

Contribuições e principais intervenções da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno bipolar

Ronaldo Rodrigues de Oliveira

Diana Kuhn

Marcelo Montagner Rigoli

Joana Bücker

Resumo: Este trabalho tem como objetivo averiguar as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do Transtorno Bipolar e focar em aspectos específicos das intervenções realizadas no tratamento. O trabalho consiste em uma revisão narrativa sobre este tema. A busca bibliográfica foi realizada através dos sites pubmed e google acadêmico. Os resultados mostraram que a Terapia Cognitivo-Comportamental auxilia na prevenção de recaídas, em episódios de humor mais curtos, menor número de hospitalizações e menor variabilidade dos sintomas maníacos. Dentre as principais técnicas utilizadas, a psicoeducação parece ser a mais utilizada e eficaz no tratamento do Transtorno Bipolar. No entanto, a farmacoterapia ainda é considerada a principal escolha no tratamento.

Palavras-Chave: Transtorno Bipolar. Terapia Cognitivo-Comportamental. Psicoeducação.

Contributions and Main Interventions of Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Bipolar Disorder

Abstract: This study aims to investigate the contributions of Cognitive-Behavioral Therapy in the treatment of Bipolar Disorder and to focus on specific aspects of the interventions performed in the treatment. This paper consists of a narrative review on this theme. The bibliographic search was conducted through the pubmed and google academic sites. The results showed that Cognitive-Behavioral Therapy assists in the prevention of relapses, shorter episodes of mood, fewer hospitalizations and less variability of manic symptoms. Among the main techniques used, psychoeducation seems to be the most used and effective in the treatment of Bipolar Disorder. However, pharmacotherapy is still considered the main treatment choice.

Keywords: Bipolar disorder. Cognitive behavioral therapy. Psychoeducation.

Introdução

O Transtorno Bipolar (TB) é uma condição médica contínua conhecida por alterações de humor que se caracterizam por episódios de mania e depressão, o que ocasiona prejuízos cognitivos e resulta em uma diminuição do funcionamento social e ocupacional do portador (Martínez-Arán et al., 2004). Mostra-se como a 6ª causa de incapacidade no mundo entre a faixa etária dos 15 aos 44 anos (Murray & Lopez, 1996), afetando, aproximadamente, 1 a 2,4% da população (Belmaker, 2004; Merikangas et al., 2011). Estudos populacionais sugerem que o início dos sintomas ocorre geralmente entre o fim da adolescência e o início da idade adulta (Weissman, 1991).

Segundo o DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition), o TB pode manifestar-se em duas apresentações: tipo I, caracterizado por pelo

menos um episódio maníaco mesmo na ausência de episódios depressivos; e o tipo II, caracterizado por episódios hipomaniacos com ocorrência de pelo menos um episódio depressivo maior. Os medicamentos mais utilizados para o manejo da sintomatologia são os estabilizadores de humor, os anticonvulsivantes e os antipsicóticos. Entretanto, estima-se que 18 a 50% dos pacientes apresentam falhas no cumprimento terapêutico durante algum período da doença (Rosa et al., 2007). A má adesão ao tratamento está relacionada com a persistência dos sintomas de humor, mais recaídas e hospitalizações, assim como um pior funcionamento cognitivo e psicossocial (Colom, Vieta, Sánchez-Moreno, et al., 2005).

Torna-se necessário que, concomitantemente ao tratamento medicamentoso, tenha-se uma intervenção psicossocial como coadjuvante à farmacoterapia, visando, assim, amplificar a autonomia do indivíduo. Observa-se, então, que a TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental) tornou-se a abordagem teórica psicoterápica mais importante e com melhor validação científica (Knapp & Isolan, 2005). Afinal, orienta-se para a solução de problemas que envolvem o empirismo colaborativo entre o paciente e o terapeuta para atingir os objetivos estabelecidos, visando promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras (Beck, 1997). No entanto, apesar do extenso e acalorado debate na literatura internacional da Psicologia nos últimos anos, o tema da prática baseada em evidências tem sido pouco discutido na Psicologia brasileira (Leonardi & Meyer, 2015).

