

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHCB

Perturbação Bipolar

Estágio em Psicologia Clínica e da Saúde

Joana Gonçalves

Covilhã, 10 de Janeiro de 2008

- ◆ Como seres humanos, todos nós experienciamos uma variedade de “Humores”



- ◆ Estados de humor desagradáveis e mudanças de humor são reacções normais no dia-a-dia e somos capazes de identificar os acontecimentos que causam estas mudanças.

Contudo...

- ◆ Quando experienciamos mudanças de humor ou extremos de humor, que transcendem a proporção dos acontecimentos, e fazem com que o nosso funcionamento seja difícil....



Pode ser o resultado de uma **Perturbação de Humor**

Perturbações de Humor

◆ São perturbações que afectam a capacidade da pessoa experienciar estados normais de humor (Kahn, Moline, Ross, Cohen, & Altshuler, 2001).

Caracterizadas por alterações patológicas do humor

Podem variar desde uma extrema elevação de humor ou euforia até uma grave depressão ou disforia (Lima, Sougey & Filho, 2004).



Segundo o DSM-IV-TR (2002)...

Perturbações de Humor

Perturbações «unipolares»

Perturbação depressiva *major*

Perturbação distímica

Perturbações bipolares

Perturbação bipolar I

Perturbação bipolar II

Perturbação ciclotímica

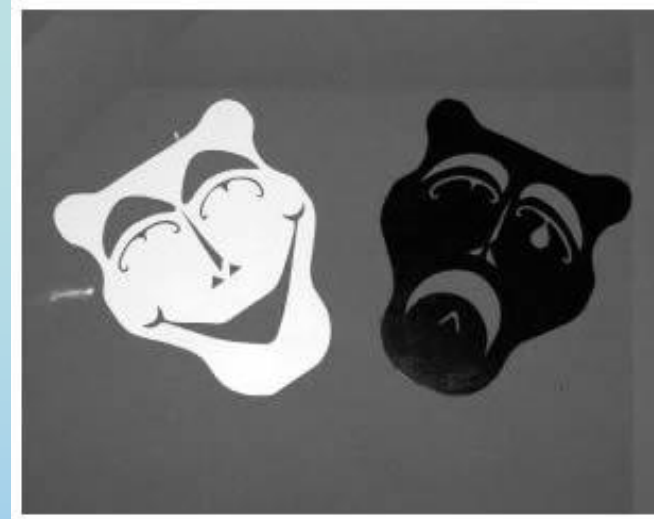
Perturbação Bipolar SOE

Perturbações com etiologia estabelecida

Perturbação do humor secundária a um estado físico geral

Perturbação do humor induzida por substâncias

◆ Perturbação Bipolar (PB) é também conhecida por doença maníaco-depressiva e caracteriza-se por variações acentuadas de humor, com crises repetidas de depressão e euforia (Fonseca, 2006; Kahn *et al.*, 2000).



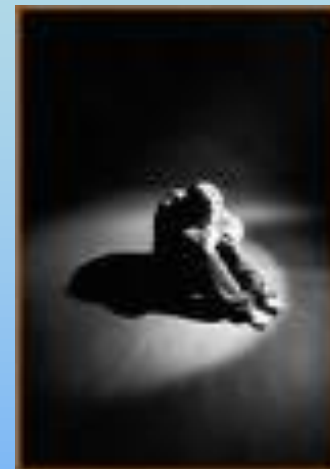
◆ As PB implicam a presença ou história de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos, habitualmente conjugados com a presença ou história de Episódios Depressivos *Major* (DSM-IV-TR, 2002).

◆ Qualquer dos dois tipos de episódios pode predominar numa mesma pessoa, sendo a sua frequência bastante variável. As crises podem ser graves, moderadas ou leves.

◆ Por vezes um paciente tem, durante a mesma crise, sintomas as de depressão e de «mania», o que corresponde às crises mistas (Meireles & Cameirão, 2005).

◆ Em geral, a primeira crise é provocada por um **choque emocional** forte – uma ruptura afectiva, uma morte, um divórcio (Fonseca, 2006).

