

Ano 11, Vol XXI, Número 1, Jan-jun, 2018, Pág. 145-166.

## A RELEVÂNCIA DOS ESTUDOS NEUROPSICOLÓGICOS DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS NA INTERVENÇÃO DO TRANSTORNO BIPOLAR I E II ASSOCIADO À TERAPÊUTICA DE TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Denise Aparecida Rodrigues Amancio, Daniel Cerdeira de Souza

& Rockson Costa Pessoa

**Resumo:** Este artigo versa sobre as contribuições da Neuropsicologia em relação à compreensão dos prejuízos cognitivos das funções executivas (FEs), que são responsáveis por alternar pensamentos e comportamentos de acordo com a exigência do ambiente. Enfatizar a importância da Neuropsicologia no tratamento destes indivíduos com TB, significa auxiliar outros profissionais a verificar existências de lesões nas variadas funções, como memória, atenção e agilidade de processamento. As FEs são prejudicadas nos indivíduos com o Transtorno Bipolar, condição impactante na qualidade de vida e responsável pela mudança de humor extrema, como consequência, se torna incapaz de avaliar seu comportamento ou mesmo planejar sua rotina. O presente artigo pretende contribuir com as pesquisas acerca do Transtorno Bipolar tipo I e II e enfatizar a sua complexidade biológica, possibilidades de tratamento, visando integrar os conhecimentos da Terapia cognitiva comportamental como auxílio na estruturação do contexto clínico e na intervenção de aspectos comportamentais. Portanto, se faz necessário o uso de técnicas que capacite e habilite este indivíduo à luz da intervenção terapêutica, a Terapia cognitiva comportamental, reabilitar o indivíduo em sua rotina, proporcionando melhor adequação à sua vida diária.

**Palavras-chave:** Funções executivas, Terapia Cognitivo Comportamental, Transtorno bipolar.

**Abstract:** This article deals with the contributions of Neuropsychology in relation to the cognitive impairment of executive functions (ESF), which are responsible for alleviating thoughts and behaviors according to the exigency of the environment. Emphasizing the importance of Neuropsychology in the treatment of these individuals with TB means helping other professionals to verify the existence of lesions in the various functions, such as memory, attention and agility of processing. EFs are impaired in individuals with Bipolar Disorder, a shocking condition in quality of life and responsible for the extreme mood swings, as a consequence, it becomes incapable of evaluating their behavior or even planning their routine. This article aims to contribute to the research on Bipolar Disorder type I and II and to emphasize its biological complexity, possibilities of treatment, aiming to integrate the knowledge of Cognitive Behavioral Therapy as an aid in structuring the clinical context and in the intervention of behavioral aspects. Therefore, it is necessary to use techniques that enable and enable this individual in the light of therapeutic intervention, Cognitive Behavioral Therapy, rehabilitate the individual in his routine, providing better adaptation to his daily life.

**Key words:** Executive functions, Behavioral Cognitive Therapy, Bipolar Disorder.

## Resumen

Este artículo versa sobre las contribuciones de la Neuropsicología en relación a la comprensión de los perjuicios cognoscitivos de las funciones ejecutivas (FES), que son responsables de alternar pensamientos y comportamientos de acuerdo con la exigencia del ambiente. Enfatizar la importancia de la Neuropsicología en el tratamiento de estos individuos con TB, significa auxiliar a otros profesionales a verificar existencias de lesiones en las variadas funciones, como memoria, atención y agilidad de procesamiento. Las FE son perjudicadas en los individuos con el trastorno bipolar, condición impactante en la calidad de vida y responsable del cambio de humor extremo, como consecuencia, se vuelve incapaz de evaluar su comportamiento o incluso planificar su rutina. El presente artículo pretende contribuir con las investigaciones sobre el trastorno bipolar tipo I y II y enfatizar su complejidad biológica, posibilidades de tratamiento, visando integrar los conocimientos de la Terapia cognitiva conductual como ayuda en la estructuración del contexto clínico y en la intervención de aspectos comportamentales. Por lo tanto, se hace necesario el uso de técnicas que capacite y habilite a este individuo a la luz de la intervención terapéutica, la Terapia cognitiva conductual, rehabilitar al individuo en su rutina, proporcionando mejor adecuación a su vida diaria.

**Palabras clave:** Funciones ejecutivas, Terapia Cognitiva Comportamental, Trastorno bipolar.

## INTRODUÇÃO

A relevância do estudo acerca do Transtorno Bipolar (TB) diz respeito a sua complexidade e como esta impossibilita o indivíduo. Corresponde, portanto, a uma doença grave, recorrente, apresenta alternância de humor e uma progressão ao decorrer do tempo, em relação à neurobiologia e incapacidade funcional. O quadro do TB compreende perceber que as fases iniciais deste transtorno são críticas e a intervenção possui a maior probabilidade de, pelo menos, reduzir os episódios repetidos da doença. (NOTO *et al.*,2016).

Kapczinski (2016) relata que o TB é uma doença grave em todos os sentidos desde sua apresentação clínica, até seu tratamento; corresponde a uma doença de caráter impactante que apesar de vários estudos, ainda não apresenta fácil diagnóstico. Do ponto de vista clínico, compreender a priori, os aspectos cognitivos são de grande relevância, uma vez que os déficits neuropsicológicos afetam o cotidiano do indivíduo, toda e qualquer tomada de decisão se tornam impossíveis neste contexto.