Metodologia

Esse trabalho foi elaborado a partir de uma revisão da literatura nas bases de dados pubmed e google acadêmico, no período entre 1990 e 2018. As palavras-chave utilizadas na busca foram “terapia cognitivo comportamental”, “transtorno bipolar” e “psicoeducação”, bom como as suas correspondentes em inglês, “cognitive behavioral therapy”, “bipolar disorder” e “psychoeducation”. Não houve restrição de idioma ou data. Como critérios de exclusão, constam: estudos exclusivamente realizados em crianças ou adolescentes e artigos em que o texto integral não foi encontrado. Somando-se todas as bases de dados, foram encontrados 284 artigos. Após a leitura dos títulos dos artigos, notou-se que 167 se repetiram nas diferentes bases e outros não preenchiam os critérios deste estudo. Foram selecionados 68 artigos para a leitura do resumo e excluídos os que não diziam respeito ao propósito deste estudo. Após a leitura dos resumos, foram selecionados, então, 22 artigos que preenchiam os critérios inicialmente propostos e que foram lidos na íntegra.

Resultados e discussão

O objetivo deste estudo foi apresentar e discutir os achados da literatura referentes às contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do Transtorno Bipolar e focar em aspectos específicos das intervenções realizadas no tratamento desse transtorno.

A literatura científica reforça que a base do gerenciamento do Transtorno Bipolar são as medicações conhecidas como estabilizadores de humor. Os estabilizadores de humor disponíveis incluem o lítio, o valproato, a lamotrigina, a carbamazepina/oxcarbazepina e o topiramato (Shah, Grover & Rao, 2017). A Rede Canadense para Tratamentos de

Humor e Ansiedade (CANMAT) faz recomendações de tratamentos de primeira, segunda e terceira linhas, com consideração aos níveis de evidência e de eficácia. A farmacoterapia isolada ou em combinação é recomendada como tratamento de primeira linha para o TB. Portanto, o tratamento não farmacológico é desaconselhável (Yatham et al., 2018). Apesar de a farmacoterapia ser o tratamento principal para o TB, a medicação oferece uma melhora parcial dos sintomas para os pacientes. Os tratamentos somente com intervenções farmacológicas estão associados a baixas taxas de remissão, altas taxas de recorrência, sintomas residuais e prejuízo psicossocial (Swartz & Swanson, 2014).

A TCC demonstra ser um bom tratamento adjuvante no TB, sendo que, em 1996, Basco e Rush desenvolveram o primeiro manual de tratamento especificamente para o TB (Basco & Rush, 1996). Os autores identificaram problemas críticos no manejo farmacológico do TB como a falta de aderência à medicação e a presença de sintomas subsindrômicos de mania e depressão, mesmo quando os pacientes estavam completamente aderidos. O argumento dos autores é que o manejo prolongado com um estabilizador de humor precisaria ser complementado com um tratamento psicossocial para aumentar a aderência medicamentosa e ajudar os pacientes a identificarem estressores psicossociais que pudessem precipitar novos episódios da doença. O modelo de tratamento supõe, então, que há uma relação recíproca entre pensamentos, percepções, sentimentos e comportamentos, com tais variáveis contribuindo para que sintomas prodrômicos se intensifiquem ao ponto de se tornarem episódios completos da doença.

Na segunda edição desse manual (Basco & Rush, 2009), os autores sugerem que pacientes com TB tipo II têm mais indicações para intervenções psicoterápicas em função da menor gravidade dos estados de elevação do humor e maior preponderância de quadros depressivos. Também destacam que as intervenções psicossociais são menos eficazes com a progressão da doença, já que os episódios de humor são cada vez mais espontâneos e não precedidos de estressores psicossociais. Referem que as intervenções psicossociais não reduzem a probabilidade de ocorrência de novo episódio de humor, mas auxiliam na melhor qualidade de vida. Além disso, esses mesmos autores relatam que a TCC é a modalidade psicoterapêutica mais estudada no TB e que auxilia no aprendizado da descrição dos sintomas, monitoramento do humor, reestruturação cognitiva, desenvolvimento de comportamentos saudáveis, estratégias de comunicação, resolução de problemas e adesão ao tratamento medicamentoso. Também destacam quatro objetivos principais da TCC para o TB: (1) educar pacientes sobre a abordagem do tratamento e as dificuldades comuns associadas à doença; (2) ensinar aos pacientes um método para monitorar a ocorrência, a gravidade e o curso dos sintomas maníacos e depressivos; (3) facilitar a aderência aos regimes medicamentosos prescritos; (4) fornecer estratégias não-farmacológicas, especialmente habilidades cognitivas, para dar conta de problemas cognitivos, afetivos e comportamentais associados com sintomas maníacos e depressivos (Basco & Rush, 2009).