◆ A depressão tem sido o pólo predominante na PB, registando-se episódios mais longos e frequentes do que os episódios maníacos (Frye, Gitlin & Altshuler, 2004).



◆ O diagnóstico pode ser demorado, já que muitas vezes esta patologia é erroneamente diagnosticada como esquizofrenia, devido aos episódios psicóticos ou noutras situações, nas formas mais leves da doença, como depressão devido ao não reconhecimento de alguns sintomas, nomeadamente a irritabilidade, impulsividade e hiperactividade (Gazalle, Andreazza, Hallal, Kauer-Sant'Anna, Ceresér & Soares, 2006).

Episódio Maníaco

Sintomas de humor

- Humor alegre/eufórico
- Humor irritável
- Aumento da Auto-estima / Grandiosidade

Sintomas Somáticos

- Maior nível de energia
- Envolvimento excessivo em actividades agradáveis
- Menos necessidade de dormir
- Apetite irregular
- Aumento da libido

Sintomas Cognitivos

- Sensação de maior concentração
- Pensamento acelerado / fuga de ideias



Sintomas de Psicose

- Ideias delirantes de grandiosidade
- Alucinações

Episódio Depressivo

Sintomas de humor

- Humor deprimido / disfórico
- Variação diurna do humor
- Culpabilização
- Anedonia
- Isolamento social
- Ideação suicida

Sintomas Cognitivos

- Dificuldades de concentração
- Dificuldades de memória
- Indecisão
- Lentidão de pensamento

Sintomas de Psicose

- Pensamento delirante
- Alucinações
- Estados catatônicos



Sintomas Somáticos

- Perturbação do sono
- Perturbação do apetite
- Diminuição da libido
- Fadiga
- Cefaleias
- Agravamento de estados dolorosos



Episódio Hipomaníaco

Neste episódio a sintomatologia é muito semelhante à de um Episódio Maníaco, contudo aqui não se assiste a actividade delirante. Isto é, não estão presentes os delírios e as alucinações (Fonseca, 2006).

Episódio Misto

Define-se por um período de tempo mínimo de uma semana no qual se preenchem todos os critérios para Episódio Maníaco e Episódio Depressivo *Major* durante quase todos os dias.

Os sujeitos experienciam rápidas alterações de humor, acompanhadas de sintomas dos 2 episódios enunciados.

Principal sintomatologia: agitação, insónia, desregulação do apetite, características psicóticas, ideação suicida e défices no funcionamento social e ocupacional.

BIPOLAR DISORDER

MANIC

Yvonne

DEPRESSIVE

* ONSET BEFORE AGE 30

* MOOD:
ELEVATED
EXPANSIVE
IRRITABLE

* SPEECH:
LOUD-RAPID
PUNNING
RHYMING
CLANGING
VULGAR

* ? WT. LOSS
* GRANDIOSE
* DELUSIONS
* DISTRACTED
* HYPERACTIVE
* ↓ NEED FOR SLEEP
* INAPPROPRIATE
* FLIGHT OF IDEAS
* BEGINS SUDDENLY
ESCALATES OVER
SEVERAL DAYS

* PREVIOUS MANIC
EPISODES

* MOOD:
DYSPHORIC
DEPRESSIVE
DESPAIRING

* ↓ INTEREST IN
PLEASURE

* NEGATIVE VIEWS

* FATIGUE

* ↓ APPETITE

* CONSTIPATION

* INSOMNIA

* ↓ LIBIDO

* SUICIDAL
PREOCCUPATION

* MAY BE AGITATED
OR HAVE MOVEMENT
RETARDATION



C. HILLER



Perturbação Bipolar I

- ◆ Existência de um período de humor anormal durante pelo menos uma semana (DSM-IV-TR, 2002)
- ◆ Condição necessária: ocorrência de pelo menos um episódio maníaco em alguma fase da vida do sujeito (Puri, Laking & Treasaden, 2002).
- ◆ Neste episódio maníaco pode ser necessária a hospitalização, numa tentativa de evitar que o sujeito cometa algum tipo de prejuízos quer para si próprio quer aos outros, sendo necessário, igualmente, inserir neste quadro os sintomas psicóticos (DSM-IV-TR, 2002).



