções que você percebe de acordo com os números e identifique ao lado o porquê, ou seja, quais sinais te indicam que esta é a emoção certa.

Figura	Emoção	Por quê?

Texto 6: Introdução à Assertividade

Seja no trabalho ou em relacionamentos íntimos estamos sempre nos comunicando. Infelizmente, porém, muito de nosso estresse está relacionado com comunicação, como, por exemplo, ocorrem discussões. Desta forma,

comunicar-se da melhor forma possível é, sobretudo, uma forma de prevenir estresse excessivo e, por conseguinte, futuras recaídas de humor. A ideia é que nos comunicando melhor podemos reduzir o estresse desnecessário.

Hoje sabemos que a qualidade dos relacionamentos em muito influencia o prognóstico de diferentes transtornos psiquiátricos. Ambientes familiares especialmente críticos ao paciente, por exemplo, afetam negativamente o resultado do tratamento, especialmente no que diz respeito à chance de novas recaídas. Isto também é válido para pessoas com TB. Por esta razão, a comunicação passou a ser um tema frequente nos programas de psicoterapia para TB.

No grupo veremos uma forma específica de comunicação que chamamos de **assertividade**, que pode ser definida como:

Assertividade = expressão direta, honesta e adequada de sentimentos.

Uma das principais subclasses de desempenho socialmente competente é a assertividade, a qual pode ser definida como o exercício de defesa dos próprios direitos sem, com isso, ferir os direitos alheios e com controle da ansiedade. Este subgrupo de habilidades é caracterizado como reações de enfrentamento, por se referirem àqueles comportamentos em situações que podem envolver conseqüências aversivas e, por isto, provocar alta ansiedade. Entretanto, um repertório elaborado de habilidades sociais precisa incluir um conjunto de outras subclasses de comportamentos, quais sejam: habilidades de comunicação, de civilidade, de empatia, de trabalho e de expressão de sentimentos positivos.

Pressupõe-se que pessoas hábeis socialmente apresentam relações pessoais e profissionais mais produtivas, satisfatórias e duradouras. Em contrapartida, os déficits e comprometimentos destas habilidades geralmente se associam a dificuldades e conflitos nas relações interpessoais, a uma pior qualidade de vida e a diversos tipos de transtornos psicológicos, tais como: timidez, isolamento social, delinquência juvenil, desajustamento escolar, suicídio e problemas conjugais (Del Prette e Del Prette, 2001).

O problema básico de toda comunicação é que aquilo que falamos, em geral **não** é aquilo que o outro escuta. Isto ocorre por que em toda comunicação existe **ruído**. Em outras palavras quando falamos outros sons interferem, pensamentos e interpretações ocorrem e nossa atenção varia. Muitas vezes este ruído é tão intenso que a comunicação praticamente não ocorre. Isto é fácil de ser observado em uma briga ou discussão: pessoas falando ao mesmo tempo, em tom muito alto e sem prestar atenção no que o outro está falando. Assim através da comunicação assertiva ou assertividade espera-se que este ruído seja reduzido ao máximo.

A forma de nossa comunicação, de um modo geral, pode ser agrupada de três modos: agressividade, passividade e assertividade. Cada uma destas formas apresenta vantagens e desvantagens específicas, e é difícil prever de antemão qual a forma mais eficaz em todas as situações que vivenciamos. Pode ser que em algum momento precisemos ser um pouco mais agressivos, como, por exemplo, precisamos cancelar uma conta de celular ou reclamar de uma cobrança indevida. Talvez o mais desejável seja que saibamos estas diferentes formas de comunicação para **escolher**, de acordo com a situação, qual é aquela mais apropriada. É bem provável que até o momento você venha

utilizando uma forma de comunicação mais vezes do que outras, (e isto é normal!). Porém como estamos falando de um jeito específico de fala, a assertividade, cabe algum treino para deixá-lo (a) o mais apto possível a utilizá-la.

Primeiramente vamos observar um exemplo de cada tipo de comunicação para que fique bem claro o que é assertividade. Esta é uma atividade da sessão 8 e deverá ser feita junto com os seus terapeutas.

Situação: Algum amigo de quem você gosta muito lhe pede para tomar conta do gato de estimação dele durante o fim de semana. Vamos supor que você NÃO goste de gatos e que isto lhe tomará um tempo importante do seu descanso. O que você diria a ele? Tente responder usando as três formas de comunicação contidas abaixo.

Duração Estimada: 30 minutos

Exemplo de Comunicação Agressiva:

Exemplo de Comunicação Passiva:

Exemplo de Comunicação Assertiva:

Note que alguns elementos são fundamentais para distinguir cada uma destas formas de comunicação: o tom de voz, o contato visual, as palavras escolhidas entre outros. Para se valer da comunicação assertiva uma pessoa precisa prestar atenção aos mesmos componentes. Abaixo seguem alguns elementos importantes para você tentar ser mais assertivo:

1. Seja direto: Diga, de modo o mais breve possível, aquilo que você deseja sem dar explicações excessivas.
2. Fale sempre na primeira pessoa (Ex: "Eu não gostaria que você fizesse isso"). Cabe lembrar que, acima de tudo, você está expressando somente

uma opinião **sua**! Mesmo que outras pessoas concordem com a sua opinião, não são elas que estão falando naquele momento. A sua opinião é baseada na sua visão do problema.

3. Seja específico: Procure indicar o que você espera do outro, sugerindo como ele pode mudar. Procure evitar palavras como “**sempre**”, “**nunca**” (ex: “Você sempre me decepciona!”). Poucas vezes repetimos de modo exatamente igual nosso comportamento.
4. Critique o comportamento e não a pessoa: Ao ser assertivo evite julgar a pessoa como um todo (Ex: “Você não faz nada direito” é muito diferente de “Eu não concordo com isso que você fez”). A maioria de nós não se sente à vontade em ser julgado, tomando isso como uma agressão.
5. Tente ser educado, porém firme. Evite ser irônico! A ironia é reconhecidamente uma forma de agressividade.
6. Tente se colocar no lugar do outro: Imagine que você ouvisse o que quer dizer. Como você reagiria? Conseguiria compreender o que você espera? Ficaria chateado a ponto de não prestar mais atenção? Por vezes não nos atentamos para o fato que não gostaríamos de ouvir o que dizemos para os outros.
7. Pratique! Pode ser muito difícil e complicado ser assertivo, por esta razão quanto maior a sua prática melhor. Lembre-se que **ninguém** é 0% assertivo! Talvez você mesmo se recorde de algum exemplo em que falou de modo claro, direto, sem muitas explicações, ou seja, assertivo!

Atenção: Cabe lembrar que a assertividade é uma escolha que fazemos por nós mesmos, ou seja, é uma escolha para **si mesmo** e não para o outro. De um modo mais simples: não é um favor, mas uma decisão pessoal. O que se busca ao ser assertivo é que o outro entenda melhor o que você pensa. Se ele entenderá não temos como ter certeza, mas é uma boa tentativa. Além disso, em geral os seres humanos somos muito mais atentos aos comportamentos do que às palavras. Ou seja, não adianta nada cobrarmos algum compromisso que nós mesmos não seguimos, por exemplo. Por mais treinado que uma pessoa seja neste tipo de comunicação, pouco irá adiantar se aquilo que ela fala contradiz aquilo que ela faz!

Assertividade positiva

Muitas vezes a assertividade está relacionada a fazer críticas ou negar pedidos indesejáveis, e isto é correto. Contudo também podemos ser assertivos quando elogiamos sinceramente alguém, por exemplo. A isto damos o nome de **assertividade positiva** e é usada quando queremos dar e receber elogios. Ela é tão importante quanto à negativa que vimos anteriormente e é interessante observar que para muitas pessoas é difícil ser assertivo positivamente e mais fácil ser assertivo negativamente. Ela pode ser usada

para **guiar** o comportamento do outro e nosso, deixando claro aquilo que gostamos e preferimos. Em geral os elementos vistos anteriormente se aplicam para a assertividade positiva. Veremos exemplos disso durante a sessão também.

