

Psicoterapia em grupo de pacientes com transtorno afetivo bipolar

Group psychotherapy for bipolar disorder patients

BERNARDO CARRAMÃO GOMES¹, BENY LAFER²

1 Psicólogo clínico e mestrando do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

2 Professor doutor do Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Coordenador do Programa de Transtorno Bipolar (Proman) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (Proman-IPQ-HC-FMUSP).

Recebido: 11/09/2006 – Aceito: 07/11/06

Resumo

Contexto: Vem crescendo nos últimos anos o número de estudos com abordagens psicoterápicas no tratamento de pacientes com transtorno afetivo bipolar. Contudo, pouco ainda se sabe sobre o efeito que tem estas abordagens nestes pacientes. **Objetivo:** Avaliar a efetividade da terapia de grupo no tratamento do transtorno afetivo bipolar. **Método:** Levantamento bibliográfico no Medline, Lilacs, PubMed e ISI de artigos publicados em língua inglesa no período de 1975 a 2005 e busca manual com base na bibliografia dos artigos selecionados. Foram incluídos apenas os estudos que utilizaram grupo controle, randomizados, com casuística superior a 20 pacientes. **Resultados:** Foram encontrados somente cinco trabalhos, três deles publicados nos últimos cinco anos. Três utilizaram modelos de psicoeducação, encontrando aumento na adesão ao tratamento farmacológico. Um destes verificou redução no número de hospitalizações e recaídas. Dois estudos combinaram psicoeducação e abordagens psicoterápicas variadas. Destes, um mostrou aumento no período de remissão e redução de sintomas para episódios maníacos. **Conclusões:** O interesse por intervenções psicoterápicas baseadas em evidência, no tratamento do TAB, vem aumentando nos últimos anos. Este fato contrasta com o baixo número de estudos dedicados à modalidade de atendimento em grupo, que poderia ser muito útil em instituições onde grande número de pacientes é atendido. A complexidade clínica dessa doença, a presença de diversas comorbidades e os diferentes graus de adesão à farmacoterapia demandam a criação de opções terapêuticas variadas que atendam às necessidades de cada indivíduo. Os estudos indicam que a terapia de grupo pode ser uma opção eficaz de tratamento que merece ser mais bem investigado para permitir sua aplicação na prática clínica.

Gomes, B.C.; Lafer, B. / Rev. Psiq. Clín. 34 (2); 84-89, 2007

Palavras-chave: Transtorno bipolar, terapia de grupo, psicoterapia, educação do paciente, tratamento.

Abstract

Background: In the last years there has been a growing number of studies using psychotherapy approaches in the treatment of bipolar patients. However, little is known about the effects of these approaches. **Objective:** Evaluate the effectiveness of Group Therapy in the treatment of bipolar affective disorder. **Method:** Review of the literature using Medline, Lilacs, PubMed e ISI, selecting English language articles published between the years of 1975 and 2005. The reference sections of the selected articles, review articles and specialized books were also consulted. Only randomized controlled trails, with more than twenty subjects, were selected. **Results:** Five published studies were identified; three of them have been published in the last five years. In three of the selected studies, models of Psychoeducation were used, showing an increase in the adherence to the pharmacological treatment. One showed reduction in the number of relapses and hospital admissions. The other two studies combined psychoeducation with some other form of psychotherapeutic approach. In one of them, not only an increase in the remission period but also symptom reduction was identified, concerning manic episodes. **Discussion:** There has been a growing interest in evidence

based psychotherapy interventions for the treatment of bipolar affective disorder over the last years. This fact contrasts with the low number of studies dedicated to group therapy, which could be very useful in institutions where a great number of patients are assisted. The clinical complexities of this disease, the presence of several comorbidities and the different levels of adherence to pharmacotherapy demand the development of diverse therapeutic options, in order to meet the needs of each individual. The studies show that group therapy could be an effective treatment option that deserves better investigations so that it can be used in clinical practice.

Gomes, B.C.; Lafer, B. / Rev. Psiq. Clín. 34 (2); 84-89, 2007

Key-words: Bipolar disorder, group therapy, psychotherapy, patient education, treatment.