Perturbação Bipolar II

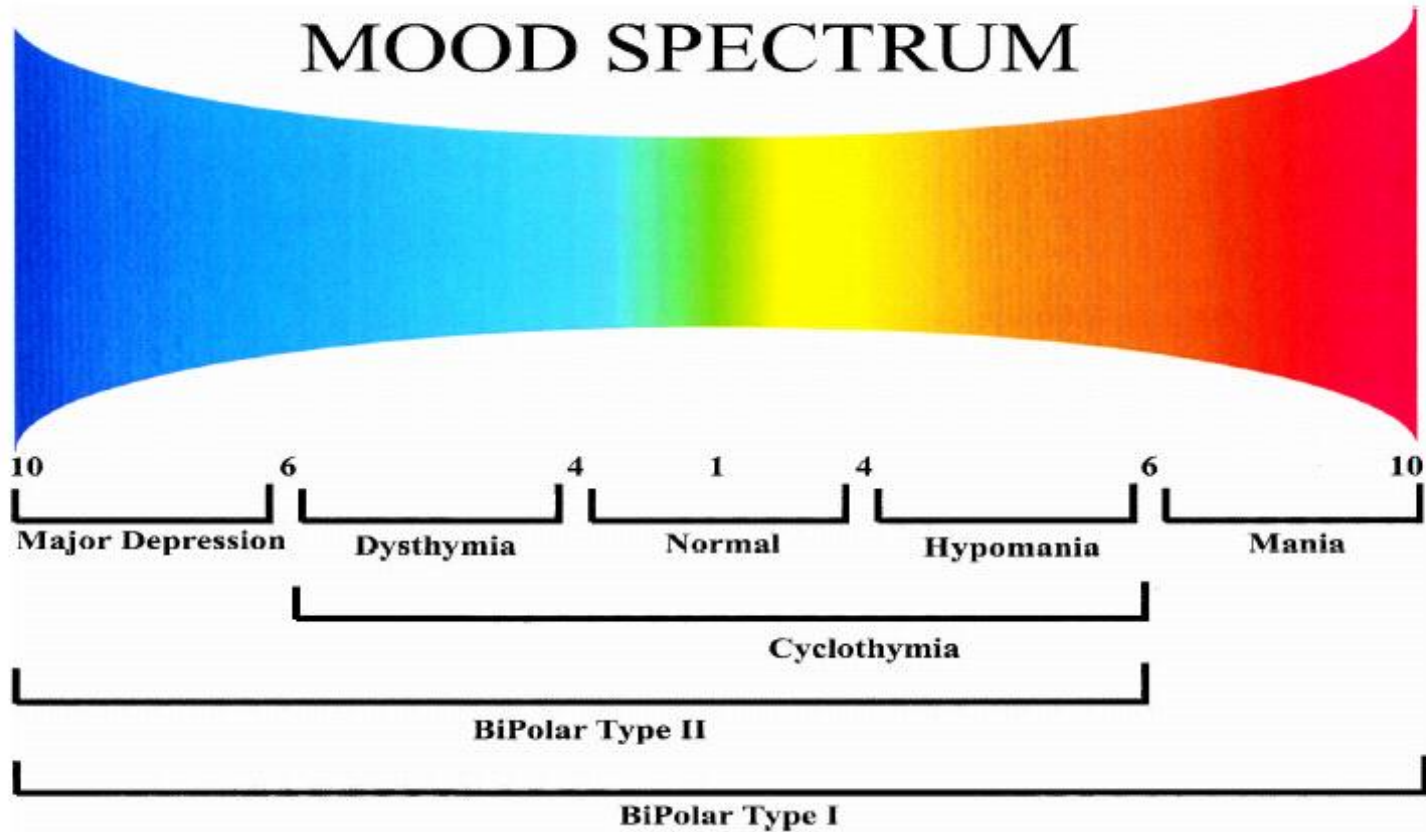
- ◆ Episódios depressivos *major* recorrentes com episódios de hipomania, mas **sem a presença do episódio de mania** durante a sua história psiquiátrica (Benazzi, 2007).
- ◆ Para realizar diagnóstico de perturbação bipolar tipo II é necessário experienciar, pelo menos, um episódio hipomaníaco (mínimo de 4 dias de duração) e mais de um episódio depressivo *major* (El-Mallakh, Weisler, Townsend & Ginsberg, 2006).
- ◆ Este tipo é muitas vezes difícil de reconhecer, porque a hipomania pode parecer normal se a pessoa é muito produtiva e se evita envolver-se em problemas sérios (Kahn *et al.*, 2000).