Tarefas de Casa:

- 1- Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia
- 2- Manter registro de pensamentos
- 3- Ler textos sobre assertividade

Sessão 8

- ✓ Revisão da sessão anterior e dos registros de pensamento
- ✓ Treino em assertividade
- ✓ Assertividade e reconhecimento de emoções
- ✓ Breve exercício de relaxamento

Objetivos da Sessão:

Com a sessão de hoje encerramos o segundo módulo de sessões sobre cognição social. O tema central será ASSERTIVIDADE, uma forma de comunicação que pretende ser mais objetiva e direta. Também falaremos de como relacionar isso ao reconhecimento de emoções, tema de nossa última sessão.

Avaliando minha assertividade

Como vimos no texto 6 a assertividade é uma habilidade que pode ser treinada. Na sessão de hoje faremos alguns exercícios de troca de papéis de forma a exercitar formas assertivas de comunicação. Antes de tudo, duas coisas são importantes de saber: primeiro dificilmente uma pessoa é 0% assertiva! É provável que você já tenha usado esta habilidade em algum momento, como numa entrevista de emprego, por exemplo. Em uma situação como essa procuramos obter informações de forma clara e objetiva, sem ofender o entrevistador e usando um tom de voz sério, mas moderado. A

segunda coisa é que qualquer grande mudança em geral é percebida pelo meio em que estamos. Assim, caso você escolha ser assertivo em um ambiente em raramente você faria isso antes, alguma **resistência** inicial pode ser encontrada. Se, por exemplo, você sempre foi muito prestativo com alguém (mesmo quando não queria ser) e agora você pondera e rejeita alguns pedidos não razoáveis, é bem provável que esta pessoa estranhe ou mesmo se ofenda com sua recusa. Podemos imaginar a assertividade como um investimento a médio e longo prazo, que poderá trazer lucros maiores e melhor distribuídos do que o perde e ganha da agressividade e a omissão contida na comunicação passiva. Se você conseguir manter um comportamento assertivo por algum tempo, poderá observar esses ganhos.

Há várias maneiras de se avaliar a assertividade de alguém, mas optamos por uma escala adaptada para nossa população que avalia situações bastante rotineiras da comunicação.

Tarefas de Casa:

- 1- Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia
- 2- Manter registro de pensamentos
- 3- Observar momentos de assertividade

Sessão 9

- ✓ Revisão da sessão anterior e dos registros de pensamento
- ✓ Problemas específicos
- ✓ Problemas e cognição
- ✓ Função executiva e resolução de problemas (Planejamento, raciocínio lógico e flexibilidade mental)
- ✓ Breve exercício de relaxamento

Objetivos da Sessão:

Com esta sessão iniciamos o terceiro e último módulo deste protocolo que abordará a resolução de problemas e a prevenção de futuras recaídas de humor. Nestas duas sessões falaremos de diferentes formas de lidar com problemas e como isso pode lhe afetar.

Identificando Meus Problemas:

Ao longo de nossa vida todos enfrentamos problemas e não há uma maneira 100% eficaz de evitá-los. Por outro lado a estratégia que utilizamos para resolver um problema pode ser aplicada a outro, e podemos aprender muito sobre nós mesmos quando lidamos com um problema. Um ponto inicial importante seria reconhecer quais são seus problemas principais, mesmo que isso pareça muito difícil! Procure listar abaixo seus problemas mais urgentes. Você pode semelhança entre esta lista e aquela feita na sessão 3 (LISTA DE PRIORIDADES), mas aqui você também pode incluir dificuldades que você ainda não sabe como resolver.

Meus problemas atuais:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Nota: Procure ser **ESPECÍFICO** e **CONCRETO**! Ou seja, evite colocar como um problema “ser feliz”, por exemplo. A felicidade é uma meta subjetiva importante para muitos, mas pode ser entendida como uma consequência de diversas ações práticas (ter amigos, praticar esporte etc.). Se você estiver diante de um problema como este, procure imaginar o que pela sua experiência poderia lhe trazer este estado, em outras palavras, o que faria você feliz. Quanto mais específico somos mais fácil é avaliar o resultado de nossos esforços.

Agora escolha **UM** de seus problemas para discutirmos em nossas sessões. Caso seja difícil escolher, pense se algum deles tem um prazo para ser cumprido. Talvez seja **mais produtivo pensar sobre um problema com prazo mais curto**. Caso continue difícil, pense em **qual seria o mais simples de resolver para posteriormente cuidar dos mais complexos**. Você verá que muitas vezes problemas complexos são somatório de várias etapas de solução de problemas. Começando com os mais simples você exercita mais facilmente suas habilidades nesse início. Se ainda assim continuar complicado decidir por onde começar analise **qual problema depende mais de você para obter solução**. Abaixo listamos uma série de problemas concretos que poderiam servir de exemplo:

Exemplo de lista de Problemas:

1. Retomar contato com amigos antigos
2. Atualizar meu currículo
3. Iniciar uma atividade física
4. Concertar o fogão de casa
5. Comprar presente de aniversário da minha mãe
6. Agendar exames de sangue

Texto 7: Distinguindo Problemas de Preocupações

Devemos ter o cuidado de separar problemas concretos das preocupações que você tem. Por exemplo: uma coisa é definir que você precisa aprender a economizar mais dinheiro (problema) outra é pensar que não terá dinheiro suficiente para fechar o ano (preocupação). Na maior parte das vezes não fazemos esta distinção, mas ela é importante uma vez que requer ações diferentes: para um problema concreto eu posso imaginar ações concretas e colocá-las em prática, já para preocupações podem ser mais úteis técnicas de manejo de pensamentos automáticos, vistas anteriormente (sessão 6). Talvez o maior problema das preocupações é de que elas podem deixar você pouco produtivo diante de prazos que não param de correr. Portanto, vale a pena esta distinção. Vejamos agora como fazer isso:

1. Se você está diante de uma questão do tipo “E se...” é provável que esteja se ocupando com algo que ainda não aconteceu, ou seja, diante de uma **preocupação**. Ex: “E se meu marido não conseguir chegar a tempo da entrevista de emprego?”. Note que isso ainda não aconteceu e que você talvez esteja ANTECIPANDO algum resultado na cabeça (neste caso que ele não chegue e que perca a oportunidade, talvez).
2. Se existe alguma coisa com PRAZO definido, é mais provável que você enfrente um **problema**. Ex: “Preciso encontrar um novo apartamento até janeiro”. Observe que esse problema pode desencadear uma série de ações para ser resolvido, como, por exemplo, definir em qual área quero morar e observar os valores de aluguel naquela região.
3. Muitas vezes quando nos preocupamos exigimos uma resposta perfeita ou uma certeza absoluta. Observe se o que está lhe incomodando é a necessidade de criar uma resposta **perfeita** para alguma situação. Ex: “Quando for falar com meu chefe sobre minha saída do emprego ele não poderá se aborrecer comigo”. Dificilmente existirão decisões ou soluções perfeitas, principalmente ANTES de você tentar. O que muitas vezes ocorre é que as pessoas se preocupam tanto que até mesmo aquilo que elas sabem que seria necessário fazer não é feito ou é muito adiado.
4. Quando nos preocupamos demais vemos as coisas como um todo indivisível, já quando estabelecemos as situações como problemas, podemos tentar separar em partes menores, ou áreas. Ex: “Não vou conseguir um emprego que pague as contas”. Nesse caso é possível que a conclusão até esteja certa *naquele momento*, mas ainda restaria saber, por exemplo, de quanto são estas contas, quais poderiam ser cortadas ou negociadas, se mais alguém poderia ajudar etc. Veja que os problemas podem ser divididos em partes menores que ajudam a reavaliar as preocupações.
5. As preocupações tratam de tudo como uma emergência. Quando nos preocupamos muito tratamos como se tudo fosse para ontem, quando muitas vezes existem soluções que podem (ou precisam) esperar. Nem sempre temos certeza qual é a melhor solução imediatamente. Podemos, ao invés disso, buscar quais são as **consequências** de certas soluções. Encarar as coisas como problemas concretos e não como preocupações, envolve avaliar também quais problemas tem consequências mais graves ou mais imediatas.