De acordo com o DSM-V (2014), o TB tipo I era denominado no século XIX como transtorno maníaco-depressivo ou psicose afetiva, porém, a diferença conceitual em relação ao clássico compreende não haver exigência de psicose ou de experiência na vida de um episódio depressivo maior, no caso do TB tipo II apresenta um ou mais episódios depressivos maiores e, pelo menos, um episódio hipomaníaco no decorrer da vida, não é considerado mais “leve” que o tipo I, tendo como justificativa a maior parte de tempo que as pessoas vivenciam a depressão, instabilidade de humor e que consequentemente atingem de forma significativa o funcionamento profissional e social do indivíduo.

Partindo desta ideia, em relação a déficits cognitivos, Assis e Assis (2016) relatam que a neuropsicologia se concentra na relação cérebro comportamento o que visa avaliar a expansão do impacto e consequências cognitivas, sociais, emocionais que acometem o indivíduo, significando ainda que estas disfunções abrangem condições de saúde, fato este que também ocorre no TB afetando significativamente nas tarefas diárias. Portanto, o estudo das disfunções neuropsicológicas vem crescendo nos últimos anos e ganhando proporções, devido à identificação de padrões característicos nas alterações cognitivas e em quadros psicopatológicos como, por exemplo, o transtorno Bipolar I e II objeto desta pesquisa. A relação cérebro / comportamento foi o determinante no campo de estudo da neuropsicologia, atualmente ela não se restringe apenas na localização, mas em sua extensão, no impacto, implicações cognitivas, comportamentais e também na adaptação emocional e social que determinadas lesões ou disfunções cerebrais podem comprometer as pessoas (FUENTES *et al.*, 2014).

Partindo destes comprometimentos cognitivos, Dias e Seabra (2013), caracterizam as funções executivas (FEs) como essenciais no cotidiano do indivíduo, nesta perspectiva viés Barros e Hazin (2013), salientam que as FEs são funções mentais complexas, que são principais responsáveis pela autorregulação, comandando todos os sistemas como, atenção seletiva, organização, flexibilidade, memória, cognição e memória operacional. Quando este indivíduo possui comprometimento nesta área, significa afirmar dificuldades em planejar o seu dia, ficar desatento, impulsivo, dentre outras situações dificuldades em lidar com suas emoções, portanto, as funções executivas podem ser avaliadas e ensinadas, proporcionando por meio de atividades adaptadas e adequadas um melhor desenvolvimento deste indivíduo. (SEABRA, 2013).

Prates e Kunz (2016) relatam que as alterações advindas do humor, tiveram suas primeiras evidências com os gregos, estes acreditavam que os desequilíbrios advinham de fluidos vitais, ou humores, de acordo com os autores acreditava-se que a depressão pertencia ao que eles denominavam de bÍlis negra e a mania se dava pelo excesso de bÍlis amarela, portanto a palavra melancolia advinha da bÍlis negra. Segundo Marneiros (2001) os termos “mania” e “melancolia” sobrevivem há vários séculos antes de Cristo e, ainda respeitam atualmente aos seus conceitos originais, porém, de forma mais abrangente, mas que recordam ao que hoje se chama bipolar. Akiskal (1996) nos fala que em tempos antigos, foi Araeteus da Capadócia, que viveu no século I depois de Cristo iniciante dos primeiros textos, referentes à doença manÍaca depressiva. Foi o primeiro autor que estabeleceu conexão entre mania e melancolia concebendo-as como aspectos diferentes da mesma doença. Araeteus associou e descreveu as síndromes manÍacas e depressivas, unindo-as em um único transtorno e que estas se alternavam em estados de mania e melancolia (PRATES; KUNZ, 2016; CAMPOS *et.al.*, 2010; DEL-PORTO; DEL-PORTO 2005).

Em meados de 1890, Kraepelin e seu discípulo Weigandt sintetizaram melhor os estudos dos estados mistos abrindo portas para outros estudiosos aprimorarem o conceito de TB. No início do Século XX, Emil Kraepelin apresentou sua definição como insanidade manÍaco-depressiva, sendo suas descrições baseadas em casos, registros e observações, sendo ele responsável, pela primeira vez, que todas as mudanças patológicas de humor, fossem agrupadas em uma única categoria nosológica. O nome transtorno bipolar foi lançado na década de 1980, com o DSM-III, no fim do século XIX, se estabeleceu a distinção entre esquizofrenia e psicose manÍaca-depressiva e por fim, na década de 60 houve o conceito e separação de transtorno bipolar e depressão unipolar, referentes a estudos realizados por Angst e demais pesquisadores (KAPCZINSKI; QUEVEDO, 2016; MONTANINI; BANZATO, 2010; DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005.)

Kapczinski e Quevedo (2016) afirmam que a síndrome manÍaca é fundamental para a nosologia da TB, representadas pela exaltação do humor, aceleração do pensamento, com fuga de ideias e aumento da atividade motora, em contraste a mania, surge à depressão com a lentificação ou diminuição das emoções, de energia, de pensamento, entre outros sintomas que podem ser incapacitantes ao indivíduo. O estado

depressivo é o que mais dificulta o diagnóstico em TB, por ser mais incidente que os sintomas de mania e hipomania, e onde ocorre maior busca de ajuda pelos indivíduos que acreditam ter somente a depressão.