Atualmente vários estudos como meta-análises e artigos de revisão têm sido publicados sobre a eficácia da TCC como tratamento adjuvante no TB. Um ensaio controlado randomizado de TCC para prevenção de recaídas no TB mostrou que pacientes tratados com TCC apresentaram melhores resultados, após o seguimento de um ano. Estes pacientes apresentavam episódios de humor mais curtos, menor número

de hospitalizações, menor variabilidade dos sintomas maníacos, entre outros (Lam, McCrone, Wright & Kerr, 2005).

Em uma revisão sistemática publicada em 2009, os resultados sugeriram que terapia psicológica especialmente desenhada para TB é efetiva em prevenir ou adiar recaídas no TB e que não há evidência clara de que o número prévio de episódios modera esse efeito (Lam, Burbeck, Wright & Pilling, 2009). Com exceção de um estudo incluído nesta revisão, todos os ensaios clínicos demonstraram efeitos benéficos da TCC em termos de prevenção de recaída e funcionamento social nos pacientes com TB. Esta revisão incluiu intervenções em TCC individual, em grupo (psicoeducação) e grupo com familiares. Os autores enfatizam a importância da presença de um clínico com experiência para o bom resultado do tratamento. Também sugerem a escolha do tratamento individual ao invés do tratamento em grupo para pacientes com TB.

No entanto, em outro artigo de revisão publicado em 2010, os autores avaliaram quatro estudos sobre a efetividade da TCC na redução de recaídas no TB. Seus resultados demonstraram que a TCC não foi efetiva em reduzir os episódios de humor em pacientes com TB em pelo menos três dos quatro ensaios clínicos incluídos na revisão (Lynch, Laws & McKenna, 2010).

Entretanto, estudos mais recentes demonstraram que psicoterapias específicas para o TB, como a psicoeducação (individual e em grupo) e a TCC (individual e em grupo), quando adjuvantes ao tratamento medicamentoso, demonstram melhora nos sintomas de humor e diminuição do risco de episódios de humor (Swartz & Swanson, 2014). Em um artigo publicado em 2016, os autores realizaram uma revisão da literatura somente com ensaios clínicos randomizados que utilizaram alguma intervenção psicoterápica para o tratamento do TB. Os resultados demonstraram que a psicoeducação e a TCC estão associadas a um aumento de tempo entre episódios de humor. Ou seja, pacientes que realizaram tratamento com psicoeducação ou TCC estão mais tempo eutímicos do que aqueles que não realizaram esses tratamentos psicoterápicos. Estas intervenções de psicoterapia parecem ser eficazes também na redução dos sintomas depressivos (Salcedo et al., 2016).

Outro estudo recente avaliou nove ensaios clínicos randomizados com 520 paciente bipolares tipo I e II. Os autores demonstraram através de uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados que há eficácia a curto prazo da TCC na redução da taxa de recaída no TB e na melhoria da gravidade dos episódios maníacos. Mas, esses efeitos podem ser enfraquecidos ao longo do tempo. Além disso, não houve efeito da TCC na gravidade e ocorrência dos episódios depressivos nos pacientes com TB. Outro ponto importante que os autores discutem é que, após a longa duração do tratamento psicoterápico, os pacientes podem não manter a estabilização do humor por diversos motivos, o que afetaria o efeito a longo prazo da TCC nesses pacientes (Ye et al., 2016).

Dentre todas as técnicas utilizadas, a psicoeducação (PE) parece ser a mais utilizada e eficaz no tratamento do TB. Ela é uma abordagem psicossocial essencial para esse transtorno, sendo considerada uma intervenção complementar ao tratamento biológico e mencionada nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Brasil e de outros países. A PE tem como objetivo central habilitar o paciente a desenvolver mecanismos mais adaptativos frente às situações estressoras que podem gerar um novo episódio. Os tratamentos psicoeducativos normalmente iniciam com uma análise esmiuçada das

atitudes e comportamentos tanto do paciente quanto do meio em que ele está inserido, a fim de facilitar os alvos relevantes para a intervenção (Colom & Vieta, 2006). Um dos principais pontos do tratamento psicoeducativo a ser destacado diz respeito ao desenvolvimento da autonomia do paciente, auxiliando-o a reconhecer seus pensamentos e comportamentos e, assim, capacitando-o para o manejo das situações estressoras (Colom, Vieta, Tacchi, Sánchez-Moreno, & Scott, 2005; Colom et al., 2003). Além disso, essa abordagem reforça uma das premissas da Reforma Psiquiátrica (Amarante & Nunes, 2018), visando diminuir o número de internações do paciente e agregar práticas eficazes de prevenção e reabilitação psicossocial.