Problemas e Cognição

Falamos de atenção, memória e velocidade de processamento, mas precisamos ainda conversar sobre algumas funções que junto com estas nos capacitam a termos um comportamento eficiente, independente e autodirigido a uma meta. Estas são as funções executivas; sim, de execução, ou seja, de fazer algo. Elas compreendem uma classe de atividades altamente sofisticadas, porque habilitam o indivíduo ao desempenho de ações voluntárias, autônomas, auto-organizadas e orientadas para um objetivo.

Assim, o termo "*funções executivas*" define um processo cognitivo complexo que inclui iniciativa, planejamento, capacidade para formular hipóteses, flexibilidade mental, habilidade para tomar decisões, regulação, julgamento crítico, utilização de feedback e auto percepção. Estes processos são necessários para um comportamento apropriado a um contexto (Salthouse *et al.*, 2003).

Estas funções nos possibilita resolver problemas novos, através da modificação do comportamento baseada em novas informações, do estabelecimento de estratégias e da sequenciação de ações complexas (Elliott, 2003).

Essa coleção de funções reguladoras ou de gerenciamento abrange subdomínios específicos do comportamento, que incluem:

- a) Gerar intenções e iniciar ações;
- b) Selecionar alvos e inibir estímulos competitivos;
- c) Planejar e prever meios de resolver problemas complexos;
- d) Antecipar consequências e mudar as estratégias de modo flexível, quando necessário; e
- e) Monitorar o comportamento passo a passo, comparando os resultados parciais com o plano original.

Exemplo: Quero viajar para Bahia (intenção). Então a primeira coisa escolher a cidade (selecionar alvos e inibir distrações com outros locais) e período que posso me afastar do trabalho (selecionar alvos). Escolhi Salvador! Agora preciso pesquisar passagens e hotéis para o período (planejar e prever meios de resolver problemas). Achei uma passagem muito barata saindo de Campinas de madrugada, porém sei que me dará muito trabalho e me dará um gasto de horas grande para ir até lá. Fico tentado com o preço, mas prefiro pensar antes que posso ter muitos problemas ou estresses se decidir por esta opção (antecipar consequências). Analiso a próxima possibilidade de uma passagem mais em conta e acho uma que sai de Congonhas, ainda de madrugada. Porém chegar em Conconhas no início da madrugada não é tão difícil já que o trânsito esta melhor (mudar estratégias de modo flexível). Mas de madrugada é ruim já que estarei cansado, mas o preço é bom e a locomoção até lá não é tão difícil. Então vou fazer a comprar agora porque amanhã o preço muda e checar se há um hotel com disponibilidade para minha chegada. Cartão de crédito na mão! (monitorar o comportamento passo a passo). Passagem comprada e hotel reservado (tomada de decisão).

A diferença básica entre as funções executivas e os outros aspectos cognitivos é que, nestas, o foco está no "como" uma pessoa realiza algo, seja

na forma ou na qualidade do que faz. As demais funções cognitivas versam sobre "o quê" ou "quanto" uma pessoa sabe (Lezak, 1995).

Quando as funções executivas estão intactas, uma pessoa pode lidar com perdas cognitivas importantes, permanecendo independente e produtiva, conseguindo dirigir seu comportamento. Porém, quando estas funções estão prejudicadas, a pessoa pode não ser capaz de adequar seu comportamento e manter uma vida social adequada.

Então, vamos começar a prestar muita atenção no **como** fazemos as coisas, **como** pensamos sobre os outros, sobre nós mesmos, sobre os problemas e atividades que estamos envolvidos. Parar, pensar e planejar ações, considerando as consequências são etapas importantes para diminuir problemas futuros. As vezes, é preciso se afastar um pouco da situação para fazer este processo, porque é necessário acalmar as emoções.

Tarefas de Casa:

- 1- Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia
- 2- Listar problemas atuais e escolher um para próxima sessão
- 3- Ler texto 7 e 8

Sessão 10

- ✓ Revisão da sessão anterior e dos registros de pensamento
- ✓ Desenvolvendo estratégias de solução de problemas
- ✓ Breve exercício de relaxamento

Objetivos da Sessão:

Nesta sessão continuamos a abordar a solução de problemas, com foco agora nas soluções possíveis que podemos encontrar. É aconselhável que você leve o problema escolhido na sessão anterior para que seja abordado com ajuda dos demais membros.

Bom, então, dentro desta proposta vamos conversar sobre uma habilidade que temos e que pode ou não estar bem desenvolvida, sendo possível melhorá-la, que é a capacidade de flexibilizar o pensamento e que é uma habilidade importante quando precisamos resolver problemas. Além disto, ela é a expressão da inteligência na vida prática.

A flexibilidade mental se refere a capacidade para se adaptar a novas circunstâncias, as quais exigem uma mudança na forma de resolver a situação; ou quando é necessário abandonar um padrão de resposta muito convencional para aceitar outro, menos convencional, mas muito mais adaptativo e aceitável para o momento, como por exemplo quando precisamos usar a criatividade para agir em algum evento.

A distratibilidade, a falha no controle inibitório e a ocorrência de comportamentos perseverativos (persistência em algo errado) não possibilitam que o sujeito flexibilize o pensamento a fim de escolher atitudes e formas adaptativas de ação na resolução de um problema.

A capacidade para solucionar problemas requer investimento e focalização da atenção para a análise dos dados do problema. Em seguida, é preciso formular estratégias, para então poder comparar os resultados com as condições originais. O controle emocional é fundamental porque a instabilidade dá espaço para ações precipitadas e pouco adaptativas (Lezak, 1995; Gil, 2003).

Resolvendo meus problemas:

Podemos encarar a resolução de problemas como um PROCESSO, ou seja, como uma sequência de comportamentos razoavelmente ordenados que conduzam a um fim. Isso se opõe ao que muitas vezes fazemos que é depender de uma única ideia luminosa, ao que os antigos gregos chamavam de epifania. Cobramo-nos ter essa ideia maravilhosa que resolva tudo e, quando não a encontramos, paramos de tentar (afinal, são raras as epifanias...) e deixamos o processo para depois para finalmente, mais a frente nos preocuparmos em encontra-la novamente. Vejamos abaixo uma forma alternativa de conduzir esse processo.

Duração Estimada: 50 minutos

Passos para Resolução de Problemas

Passo 1: Qual é o Problema (sessão anterior)

Pense sobre e discuta o problema ou objetivo cuidadosamente e então escreva abaixo exatamente o que você acredita ser o problema principal ou objetivo.

Problema escolhido: _____

Passo 2: Liste todas as Soluções Possíveis

Ponha abaixo *todas* as ideias (gerar dez como um mínimo), mesmo as ruins. Liste todas as soluções possíveis sem nenhuma avaliação delas nesse momento. Mesmo as ideias que lhe pareçam muito difíceis podem ser válidas em algum momento. **Atenção!** Não se perca nesta etapa. Caso não consiga gerar muitas ideias você pode conversar com alguém em quem você confie e que já tenha passado por situação semelhante. Não há mal algum em pedir uma ajuda às vezes.

Soluções Possíveis:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Passo 3: Analise cada Solução possível

Percorra com calma a lista de possíveis soluções e avalie as vantagens e desvantagens de cada uma. **Não** escolha rapidamente aquela que lhe pareça mais conveniente. Pense também no longo prazo e em quais poderão ser as consequências dessas soluções.