Sobre o TB, Pereira *et al.* (2010) relatam que a identificação do TB pode ocorrer tardiamente, muitas vezes por tratamentos inadequados ou por desconhecimento da família do portador. É uma doença que envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais e socio-afetivos.

### **DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO BIPOLAR**

Perante o que foi relatado, no intuito de compreender melhor o diagnóstico do transtorno bipolar tipo I, é fundamental atender aos critérios para um episódio maníaco. De acordo com a orientação do DSM-V(2014), o episódio maníaco pode ter sido antecipado ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores. Portando no episódio maníaco compreende o humor anormal, aumento atípico de atividades, com duração mínima de uma semana. Notam-se mudanças bruscas de comportamento como:

1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
2. Redução da necessidade de sono
3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos).
7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos). (DSM-V, 2014, p.124).

Salientando que estes episódios não são referentes a uso de substâncias, mas que há persistência de, pelo menos, um episódio maníaco para o tipo I. Em relação ao episódio hipomaníaco também se caracteriza por humor anormal, com duração de quatro dias e quando há três ou mais dos seguintes sintomas:

1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
2. Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.
7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos). (DSM-V, 2014, p.124).

Válido ressaltar que o episódio não representa uma perda grave ao funcionamento social ou profissional. Ainda de acordo com o DSM-V (2014), o episódio Depressivo Maior apresenta humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, muitas vezes persistente na maior parte do dia, insônia, ganho ou perda de peso, fadiga entre outras mudanças, são atribuídas a este episódio. Importante citar que estes sintomas são atribuídos sem que haja usos de substâncias.

Segundo Berk (2011) Em relação ao diagnóstico bipolar tipo II deve ser um episódio hipomaníaco atual ou anterior e os critérios estão ligados a episódios depressivos maiores atual ou anterior. No episódio Hipomaníaco ocorre o humor anormal, com duração de pelo menos quatro dias e presente quase todos os dias, o comportamento está presente em grau significativo:

1- Confiança excessiva ou sentimento de importância aumentada; 2- Pouca necessidade de dormir, ou dormir muito menos que o habitual; 3- Fala-se mais que o habitual; 4- Distraí-se facilmente (perda de concentração); 5- Aumento de atividades dirigidas por objetivos (por exemplo, no trabalho e na vida social ou sexual) ou desassossego e agitação; 6- Fazem-se várias atividades estimulantes, mas com elevado risco de consequências negativas (como excesso de compras, de apostas ou desinibição sexual); 7- Fuga de ideias. (BERK, 2011, p.04).

Em seguida, constarão os episódios do Episódio Depressivo Maior no DSM-V (2014) e contribuições de Berk (2011), estas compreendem:

1- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.) 2- Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação). 3- Alterações perceptíveis de apetite e de peso; 4- Problemas de sono; 5- Sentimento de inutilidade e de excesso de culpa; 6- Pensamentos recorrentes de suicídio ou morte. (DSM-V, 2014, p.133; BERK, 2011, p. 5).

O DSM-V (2014) ainda aponta outros fatores que contribuem com o diagnóstico, como: O transtorno Bipolar devido à outra condição médica, que podem causar sintomas maníacos; Outro TB e transtorno relacionado especificado são os que causam sofrimento significativo ou prejuízo funcional, mas não estão relacionadas a critérios para outras doenças, e, por último; Outro transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado. Este se caracteriza por não haver informações suficientes para um diagnóstico mais específico.

De acordo com Moreira e Bloc (2012), para o diagnóstico a apresentação clínica para a anamnese são essenciais, o humor e a disponibilidade do indivíduo são importantes durante a anamnese, uma pessoa na fase depressiva apresenta falta de interesse, indiferença, cansaço e os questionamentos são importantes para perceber a concentração e memória. Algumas situações como pessimismo, falta de perspectiva também são alguns indícios para este diagnóstico. A principal característica do TB está acerca da desregulação emocional, ou seja, o estado de humor que oscila entre o extremamente baixo (depressão) e alto (mania), o episódio maníaco é caracterizado por euforia, humor irritável, funcionamento cognitivo alterado e que estas alterações estejam ocorrendo por mais de uma semana, portanto, para se realizar o diagnóstico, este indivíduo deve apresentar mudanças em seu contexto social e emotivo e até mesmo em casos mais severos, como nos casos de hospitalização, este indivíduo pode vir a apresentar delírios. (BARLOW, 2016).

De acordo com Kapczinski e Quevedo (2016), o quadro clínico de mania engloba uma série de fatores, dentre eles a intensidade e predomínio de sintomas afetivos, pode ocorrer uma sensação de intenso bem-estar e pode ser de fácil mudança para irritável e até mesmo violento, o indivíduo maníaco exibe um caráter positivo, de grandeza, gerando muitas vezes delírios e discursos políticos, religiosos, dentre outros. Por outro lado, a depressão bipolar muitas vezes se confunde com a depressão unipolar, por isso, se faz necessário, uma minuciosa análise na vida deste indivíduo, pois esta compromete a vida social e afetiva deste indivíduo, devido isto, é complexa e necessita de estratégias de tratamentos tanto farmacológicas quanto psicoterápicas.