Perturbação Ciclotímica

- ◆ Perturbação crónica e flutuante que envolve **numerosos períodos de hipomania e sintomas depressivos**, num período de pelo menos 2 anos, sem intervalos maiores que 2 meses livres de sintomas (Justo & Calil, 2004).
- ◆ Caracterizada por uma instabilidade no humor, resultante da alternância de períodos entre mania leve e depressão leve, mas que não são suficientemente severos e longos para preencher os critérios para episódio hipomaníaco ou episódio depressivo (DSM-IV-TR, 2002)

MOOD SPECTRUM



Epidemiologia

- ◆ Prevalência à volta de 1-1,5% (Lima, Tassi, Novo & Mari, 2005).

- ◆  =  (Lima, Tassi, Novo & Mari, 2005)


- ◆ Casados < Solteiros ou divorciados

Possivelmente reflecte as consequências da doença.

(Lima, Tassi, Novo & Mari, 2005)

- ◆ 50% destes doentes não consegue manter relacionamentos próximos e acabam por de divorciar (Silva, 2006).

- ◆ Ocorre em todas as culturas e raças (Vieta, 2003)



◆ Associado a elevado risco de mortalidade

25% dos pacientes tentam suicídio

11% completam estas tentativas

(Santin, Ceresér, & Rosa, 2005).

◆ Pode ter início em qualquer idade, contudo normalmente inicia-se na **segunda década** de vida (Vieta, 2003)

◆ Podem ocorrer casos onde os primeiros sintomas se evidenciam durante a **infância** (National Institute of Mental Health, 2007).

◆ Estudos parecem indicar uma tendência para o aumento da **PB** (Vieta, 2003).



Etiologia

Factores Genéticos

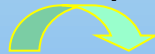
- ◆ A concordância entre gémeos monozigóticos varia entre 60% a 80% (Michelon & Vallada , 2005).
- ◆ Em gémeos dizigóticos regista-se uma concordância de cerca de 20% (Puri, Laking & Treasaden, 2002).
- ◆ O risco de desenvolver PB em parentes de primeiro grau de um portador situa-se entre 2 e 15% (Michelon & Vallada , 2005).

Factores Biológicos

- ◆ Alterações na actividade de sistemas de neurotransmissão cerebral (Vieta, 2003).
- ◆ Desregulação ao nível dos neurotransmissores: noradrenalina, serotonina, dopamina e acetilcolina (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Factores Psicossociais

- ◆ Dificuldades no funcionamento diário, incapacidade na utilização de estratégias de *coping*, stress financeiro e isolamento social → maior vulnerabilidade para a PB (Lehmann, 2003).
- ◆ Situações de rompimento / perda nas relações amorosas ou de pares (Kim, 2007).



Causa ou consequência?

- ◆ Acontecimentos ou circunstâncias de vida stressantes parecem contribuir para o surgimento da PB em sujeitos geneticamente vulneráveis e influenciar no desencadeamento de sucessivas recaídas (Vieta, 2003).



À medida que estas ocorrem a PB começa a tornar-se independente destes acontecimentos (Vieta, 2003).