	Vantagens	Desvantagens
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Passo 4: Escolha a Melhor ou Mais Prática Solução

Escolha a solução ou combinação de soluções que possam ser executadas mais facilmente com seus atuais recursos (tempo, dinheiro, habilidades etc.). Caso não seja uma solução definitiva, qual é a melhor solução que pode ser dada naquele momento?

Melhor Solução:

Passo 5: Planeje como executar a melhor solução

Liste, em pequenos passos, como você pretende praticar a solução. Identifique o que você irá precisar e tente antecipar quais podem ser os problemas principais a serem superados. Vale a penas ter o máximo de informações possíveis ANTES de iniciar qualquer coisa (endereços, nomes, números de telefone etc.).

Etapas	Problemas a enfrentar	Concluída?

Passo 6: Anote seu progresso marcando cada etapa concluída. Reveja quão bem a solução foi executada. Sinta-se bem com seus esforços.

Revise seus planos se necessário. Continue o processo de solução de problemas até você atingir seu objetivo. Caso esbarre em um novo problema apenas reinicie o processo!

Passo 7: Após algum tempo passe para o próximo problema.

Livre-se da ideia de não ter mais problema algum! Em uma vida funcional precisaremos sempre resolver problemas, mesmo que sejam pequenos.

Estávamos dizendo que flexibilidade mental e o uso do pensamento criativo podem “caminhar juntas”, vale a pena a leitura do artigo abaixo, retirado do site: http://www2.uol.com.br/vyaestelar/mente_flexivel_criativa.htm.

Mantivemos o artigo na íntegra, mas destacamos as partes que gostaríamos que vocês prestassem muita atenção. Vamos lá, inicie a leitura do texto agora e reflita!

Mente flexível é mais criativa

por Elisandra Vilella G. Sé

"Pessoas com boas ideias e criativas lidam melhor e mais tranquilamente com situações de estresse"

Ter a mente saudável é uma necessidade e torna-se cada vez mais importante manter a mente criativa. Mesmo na idade mais avançada, idosos mesmo aposentados, estão mais ativos, inseridos no mercado de trabalho, engajados na vida pessoal e profissional.

Não é raro vê-los em postos de trabalhos importantes: empresas, diretorias, área de marketing, artistas, chefs de cozinha, professores, jornalistas, vendedores etc.

Embora a criatividade por muito tempo fosse considerada uma espécie de "dom", "talento nato", é possível exercitá-la e estimulá-la. Basta manter a mente ativa, saudável, ter sentido de vida e cultivar bons hábitos para os processos mentais como: memória, linguagem e assim expandir o potencial para soluções criativas para os problemas do dia a dia.

A criatividade é definida como um processo psíquico por meio do qual primeiro nos tornamos sensíveis a determinado problema, uma vez identificada a dificuldade, testamos mentalmente hipóteses a respeito daquela questão e finalmente lançamos a resposta ou ideia de uma solução. Essa "resposta" é considerada criativa quando, além de inédita, é de fato útil e adequada à situação.

Criatividade: pensamento livre de regras e sem autocensura

Como a criatividade geralmente está associada diretamente a uma nova ideia e ação, a predisposição para desenvolvê-la é a primeira fase importante do processo criativo. Em geral, para chegar a novas soluções, é preciso ter a mente aberta, isto é, ter o pensamento livre de regras, ter flexibilidade mental, com o mínimo de autocensura, pelo menos no momento do processo criativo. Mas geralmente, quem já possui um pensamento e personalidade rígida, dificilmente agirá com flexibilidade. O processo criativo exige o mínimo de controle da cognição, ou seja, sem restrição de pensamentos e comportamentos.

Neurocientistas afirmam que até as mais prosaicas linhas de raciocínio são marcadas por certas explosões ou picos de atividade do córtex pré-frontal, região cerebral responsável pelas tomadas de decisões, regras sociais, julgamentos, pensamentos e ações.

Pesquisadores da Universidade da Pensilvânia encontraram indícios iniciais de hipofrontalidade em sujeitos que conseguiam ter novas ideias. Foi medido a atividade elétrica cerebral dessas pessoas ao realizar atividades criativas. Portanto, quando abandonamos regras ou desfocamos a atenção, essa área se acalma. Esse estado de hipofrontalidade pode beneficiar o aprendizado de línguas e o pensamento criativo.

Quando nos envolvemos com uma tarefa que exige controle cognitivo e concentração, como resolver um problema de matemática ou física, ou que exija um raciocínio de grau de abstração mais elevado, as ondas cerebrais registradas são típicas de estado de vigília relaxada e atenção mais difusa. O comportamento de pacientes cujo lobo frontal sofreu degeneração, como é o caso de demência fronto-temporal ou a problemas similares é consistente com essa hipótese.

Dados mais recentes comprovam a importância da hipofrontalidade na criatividade cotidiana. Pessoas com boas ideias e criativas lidam melhor e mais tranquilamente com situações de estresse. Eles solucionam problemas com mais facilidade e assim têm mais chances de viver melhor. Eles também sofrem menos com perdas cognitivas ao longo dos anos.

O processo criativo mobiliza várias redes neurais ao mesmo tempo. A percepção de um problema por diferentes ângulos demanda o funcionamento conjunto de vários circuitos cerebrais; o que ajuda a mantê-los em forma até a idade avançada. O cérebro é o centro de vários comandos de várias funções corporais e exercitá-lo pode ser decisivo para conservar a mente ativa e criativa em longo prazo.

Dez dicas para manter a mente ativa e criativa:

- 1ª) Preste mais atenção em suas ações no cotidiano e não as faça mecanicamente, esteja presente na ação, atento aos detalhes; abra-se para conhecer coisas novas seja no mundo virtual ou real.
- 2ª) Torne-se um especialista. Leia, informe-se de vários assuntos. Uma base sólida de conhecimentos lhe permitirá acessar conhecimentos prévios e analisar a relevância de um problema com mais experiência.
- 3ª) Seja um observador de detalhes.
- 4ª) Conheça o contexto, as situações, as pessoas ao seu redor com detalhes.
- 5ª) Saia da zona de conforto. Procure atividades novas, novos aprendizados, faça viagens a lugares diferentes, assista a palestras, assista filmes, leia um livro diferente a cada 3 meses.
- 6ª) Esteja a disposto a trabalhar sozinho. Faça reuniões em grupo, mas em algumas situações, procure sintetizar as ideias quando estiver sozinho.
- 7ª) Participe de atividades que favoreça o bom humor.
- 8ª) Ouça música para relaxar.
- 9ª) Faça intervalos entre uma atividade e outra.
- 10ª) Desafie-se. Fuja da rotina diária. Quando tudo estiver correndo bem, aprimore a ideia inicial.

► Quando Praticar e quando NÃO Praticar:

Como dissemos no início a resolução de problemas pode ser vista como um processo. Em outras palavras é mais uma habilidade que tenderá a ficar melhor quanto mais for praticada. Por este motivo vale manter um registro de seus problemas atuais de como você tem resolvido eles e seus desdobramentos.

Ao mesmo tempo pode haver momentos em que não seria muito desejável usar essas estratégias como, por exemplo, se você notar seu humor muito elevado ou muito deprimido. Falaremos em como prevenir recaídas de episódio de humor a seguir em nosso protocolo, mas por enquanto seguem algumas ideias sobre o que fazer se precisar resolver problemas quando seu humor sofrer alguma alteração.

- **Meça a sua variação:** Se você estiver usando o gráfico de humor ou o emoods, analise seus últimos três dias observando como seu humor esteve, quantas horas por noite você tem dormido e como esteve sua ansiedade. Se seu humor estiver oscilando muito, suas horas de sono estiverem baixas e sua ansiedade muito alta, talvez você deva considerar deixar para iniciar o processo de resolução de problemas

para mais a frente. Caso seu humor só tenha variado naquele dia, talvez algumas horas a mais possam ser suficientes para iniciar com clareza este processo.