## **A NEUROPSICOLOGIA DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS (FEs) E EFEITOS NA BIPOLARIDADE**

De acordo com Capovilla *et al.* (2007) o número de pesquisas acerca do córtex pré-frontal e as funções executivas tiveram um avanço nos últimos anos. O córtex pré-frontal mantém relações recíprocas com inúmeras estruturas encefálicas, sendo estas conexões correspondentes a regiões como córtex parietal, temporal e occipital. Tal localização tem levado a várias pesquisas que caracterizam como integração entre diferentes processos cognitivos e como a interconexão entre cognição e emoção.

O córtex pré-frontal e o cíngulo são responsáveis pelas atividades cognitivas, o córtex pré-frontal ventromedial está relacionado à emoção, as áreas laterais são ativadas somente quando envolve estímulos cognitivos sem conteúdo emocional e as áreas ventromediais são ativadas quando a decisão é especificamente afetiva. (COZOLINO, 2002).

A importância destes aspectos mentais pode ser analisada pelo exame neuropsicológico que permite avaliar interferências sobre o funcionamento do sistema nervoso, a partir da avaliação do comportamento do indivíduo em uma situação bem controlada de estímulo-resposta. Além dos testes cognitivos, o neuropsicólogo realiza a entrevista, a observação comportamental e as escalas de avaliação de sintomas. (MALLOY-DINIZ *et.al*, 2016).

Allain *et al.*(2007) elucida que as Funções Executivas são aquelas que motivam, impulsionam, planejam ações, inibem respostas automáticas, promovem resoluções de problemas e memória de trabalho. As Funções Executivas (FEs) são habilidades que direcionam o indivíduo a alternar pensamentos, comportamentos de acordo com a exigência do ambiente e ser crítico para a inibição deste mesmo comportamento. (MALLOY-DINIZ, 2016).

Harvey (2012) afirma que os testes neuropsicológicos estão voltados trabalhar variadas funções, como memória, atenção, agilidade de processamento, raciocínio, análise crítica, funções de linguagem e funções espaciais.

A avaliação aplicada à psiquiatria pode assessorar em identificar lesões cerebrais e perceber prejuízos cognitivos associados a transtornos psiquiátricos. Alguns modelos neuropatológicos (específicos) podem ser apontados, quando há comparação entre o desempenho de pacientes psiquiátricos e pacientes sem patologia. Nestes casos, quando os testes apresentam diferenças expressivas, conseqüentemente apontam algum comprometimento cognitivo, fator que leva a recomendar os usos de baterias que incluam mais de uma medida de uma mesma função, o que resulta maior confiabilidade dos resultados. (KAPCZINSKI; PEUKER; NARVAEZ, 2010).

Dixon *et al.* (2004), realizaram estudo para avaliar os efeitos dos sintomas nas funções executivas em pessoas com TB tipo I nos estados maníaco, depressivo e estados de remissão. Portanto, foi analisado que a relação entre a função cognitiva e sintomas do TB não estão claros. Participaram para esta análise pacientes bipolares maníacos

(n=15), depressivos (n=15) em estados de remissão (n=15) e controles saudáveis (n=30), para isto, alguns testes como avaliar a fluência verbal, teste de estimativas cognitivas, análise de covariância entre outros, foram usadas com a intenção de perceber a disfunção executiva nos três grupos. Este trabalho resultou na conclusão de que os déficits nas funções executivas são mais evidentes na mania e se associam particularmente com o transtorno do pensamento formal. No entanto, segundo estes mesmos autores, Dixon *et.al.*(2004), déficits no início da resposta, pensamento estratégico e controle inibitório estão mais associados à desordem subjacente do que um perfil de sintoma específico.

Devemos considerar as dimensões cognitivas acerca das funções executivas, Rocca e Laffer (2008) salientam que não existe um conceito único acerca da complexidade das FEs, pelo qual denominaram de “constructo multidimensional”. As Funções executivas não são uma única designação, pois envolvem processos de controle de funções distintas, domínios cognitivos, proporciona a integração da sensação, cognição e ação e referem-se ao controle voluntário e consciente do meio e das atividades necessárias para administrar as funções específicas dos indivíduos no ambiente (TRENTINI e ARGIMON, 2008, p.201).

Diamond (2013) revisa alguns conceitos acerca da FEs e denomina três conceitos, que são: controle inibitório, memória operacional e flexibilidade cognitiva. Resumidamente, o controle inibitório regula um comportamento inadequado ao ambiente, até mesmo o controle de impulsos, o segundo conceito, a memória operacional é aquela responsável pelo armazenamento de uma nova informação e por último, a flexibilidade cognitiva que é alternância e a exigência de respostas entre atividades diferentes.

Dada esta complexidade da FEs, pode-se sugerir as contribuições de Miyake *et.al* (2000), que conseguiu identificar componentes- base das FEs, o que ele denominou *Core components*, através de uma análise fatorial, incluíram a flexibilidade cognitiva, o controle inibitório e a atualização. Sendo assim, os autores ilustraram a exatidão da mediação através de análises estatísticas da contribuição de cada fator, ou seja, das funções executivas, que, portanto, são complexas, um dos exemplos de teste foi o de Wisconsin e torre de Hanoi que envolvem habilidades como planejamento e categorização. Miyake *et.al* (2000) identificaram que algumas atividades envolviam

mais de uma função executiva, os participantes dependiam de um dos três fatores e em variância com os demais, conseqüentemente estes modelos contribuem com a literatura para compor a abrangência ou mesmo a moderação na explicação do complexo constructo da FEs, fato também que gera hipóteses testáveis sobre a relação entre as diferentes funções inclusas nesta categoria.