Comorbilidade

- ◆ A PB é geralmente complicada devido a uma comorbilidade multiaxial



Dificulta o diagnóstico e influencia a resposta ao tratamento e o seu curso a longo-prazo (McIntyre, Konarski & Yatham 2004).

- ◆ Em **60%** dos casos → Abuso ou dependência, de álcool, e substâncias como marijuana, cocaína, opiáceo, barbitúricos ou alucinogénicos (Thomas, 2001).

- ◆ Perturbações de ansiedade →
 - Perturbação de stress pós-traumático
 - Perturbação de pânico
 - Perturbação obsessivo-compulsiva
 - Fobia social
 - Ansiedade generalizada

(Sanches, Assunção & Hetem, 2005)



◆ Perturbações de personalidade →

- Obsessivo-compulsiva
- *Borderline*
- Narcísica
- Evitante
- Histriónica

(McIntyre, Konarski & Yatham 2004).

↳ Perturbação *boderline* da personalidade

Aponta para um agravamento do prognóstico da PB, uma vez que, a sintomatologia relacionada com o abuso de álcool, drogas e outras substâncias, os comportamentos suicidários e impulsividade, frequentemente associados à perturbação *borderline*, dificultariam o tratamento

Ferreira, Lopes, Lourenço, Melo & Maia (2004)

◆ Disfunções da tiróide

◆ Enxaquecas (até seis vezes mais frequente)

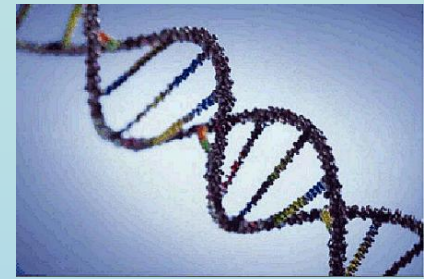
Dias, Kerr-Correa, Torresan & Santos , 2006)

◆ Obesidade →

Directamente relacionada com a maior susceptibilidade ao ganho de peso com lítio e outras medicações.

Dias, Kerr-Correa, Torresan & Santos , 2006)

Tratamento



- ◆ A compreensão da perturbação bipolar tem sido focada, essencialmente em aspectos genéticos e biológicos como componente fundamental no controlo da perturbação, **contudo...**

Existem
Evidências
de que:

O curso da perturbação bipolar pode ser modificada através de algumas **abordagens psicoterapêuticas** (Knapp & Isolan, 2005).

- ◆ A perturbação bipolar é tratável e sendo uma doença recorrente, o **tratamento preventivo a longo-prazo** é fortemente recomendado (APA, 2005).

Assim...

- ◆ O plano de tratamento deve contemplar não só os sintomas imediatos, mas também o bem-estar futuro do paciente (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Tratamento da PB
(dividido em 3 fases)

Aguda

Continuação

Manutenção

Tratar mania sem
causar depressão
e/ou
consistentemente
melhorar
depressão sem
causar mania

Estabilizar os
benefícios, reduzir
os efeitos
colaterais, tratar até
a remissão, reduzir
a possibilidade de
recaída e aumentar
o funcionamento
global

Prevenir mania
e/ou depressão e
maximizar a
recuperação
funcional, ou seja,
que o paciente
continue em
remissão.



Abordagem Psicoterapêutica

◆ O tratamento da PB não é tarefa fácil e, como tal, para viver com este tipo de patologia é necessário querer aderir, apesar de todas as dificuldades, ao tratamento, bem como envolver-se activamente em todo o processo terapêutico

(Fonseca, 2006).

◆ Assim, a psicoterapia possui um papel bastante importante no tratamento da PB, quer a nível da adesão à terapêutica, quer a nível da detecção dos primeiros sintomas de descompensação, pelo paciente ou por parte da família (Meireles &

Cameirão, 2005).

Psicoterapias que
podem ser utilizadas:

- Psicoeducação
- Terapia cognitivo-comportamental
- Terapia interpessoal e de ritmo social
- Terapia familiar
- Terapia psicodinâmica

(Sajatovic, 2002; Meireles & Cameirão, 2005).