Introdução

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença grave, caracterizada pela recorrência de episódios de depressão e mania, o que acarreta enorme impacto na qualidade de vida daqueles acometidos. Em um dos maiores estudos já realizados (n = 9.282) avaliando gravidade, prevalência e comorbidade dos transtornos psiquiátricos, em geral o TAB foi observado em 2,6% dos indivíduos, sendo sua maioria classificada como grave (Kessler *et al.*, 2005). Ainda é uma doença subdiagnosticada e limitadamente reconhecida entre os clínicos e a população em geral, por essa razão uma grande porcentagem dessa população permanece desassistida. Essa realidade é ainda mais acentuada em países como o Brasil. Seus custos, financeiro, psicológico e social, tanto para os pacientes como para toda a sociedade, são extremamente altos (Lam *et al.*, 2005). O suicídio é uma das mais dramáticas consequências dessa doença. Em um primeiro comunicado do maior estudo multicêntrico em andamento (STEP-BD) para essa população (Kogan *et al.*, 2004), verificou-se que um terço dos pacientes com esse transtorno apresentou tentativas de suicídio no passado.

Muitos estudos constataram altas taxas de comorbidade com outros transtornos mentais, em especial abuso de substâncias e transtornos de personalidade. A presença de transtornos de personalidade foi encontrada influenciando negativamente no curso da doença em pacientes com transtorno bipolar tipo II, apresentando um desencadeamento mais precoce e maior taxa de suicídio (Vietá *et al.*, 1999). Uma recente revisão (Issler *et al.*, 2004) concluiu que há alta prevalência de comorbidade entre transtorno bipolar e transtornos de ansiedade, em especial transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do pânico e fobia social. Segundo esses autores, a comorbidade com transtornos ansiosos agrava o quadro clínico, indicando pior prognóstico, maior índice de tentativas de suicídio e resposta diferente aos estabilizadores de humor.

O trabalho de Lam *et al.* (2005) comparou o custo-eficácia de psicoterapia somada à farmacoterapia comparada a esta isoladamente. De forma aleatória, os autores distribuíram 103 indivíduos com TAB 1 em um grupo experimental (n = 51) que recebeu terapia

cognitiva comportamental (TCC) individual adicionada à farmacoterapia-padrão e um controle (n = 52) que recebeu farmacoterapia-padrão. Aqueles que receberam TCC passaram em média 62,3 dias a menos em episódio agudo de TAB comparados aos controles. Seus autores concluíram que os custos extras com psicoterapia foram compensados pelo menor uso de outros serviços de saúde. A terapia cognitiva combinada ao uso de estabilizadores de humor foi significativamente superior ao uso destes sozinhos em termos de resultados clínicos e de custo-eficácia.

A partir de dados da literatura, podemos sugerir que pessoas com transtorno bipolar se favoreceriam com intervenções psicológicas (Huxley *et al.*, 2000). A idéia de que o uso de psicofármacos por si só poderia ser suficiente para lidar com essa doença não tem se confirmado: Judd *et al.* (2002) realizaram uma análise retrospectiva acompanhando 146 indivíduos e verificaram que pacientes com TAB 1 permaneceram sintomáticos 47,3% das semanas ao longo de um seguimento médio de 12,8 anos por pacientes. Esse estudo observou que sintomas menores (subsindrômicos, depressão menor e hipomania) se apresentavam com até três vezes maior frequência que sintomas maiores (depressão maior e mania aguda). Tais fatos indicaram que a presença de psicoterapia poderia ajudar esses pacientes, visto que estão frequentemente sintomáticos, embora não em um episódio agudo. A conclusão dos autores foi a de que existiria um contínuo entre sintomas subsindrômicos e um episódio pleno.

