

Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar

Cognitive behavioral therapy for bipolar disorders

Francisco Lotufo Neto^a

^aDepartamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Resumo

Descrição dos objetivos e principais técnicas da terapia comportamental cognitiva usadas para a psicoterapia das pessoas com transtorno bipolar.

Descritores: Terapia cognitiva, Transtorno bipolar/terapia; Transtorno bipolar/psicologia; Transtorno do humor; Psicoterapia

Abstract

Objectives and main techniques of cognitive behavior therapy for the treatment of bipolar disorder patients are described.

Keywords: Cognitive therapy, Bipolar disorder/therapy; Bipolar disorder/psychology; Mood disorders; Psychotherapy

Introdução e objetivos

O Transtorno bipolar (TB) possui forte componente biológico e sua principal forma de tratamento é com medicamentos estabilizadores do humor. Entretanto, o papel da psicoterapia para o seu tratamento é enorme e com potencial ainda pouco explorado. Estamos diante de uma doença crônica, que necessita de acompanhamento e controle por toda a vida. Assim, cooperação é importante e para isto a terapia pode ajudar. A síndrome sofre influência de fatores de estresse e tem importantes conseqüências psicossociais, interpessoais e de diminuição da qualidade de vida. Uma porcentagem relevante de portadores não tem boa resposta aos tratamentos atuais, apresentando fases, apesar de adequadamente tratados. Isto para não falar no estigma, desmoralização, problemas da família e nas dificuldades e conflitos psicodinâmicos que qualquer pessoa pode apresentar. Há um campo aberto para o tratamento psicoterápico.¹

São objetivos da Terapia comportamental cognitiva (TCC) para os portadores deste transtorno:

- 1) Educar pacientes e seus familiares e amigos sobre o transtorno bipolar, seu tratamento e dificuldades associadas à doença;
- 2) Ajudar o paciente a ter um papel mais ativo no seu tratamento;
- 3) Ensinar métodos de monitoração da ocorrência, gravidade e curso dos sintomas maníaco-depressivos;
- 4) Facilitar a cooperação com o tratamento;
- 5) Oferecer técnicas não farmacológicas para lidar com pensamentos, emoções e comportamentos problemáticos;
- 6) Ajudar a controlar sintomas leves sem necessidade de modificar medicação;
- 7) Ajudar a enfrentar fatores de estresse que podem interferir no tratamento ou precipitar episódios de mania ou depressão;
- 8) Estimular o aceitar a doença;
- 9) Diminuir trauma e estigma associados;
- 10) Aumentar o efeito protetor da família;
- 11) Ensinar habilidades para lidar com problemas, sintomas e dificuldades.

Há diferenças com a psicoterapia tradicional, pois os pacien-

tes em geral não estão na fase aguda da doença. Durante a mania, é muito difícil fazer terapia. A TCC tem uma forma mais didática, algumas técnicas somente são ensinadas e a agenda de cada sessão pode ser ou não determinada por um protocolo. De modo algum se exclui a terapia tradicional.

Fases do tratamento

A TCC para o portador de TB possui sempre algumas fases. Por ser um transtorno crônico, o elemento educacional é importante, para que a cooperação fique mais fácil. Estimula-se o paciente a perguntar sobre seu transtorno, causas e tratamento. Como em toda terapia cognitiva, o modelo cognitivo é apresentado e se ensina a pessoa a identificar e a analisar as mudanças cognitivas que ocorrem na depressão e mania, seus pensamentos automáticos e as distorções do pensamento. Os problemas psicossociais e interpessoais são discutidos e são ensinadas técnicas para que sejam melhor manejados. Por exemplo: solução de problemas e treino de habilidades sociais.² Para criar a aliança terapêutica e a participação ativa do cliente no tratamento é importante compartilhar a filosofia ou racional que está na base do tratamento instituído, solicitar opinião sobre o tratamento, discutir preocupações sobre o mesmo, negociar planos terapêuticos e instituir o tratamento preferido pelo paciente.

Elemento importante da aliança terapêutica é a atenção à família. Deve-se, com ela, discutir sintomas, formas de tratamento e o que esperar do futuro. É importante lembrar que a família precisa também lidar com dor e sofrimento e é necessário criar o clima propício a isso. Olhar sempre as crianças pequenas, que num momento de crise podem ser esquecidas, e geralmente estão muito assustadas ou até negligenciadas.