Psicoeducação



Pode ser:

- Individual
- Grupo
- Familiar



Objectivos:

- Informar sobre a PB;
- Ajudar os pacientes a aceitarem a sua doença e o tratamento;
- Ajudar a que os pacientes não façam prognósticos a PB;
- Identificação precoce de sinais de alerta
- Informar acerca da importância da adesão à medicação

Psicoeducação (continuação)

◆ Um programa psicoeducacional para pacientes bipolares e seus familiares deve englobar (Colom & Vieta, 2004):

- 1 Informação sobre os altos índices de recorrência associados à doença e à sua condição crônica;
- 2 Informação acerca dos factores desencadeadores e de treino pessoal para auxiliar os pacientes na identificação dos seus próprios sintomas;
- 3 Informação sobre os fármacos, as suas vantagens e os seus potenciais efeitos colaterais;
- 4 Treino na detecção precoce dos sintomas prodrómicos;
- 5 Elaboração de um “plano de emergência”;
- 6 Treino acerca do controlo dos sintomas;



Psicoeducação (continuação)

- 7 Informação sobre os riscos associados ao uso de drogas ilícitas, assim como café e álcool;
- 8 Ênfase sobre a importância de rotinas de manutenção, em especial dos hábitos de sono;
- 9 Promoção de hábitos saudáveis;
- 10 Treino e controlo de stress;
- 11 Informação concreta sobre assuntos como gravidez, PB e risco de suicídio;
- 12 Lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados com a doença e que os pacientes bipolares não podem discutir facilmente com os amigos ditos “saudáveis”.



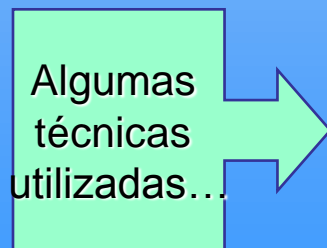
Como é que a Família pode ajudar?



- 1) Encorajar o paciente a seguir o tratamento e a evitar possíveis abusos de drogas ou álcool, bem como aprender a detectar sinais de alarme que indicam fases depressivas ou maníacas;
- 2) Não interpretar os possíveis sinais negativos do paciente, no caso de ser casado, por exemplo, como sinais de uma rejeição, mas como um sintoma da sua doença;
- 3) Aprender a detectar sinais de alarme relativos ao suicídio tentando tratar todas essas questões com muita seriedade, recorrendo ao hospital, caso seja necessário;
- 4) Tentar fazer planos ou contratos com o paciente enquanto ele se encontra numa fase de maior estabilidade da doença, tentando evitar problemas durante os episódios futuros da patologia
- 5) Modificar as crenças dos familiares de que os sintomas do paciente estão sob o seu controlo voluntário, visto que estas crenças estão associadas a um alto grau de crítica contra o paciente.

Terapia cognitivo-comportamental

- ◆ Orientada para a solução de problemas, que envolve a colaboração activa entre o paciente e o terapeuta para atingir objectivos estabelecidos (Meireles & Cameirão, 2005).
- ◆ Foca-se nos comportamentos que podem aumentar ou diminuir o stress e em formas para aumentar as experiências de prazer que podem melhorar os sintomas depressivos (Kahan *et al.*, 2000).
- ◆ Procura a identificação e modificação de pensamentos e crenças negativos que podem levar à depressão (Kahan *et al.*, 2000).



Reestruturação Cognitiva

Programação de actividades

Monitorização de estados de humor

Treino de resolução de problemas



Terapia Cognitivo-Comportamental (continuação)

◆ Os objectivos da Terapia Cognitivo-Comportamental podem ser resumidos nos seguintes pontos (Neto, 2004):

1) Educar os pacientes e os seus familiares e amigos sobre a PB, sobre o seu tratamento e dificuldades associadas à doença;

2) Ajudar o paciente a ter um papel mais activo no seu tratamento;

3) Ensinar métodos de monitorização 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;



Terapia Cognitivo-Comportamental (continuação)

6) Ajudar a controlar sintomas leves sem necessidade de modificar medicação;

7) Ajudar a enfrentar factores de stress 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 protector da família;

11) Ensinar habilidades para lidar com problemas, sintomas e dificuldades.