- **Adie se puder:** Quando em ocorrem os sintomas de humor é natural que as pessoas com TB fiquem mais impulsivas e com menor senso crítico. Por isso é mais fácil atropelar o processo de tomada de decisão ou torná-lo menos produtivo. Para alguns vale a regra das 24hs, ou seja, se uma coisa é importante hoje, provavelmente amanhã também o será, sem grandes alterações ou prejuízos. Procure dar um dia de intervalo para iniciar esse processo e escolha um horário que habitualmente você saiba que será mais produtivo.
- **Envolve outras pessoas:** Se estiver difícil começar o processo ou mantê-lo até o final pode ser uma boa ideia envolver alguém bem próximo e de confiança que lhe ajude a criar alternativas para o seu problema. Alguém que já tenha lhe ajudado antes ou que já passou por algo parecido. Caso não tenha ninguém assim no momento talvez adiar um pouco o processo (sugestão anterior) possa ser uma saída.
- **Escolha o mais simples (e o mais barato):** Caso não tenha como avaliar seu humor, adiar ou envolver outras pessoas e tenha simplesmente que decidir procure priorizar as alternativas com menor impacto no longo prazo, que sejam mais simples e fáceis de começar e que não envolvam uma grande quantidade de dinheiro. Fazendo assim tende a ser mais fácil reverter a situação caso seja necessário, ou se você mudar de ideia mais a frente.

Quando seu humor estiver melhor e você se sentir mais tranquilo para decidir, retome o processo de onde parou e construa com maior clareza qual é a melhor opção. Lembre que este é um processo que pode ser aprendido. Assim talvez nas primeiras tentativas não aconteça da melhor forma possível, mas com o tempo e com a prática poderá ser aprimorado. Durante as sessões teremos tempo de discutir possíveis dificuldades.

Tarefas de Casa:

- 1- Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia
- 2- Praticar resolução de problemas com problemas diferente
- 3- Iniciar resolução do problema discutido

Sessão 11

- ✓ Revisão da sessão anterior e dos registros de pensamento
- ✓ Juntando tudo
- ✓ Manejo de estresse
- ✓ Higiene do sono
- ✓ Relaxamento profundo

Objetivos da Sessão:

O foco destas e da próxima sessão será como prevenir recaídas no seu dia-a-dia. Falaremos também em como usar as estratégias deste manual no futuro, após o fim das sessões de terapia de grupo. É natural que as pessoas esqueçam uma parte (ou muitas partes) de uma terapia como essa e tentaremos evitar que isso aconteça de forma a manter algumas práticas consistentes.

Juntando as partes:

Imagine agora que esta terapia já acabou. A partir de agora você terá de lidar novamente com uma boa parte desses assuntos e, muitos outros, sozinho. Quais dificuldades você acha que teria? O que pode ter ficado mal entendido do que dissemos? Há alguma dúvida que você tenha? Algum problema em continuar mantendo essas estratégias? Tente listar abaixo que problemas ou dificuldades seriam esses para que possamos discutir antes do término e talvez até mesmo usar um pouco de suas habilidades de solução de problemas (sessão anterior) para resolvê-los.

Dificuldades após o fim da terapia em grupo:

A melhor forma de juntar as diferentes partes desse protocolo é exatamente verificando quais dificuldades futuras podem existir no uso dele. Assim poderemos revisar como estão suas estratégias de atenção e memória (primeira parte), suas habilidades de comunicação verbal e não verbal (segunda parte) e solução de problemas (terceira parte). Caso você tenha iniciado o protocolo em outra ordem e não tenha visto alguma destas partes ainda agora pode ser a hora de uma pequena introdução que será discutida com maior profundidade mais a frente.

Texto 8: Estresse e Sono

Quando ocorre uma mudança no ambiente nosso organismo se modifica também, embora muitas vezes nem pareça. Se, por exemplo, a temperatura aumenta nosso corpo começa a transpirar mais que é uma forma de regular nossa temperatura. Se falarmos em uma sala bem grande aumentaremos nossa voz se queremos ser ouvidos. A resposta de estresse pode ser entendida como a adaptação que nosso corpo precisa fazer diante de mudanças no ambiente. Ou seja, o estresse é uma resposta adaptativa necessária já que vivemos em um mundo em constante alteração. Contudo, quando muito ativada estas respostas podem começar a desgastar nosso organismo afetando diferentes sistemas que temos. Em algumas pessoas o aumento de estresse faz com que elas fiquem muito agitadas e ansiosas, em outras produzem respostas na pele, como por exemplo a psoríase e a herpes (CHECAR NOMENCLATURA). Em pessoas com TB é sabido que o aumento de estresse aumenta em muito a chance de nova recaída de humor. Por isso prevenir estresse excessivo é uma forma bastante eficaz de prevenir recaídas futuras de mania e depressão.

Quando dormimos diversas substâncias são produzidas que ajudam nosso corpo a reequilibrar a ativação de estresse de um dia. Por esse motivo dormir é tão importante para a recuperação do estresse. Infelizmente, no entanto, muitas coisas interferem com nosso sono e algumas pessoas tem especial dificuldade em dormir, mesmo quando não estão vivendo algum episódio de humor. Como é uma atividade autonômica o sono não depende da minha vontade direta para acontecer (pergunte para quem não dorme bem senão gostaria de ter uma boa noite de sono...). Uma forma de reeducar nosso corpo para dormir melhor é a chamada HIGIENE DO SONO, que nada mais é do que um conjunto de práticas para informar ao nosso corpo quando devemos estar despertos e dormindo. A seguir segue uma folha que você já pode colocar em prática (sempre podemos dormir melhor).

MEDIDAS DE HIGIENE DO SONO*

- 1- Levantar sempre no mesmo horário, nem muito cedo nem muito tarde, não importando a hora que deitou
- 2- Só ir para cama com sono, não ficar esperando o sono na cama.
- 3- Não usar álcool, cafeína ou nicotina no período noturno.
- 4- Evitar cochilos diurnos.
- 5- Evitar estimulação noturna (TV, rádio, música alta). Não realizar exercícios físicos intensos à noite.
- 6- Tomar banhos quentes próximo ao deitar.
- 7- Evitar grandes refeições à noite.
- 8- Procurar atividades que relaxem à noite.

- 9- Manter o quarto confortável: sem ruídos externos, temperatura adequada, relógio silencioso etc.
- 10-Se não conseguir dormir, levantar e fazer alguma atividade tranquila. Não esperar o sono na cama.
- 11-Manter-se em atividade durante o dia. A pessoa cansada dorme melhor.
- 12-Dormir bem, mas somente o necessário, não ficando na cama depois de ter acordado.
- 13-Ter noção de que existem padrões individuais e familiares de quantidade de sono. Algumas pessoas se sentem bem com quatro horas de sono ao dia e outras precisam de dez horas. Os fatores ambientais pouco alteram esses padrões.

*Adaptado de Nunes, Bueno e Nardi (1996)

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

É provável que essas medidas apresentem algum grau de dificuldades para serem seguidas. Portanto é importante tentá-las por um período de tempo razoável (inicialmente uma semana), até mesmo para avaliar quais são aquelas que apresentam maiores dificuldades de serem realizadas. Uma forma de auxílio para acompanhar essa evolução é observar cada uma delas separadamente anotando os principais problemas encontrados. Abaixo se encontra uma forma de registro que pode ajudar nessa tarefa. Lembre-se que é muito importante tentar seguir o maior número possível dessas medidas e que quaisquer dificuldades poderão ser debatidas com seu terapeuta.