Os déficits executivos correlacionam-se intimamente com a funcionalidade dos pacientes. Malhi *et al.* (2007) apontam que, além de confirmarem escores de funcionamento saudáveis durante momentos de mania e depressão, pacientes com TB evidenciam conexão entre execução nas tarefas de inibição, memória de trabalho e atenção seletiva e medidas de funcionalidade. Através deste viés Martinez-Aran *et al.*, (2007) envolvendo pacientes com TB em eutimia, realizou a comparação entre pacientes com baixa e alta funcionalidade, percebendo diferenças significativas em medias de fluência verbal, memória de trabalho e atenção seletiva entre os grupos, com a baixa funcionalidade sendo constantemente associada a pior desempenho executivo.

A avaliação das Funções Executivas é necessária para identificar os prejuízos, orientar no processo de reabilitação e considerar o cotidiano dos indivíduos em suas interações. Envolvem atividades complexas, exige planejamento e muitas vezes mudanças no ambiente físico ou social, estes são pontos importantes no processo de reabilitação. Algumas estratégias como anotações, alarmes, diários, entre outros, são importantes no processo de reabilitação. (MALLOY- DINIZ, 2016).

## **A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NA REABILITAÇÃO DO TRANSTORNO BIPOLAR**

Seguindo a linha de pesquisa em TCC, Leahy e colaboradores (2013), enfatizam que a Terapia Cognitiva pode ser analisada como um conjunto de intervenções que regulam a emoção, sendo estes processos fundamentais a uma vivência emocional, podendo mantê-la ou agravá-la, portanto, a reestruturação cognitiva é uma efetiva estratégia anterior da regulação emocional, ou seja, se modificamos os eventos, o indivíduo pode amenizar o impacto emocional.

O tratamento da TB possui variadas formas de tratamento, entre elas, a farmacoterapia, grupos de apoio, a terapia focada na família, a terapia cognitivo-comportamental e a psicoeducação. Portanto, esta pesquisa busca através dos conteúdos da TCC, promover forma de tratamento e a possibilidade de reabilitação destes indivíduos. Compreende por Terapia cognitivo-comportamental:

“Uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis). [...] O tratamento está baseado em uma formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico”. (BECK, 1964; ALFORD e BECK, 1977 In. BECK, 2013, p.22).

A TCC é considerada eficiente quando se trata de controle recorrências, na redução de sintomas, nas internações hospitalares e prevenção frente a situações de stress. Esta abordagem integra diferentes dimensões biológica, psicológica, social e promove a reestruturação cognitiva do paciente (GRINBERG *et.al*, 2010).

De acordo com Neto (2004) a TCC utiliza de método de educação, através do modelo cognitivo e do ensino visando identificar as modificações cognitivas provindas da mania e depressão e isso ocorre através de técnicas como mapeamento de vida, identificação de sintomas, gráfico de humor e conseqüentemente trabalha junto com o indivíduo para que o mesmo entenda os diversos significados do transtorno para ele.

Knapp (2007) ressalta que não só o paciente, mas a família necessita desta orientação, primeiro que estes entendendo acerca da TB, conseguem elaborar suas próprias dores e sofrimentos, além de prepará-los para momentos difíceis que venham a ocorrer, segundo coloca-os como agentes ativos no tratamento. MALLOY-DINIZ (2016), compartilha com este pensamento quando relata a importância deste entendimento acerca do transtorno e principalmente no que se refere ao ponto inicial em perceber que não se trata de um indivíduo preguiçoso e que constantemente terá dificuldades de lidar com seus sentimentos, falta de atenção, planejamento e de priorizar

suas necessidades. Portanto a psicoeducação é fundamental tanto ao indivíduo com Transtorno bipolar quanto a família.

Pereira *et al.* (2010) nos fala que o objetivo da intervenção psicoeducativa possibilita entender o transtorno e conseqüentemente o próprio indivíduo perceber os sintomas e aprender a lidar com eles. Ou seja, entender a dimensão complexa da relação entre a doença, sintomas, personalidade, o ambiente e os efeitos colaterais da doença. Importante citar que o processo de psicoeducação deve ser aplicado no momento de eutímia, pois indivíduos em episódios depressivos tendem absorver de forma negativa o que acarreta dificuldades negativas.

Knapp (2007) relata que é significativo treinar o paciente para que conhecendo o transtorno, o mesmo possa monitorar seus pensamentos distorcidos ou irritáveis, os quais podem perceber o início da mania e tentem organizar seus sintomas cognitivamente. Portanto alguns pontos se tornam fundamentais como: revisar alguns pensamentos que podem indicar o início da mania, identificar alteração de humor, apreender métodos para avaliação de planos antes da ação.

Tonelli (2009) dialoga com mesmo pensamento de outros autores ao referir que o TB é um comprometimento funcional persistente, fato que acarreta problemas de fundos sociais e diminuição do desempenho cognitivo, portanto a psicologia cognitiva apresenta um melhor êxito para explicar alguns sintomas psiquiátricos.