Segundo Scott e Gutierrez (2004), há um intervalo nas respostas obtidas com os estabilizadores de humor, mesmo sob ótimas condições clínicas, o que garante proteção profilática em menos da metade dos pacientes. Não são, todavia, "ótimas" as condições clínicas da maioria dos pacientes que apresentam esse quadro, sendo a baixa adesão ao tratamento farmacoterápico extremamente comum. Um estudo naturalístico de Svarstad *et al.* (2001) com pacientes psiquiátricos constatou um terço dos pacientes com TAB sob uso irregular de medicação. Quando comparado ao grupo de TAB com uso regular, o grupo irregular apresentou uma média oito vezes e meia maior de dias hospitalizado e seis vezes maior de custos

totais. Dessa forma, tal fator adquire importante papel na determinação de recaídas dos pacientes, sendo um dos mais importantes alvos para intervenção psicoterápica (Lam *et al.*, 2000). Contudo, uma revisão de Sajatovic *et al.* (2004) de estudos com psicoterapia incluindo somente ensaios controlados verificou apenas 11 trabalhos que discriminavam adesão entre seus resultados.

Finalmente, a farmacoterapia apresenta baixa eficácia em alguns objetivos terapêuticos, tais como informações e ajustamento a uma doença crônica, suportes emocional e familiar, identificação precoce dos sinais prodrômicos dos sintomas e o desenvolvimento de estratégias para lidar com as conseqüências psicossociais de episódios passados e futuros (Colom e Vietá, 2004a).

A habilidade de reconhecer os sinais prodrômicos da doença e desenvolver apropriadas estratégias para lidar com eles é possivelmente um dos mais importantes aspectos para um bom prognóstico em transtorno bipolar. O influente trabalho de Lam e Wong (1997) concluiu que o funcionamento social está relacionado com o *insight* da doença e quão bem os pacientes conseguem lidar com os sinais prodrômicos de mania, assim como os de depressão.

Apesar de esse quadro indicar a utilização das estratégias psicoterápicas, poucos estudos psicológicos têm sido feitos sobre o assunto (Bebbington, 2004). Durante um período de 30 anos (1960-1990) foram encontradas apenas 30 publicações sobre tratamentos psicoterápicos para transtorno bipolar (van Gent *et al.*, 1988). A maioria desses estudos utilizou pequenas amostras e apenas 13 delas haviam sido estudos randomizados controlados. Desde a década passada, 17 estudos controlados randomizados têm sido desenvolvidos, e alguns deles ainda estão em progresso. Porém, ainda é muito incipiente a construção de uma proposta de intervenção psicológica baseada em evidências para essa população.

Alguns autores, como van Gent e Zwart (1991), enfatizam a importância do suporte social e seu impacto na resposta dos indivíduos ao tratamento. Outro fator importante que é favorecido durante a terapia em grupo é a possibilidade de treino ao vivo de habilidades sociais. Dos protocolos comercializáveis que se dedicam ao atendimento de TAB, dois enfocam especificamente o treino de habilidades de comunicação (Basco e Rush, 1996; Miklowitz e Goldstein, 1997).

Um último aspecto é de fundamental importância para a realidade brasileira, que é a grande demanda clínica de pacientes que procuram atendimento dos serviços de saúde, tanto particular quanto privado. Já existe uma considerável quantidade de evidências de que a forma mais benéfica de se tratar os quadros psiquiátricos é a associação entre farmacoterapia e psicoterapia. Assim, para existir uma boa qualidade em tais serviços é necessário pensar em formas de atender à demanda crescente. Desta forma, a modalidade de atendimento de grupo se mostra como uma boa alternativa, merecendo revisão

sistemática para avaliarmos a força das evidências para a sua utilização de forma mais ampla em nosso meio.

Metodologia

A proposta principal deste artigo foi a de realizar uma revisão dos estudos controlados publicados nos últimos 30 anos que abordassem psicoterapia de grupo no tratamento do transtorno afetivo bipolar. Os objetivos foram os de avaliar a eficácia dessa intervenção no tratamento e verificar a existência de um subgrupo de pacientes que poderia beneficiar-se mais dessa modalidade terapêutica. Para tanto, foram realizados levantamentos bibliográficos nas bases Medline, Lilacs, PubMed e ISI, utilizando como descritores os seguintes termos: bipolar, mood, affective disorder, therapy, group. Foram incluídos nesta revisão estudos com intervenções psicoterápicas em grupo que apresentaram um número mínimo de 20 participantes, utilizaram grupo controle comparativo e que detalharam de modo objetivo seus resultados. Excluíram-se estudos com ausência de descrição de suas medidas de resultado e/ou um número inferior a 20 participantes, bem como falta de grupo controle.