Terapia interpessoal e de ritmo social

- ◆ Adota os princípios básicos da psicoterapia interpessoal, focando a regularidade das actividades diárias (Meireles & Cameirão, 2005)
- ◆ Aplicada individualmente (Kahan, *et al.*, 2000)
- ◆ Procura a restauração e manutenção pessoal e social de rotinas diárias na tentativa de estabilizar os ritmos corporais, nomeadamente os ritmos circadianos (Kahan, *et al.*, 2000)
- ◆ É prioritária na manutenção da estrutura e rotina das actividades diárias (Meireles & Cameirão, 2005).
- ◆ É importante visto que se sabe que a quebra das rotinas e actividades dos pacientes com PB, tal como o ciclo do sono, pode causar um aumento da vulnerabilidade a recaídas (Meireles & Cameirão, 2005).



Terapia Familiar

- ◆ Baseia-se no pressuposto de que o meio familiar pode exercer uma grande influencia no curso dos vários transtornos psiquiátricos, entre eles, o PB (Justo & Calil, 2004).
- ◆ Envolve o doente e a sua família (cônjuge, pais, irmãos, filhos ou outras pessoas que vivam próximas do paciente) (Justo & Calil, 2004).

Principais objectivos:
(Knapp & Isolan, 2005)

- 1) Modificar as interacções familiares que interferem no tratamento;
- 2) Psicoeducação para o pacientes e para os seus familiares sobre a PB;
- 3) Desenvolvimento de habilidades de comunicação;
- 4) Desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas.



Terapia Psicanalítica

- ◆ Varia conforme as características de maior ou menor integração do paciente no período entre as crises, seu grau de motivação e seu desejo de compreender-se melhor na relação consigo mesmo e com o transtorno bipolar
- ◆ Não se dirige aos sintomas específicos, procuram antes o significado e a função simbólica destes
- ◆ Pressupõem que efeitos benéficos possam ser obtidos pelo esclarecimento de processos intrapsíquicos que podem desencadear ou perpetuar as oscilações de humor em pacientes vulneráveis
- ◆ Espera-se que tais conflitos e mecanismos de defesa associados se tornem conscientes e que isso permita que dificuldades emocionais stressantes possam ser antecipadas e manejadas, ou que os conflitos sejam resolvidos por meio de *insights* progressivos.



Bibliografia

American Psychiatric Association (2005). *Let's Talk Facts About Bipolar Disorder (Manic Depression)*. Retirado de <http://www.healthyminds.org/multimedia/bipolardisorder> em 10 de Dezembro de 2007.

Benazzi, F. (2007). Bipolar Disorder – focus on bipolar II disorder and mixed depression. *The Lancet*, 369, 935 – 946.

Dias, R. S., Kerr-Correa, F., Torresan, R. C. & Santos, C. R. (2006). Transtorno bipolar do humor e gênero. *Revista Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 80-91.

El-Mallakh, R., Weisler, R.H., Townsend, M.H. & Ginsberg, L.D. (2006). Bipolar II Disorder: Current and Future Treatment Options. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18 (4), 259–266.

Ferreira, B., Lopes, B., Lourenço, A., Melo, J. & Maia, T. (2004). Doença Bipolar e Perturbação Borderline da Personalidade - Comorbilidade ou Continuum. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 53.

Fonseca, S. L. (2006). Olhando a perturbação bipolar. Retirado de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0270.pdf> em 19 de Dezembro de 2007.

Frye, M. A., Gitlin, M. J. & Altshuler, L. L. (2004). Unmet Needs in Bipolar Depression. *Depression and Anxiety*, 19, 199–208.

Gazalle, F. K., Andreazza, A. C., Hallal, P. C., Kauer-Sant'Anna, M., Ceresér, K. M., Soares *et al.* (2006). Bipolar Depression: The Importance of Being on Remission. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (2), 93-6.