A terapia cognitiva entende que sentimentos, pensamentos e comportamentos estão interligados, portanto, a detecção precoce de sintomas em TB, identificação das crenças e pensamentos automáticos são habilidades ensinadas neste processo de psicoeducação. A TC aumenta a efetividade da aceitação pelo paciente e pela família, previne a recaída, reduz a oscilação do humor e de acordo com o autor, através da redução do nível subjetivo do stress, rompimento dos ciclos onde o paciente reconhece o bom humor diferenciando da mania, aprende a pensar e agir para conter a impulsividade maníaca. A reabilitação cognitiva estimula a atenção, concentração, memória e de acordo com os autores a psicoeducação apresenta grande aceitação e resultados efetivos. (JURENA, 2001; KNAPP e ISOLAN, 2005; KNAPP, 2007; MIKLOWITZ, 2016).

Del Prete e Del Prete (2011) ressaltam que a superação de déficits de habilidades sociais, requer a terapia ou educação, estes serviços envolvem técnicas e

programas, portanto é um conjunto de atividades planejadas que estruturam processos de aprendizagem.

Powell *et al.* (2008), descreve passos importantes para o acompanhamento de indivíduos com TB e relata que uma das vantagens da TCC é a participação ativa do paciente, dentre os passos a seguir, o monitoramento das atividades e anotações são interessantes para evitar distorções recorrentes de humor. A reestruturação cognitiva que significa o paciente identificar as crenças disfuncionais associadas a depressão, caracterização dos pensamentos automáticos, reações fisiológicas, emocionais, comportamentos que usou para enfrentar as crenças disfuncionais e como as experiências anteriores interferem nas crenças do indivíduo. Partindo que o paciente tenha conhecimento dos aspectos mantenedores da depressão, o autor salienta alguns pontos e técnicas que auxiliam o paciente, como: Evocação de pensamentos pressupostos, explicação de como os sentimentos geram possíveis sentimentos, registro de pensamentos disfuncionais, duração do tratamento, prevenção de recaída e terapia cognitiva junto com farmacoterapia.

Estudos enfatizam que uso de estabilizadores de humor são essenciais em pacientes com TB como relata Machado-Vieira *et al.* (2005), é necessário para manter o quadro de humor estável e evita surgimento de mudanças bioquímicas relacionadas ao dano neural, a não aderência ao tratamento afeta danos celulares, muitas vezes irreversível, causando perdas cognitivas.

Moreno *et al.* (2005) atenta que falhas e erros são passíveis de ocorrer na investigação do diagnóstico, portanto profissionais de saúde mental, devem conhecer com mais profundidade este transtorno, para que se evite a demora do diagnóstico e consequentemente seu tratamento.

## DISCUSSÃO

O Transtorno Bipolar, enquanto problema de saúde envolve uma complexidade de fatores que exigem ainda mais comprometimento de pesquisadores

clínicos, devido à necessidade de conhecimentos que impliquem minimizar os prejuízos cognitivos, este é sempre caracterizado pela alternância no humor, ou seja, a depressão e a mania (euforia), com intervalos de normalidades intercalados, com isto, a manifestação e a diferença entre um episódio e outro e a intensidade, são diferentes entre as pessoas, fator este um dos principais fatores de ser difícil o diagnóstico. No TB I é fundamental atentar aos critérios de episódio maníaco, este episódio maníaco pode ter sido antecipado ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores, o que é orientado é que este episódio maníaco tem que estar acontecendo durante uma semana continuamente. O TB II se caracteriza por um episódio hipomaníaco atual ou anterior e os critérios estão ligados a episódios depressivos maiores atual ou anterior, estas diferenças estão relacionadas à duração e a maior predominância do humor depressivo ou maníaco no indivíduo. Portanto, a Neuropsicologia auxilia na importância destes aspectos mentais e pode ser analisada pelo exame neuropsicológico que permite avaliar interferências sobre o funcionamento do sistema nervoso.

Sabe-se que ocorreram muitos avanços na Neuropsicologia, esta apresenta uma avaliação mais detalhada de vários aspectos neurológicos, dentre eles, memória, atenção, perdas cognitivas, isto tudo através de testes que estão evoluindo. Portanto, mesmo com este progresso, ainda se sabe que a Neuropsicologia considera a avaliação das funções executivas complexas, porém, necessárias para identificar os prejuízos, orientar no processo de reabilitação e considerar o cotidiano dos indivíduos em suas interações, mesmo assim, autores renfatizam a necessidade de mais estudos. Em relação ao TB, a Neuropsicologia contribui apontando sobre a relevância dos déficits executivos, estes se correlacionam intimamente com a funcionalidade dos pacientes e conseqüentemente pode auxiliar acerca da verificação de lesões cerebrais, fato este importante ajudando no tratamento do indivíduo com transtorno bipolar. Esta pesquisa evidenciou aspectos em relação a estes déficits, que resultam na oscilação entre os momentos de mania e depressão, significa dizer que ora apresentam melhor execução de memória, atenção e em outros momentos apresentam baixo desempenho executivo, isto depende do estado em que o indivíduo se encontra e como este.

A pesquisa e a perspectiva pela escolha do tema refletem a ausência de dados nacionais, pois os estudos, fundamentos nesta pesquisa são provenientes de pesquisas

importadas, o que leva a atentar pela necessidade de estudos mais locais para que se adequem a realidade em diferentes contextos sociais.