Resultados

Foram encontrados ao todo somente cinco estudos controlados randomizados (ECRs) com número de participantes igual ou superior a 20. Apesar de a terapia em grupo ter sido usada com frequência nas décadas de 1970 e 1980 no tratamento do TAB, infelizmente não encontramos ECRs realizados na época e posteriormente publicados, resultado semelhante ao encontrado por Gutierrez e Scott (2004). Só recentemente é que estudos mais bem desenhados vêm sendo delineados, embora ainda sejam escassos os ECRs. Algumas abordagens caminham para o enfoque fundamentalmente psicoeducacional, como o grupo de Barcelona (Colom *et al.*, 1998), e outras para uma forma de adaptação de terapias consagradas como individuais, como é o caso da terapia de objetivos de vida (Simon *et al.*, 2005).

Intervenções combinadas

No fim da década de 1980, um estudo utilizando lista de espera como controle envolveu 34 pacientes que havia seis meses usavam lítio em dose profilática. Vinte indivíduos foram divididos em três grupos que receberam intervenção psicoterápica imediata. Posteriormente à intervenção, estes foram comparados aos 14 que permaneceram em lista de espera (van Gent *et al.*, 1988). Foram ao todo dez sessões com duração de 90 minutos cada uma. As cinco primeiras tinham como foco informar os pacientes que eram estimulados a trocar experiências próprias sobre a doença. Seus autores utilizaram elementos da terapia humanista de Rogers com elementos da terapia comportamental. Após 15 meses de seguimento foram

encontradas diferenças significativas na avaliação reportadas pelos pacientes (Qui-quadrado: $p < 0,02$) a favor do grupo experimental. Também foi observada diferença significativa (MANOVA: $F = 3,35$, $p = 0,042$) para duas subescalas (insuficiência de pensamento e de comportamento) na SCL-90, mostrando uma melhora no grupo de terapia não observada no controle. Tais resultados foram atribuídos à troca de suas experiências e pela descoberta de que sua condição era dividida com outras pessoas. Os autores concluíram que sua intervenção se mostrou benéfica aos pacientes. Posteriores estudos dos mesmos autores utilizaram abordagem semelhante e se dedicaram à psicoeducação de parceiros em grupo, o que foge ao objetivo deste trabalho (van Gent e Zwart, 1991; 1993).

O Programa de Objetivos de Vida é baseado em um manual estruturado para grupos de pacientes com transtorno bipolar em que se procura melhorar a participação do paciente no modelo do tratamento e assisti-lo a fim de atingir os objetivos de melhor funcionamento (Bauer, 2004; Bauer *et al.*, 1998). Utilizando essa abordagem associada a um cuidado com múltiplos componentes, Simon *et al.* (2005) realizaram um estudo randomizado controlado envolvendo um grande número de sujeitos ($n = 441$). O grupo experimental, após receber a intervenção foi acompanhado por monitoramento telefônico mensal. Tanto o grupo experimental como o controle mantiveram seus tratamentos psiquiátrico e psicológico. Em seu primeiro ano de seguimento, o grupo experimental obteve resultados significativamente melhores tanto para sintomas de mania como menos tempo em mania/hipomania, ainda que os resultados para medidas de depressão tenham apresentado apenas tendência de melhora através do tempo. Os autores concluíram que sua intervenção sistemática de cuidados reduziu significativamente o risco de mania pelo período de 12 meses e que os resultados preliminares sugeririam efeito crescente de melhora sobre a depressão com o tempo, o que precisará ser confirmado em futuros seguimentos.