Medida	Número de Dias Tentados	Problema(s) Encontrado(s)

Relaxando Profundamente

Outra forma de combater o estresse excessivo é criar uma resposta que o inibe. Isso quer dizer que algumas coisas que fazemos acordados podem reduzir significativamente nosso grau de estresse. Você já vem aprendendo uma dessas formas ao longo de nossos encontros, ou seja, o relaxamento respiratório que mantivemos ao fim de cada sessão. Um segundo tipo de relaxamento é chamado de RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO. Ele precisa de um pouco mais de tempo (em torno de 20 minutos) e pode ser feito tanto sentado como deitado. O ideal é que você GRAVE as instruções abaixo já que elas irão solicitar que você contraia e relaxe uma série ampla grupos musculares. Faremos uma vez esse relaxamento ao fim dessa sessão, mas seguem abaixo as instruções para que você possa praticar em casa.

Duração Estimada: 30 minutos

Instruções de Relaxamento*REF

- De início, procure ficar o mais confortável possível. Deite-se confortavelmente, procurando livrar seu corpo de toda tensão, deixando-o mole.
- Agora respire fundo, aspirando profundamente e retendo o ar por 5 segundos. Expire, exalando o ar suavemente e sentindo uma sensação de calma começando a se expandir. Então continue a respirar suavemente, apenas concentrando-se em sentir o peso de seu corpo, por toda a parte.
- Estude o peso de seu próprio corpo. Isso deverá trazer uma sensação de calma e tranquilidade por toda a parte (pausa de 10 segundos).
- Contraia suavemente os seus braços (punhos, antebraços e braços). Imagine que você está segurando algo pesado com seus dois braços estendidos. Sinta a tensão em cada parte deles. Solte-os! Solte tudo em cada braço. Sinta a diferença entre o momento anterior quando estavam contraídos e agora que estão soltos e relaxados. Repita isto três vezes, variando o grau de tensão cada vez. Procure localizar onde você sente tensão quando estão contraídos e solte os músculos de modo a ficarem bem soltos e relaxados nos locais em você sente a tensão. Depois apenas deixe-os soltos, procurando sentir o peso de cada braço e tentando aumentar cada vez mais a sensação de peso que será maior quanto mais você soltar seus músculos do braço e eles ficarem moles. Repita para si mesmo dez vezes: "estou sentindo meus braços cada vez mais pesados, pesados; estou sentindo meus braços cada vez mais soltos, relaxados e pesados". E vá sentindo o relaxamento deles aumentar. Deixe-os ficarem bem soltos e relaxados, pesados... pesados... (Não os movimente mais.)
- Faça o mesmo com suas pernas. Contraia suas coxas, sentindo-as ficarem duras na parte superior. Contraia sua batatas das pernas, trazendo as pontas dos pés para trás, na direção das coxas. Sinta toda a tensão de suas pernas. Localize onde a sente a tensão e perceba como suas pernas ficam quando estão tensas e duras. Agora relaxe! Solte todos os músculos das pernas. Compare a diferença entre este momento e o anterior. Veja como é agradável ter as pernas soltas e relaxadas. Abra os pés o máximo possível para fora e sinta os músculos internos das coxas. Solte-os e sinta as pernas totalmente soltas, pesadas, com os pés caídos para os lados. Repita contrações e relaxamentos com tensões variáveis até finalmente soltar tudo e deixar as pernas bem pesadas. Procure aumentar a sensação de peso soltando cada vez mais. Repita para você mesmo 10 vezes: "estou sentindo minhas pernas cada vez mais pesadas; estou sentindo minhas pernas cada vez mais soltas, relaxadas... pesadas... pesadas..." (Não as movimente mais.)
- Levante os ombros, como se tentasse encostá-los nas orelhas. Sinta a tensão que se produz e onde ela se localiza. Solte-os. Compare a diferença. Movimente-os para trás, abrindo o peito. Sinta a tensão e perceba onde ela se localiza. Faça o mesmo para a frente. Solte os ombros completamente e deixe-os ficarem bem pesados e confortáveis.
- Movimente sua cabeça para o lado direito e sinta a tensão que se produz e onde se localiza. Faça o mesmo para o lado esquerdo. Depois faça para trás. Depois levante-a um pouco e sinta a tensão e onde ela se produz. Solte a cabeça e o pescoço, deixando-a cair pesadamente sobre o travesseiro.
- Contraia o abdômen deixando-o bem duro. Sinta como fica e solte-o. Perceba a diferença entre os dois momentos. Agora, contraia-o para fora, estufando a barriga. Sinta como ele fica e relaxe, percebendo a diferença entre os dois momentos. Encolha a barriga para o fundo, como se tentasse encostá-la nas costas. Sinta a tensão, como ela é e onde se localiza. Solte e relaxe totalmente a barriga. Deixe-a movimentar-se apenas pela respiração suave e superficial. Solte os músculos do tórax, deixando os ombros caírem pesados. Concentre-se na sua respiração e deixe-a ficar bem suave, calma e tranqüila. Repita para si mesmo 10 vezes: "estou sentindo minha respiração cada vez mais calma e tranqüila; estou sentindo meu corpo cada vez mais calmo e tranqüilo, pesado... pesado..."
- Contraia sua testa como se você quisesse olhar para cima da sua cabeça sem movimentá-la. Ela vai ficar toda enrugada, como quando a gente fica espantado. Perceba onde se localiza a tensão. Solte a sua testa e couro cabeludo e perceba a diferença entre os dois momentos. Franza o cenho, encostando uma sobrancelha na outra. Sinta onde localiza esta tensão. Solte e relaxe a sua testa, completamente. Deixe-a ficar solta e relaxada.
- Feche seus olhos e contraia suas pálpebras com força. Sinta a tensão que se produz e onde ela se localiza. Solte. Deixe-as apenas caírem sobre os olhos. Movimente agora os seus olhos, sem abri-los, para a direita e para a esquerda, para cima e para baixo. Sinta a

tensão que se produz. Agora deixe-os soltos. Perceba a diferença entre tensão e relaxamento nos olhos e pálpebras e deixe ambos ficarem bem relaxados. Deixe suas pálpebras ficarem bem pesadas, pesadas, caindo pesadamente sobre os olhos e estes soltos, bem soltos.

- Contraia seus lábios, mandíbulas, língua e boca. Sinta a tensão que se produz na parte de baixo de sua face. Solte tudo. Deixe seu queixo cair e a boca ficar entreaberta. Sinta como sua face está cada vez mais relaxada: sua testa está solta, seus olhos e pálpebras estão pesados, seus lábios estão soltos, sua boca está entreaberta e pesada pois seu queixo está caído.
- Continue a respirar suavemente. Repare como sua respiração está calma e tranqüila, sua face está solta e relaxada, seu corpo está pesado... pesado... Repita para você mesmo 10 vezes: "estou sentindo meu corpo cada vez mais relaxado, calmo e tranqüilo, pesado... pesado".
- Sinta o seu corpo todo relaxado e pesado. Sinta como é agradável ter o corpo todo relaxado. Repita para você mesmo 10 vezes: "estou sentindo meu corpo cada vez mais relaxado... calmo... tranqüilo... pesado... pesado... calmo... tranqüilo... pesado, pesado..."
- Imagine uma situação muito relaxante, calma, tranqüila: pode ser você deitado em uma praia deserta, na sombra, com uma pequena brisa roçando seu corpo; ou numa relva no campo; enfim, aquela situação em que você ficaria o mais relaxado possível, calmo... tranqüilo... pesado... pesado... Observe como o seu corpo está verdadeiramente muito pesado. Sinta a resistência da cama ou sofá onde você está deitado. Deixe-se ficar assim por um minuto, sentindo o gozo de estar totalmente relaxado.
- Quando tiver cansado de estar relaxado, comece a movimentar suavemente os dedos das mãos, dos pés, os braços e pernas, depois abra os olhos e comece a se espreguiçar bem devagar, dizendo mentalmente a fórmula: "Cinco, quatro...três...dois...um. Estou me sentindo bem, calmo e tranqüilo", até finalmente se levantar.