A partir do levantamento bibliográfico é importante entender que a reabilitação das funções executivas em indivíduos com transtorno bipolar acontece à medida que o indivíduo e a família possuem o conhecimento acerca da doença e juntos possam fazer um trabalho de reabilitação. De acordo com estudos a terapia cognitivo comportamental pode auxiliar no tratamento do indivíduo com TB, pois, possui técnicas que levam o indivíduo se autoconhecer e procurar se ajudar em momentos de alternância de humor. A TCC é uma abordagem de formulação cognitiva que propõe a psicoeducação como proposta de psicoterapia.

O maior desafio seria um diagnóstico preciso em uma realidade local que ainda enfrenta muitas dificuldades, fato este que leva a refletir sobre a necessidade em levar o tratamento a quem não tem acesso. O maior percalço está ligado ao contexto social e econômico que enfrentamos, que nos leva a pensar a ausência de uma política, em que as pessoas tenham acesso a profissionais e tratamentos adequados. Além desta problemática, profissionais de saúde mental precisam repensar suas práticas e adequá-las a realidade local, portanto, necessita de mais pesquisas que auxiliem estes indivíduos com TB a ter mais sucesso em seu tratamento e conseqüentemente bem-estar para si e sua família.

## REFERÊNCIAS:

AKISKAL, H.S. **The Prevalent Clinical Spectrum of Bipolar: Beyond DSM-IV.** Journ Clin Psychopharmacol 16(2 Suppl1): 4s-14s, 1996.

ALLAIN, P.; KAUFFMANN, M.; DUBAS, F. et al. **Fonctionnement executif et vieillissement normal: étude de la résolution de problèmes numériques.** *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement*, v.5. n.4, p.315, 2007.

BARROS, P.M.; HAZIN, I. Avaliação das Funções Executivas na Infância: Revisão dos Conceitos e Instrumentos. **Psicologia em Pesquisa | UFJF | 7(1) | 13-22 | Janeiro-Junho, 2013.**

BECK, J.S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática/** Judith S.Beck; tradução; Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica; Paulo Knapp, Elizabeth Meyer. – 2. ed.- Porto Alegre: Artmed, 2013.

BERK, L. **Guia para cuidadores de pessoas com Transtorno Bipolar/** Lesley Berk – São Paulo: Segmento Farma, 2011.

CAPOVILLA, A.G.S; ASSEF,E.C.S; COZZA, H.F.P. **Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas e relação com Desatenção e Hiperatividade.** Avaliação Psicológica, 6(1), p.51-60, Itatiba-SP, 2007.

COSTA, A.M.N. **Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados.** Rev. psiq.clín., 35 (3), p.104-110, São Paulo-SP, 2008.

COZOLINO, L. **The neuroscience of psychotherapy:** Building and rebuilding the human Brain. New York: W.W. Norton & Company, 2002.

DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K.O. **História da caracterização Nosológica do Transtorno Bipolar.** Rev. Psiq. Clín.32, sup11; 7-14, 2005.

DEL-PRETTE, A.; DEL-PRETTE, Z. **Habilidades Sociais:** programas efetivas em grupo/ Almir Del Prette, Zilda A.P. Del Prette, ( Organizadores)- São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DIAMOND, A.; **Executive Functions.** Department of Psychiatry, University of British Columbia and BC Children's Hospital, Vancouver, BC V6T 2A1 Canada;- Annu Rev Psychol ; 64: 135–168. doi: 10.1146/annurev-psych-113011-143750, 2013.

FUENTES, D. et al. **Neuropsicologia [Recurso eletrônico]:** Teoria e prática/ Organizadores, Daniel Fuentes...[et al.]-2.ed.- Dados eletrônicos . – Porto Alegre: Artmed, 2014.

GRINBERG, L. P.; YIN, M. L. Y.; CAMPANINI, R. F. B. In: PEREIRA, L.L.; DIAS, A. C. G; CAERAN, J; COLLARES, L.A.; PENTEADO, R.V.; Transtorno Bipolar: Reflexões sobre o Diagnóstico e tratamento. **Pespectiva**, Erechim. V. 34, n. 128, p.151-166, 2010.

HARVEY, P.D. **Clinical applications of neuropsychological assessment**. Dialogues in clinical Neuroscience- vol.14, No.1, 2012.

JURUENA, M.F. **Terapia Cognitiva: abordagem para o transtorno afetivo Bipolar**.Rev. Psiq.clín. 28(6): 322- 330, 2001.

KAPCZINSKI, N. S.; PEUKER, A. C.; NARVAEZ, J. C. M. **Aplicações do exame neuropsicológico à psiquiatria**. In: MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; MATTOS, P.; ABREU, N. e cols. Avaliação neuropsicológica. Porto Alegre: Artmed, p.303-312, 2010.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. **Transtorno Bipolar: teoria e clínica/ organizadores, Flávio Kapczinski, João Quevedo**. -2. ed.- Porto Alegre : Artmed, 2016.

KNAPP, P.; ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín.** 32, supl 1; 98-104, 2005.

KNAPP, P. **Terapia cognitivo comportamental na prática psiquiátrica** [recurso eletrônico] / Paulo Knapp...[et.al.]. – Dados eletrônicos – Porto Alegre: Artmed, 2007.

LEAHY, R.L. **Regulação emocional em psicoterapia [recurso eletrônico]:** um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental/ Robert L. Leahy, Dennis Tirch, Lisa A. Napolitano; tradução: Ivo Haun de Oliveira; revisão técnica: Irismar Reis de Oliveira.- Dados eletrônicos.- Porto Alegre: Artmed, 2013.