Intervenções psicoeducativas

No início da década de 1990 foi realizado um estudo por Peet e Harvey (1991) sobre psicoeducação associado à farmacoterapia com lítio. Foram selecionados 60 pacientes em remissão divididos aleatoriamente em dois grupos. No ingresso ao estudo, todos foram avaliados com escalas desenvolvidas para o estudo que mediam o conhecimento e a atitude oposta ao tratamento com lítio. O grupo experimental recebeu um programa de psicoeducação composto de um vídeo de 12 minutos em grupo, com até oito pessoas e material escrito, acompanhado de visitas domiciliares após duas semanas, quando eram respondidas dúvidas sobre o tratamento com lítio e reaplicadas as escalas. O grupo controle recebeu o programa de psicoeducação, não sendo, porém, visitado posteriormente, ainda que avaliados com as escalas em suas sessões clínicas. Após 24 semanas de ingresso no

estudo, em ambos os grupos foram observadas redução não significativa na escala de atitudes de oposição e aumento significativo na escala de conhecimento. Eles concluíram que um programa de psicoeducação simples e rápido produziu uma melhora significativa e sustentada no conhecimento dos pacientes sobre seu tratamento em grupo. Um programa que não incluiu visitas domiciliares também aumentou o conhecimento sobre lítio, ainda que em menor intensidade. Esse estudo apresentava algumas limitações, como a ausência de outras medidas de resultado para avaliar, por exemplo, a eficácia do programa de educação sobre adesão medicamentosa e internações hospitalares.

Procurando estudar os efeitos de um programa de educação de três sessões para pacientes ($n = 26$) em tratamento com lítio sobre qualidade de vida e adesão a esse tratamento, Dogan e Sabanciogullari (2003) verificaram diferença significativa em relação ao controle para três domínios da Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) (saúde geral, físico e social). Além disso, comparado ao controle de 12 indivíduos, o grupo de estudo apresentou maior conhecimento sobre lítio, melhor adesão à medicação e redução dos sintomas psiquiátricos. Apesar dos resultados animadores, tal intervenção não pode ser considerada integralmente como uma abordagem de grupo já que das três sessões de psicoeducação, somente a última, de revisão, foi realizada em grupo. Seus resultados também devem ser interpretados com cautela, considerados o tamanho da amostra ($n = 26$) e o tempo de seguimento de apenas três meses.

Um dos estudos mais bem delineados do ponto de vista metodológico, realizado com intervenções psicossociais, procurou investigar o papel da psicoeducação na profilaxia de recorrências em pacientes bipolares (Colom *et al.*, 2003). Seus autores utilizaram uma amostra de 120 indivíduos portadores de transtorno bipolar tipos I e II, não internados, que estavam em remissão havia pelo menos seis meses. Esses pacientes foram divididos em dois grupos pareados e randomizados, recebendo, em adição ao cuidado psiquiátrico padrão, 21 sessões de psicoeducação em grupo (grupo experimental) ou 21 sessões de encontros não estruturados (grupo controle) em que os psicólogos procuravam não dar nenhum retorno psicoeducacional. Durante o estudo foi solicitado aos pacientes que não se submetessem a nenhuma outra forma de psicoterapia. O grupo experimental mostrou significativa diferença na redução do número de recaídas, considerando qualquer episódio (maníaco, hipomaniaco, depressivo ou misto), durante a fase de tratamento ($p < 0,05$) e ao fim do seguimento de dois anos ($p < 0,001$). Houve também diferença quanto ao tempo de qualquer recorrência ($p < 0,001$), o que significa um aumento do intervalo entre os episódios. Além disso, em comparação ao controle, o grupo de psicoeducação após o seguimento mostrou um número significativamente menor de internações hospitalares ($p < 0,05$), bem como

uma média significativamente menor de dias hospitalizados por paciente ($p < 0,05$). Os autores concluíram que a psicoeducação em grupo é útil como tratamento adjunto à farmacoterapia de manutenção.

Discussão

O interesse por abordagens psicoterápicas específicas para o tratamento do TAB tem aumentado nos últimos anos em ritmo acelerado, em especial a partir da segunda metade da década de 1990 (Basco e Rush, 1996; Miklowitz e Goldstein, 1997; Newman *et al.*, 2002). O grande número de revisões publicadas recentemente (Scott e Gutierrez, 2004; Sajatovic *et al.*, 2004; Colom e Vieta, 2004a; Gutierrez e Scott, 2004; Colom e Vieta, 2004b; Scott, 1995; Lam *et al.*, 2005; Gonzales-Pinto, 2004; Swartz e Frank, 2001; Zaretsky, 2003; Jones, 2004; Huxley *et al.*, 2000) é reflexo desse empenho em entender melhor as alternativas psicoterápicas disponíveis para tratar essa população.