Hirschfeld, R. M. A., Bowden, C. L., Gitlin, M. J., Keck, P. E., Suppes, T., Thase, M. E., & Wagner, K.D. (2002). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder. *Psychiatric Practice section of the APA*.

Justo, L. P. & Calil, H. M. (2004). Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (2), 91-99.



Bibliografia (continuação)

- Kahn, D. A., Ross, R., Printz, D. J., & Sanchs, G. S. (2000). Treatment of Bipolar Disorder: A Guide for Patients and Families. *A Postgraduate Medicine Special Report*.
- Kahn, D., Moline, M. L., Ross, R. W., Cohen, L. S. & Altshuler, L. L. (2001). *Major Depression During Conception and Pregnancy: A Guide for Patients and Families*. Expert Consensus Guideline Séries. A Postgraduate Medicine Special. Retirado de <http://www.psychguides.com/DinW%20during%20pregnancy.pdf> em 22 de Dezembro de 2007.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (7ª Ed.). São Paulo: ARTMED.
- Kim, E. Y. (2007). Life stress and the course of early-onset bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 99 (1-3), 37-44.
- Knapp, P. & Isolan, L. (2005). Abordagens Psicoterápicas no Transtorno Bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (1), 98-104.
- Lehmann, S. W. (2003). Psychiatric Disorders in Older Women. *International Review of Psychiatry*, 15, 269–279.
- Lima, I. M., Sougey, E. B. & Filho, H. V. (2004). Genética dos transtornos afetivos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (1), 34-39.
- Lima, M. S., Tassi, J., Novo, I. P., & Mari, J. J. (2005). Epidemiologia do Transtorno Bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (1), 15-20.
- McIntyre, R. S., Konarski, J. Z. & Yatham, L. N. (2004). Comorbidity in bipolar disorder: a framework for rational treatment selection. *Human Psychopharmacology*, 19, 369–386.
- Meireles, L. P. & Cameirão, M. L. (2005). As Perturbações Afetivas: As Perturbações Bipolares. Retirado de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0034.pdf> em 22 de Dezembro de 2007.



Bibliografia (continuação)

Michelon, L., & Vallada, H. (2005). Factores Genéticos e Ambientais na Manifestação do Transtorno Bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (1), 21-27.

National Institute of Mental Health. (2007). Bipolar Disorder. Addendum Bipolar. Retirado de <http://www.nimh.nih.gov/publicat/NIMHbipolar.pdf> em 8 de Dezembro de 2007.

Neto, F. L. (2004). Terapia Comportamental Cognitiva para Pessoas com Transtorno Bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 44-6.

Palvuluri, M. N., Graczyk, P. A., Henry, D. B., Carbray, J. A., Heidenreich, J., & Miklowtz, D. J. (2004). Child- and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Development and Preliminary Results. *Psychiatry*, 43 (5), 528-537.

Puri, B.K., Laking, P.J., & Treasaden I.H. (2002). *Textbook of Psychiatry (2ª Ed.)*. China: Churchill Livingstone.

Sajatovic, M. (2002). Treatment of Bipolar Disorder in Older Adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 865-873.

Sanches, R. F., Assunção, S., & Hetem, L. A. B. (2005). Impacto da Comorbilidade no Tratamento do Transtorno Bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (1), 71-77.

Santin, A., Ceresér, K. & Rosa, A. (2005). Adesão ao Tratamento no Transtorno Bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (1), 105-109.

Silva, A. L. (2006). Distúrbio Bipolar. *Psicologia Actual*, 6, 88-90.

Souza, F. G. M. (2005). Tratamento do Transtorno Bipolar- Eutimia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (1), 63-70.

Thomas, M. R. (2001). Bipolar Disorders. In Jacobson, J. & Jacobson, A. M., *Psychiatric Secrets*. Philadelphia: Hanhey & Belfus, Inc.

Vieta, E. (2003). Trastornos Bipolares y Esquizoafectivos. In Ruiloba, J.V. (Ed.). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria (5ª edición)* (pp. 565-575). Barcelona: Masson.