MACHADO- VIEIRA, R.; BRESSAN, R.A; FREY, B.; SOARES, J.C. **As bases neurobiológicas do transtorno bipolar.** Rev.Psiq. Clín.32,supl1; 28-33, 2005.

MALLOY-DINIZ, et al. **Neuropsicologia: aplicações clínicas/Organizadores,** Leandro F. Malloy-Diniz...[et al.]- Porto Alegre:Artmed,2016.

MALHI, G.S.; IVANOVSKI, B.; HADZI- PAVLOVIC, D.; MITCHELL, P.B.; VIETA, E.; SACHDEV, P.; **Neuropsychological deficits and functional impairment in bipolar depression, hypomania and euthymia***Bipolar disorders*, 9(1-2), 114-125. Visto em: [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-5618.2007.00324.x/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-5618.2007.00324.x/full)

MARNEROS, A. **Origin and Development of Concepts of Bipolar Mixed States.** *Journ Affective Disorders* 67: 229-240, 2001.

MARTÍNEZ-ARÁN, A.; VIETA, E.; TORRENT, C.; SANCHEZ-MORENO,J.; GOIKOLEA, J.M; SALANERO,M....AYUSO-MATEOS,J.L. **Functional outcome in bipolar disorder** : the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disorders*, 9(1-2), 103-113.doi 10.1111/j.1399-5618.2007.00327.x, (2007).

**Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]:** DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento...et

al.] ; revisão técnica : Aristides Volpato Cordioli...[et al.].-5.ed.-Dados eletrônicos.-  
Porto Alegre: Artmed, 2014.

MICHELON, L.; VALLADA, H. **Fatores genéticos e ambientais na manifestação do Transtorno Bipolar.** Artigo Original- Revista Psiquiátrica clínica 32, supl1; 21-27, São Paulo- SP, 2005.

MICLOWITZ, D.J. Transtorno Bipolar. In: BARLOW, D.H. **Manual clínico dos Transtornos psicológicos – Tratamento passo à passo-** 5ª Edição. Tradução: Roberto Cataldo Costa. Artmed, São Paulo- SP, 2016.

MYIAKE, A., FRIEDMAN N. P., EMERSON, M. J., WITZKI, A. H., HOWETER, A., & WAGER, T. D. **The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex “ Frontal Lobe ” Tasks : A Latent Variable Analysis.**Cognitive Psychology, 41, 49–100. doi:10.1006/cogp.1999.0734, 2000.

NETO, F.L. **Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar.** Ver. Bras. Psiquiátrica, v.26, s.III, p.37-43, 2004.

PEREIRA, L.L.; DIAS, A. C. G; CAERAN, J; COLLARES, L.A.; PENTEADO, R.V.;  
Transtorno Bipolar: Reflexões sobre o Diagnóstico e tratamento. **Pespectiva**, Erechim. V. 34, n. 128, p.151-166, 2010.

POWELL, V.B.; ABREU, N. OLIVEIRA, I.R.; SUDAK, D. **Terapia Cognitivo Comportamental da Depressão.** Rev. Bras. Psiquiatria; 30(Supl II):S73-80, Salvador-BA, 2008.

ROCCA, C. C. A.; LAFER, B. **Neuropsicologia do Transtorno Bipolar**. In: FUENTES, D.; MALLOY-DINIZ, L.; CAMARGO, C. H.; CONSENZA, R. M. e cols. **Neuropsicologia: teoria e prática**. P. 265- 276. Porto Alegre: Artmed, 2008.

T.DIXON, E.K; C. FRITH, R.M.M; MCGUIRE, P.K. **Effect of symptoms on executive function in bipolar illness**. Psychological Medicine, Cambridge University Press DOI: 10.1017/S003329117030015710- Printed in the Unites Kingdom n34, p. 811-821, 2004.

TONELLI, H.A. **Processamento cognitivo “Teoria da mente” no Transtorno Bipolar**. Rev. Bras.psiquiatria ; 31(4): 369-74, 2009.

TRENTINI, C. M.; ARGIMON, I. I. L. **O uso do Teste Wisconsin para avaliação das funções executivas**. In: ORTIZ, K. Z.; MENDONÇA, L. I. Z.; SANTOS, C. B.; FUENTES. Avaliação neuropsicológica: panorama interdisciplinar dos estudos na normatização e validação de instrumentos no Brasil. São Paulo: Vetor, 2008.

**Recebido em 22/12/2017.**

**Aceito em 20/04/2018.**

**Sobre autores e contato:**

**Denise Aparecida Rodrigues Amancio** – Psicóloga, Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental, Mestranda em Psicologia Social - UFAM  
Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000 Campus Universitário Setor Sul, Bloco X, Coroadó, Cep 69077-000, Manaus, e-mail: deniseamancio2015@gmail.com

**Daniel Cerdeira de Souza**, Psicólogo, Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental, Mestrando em Psicologia Social – UFAM, Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000 Campus Universitário Setor Sul, Bloco X, Coroadó, Cep 69077-000, Manaus, e-mail: dancerdeira01@gmail.com

**Rockson Costa Pessoa**, Psicólogo, Especialista em Neuropsicologia - UFRGS  
Mestre em Psicologia – UFAM, Doutorando em Doenças Tropicais e Infecciosas - UEA/Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, Manaus, E-mail:rockson\_pessoa@hotmail.com