Sempre discutir com o paciente quem ele quer envolver no tratamento. Isto facilitará muito, no futuro, conduzir uma eventual internação, ou administrar com quem deverá ficar cartão de crédito, talão de cheques e outros detalhes importantes.

Descobrir-se portador de um transtorno crônico pode ter diversos significados para a pessoa.

Lembrar de sempre conversar sobre isto, no início e ao longo do tratamento. Há o medo de incapacidade crônica, o papel dos

acontecimentos da vida e estresse no desencadear de novos episódios, o uso da medicação pelo resto da vida, a questão da hereditariedade (casar e ter filhos), gravidez e amamentação.

A aderência ao tratamento farmacológico deve ser trabalhada em terapia, pois a regra é a não cooperação. Esta pode ocorrer por preconceitos, conceitos errôneos, problemas na aliança terapêutica, efeitos colaterais, erros na dosagem, esquecimento de tomada, tomar mais que o prescrito, tomar medicação de familiares e amigos, erros no horário, uso de álcool e drogas, tomar outras medicações que interferem com os estabilizadores do humor (diuréticos, antiinflamatórios) e falta de recursos para o tratamento. Psicopatologia grave e transtorno de personalidade predizem falta de aderência.³

Técnicas para monitorar os sintomas

Outro elemento importante da psicoterapia é a identificação precoce do início de uma fase, para que uma intervenção efetiva a coloque sob controle, prevenindo problemas e internação. Isto é feito ensinando-se paciente e família a identificar e acompanhar os sintomas da síndrome. Algumas técnicas que auxiliam são: mapeamento da vida, identificação dos sintomas, gráfico do humor e o afetivograma.³

O mapeamento da vida é uma técnica muito usada em psicoterapia, na qual a pessoa traça uma linha em folha de papel, identificando com os altos e baixos e cores o curso da sua vida e doença. Pode assinalar o número, seqüência, intensidade e duração das fases de mania e depressão, o impacto do tratamento e de acontecimentos importantes. Auxilia a oferecer uma visão mais ampla do curso da doença, dos fatores de estresse e da influência do tratamento.

A identificação dos sintomas visa a ajudar a pessoa e a família a identificar sintomas específicos das fases de depressão e mania, diferenciar os estados de humor normais dos patológicos, tomar consciência de sua situação clínica e lidar com conflitos familiares onde o problema é atribuído à doença do paciente, saber o que muda em sua vida durante a depressão ou a mania, o que muda no modo como vê a si e aos outros, e o futuro. Os outros notam ou percebem? O que as pessoas comentam? Faz-se revisão dos sintomas de depressão e mania, identificando os que ocorrem no início das fases. Pede-se ajuda à família (descrição da pessoa quando está bem e quando esta começando a ficar doente).

São indicadores de humor normal a capacidade de sentar e ler um livro ou jornal por um bom período de tempo sem sentir-se entediado, a capacidade de ouvir em uma conversa social, não querer atingir os limites ou fazer algo arriscado, conseguir completar tarefas com poucas distrações, sentir um pouco de ansiedade e preocupação sobre as exigências do dia-a-dia (responsabilidades, obrigações financeiras, etc.), experimentar e ter prazer nos momentos de quietude e serenidade, ser capaz de dormir bem à noite e ser capaz de aceitar críticas bem intencionadas sem se irritar.

São sinais iniciais típicos de hipomania ou mania:⁴

- 1) Diminuição da necessidade de sono;
- 2) Diminuição acentuada da ansiedade;
- 3) Níveis elevados de otimismo, com pouco planejamento;
- 4) Grande vontade de se relacionar com pessoas, mas com pouca capacidade de ouvir;
- 5) Concentração diminuída;
- 6) Aumento da libido com diminuição da crítica e da vergonha;
- 7) Aumento dos objetivos, mas com pouca sistematização das tarefas.