Tarefas de Casa:

- 1- Rever os pontos desta sessão contidos no Manual de Terapia
- 2- Avaliar problemas futuros com o fim da terapia
- 3- Usar Higiene do Sono
- 4- Praticar Relaxamento Muscular Progressivo

Sessão 12

- ✓ Revisão da sessão anterior e dos registros de pensamento
- ✓ Sinais e sintomas de recaída
- ✓ Como manejar recaídas
- ✓ Cartão de enfretamento para recaída
- ✓ Despedida e encerramento

Objetivos da Sessão

Com esta sessão encerramos este protocolo de pesquisa. O objetivo desta sessão é falar das possíveis recaídas de humor no futuro. É possível que durante este período você já tenha ou esteja experimentando alguma oscilação importante e por isso já poderá colocar algumas dessas ideias em prática. De

qualquer forma a chance de uma nova recaída permanece mesmo durante uma vida funcional e por isso é importante se manter atento.

Revendo Minhas Metas com a Terapia:

Antes de começarmos seria bom retomar um pouco do que foi dito no início desse protocolo e revisar quais eram suas metas com essas sessões (pag. X). Como consideramos este um projeto em construção gostaria de saber se você atingiu o que esperava e se faltou alguma coisa que você gostaria de ter trabalhado mais. Isso poderá nos ajudar a melhorar este protocolo no futuro.

- Você atingiu suas metas com a terapia?

- Ela foi útil para você em seu dia-a-dia? Em quê?

- O que poderia ter faltado abordar?

- Algum comentário a mais?

Sinais e Sintomas de Recaídas

O TB é uma doença marcada por recaídas de humor e, assim, existe a chance de você vivenciar uma nova ocorrência de mania e depressão após (ou mesmo durante) a terapia. Cada pessoa com TB apresenta um perfil específico de sintomas sendo que pode haver alguns mais frequentemente associados ao início dos episódios (pródromos). Você já pode ter enumerado quais são seus sintomas de humor na TABELA 1 (pág. X). Dê uma olhada novamente ou faça ela agora pensando nos seus sintomas de humor mais frequentes. Algumas

vezes isso pode ser difícil e, se for o caso, vale a pena pedir ajuda de um dos terapeutas do grupo para montar sua tabela.

A partir dessa tabela pensaremos agora em uma forma de reduzir o impacto que estes sintomas têm sobre você. Estar ciente de uma coisa não significa necessariamente modificar nosso comportamento (afinal quantas pessoas sabem que seria bom comer melhor e praticar mais exercícios?). Mas pode ser útil saber como cada uma dessas fases começa para escolher o que fazer mais facilmente.

Procuramos resumir algumas ideias que achamos úteis na estratégia H.U.M.O.R. que segue abaixo. Ela foi pensada como um sumário de passos importantes para qualquer fase do TB, mas principalmente para fase de manutenção. **Caso você sinta que esteja começando um novo episódio é importante fazer contato com nossa equipe e agendar uma consulta com seu médico.** Você pode destacar ou copiar a folha seguinte se for mais fácil de forma mantê-la como um lembrete por um tempo maior.

A Estratégia H.U.M.O.R.

Manejar o Transtorno Bipolar (TB) sem dúvida não é fácil em longo prazo. Como qualquer outra doença crônica, talvez a melhor forma de lidar com o TB seja agir de modo preventivo. Para isso você pode utilizar o acróstico **H.U.M.O.R.**, que reúne passos importantes deste tratamento preventivo.

H. Habitue-se a manter uma rotina. Crie e mantenha uma rotina estável de horários para suas atividades, principalmente aquelas que envolvem a tomada de suas medicações, seu ciclo de sono e vigília e suas atividades e trabalho. Evite romper repentinamente estas rotinas.

U. Use o que você aprendeu. Pouco adianta saber o que se deve fazer, sem pô-lo em prática! Provavelmente você já sabe alguma maneira de observar seu humor e de identificar variações nele. Caso seja necessário, consulte seu material de terapia para lhe ajudar e envolva alguém de confiança nos momentos mais difíceis.

M. Monitore as variações de seu humor e dos seus horários. Todos nós estamos sujeitos a imprevistos, mesmo que nos programemos para evitá-los. Por isso é interessante monitorar suas mudanças no ambiente e suas consequências no seu humor. Um gráfico de humor pode ser muito útil ajudando você a quantificar estas mudanças.

O. Observe seus problemas e procure resolvê-los de modo cuidadoso. Não ceda ao impulso de resolver seus problemas de modo imediato! Lembre-se que planejar e agir são duas fases de igual importância ao resolver problemas. Tente gerar *todas* as soluções possíveis antes de resolver seus problemas. Antes de decidir, pense se não existe alguém que pode lhe ajudar a escolher melhor.

R. Responda aos pensamentos automáticos. Mesmo fora de episódios pessoas com TB podem apresentar pensamentos automáticos questionáveis. Acostume-se não apenas a identificá-los, mas fundamentalmente a respondê-los de modo racional. Algumas perguntas podem lhe ajudar: *Existe outra forma de eu ver esta situação? Eu veria esta situação de forma diferente se eu me sentisse melhor? Alguma vez em minha vida experimentei alguma situação semelhante? Como eu vi aquelas situações no passado? Existe algo que aprendi naquela ocasião que possa usar agora?* Não

esqueça que fazer isso mentalmente é muito mais difícil! Procure usar seu material de terapia e **escreva** seus pensamentos e suas respostas!

Prevenindo vendo Recaída com Resolução de Problemas:

Como este é um protocolo integrativo faz sentido juntarmos algumas partes anteriormente abordadas de forma a criar mais uma chance de utilizar suas habilidades. Como uma tarefa adicional imagine agora que você notou um pródromo de uma recaída de humor. Usando o que você já aprendeu com **resolução de problemas**, como você poderia lidar com isso? Lembre-se dos passos anteriores e discuta com seus terapeutas como adaptar essa habilidade para este caso.

Meu Plano de Prevenção de Recaídas:

Passo 1

Passo 2

Passo 3

Passo 4

Passo 5

Passo 6

Passo 7

Uma Última Palavra

Para encerrarmos este texto gostaríamos de agradecer você por sua participação. Este projeto teve como intuito principal ajudar as pessoas com TB a desenvolver estratégias para lidar melhor com o transtorno. A idéia de associar reabilitação cognitiva com terapia cognitivo comportamental nasceu como uma forma de aumentar a praticidade destas estratégias no uso diário. Como é um projeto de pesquisa ainda demoraremos a ter a resposta sobre os resultados finais para todos os indivíduos, mas sinceramente esperamos que essa experiência tenha sido importante e útil para você. Ainda há muito que se saber sobre a psicoterapia no TB, mas toda pesquisa precisa de participações voluntárias como a sua. Por isso também o incentivamos a participar de outras pesquisas no futuro.

É importante lembrar também que o projeto não se encerra com o fim das sessões de terapia! Será **fundamental** que você continue colaborando com as avaliações futuras para que possamos entender como este protocolo de psicoterapia afeta as pessoas com TB. Assim, pedimos que você mantenha atualizado de seus números de contato (telefones de casa e celular) e endereços durante a pesquisa.

Minhas metas com a terapia:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

O que atingi:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

O que pode melhorar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Referências Bibliográficas:

1. Wilson BA. Reabilitação da Memória: Integrando Teoria e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2011.
2. Sohlberg MM, Mateer CA. Reabilitação Cognitiva - Uma Abordagem Neuropsicológica Integrativa. São Paulo:Santos Editora, 2008.
3. Abrisqueta-Gomez J. Reabilitação Neuropsicológica: Abordagem Interdisciplinar e Modelos Conceituais na Prática Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2012.
4. Elliot R, Sahakian BJ, Mc Kay AP, Herrod JJ, Robbins TW, Paykel ES. Neuropsychological Impairments in Unipolar Depression: The Influence of perceived Failure on Subsequent Performance. *Psychological Medicine*. 1996;26:975-89.
5. Salthouse, T.A.; Atkinson, T.M.; Berish, D.E. Executive functioning as a Potential Mediator of Age-related Cognitive Decline in Normal Adults. *J Exp Psychol Gen*. 2003;132(4):566-94.
6. Lezak MD. *Neuropsychological Assessment*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 1995. p.7-44.
7. Gil R. *Neuropsicologia*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2003.