Inúmeros estudos têm mostrado que pacientes bipolares psicoeducados aderem melhor ao tratamento farmacológico, possuem maior conhecimento e domínio sobre a doença, diminuição da ocorrência de episódios, menores chances de recaída e, conseqüentemente, de internações, assim como na promoção do funcionamento social e ocupacional (Colom, Vieta, Sánchez-Moreno, et al., 2005; Colom et al., 2009; Reinares, Sánchez-Moreno & Fountoulakis, 2014). Conseqüentemente, isso deve facilitar o autocuidado e o automonitoramento do paciente, assim como deve diminuir a sobrecarga familiar (Reinares et al., 2010, 2008).

Um ensaio clínico randomizado realizado em 2003 mostrou que pacientes que receberam PE associada ao tratamento farmacológico apresentaram um melhor desfecho com menos recaídas e um menor aparecimento de sintomas de mania e depressão que aqueles tratados somente com a medicação (Colom et al., 2003). Outro estudo do mesmo grupo sugeriu os benefícios da PE sobre a adesão ao tratamento ao mostrar que pacientes que participaram de um programa de PE apresentavam uma maior estabilidade das concentrações terapêuticas de lítio, fato que é fundamental para o sucesso terapêutico (Colom, Vieta, Sánchez-Moreno, et al., 2005). Um outro estudo demonstrou que a psicoeducação se apresentou como um modelo eficaz à adesão ao tratamento psicofarmacológico e como uma alternativa importante para familiares de pacientes com TB, pois melhora a compreensão e o entendimento sobre o transtorno. Assim, auxilia na redução do número de episódios maníacos, resultando em um menor número de recaídas e internações e no aumento do funcionamento social. Também auxiliou para um melhor manejo de situações de crise e sentimentos de culpa.

Outra ferramenta que auxilia no tratamento são os manuais de PE. Um dos mais utilizados é o proposto por Colom e Vieta (2006), intitulado “Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder” (Colom & Vieta, 2006). A metodologia proposta pelos autores é usada em muitos estudos que avaliam a PE no TB mostrando a eficácia desse modelo. Este programa tem originalmente 21 sessões, mas apresenta algumas desvantagens como, por exemplo, o alto número de desistências. Os autores descrevem que 25% dos pacientes pararam de comparecer às sessões antes do final do programa. Já em programas mais curtos, esse número de desistências parece ser mais baixo (Colom & Vieta, 2006). Em 2010, realizou-se um estudo com 12 sessões de PE em grupo e os resultados demonstraram uma diminuição das taxas de novos episódios de humor, aumento do tempo entre novos episódios de humor, diminuição de sintomas maníacos e aumento na aderência da medicação, sugerindo, assim, uma utilidade no tratamento adjunto psicoterapêutico do TB (D’Souza, Piskulic, & Sundram, 2010).

A família também aparece como uma ferramenta essencial nesse processo, uma vez que aprendendo melhor sobre a doença mostra-se capaz de ajudar o paciente a identificar esses gatilhos e usar estratégias mais assertivas para lidar com essas situações (Reinares et al., 2008, 2010). Existem diversos modelos de PE que visam fornecer informação, suporte, treinamento de habilidades ou uma combinação destes para atender às necessidades das famílias de pacientes bipolares. Como exemplo, apresenta-se o protocolo de PE para familiares do Programa de TB de Barcelona (Reinares et al., 2008). Esse protocolo consiste em 6 sessões semanais de 90 minutos, realizadas em grupos exclusivamente para familiares, sem a participação de pacientes. Este manual contém aspectos etiológicos, quadro clínico, diagnóstico, tratamentos medicamentosos e psicossociais do TB.

Observa-se, então, que as intervenções psicológicas adjuntas à farmacoterapia parecem melhorar o desfecho clínico e a qualidade de vida de pessoas com transtorno bipolar em países de renda média. A PE melhorou a adesão ao tratamento, o conhecimento e as atitudes em relação ao transtorno bipolar e a qualidade de vida, e levou à diminuição das taxas de recaída e internações hospitalares (Demissie et al., 2018). A PE aliada à TCC reduziu significativamente os sintomas maníacos e aumentou a Avaliação Global do Funcionamento (Chatterton et al., 2017). A PE familiar impediu a recaída (Chatterton et al., 2017), diminuiu as internações hospitalares e melhorou a adesão à medicação (Demissie et al., 2018), contribuindo, assim, para uma mudança na percepção da doença (Etain et al., 2017).