Outra técnica é o gráfico do humor. Permite acompanhar mudanças diárias do humor, do pensamento e comportamento, identificar flutuações de humor ou atividade e identificar sintomas subsindrômicos para solicitar ajuda e orientação quando

apropriado. Deve-se adaptar o gráfico às peculiaridades do quadro clínico da pessoa.

Problemas nas fases de mania

Alguns problemas são freqüentes na fase de mania e a pessoa pode se beneficiar de algumas técnicas para melhor lidar com eles.³⁻⁴ Por exemplo, para o aumento dos interesses, idéias e atividades, pode-se observar o gráfico do humor para detectar o início da fase antes que ela saia do controle, orientar a pessoa a escolher atividade com chance de sucesso (o objetivo pode ser também o limitar as atividades), estabelecer uma agenda de atividades incluindo sono e alimentação, determinar prioridades e avaliar o gasto de energia. Outro problema de importância crucial é o prejuízo do sono. Sabe-se que uma noite mal dormida pode facilitar o início de uma fase de mania. Deve-se criar um programa de higiene do sono, estimular hábitos adequados, evitar estímulos excessivos (exercício, cafeína, etc.), ensinar relaxamento, administrar as preocupações (por exemplo: lista e horário para percorrê-la). Outro problema é a irritabilidade que pode se transformar em agressividade. Deve-se ensinar a ser reconhecida como sintoma de mania ou depressão, ajudar a pessoa a desenvolver respostas alternativas ao invés de reagir. Por exemplo, ensinar a não responder e a sair do local por algum tempo, expressar empatia pelos sentimentos do outro e pedir desculpa, assinalar a presença de irritação antes que esta aumente.

A hipersensibilidade à rejeição e à crítica consiste em outro problema. Deve-se ensinar a família a perceber quando o paciente está irritado e reagir levando em conta a perspectiva do paciente. Diante de extravagância nos gastos é preciso examinar a sua natureza e se o paciente consegue controlá-los, e verificar se outros sintomas de mania estão presentes.

Durante a mania, ocorre uma série de mudanças cognitivas. Por exemplo: otimismo exagerado e idéias de grandeza, idéias paranóides, pressão sobre o discurso, pensamento acelerado e desorganizado, alterações quantitativas da percepção, ressentimento pela desconfiança do terapeuta e familiares sobre seu bem estar. Outras distorções cognitivas são freqüentes e levam a comportamentos inadequados:

- 1) Aumento do interesse sexual e idéia que isto é correspondido pelas outras pessoas;
- 2) Achar que os outros estão muito devagar;
- 3) Ir prematuramente ao topo da cadeia de comando;
- 4) Humor sarcástico e inadequado;
- 5) Supervalorizar a apreciação de suas idéias pelos outros;
- 6) A não aceitação de suas idéias é vista como sinal de burrice ou desinteresse;
- 7) Por se sentirem bem, acham que não precisam de remédio;
- 8) Achar que só ele está certo e não levar em consideração a opinião dos outros, fazendo exigências despropositadas;
- 9) Viva o presente, pois o amanhã será ainda melhor.

Estas distorções cognitivas na mania levam a pessoa a subestimar riscos, exagerar possibilidades de ganhos ou acertos, achar que está com mais sorte, superestimar capacidades, minimizar problemas da vida e valorizar gratificação imediata.

Lidando com fatores de estresse

Um elemento importante é ensinar o paciente a manejar melhor os acontecimentos de sua vida que são estressantes. Muitos desses problemas são bem descritos pela terapia interpessoal, principalmente luto pela perda de alguém, conflitos com pessoas próximas, mudanças de papel existencial, déficits de habilidades sociais, perda da noção do si mesmo saudável e problemas de relacionamento entre adolescentes de pais separados com as novas famílias constituídas pelos pais. Estes problemas podem contribuir para piora e manutenção da depressão e, não raro,

estão presentes no desencadear das fases de mania ou são piorados por esta. Ajuda aprender a definir e avaliar prioridades, pensar em como solucionou o problema no passado, sugerir intervenções não experimentadas. Deve-se respeitar inteligência e recursos do paciente e analisar obstáculos à mudança. As técnicas de solução de problema podem ser ensinadas e são bastante úteis. O treino de habilidades sociais é um importante instrumento, ensinando auto-afirmação e comportamentos básicos para os pacientes com quadros mais graves e grande comprometimento da vida social.