Complete com uma das figuras
à direita, aquela que completa a sequência

a	c	e	g	i h d
2	4	6	8	9 10 12
9	7	5	3	4 2 1
G	H	J	K	M N L

Nome: _____

Complete com uma das figuras
à direita, aquela que completa a sequência

Nome: _____

Observe o padrão abaixo
Preencha os espaços livres com uma das figuras do centro
Faça um traço ligando a figura ao espaço correspondente

O QUE É O QUE É?
TEM CHAPÉU, MAS NÃO TEM CABEÇA,
TEM BOCA MAS NÃO FALA,
TEM ASA MAS NÃO VOA?

MULHER

BULE

TABULE

CHULÉ

O que é o que é?
quanto mais se
tira mais aumenta?

dublado

arco

buraco

aço

O QUE É, O QUE É?
TEM ESCAMAS E NÃO É PEIXE,
TEM COROA E NÃO É REI?

caqui

abacaxi

abacate

aqui

Anexo II - Definição dos testes e subtestes CANTAB

Domínio	Nome do teste	O que avalia	Subteste incluído na análise	Definição do subteste
Atenção e velocidade psicomotora	Attention Switching Task (AST)	Atenção alternada	ASTTC	O número de ensaios para os quais o resultado foi uma resposta correta (sujeito pressionou o botão correto dentro da janela de resposta), calculado em todos ensaios avaliados.
			ASTTCE	O número de estudos congruentes avaliados para o qual o resultado do teste foi uma resposta incorreta (sujeito pressionou o botão errado).
			ASTTOE	O número de ensaios para os quais o resultado foi um erro de omissão (não resposta).
	Reaction Time (RTI)	Tempo de reação por meio da velocidade de resposta motora e mental, bem como medidas de tempo de movimento, tempo de reação, precisão de resposta e impulsividade	RTIMSRT	A duração média entre o início do estímulo e o tempo em que o sujeito apertou o botão. Calculado para correto avaliaram ensaios em que o estímulo pode aparecer em apenas um local.
			RTISRTSD	O desvio padrão calculado entre o início do estímulo e a hora em que o sujeito soltou o botão. Calculado para testes corretos e avaliados em que o estímulo pode aparecer em um local só.
	Rapid Visual Information Processing (RVP)	Processamento visuo-espacial através da latência (velocidade de resposta), probabilidade de falsos alarmes e sensibilidade.	RVPML	A latência de resposta média durante a avaliação blocos de sequência onde o sujeito respondeu corretamente.
			RVPTH	O número total de sequências alvo que foram respondidas dentro do tempo permitido durante blocos de sequência de avaliação.
	Motor Screening Task (MOT)	Velocidade psicomotora por meio da velocidade de resposta do participante e a precisão de apontar	MOTML	A latência média da exibição de um estímulo para uma resposta correta a esse estímulo durante os ensaios de avaliação.

Domínio	Nome do teste	O que avalia	subteste incluído na análise	definição do subteste
Memória	Delayed Matching to Sample (DMS)	medidas incluem latência (velocidade de resposta do participante), o número de padrões corretos selecionados e uma medida estatística que fornece a probabilidade de um erro após uma resposta correta ou incorreta	DMSMDLAD	A latência média das escolhas disponíveis sendo exibida para o assunto escolhendo a escolha correta, em ensaios de avaliação em que as respostas não foram exibidas simultaneamente ao lado do estímulo e onde a primeira escolha do sujeito está correta.
			DMSPEGE	Esta medida reporta a probabilidade de um erro que ocorre quando o anterior julgamento foi respondido incorretamente
			DMSTC	A contagem de ensaios de avaliação durante qual o sujeito selecionou o correto caixa na sua primeira escolha de caixa.
			DMSTEP	O número de vezes que o assunto não conseguiu selecionar a caixa correta em sua primeira resposta a um julgamento. A inclusão conjunto contra o qual esta medida é calculado é todos os ensaios avaliados onde o distrator selecionado é ajustado para a amostra por forma.

	Pattern Recognition Memory (PRM)	medidas incluem o número e a porcentagem de tentativas corretas e latência (velocidade de resposta do participante)	PRMPCD	O número de respostas corretas feita em ensaios do atraso condição, expressa como porcentagem.
			PRMPCI	O número de respostas corretas feita em ensaios do imediato condição, expressa como porcentagem.

Domínio	Nome do teste	O que avalia	subteste incluído na análise	definição do subteste
Funções Executivas	One Touch of Stockings of Cambridge (OTS)	medidas incluem o número de problemas resolvidos na primeira escolha, escolhas médias para corrigir, latência média (velocidade de resposta) para primeira escolha e latência média para correção. Cada uma destas medidas pode ser calculada para todos os problemas, ou para problemas com um número especificado de movimentos (um movimento para cinco ou seis movimentos).	OTSMLC	A latência média, medida a partir da aparência das bolas de lotação até a escolha correta da caixa, para avaliação problemas.
	Spatial Span (SSP)	avalia capacidade de memória operativa viso espacial por meio do comprimento do span (a sequência mais longa recuperada com sucesso), erros, número de tentativas e latência (velocidade de resposta).	OTSPSFC	O número de problemas de avaliação em que a primeira escolha de caixa feita estava correta.
			SSPFSL	A sequência mais longa recuperada com sucesso por o sujeito. Apenas para a frente
			SWMBE	Entre os erros são definidos os tempos em que assunto revisita uma caixa na qual um token tem previamente encontrado. Isso é calculado para tentativas de quatro, seis e oito tokens.
	Spatial Working Memory (SWM)	fornece uma medida de estratégia, bem como erros de memória operativa	SWMTE	Este é o número de vezes que uma caixa é selecionada que é certo não conter um token azul e, portanto, não deve ter visitado pelo sujeito, ou seja, entre erros + dentro de erros - erros duplos (quatro, seis, oito fichas).

Domínio	Nome do teste	O que avalia	subteste incluído na análise	definição do subteste
Cognição Social	Emotion Recognition Task (ERT)	porcentagens e números de latências de respostas corretas ou incorretas e gerais, que podem ser analisadas através de emoções individuais ou através de todas as emoções de uma só vez	ERTOMDRT	A latência média do estímulo início ao botão de resposta do sujeito toque (ou seja, emoção escolhida) para todos problemas durante os blocos de avaliação.
			ERTTH	O número de problemas durante blocos de avaliação, nos quais o sujeito escolheu a emoção correta

	ERTTHA	O número de problemas durante blocos de avaliação, nos quais o sujeito escolheu a emoção correta. Calculado onde a resposta correta é raiva.
	ERTTHD	O número de problemas durante blocos de avaliação, nos quais o sujeito escolheu a emoção correta. Calculado onde a resposta correta é desgosto.
	ERTTHF	O número de problemas durante blocos de avaliação, nos quais o sujeito escolheu a emoção correta. Calculado onde a resposta correta é medo.
	ERTTHH	O número de problemas durante blocos de avaliação, nos quais o sujeito escolheu a emoção correta. Calculado onde a resposta correta é alegria.
	ERTTHS	O número de problemas durante blocos de avaliação, nos quais o sujeito escolheu a emoção correta. Calculado onde a resposta correta é tristeza.
	ERTTHSU	O número de problemas durante blocos de avaliação, nos quais o sujeito escolheu a emoção correta. Calculado onde a resposta correta é surpresa.