A PE também estimula o paciente a ter uma participação mais ativa no processo terapêutico, o que é altamente desejável e segue os modelos mais modernos de relação paciente-terapeuta. Além dos benefícios discutidos até agora sobre esta abordagem, o grupo de PE aparece com a finalidade na qual os sujeitos se sintam acolhidos e percebam que não estão sozinhos nessa caminhada e que é possível progredir para uma melhor adaptação social dentro das limitações da psicopatologia (Reinares et al., 2014). Até porque, indivíduos com distúrbios graves podem se beneficiar de programas de tratamento psicoeducacional e cognitivo se os programas forem adaptados ao nível de funcionamento neuropsicológico e compensarem déficits cognitivos e sobrecarga emocional (Schaub, Hippus, Möller & Falkai, 2016).

Estes resultados mostram que a psicoeducação tem se mostrado efetiva no tratamento de pacientes com TB, além de apresentar características preventivas para recaídas e para saúde mental dos familiares, apesar de não substituir o tratamento medicamentoso (Figueiredo, Souza, Dell'Áglio & Argimon, 2009). Dessa forma, e de fato, todas essas evidências remarcam a importância da implementação dos programas estruturados de PE como um tratamento coadjuvante para o TB.

Conclusão

Esse trabalho abordou as contribuições da TCC no tratamento do TB e focou em aspectos específicos das intervenções realizadas no tratamento. Os resultados mostraram que a TCC auxilia na prevenção de recaídas, em episódios de humor mais curtos, em menor número de hospitalizações e em menor variabilidade dos sintomas maníacos. Dentre as principais técnicas, a psicoeducação parece ser a mais utilizada e eficaz no tratamento do TB. Porém, a farmacoterapia continua sendo a principal escolha para o manejo sintomatológico

dos pacientes acometidos. No que tange as limitações do estudo, a mais evidente é o seu desenho. Afinal, a realização de uma meta-análise dos estudos incluídos nesse trabalho traria uma análise mais fidedigna dos resultados apresentados. Afinal, esse assunto apresenta-se com grande relevância e mostra-se de difícil manejo na prática clínica. Dessa forma, e de fato, a importância de futuros estudos nessa área torna-se importante.

Referências

- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(6), 2067–2074.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (1996). *Cognitive-behavioral Therapy for Bipolar Disorder* (Second). New York: The Guilford Press.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (2009). *Terapia Cognitivo-comportamental para Transtorno Bipolar*. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Belmaker, R. H. (2004). Bipolar disorder. *Lancet*, 351, 476–486.
- Chatterton, M. L., Stockings, E., Berk, M., Barendregt, J. J., Carter, R., & Mihalopoulos, C. (2017). Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 333–341.
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder* (1º ed; Cambridge University Press, org.).
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G., & Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60(4), 402–407.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., & Scott, J. (2005). Stabilizing the stabilizer: Group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorders, Supplement*, 7(5), 32–36.
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., & Martínez-Arán, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-Year outcome of a randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 260–265.
- Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M. J., Sánchez-Moreno, J., & Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disorders, Supplement*, 7(5), 24–31.
- Demissie, M., Hanlon, C., Birhane, R., Ng, L., Medhin, G., & Fekadu, A. (2018). Psychological interventions for bipolar disorder in low- and middle-income countries: systematic review. *BJPsych Open*, 4(5), 375–384.
- D'Souza, R., Piskulic, D., & Sundram, S. (2010). A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 120(1–3), 272–276.
- Etain, B., Scott, J., Cochet, B., Bellivier, F., Boudebesse, C., Drancourt, N., Lauer, S., Dusser, I., ... Henry, C. (2017). A study of the real-world effectiveness of group