Problemas nas fases de depressão

As fases de depressão apresentam também problemas característicos.⁴⁻⁵ Para a culpa associada à inércia e à letargia é importante analisar explicações pessoais distorcidas para a inércia, vê-la como sintoma e não falha de caráter e direcionar a energia disponível para o possível ou o prioritário.

Algumas técnicas auxiliam: diário de atividades, foco nas tarefas essenciais (contas, limpeza de casa, telefonemas importantes, etc), dividir as tarefas em pequenos passos e iniciar as que têm maior chance de sucesso, estabelecer alvos razoáveis, fazer lista de atividades prazerosas e as incluir e iniciar.

Alguns pacientes com depressão estabelecem alvos irrealistas. Podem se beneficiar de uma avaliação do padrão estabelecido para si mesmo, avaliação do tempo necessário para cumprir uma tarefa, planejar tarefas realistas, analisar esquemas cognitivos de perfeccionismo e incompetência.

Muitos pacientes perderam a capacidade de sentir prazer e não têm atividades de lazer. A atividade aumenta a probabilidade de reforço positivo e para isto deve-se prescrever divertimento, fazer lista de atividades agradáveis, aprender a lidar com pensamentos negativos que impedem a percepção de aspectos positivos e aprender a administrar experiências de rejeição, ansiedade ou fracasso.

Muitos têm dificuldade para se concentrar ou tomar decisões. Em geral, algumas das seguintes situações estão presentes: a pessoa possui muitas opções e não consegue organizá-las mentalmente; incapacidade de gerar idéias (branco); remoer sobre as vantagens e conseqüências de cada opção sem conseguir concluir. Para os casos mais graves, ajuda pedir para alguém fazer a escolha, ou fazê-la previamente. Pode ser útil relaxar e reduzir distrações no ambiente, fazer apenas parte da tarefa, aprender a fazer análise das vantagens e desvantagens e a analisar as antecipações catastróficas das escolhas.

Os pacientes com depressão apresentam os pensamentos automáticos, regras e crenças distorcidas, que geram desesperança e ideação suicida. Alguns exemplos:⁴

- 1) Meus problemas são enormes, o jeito de resolvê-los é acabar com a minha vida.
- 2) Sou um peso para todos, é melhor que eu me vá.
- 3) Me odeio, mereço morrer.
- 4) Só a morte pode aliviar minha dor.
- 5) Tenho tanta raiva de todos, que vou me matar para ensiná-los uma lição.

A ideação suicida é sempre uma prioridade no tratamento. Deve-se perguntar por ela, avaliar a sua letalidade e ajudar o paciente a reconstruir seus pensamentos, auxiliando-o a avaliar suas possibilidades de modo específico e não radicalmente negativo.

A pessoa com transtorno bipolar pode ter diversos problemas de comunicação. Um deles é provocado por hipersensibilidade. Assim, sentimentos são facilmente feridos, antecipam crítica e rejeição e têm reação desproporcional (tristeza, culpa, vergonha, raiva) quando pressentem rejeição. Ajuda ensinar estratégias para lidar com a raiva e para avaliar a validade de seus pensamentos e pressupostos. Importante ensinar familiares a não reagir, mas entender o problema da perspectiva do paciente.

Procedimentos simples como ensinar a ouvir, repetir o que entendeu, pedir confirmação, falar claramente e de modo específico podem ser valiosos.

Referências

1. Juruena MF. *Terapia cognitiva: abordagem para o transtorno afetivo bipolar*. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo). 2001;28(6):322-30.
2. Hawton K, Kirk J. *Solução de problemas*. In: Hawton K, Salkovikis PM, Kirk J, Clark DM. *Terapia comportamental cognitiva para transtornos psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
3. Basco M, Rush AJ. *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford; 1996.
4. Newman CF, Leahy RL, Beck AT, Harrington NR, Gyulai L; American Psychological Association. *Bipolar disorder: a cognitive approach*. Washington (DC): American Psychological Association; 2002.
5. Greenberger D, Padesky CA. *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Correspondência

Francisco Lotufo Neto
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Departamento de Psiquiatria
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos 785
05403-010 São Paulo, SP