Na década de 1990, assistimos à aceitação do modelo de vulnerabilidade ao estresse, de Jamison, e o desenvolvimento de intervenções psicoterápicas baseadas em evidências, especificamente para esse transtorno. Comum a todas elas, esse modelo define que existiriam três caminhos para recorrência em TAB: eventos de vida estressantes, ruptura nos ritmos sociais e não-adesão à medicação.

Todas as abordagens publicadas baseadas em evidências têm demonstrado alguma eficácia em conjunto com a medicação no tratamento de pessoas com TAB (Gutierrez e Scott, 2004). Como afirmam Colom e Vieta (2004a), a diferença básica entre elas parece ser a intensidade que cada um de seus elementos assume na prática: psicoeducação (Colom *et al.*, 2003), emoções expressas (Miklowitz e Goldstein, 1997), a importância dos pacientes em manter seus ritmos circadianos (Frank *et al.*, 2000) e a exploração de suas crenças (Scott *et al.*, 2001). Para Jones (2004), seriam objetivos básicos das psicoterapias orientadas para essa população: alívio dos sintomas, restabelecimento do funcionamento psicossocial e prevenção de recorrência.

Ainda não existem dados suficientes para afirmar qual forma de psicoterapia se mostra mais eficaz (Colom e Vieta, 2004b), e a terapia escolhida irá depender muito mais da disponibilidade oferecida (Gutierrez e Scott, 2004). Contudo, como estamos diante de uma população extremamente heterogênea, saber qual é a terapia mais eficaz pode não ser a melhor pergunta a ser feita. É possível que, inicialmente, seja necessário especificar qual é a dificuldade apresentada, para depois inserir o indivíduo na modalidade de terapia mais apropriada ao seu problema.

Podem ser apontadas algumas vantagens únicas do trabalho em grupo em relação à psicoterapia individual, tais como a troca de experiências e de estratégias individuais entre os membros do grupo sobre a doença. Porém, ainda são muito escassas as pesquisas com intervenções em grupo para tratar pessoas com TAB.

De fato, a literatura aponta uma forte tendência para o uso de psicoterapia individual somada à farmacoterapia. A psicoeducação é a forma de terapia de grupo que vem sendo mais amplamente estudada. O grupo de Barcelona (Colom *et al.*, 2003) foi o único que realizou, até o momento, um desenho randomizado controlado cego, em grupo, para essa população. Nesse estudo, destacam-se três elementos terapêuticos que parecem mostrar-se mais solidamente baseados em evidências até o presente: detecção precoce dos sintomas prodrômicos, aumento na aliança terapêutica e regularização do estilo de vida. Cabe ressaltar que, apesar de aparentemente prevenir episódios de depressão, hipomania e misto, a intervenção não atingiu diferença significativa para mania, embora os resultados indiquem forte tendência para isso. Tal achado, para seus autores, está relacionado ao fato de que súbitas mudanças maníacas poderiam não ser comportamentalmente prevenidas.

Futuros estudos com intervenções baseadas em evidências precisarão considerar um grande número de assuntos pertinentes ao TAB, sobre os quais muito pouco se sabe até aqui. Por exemplo, o conhecido efeito que quadros comórbidos exercem no resultado do tratamento (Kessler *et al.*, 2005; Vieta *et al.*, 1999; Issler *et al.*, 2004) permanece pouco explorado. Dois pequenos trabalhos com psicoterapia de grupo mostraram resultados promissores quanto a esse assunto. A terapia de grupo integrada (TGI) é uma forma de terapia manualizada desenvolvida a partir da terapia cognitivo-comportamental e tem como finalidade tratar em grupo pessoas que apresentem comorbidade entre abuso de substâncias e TAB. Um estudo piloto de Weiss *et al.* (2002) controlado com pacientes comórbidos verificou, após seis meses de seguimento, diferença significativa para meses em abstinência em favor do grupo que recebeu TGI ($p < 0,01$). Contudo, os grupos não diferiram quanto à adesão à medicação, bem como ao número de hospitalizações ocorridas durante a coorte. Os resultados desse estudo mostram que essa intervenção poderá futuramente se mostrar uma forte opção terapêutica no tratamento de um dos mais difíceis quadros comórbidos encontrados em TAB.