- psychoeducation for bipolar disorders: Is change in illness perception a key mediator of benefit? *Journal of Affective Disorders*, 227(November), 713–720.
- Figueiredo, Â. L. de, Souza, L. de, Dell'Áglio, J. C. Jr., & Argimon, I. I. de L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(1), 15–24.
- Knapp, P., & Isolan, L. (2005). Psychoterapeutic Approach in Bipolar Disorder. *Archives of Clinical Psychiatry*, 32(suppl 1), 98–104.
- Lam, D. H., Burbeck, R., Wright, K., & Pilling, S. (2009). Psychological therapies in bipolar disorder: The effect of illness history on relapse prevention - A systematic review. *Bipolar Disorders*, 11(5), 474–482.
- Lam, D. H., McCrone, P., Wright, K., & Kerr, N. (2005). Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder : 30-month study. *British Journal of General Practice*, 186, 500–506.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Evidence-Based Practice in Psychology and the History of the Search for Empirical Proof on the Efficacy of Psychotherapies. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 35(4), 1139–1156.
- Lynch, D., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, 40(1), 9–24.
- Martínez-Arán, A., Vieta, E., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Reinares, M., Benabarre, A., Goikolea, J.M., Brugué, E., Daban, C., & Salameiro, M. (2004). Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: Implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disorders*, 6(3), 224–232.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M.C., Andrade, L.M., ... Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241–251.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-Based Health Policy-Lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274, 740–743.
- Reinares, M., Colom, F., Rosa, A. R., Bonnín, C. M., Franco, C., Solé, B., Kapczinski, F., & Vieta, E. (2010). The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *Journal of Affective Disorders*, 123(1–3), 81–86.
- Reinares, M., Colom, F., Sánchez-Moreno, J., Torrent, C., Martínez-Arán, A., Comes, M., Goikolea, J.M., Benabarre, A., Salameiro, M., & Vieta, E. (2008). Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: A randomized controlled trial. *Bipolar Disorders*, 10(4), 511–519.
- Reinares, M., Sánchez-Moreno, J., & Fountoulakis, K. N. (2014). Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when. *Journal of Affective Disorders*, 156, 46–55.
- Rosa, A. R., Marco, M., Fachel, J. M. G., Kapczinski, F., Stein, A. T., & Barros, H. M. T. (2007). Correlation between drug treatment adherence and lithium treatment attitudes and knowledge by bipolar patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(1), 217–224.

- Salcedo, S., Gold, A. K., Sheikh, S., Marcus, P. H., Nierenberg, A. A., Deckersbach, T., & Sylvia, L. G. (2016). Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. *Journal of Affective Disorders*, 201, 203–214.
- Schaub, A., Hippus, H., Möller, H. J., & Falkai, P. (2016). Psychoeducational and Cognitive Behavioral Treatment Programs: Implementation and Evaluation from 1995 to 2015 in Kraepelin's Former Hospital. *Schizophrenia Bulletin*, 42(1), 81–89.
- Shah, N., Grover, S., & Rao, G. (2017). Clinical Practice Guidelines for Management of Bipolar Disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(5), 51–66.
- Swartz, H. A., & Swanson, J. (2014). Psychotherapy for Bipolar Disorder in Adults. *Focus*, XII(3), 251–266.
- Weissman, M. M. (1991). Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. Affective Disorders. In: Robins LN, Regier DA, (eds.) *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, NY: Free Press; pp 53-80.
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B.L., ... Berk, M. (2018). 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 Disorders*, 20(2), 97–170.
- Ye, B. Y., Jiang, Z. Y., Li, X., Cao, B., Cao, L. P., Lin, Y., Xu, G.Y., & Miao, G. D. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(8), 351–361.

Recebido em: janeiro de 2019

Aceito em: outubro de 2019

Ronaldo Rodrigues de Oliveira: Médico pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ, residente no programa de residência médica pela Sociedade Sulina Divina Providência, mestrando em Biotecnologia pelo Programa de Pós Graduação da Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES. End. para correspondência: Departamento de Psiquiatria, Hospital São José, Rua Júlio de Castilhos, 314 - Centro, Arroio do Meio - RS, CEP 95940-000.

Diana Kuhn: Médica pela Universidade de Caxias do Sul – UCS, residente no programa de residência médica pela Sociedade Sulina Divina Providência, mestranda em Biotecnologia pelo Programa de Pós Graduação da Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES. End. para correspondência: Departamento de Psiquiatria, Hospital São José, Rua Júlio de Castilhos, 314 - Centro, Arroio do Meio - RS, CEP 95940-000.

Marcelo Montagner Rigoli: Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) possui mestrado em Cognição Humana pela PURS, aluno do doutorado no Pós Graduação - Psicologia (PUCRS). End. para correspondência: Departamento de Psiquiatria, Hospital São José, Rua Júlio de Castilhos, 314 - Centro, Arroio do Meio - RS, CEP 95940-000.

Joana Bücker: Psicóloga e Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). End. para correspondência: Departamento de Psiquiatria, Hospital São José, Rua Júlio de Castilhos, 314 - Centro, Arroio do Meio - RS, CEP 95940-000.

E-mail para contato: ronaldo89oliveira@gmail.com.