As principais limitações encontradas nas pesquisas referem-se ao uso de pequenas amostras, a pouca utilização de ensaios controlados e ao curto espaço, quando existe, de seguimento, o que dificulta principalmente a generalização dos resultados encontrados. Outra limitação comum é a utilização de medidas de resultado heterogêneas, tornando as pesquisas de difícil comparação. A grande presença de viés também tem sido descrita como uma limitação comum em pesquisas neste campo. A ausência de avaliadores independentes cegos ao tratamento e o pequeno número de ensaios randomizados são os mais frequentes geradores de viés encontrados. Dos estudos selecionados, apenas o de Colom *et al.* (2003) utilizou o modelo de ensaio cego a fim de reduzir sua presença. Há ainda certos vieses que são

escassamente abordados, tais como aqueles referentes ao próprio terapeuta (tempo de experiência em determinada abordagem, por exemplo), que potencialmente interferem nos resultados. A falta do controle dessas variáveis afeta em muito a interpretação dos dados obtidos nesses estudos. Futuras pesquisas precisarão considerar tais aspectos, a fim de consolidar a proposta de construção de intervenções psicológicas baseadas em evidências, para pessoas com TAB.

Conclusões

Foram encontrados apenas cinco trabalhos controlados sobre terapia de grupo em pacientes com transtorno bipolar, sendo três destes com modelos de psicoeducação. As pesquisas com intervenções psicoterapêuticas baseadas em evidência precisarão responder ainda a um numeroso conjunto de questões. A abordagem a ser empregada, o tempo de cada sessão, o número de sessões e o número de participantes são algumas delas. Há promissores estudos em andamento que se propõem a responder a tais perguntas, o que pode representar uma ampliação de propostas terapêuticas eficazes para aqueles que apresentam esse quadro.

Referências

- Basco, M.R.; Rush, A.J. *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. Guilford, New York, 1996.
- Bauer, M. Supporting collaborative practice management: the Life Goals Program. In: Johnson, S.L.; Leahy, R.L. (eds.). *Psychological treatment of bipolar disorder*. Guilford, New York, pp. 203-225, 2004.
- Bauer, M.; McBride, L.; Chase, C.; Sachs, G.; Shea, N. Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: a feasibility study. *J Clin Psychiatry* 59 (9):449-455, 1998.
- Bebbington, P. Recent findings in bipolar affective disorder. *Psychol Med* 34(5):767-776, 2004.
- Colom, F.; Vieta, E.; Martinez, A.; Jorquera A.; Gasto C.; What is the Role of Psychotherapy in the Treatment of Bipolar Disorder? 1998; 67(1): 3-9. *Psychotherapy and psychosomatics* 1998;67(1):3-9.
- Colom, F.; Vieta, E. A perspective on the use of psychoeducation, cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. *Bipolar Disord* 6(6):480-486, 2004a.
- Colom, F.; Vieta, E. Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the role of psychoeducation. *Rev Bras Psiquiatr* 26(3):47-50, 2004b.
- Colom, F.; Vieta, E.; Martinez-Aran, A.; Reinares, M.; Goikolea, J.M.; 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* 60 (4):402-407, 2003.
- Colom, F.; Vieta, E.; Sanchez-Moreno, J.; Martinez-Aran, A.; Torrent, C.; Reinares, M. *et al.* Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disord* 6(4):294-298, 2004.
- Dogan, S.; Sabanciogullari, S. The effects of patient education in lithium therapy on quality of life and compliance. *Arch Psychiatr Nurs* 17(6): 270-275, 2003.
- Frank, E.; Swartz, H.A.; Kupfer, D.J. Interpersonal social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 48(6):593-604, 2000.
- 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* 109(2): 83-90, 2004.
- Gutierrez, M.; Scott, J. Psychological treatment for bipolar disorders a review of randomised controlled trials. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 254(2):92-98, 2004.
- Huxley, N.; Parikh, S.; Baldessarini, R. Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder state of evidence. *Harvard Rev Psychiatry* 8:126-140, 2000.
- Issler, C.; Sant'anna, M.; Kapczinski, F.; Lafer, B. Anxiety disorders comorbidity in bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 26(3):31-36, 2004.
- Jones, S. Psychotherapy of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord* 80 (2-3):101-114, 2004.
- Judd, L.; Akiskal, H.; Schettler, P.; Endicott, J.; Maser, J.; Solomon, D. *et al.* The long-term natural History of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 59(6): 530-537, 2002.
- Kessler, R.; Chiu, W.; Demler, O.; Merikangas, K.; Walters, E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62(6):617-627, 2005.
- Kogan, J.; Otto, M.; Bauer, M.; Dennehy, E.; Miklowitz, D.; Zhang, H. Demographic and diagnostic characteristics of the first 1000 patients enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Bipolar Disord* 6(6): 460-469, 2004.
- Lam, D.H.; Wong, G. Prodromes, coping strategies, insight, and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychol Med* 27 (5):1091-100, 1997.
- Lam, D.; McCrone, P.; Wright, K.; Kerr, N. Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. *Br J Psychiatry* 186:500-506, 2005.
- Lam, D.H.; Bright, J.; Jones, S. *et al.* Cognitive therapy for bipolar disorder – A pilot study of relapse prevention. *Cognit Ther Res* 24:503-520, 2000.
- Lam, D.H.; Hayward, P.; Watkins, E.; Wright, K.; Sham, P. Outcome of a two-year follow-up of a cognitive therapy of relapse prevention in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 162 (2):324-329, 2005.
- Miklowitz, D.; Goldstein, M.J. *Bipolar disorder: a family-focused treatment approach*. Guilford, New York, 1997.
- Newman, C.F.; Leahy, R.L.; Beck, A.T.; Reilly-Harrington, N.A.; Gyulai, L. *Bipolar disorder: a cognitive therapy approach*. American Psychological Association, Washington, 2002.
- Peet, M.; Harvey, N. Lithium maintenance: a Standard Education Programme for Patients. *British Journal of Psychiatry* 158:197-200, 1991.
- Perry, A.; Tarrier, N.; Morriss, R.; McCarthy, E.; Limb, K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Br Med J* 318 (7177):149-153, 1999.
- Sajatovic, M.; Davies, M.; Hrouda, D. Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 55(3):805-11, 2004.
- Scott J. Psychotherapy for bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 167(5):581-588, 1995.
- Scott, J.; Gutierrez, M.J. The current status of psychological treatments in bipolar disorders: a systematic review of relapse prevention. *Bipolar Disord* 6(6):498-503, 2004.
- Scott, J.; Garland, A.; Moorhead, S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med* 31(3):459-467, 2001.
- Simon, G.; Ludman, E.; Unutzer, J.; Bauer, M.; Operskalski, B.; Rutter, C. Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychol Med* 35(1):13-24, 2005.
- Svarstad, B.; Shireman, T.; Sweeney, J. Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. *Psychiatr Serv* 52(6):805-811, 2001.
- Swartz, H.A.; Frank, E. Psychotherapy for bipolar depression: a phase-specific treatment strategy? *Bipolar Disord* 3(1):11-22, 2001.
- van Gent, E.; Zwart, F. Psychoeducation of partners of bipolar manic patients. *J Affect Disord* 21:15-18, 1991.
- van Gent, E.; Zwart, F. Ultra-short versus short group therapy in addition to lithium. *Pat Educ Counsel* 21:135-141, 1993.
- van Gent, E.; Vida, S.; Zwart, F. Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. *Acta Psychiatr Belg* 88(5-6):405-418, 1988.
- Vieta, E.; Colom, F.; Martinez-Aran, A.; Benabarre, A.; Gasto, C. Personality disorders in bipolar II patients. *J Nerv Ment Dis* 187(4):245-248, 1999.
- Weiss, R.; Griffin, M.; Greenfield, S.; Najavits, L.; Wyner, D.; Soto, J. *et al.* Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study. *J Clin Psychiatry* 61:361-367, 2002.
- Zaretsky, A. Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 5(2):80-87, 2003.