



MANEJO DOS TRANSTORNOS DE HUMOR EM TCC (TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL)

KALSCHNE, Adrielle Brabo¹
VITURI, Patrícia Helena Picoli²
AMARAL, Edina Aparecida do³

RESUMO

Um dos princípios da Terapia Cognitiva Comportamental TCC é a psicoeducação, e quando falamos em transtorno de humor a psicoeducação tem por objetivo munir os pacientes de informações e habilidades, assim como seus familiares e amigos, para diminuir o estigma e dificuldades que todos os envolvidos com o transtorno de humor podem enfrentar. Desta forma o paciente passa a ter um papel mais ativo no seu tratamento através de habilidades e métodos de monitoração da ocorrência, gravidade e curso dos sintomas. Seguindo as técnicas e habilidades que a Terapia Cognitiva Comportamental propõe, o paciente estará mais preparado para o enfrentamento dos fatores de estresse que podem interferir no tratamento, como episódios de mania ou depressão (BASCO, 2009).

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos de humor; Bipolar; Depressão; Psicoeducação.

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos de Humor são um grupo de distúrbios cerebrais que causam alterações no humor, na energia e na capacidade de funcionamento de uma pessoa. Os critérios para esses transtornos no DSM-5-TR, são divididos em duas categorias: transtorno Bipolar e transtornos relacionados, que incluem o transtorno bipolar e seus subtipos (por exemplo, bipolar I, bipolar II, transtorno ciclotímico); e transtornos Depressivos (por exemplo, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente ou transtorno distímico, transtorno disfórico pré-menstrual) também chamado de transtorno afetivo. Este artigo vem com o objetivo de trazer técnicas de manejo para trabalhar estes transtornos em terapia a luz da TCC - Terapia Cognitiva Comportamental do Dr. Aaron Beck (BECK, 2021).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O grupo de transtorno Humor se refere ao espectro entre os Transtornos bipolares e relacionados e Transtorno Depressivo, sendo encontrados entre os capítulos sobre o espectro da esquizofrenia e

¹ Aluna do curso de graduação em Psicologia, Centro Universitário Assis Gurgacz, 8º período. E-mail: abkalschne@minha.fag.edu.br

² Aluna do curso de graduação em Psicologia, Centro Universitário Assis Gurgacz, 8º período. E-mail: phpvitori@minha.fag.edu.br

³ Especialista em Metodologia do Ensino Superior, Centro Universitário Assis Gurgacz. Email: edina@fag.edu.br



outros transtornos psicóticos e transtornos depressivos no DSM-5-TR em reconhecimento de seu lugar como uma ponte entre essas duas classes diagnósticas em termos de sintomatologia, história familiar e genética. Entre os diagnósticos incluídos neste manual referente ao Transtorno Bipolar está o transtorno bipolar I, transtorno bipolar II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, outro transtorno bipolar especificado e transtorno relacionado e transtorno bipolar não especificado e transtorno relacionado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

Os critérios de transtorno bipolar I representam a compreensão moderna do transtorno maníaco-depressivo clássico ou psicose afetiva descrita no século XIX, diferindo dessa descrição clássica apenas na medida em que nem a psicose nem a experiência de vida de um episódio depressivo maior são um requisito a grande maioria dos indivíduos. No entanto, a grande maioria dos indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios para um episódio maníaco totalmente sindrômico também experimenta episódios depressivos maiores durante o curso de suas vidas. (STAHL 2022)

O transtorno bipolar II, que requer a experiência ao longo da vida de pelo menos um episódio depressivo maior e pelo menos um episódio hipomaníaco (mas sem história de mania), não é mais considerado uma condição menos grave do que o transtorno bipolar I, em grande parte devido à carga de depressão no transtorno bipolar II e porque a instabilidade do humor experimentada por indivíduos com transtorno bipolar II é frequentemente acompanhada de sérios prejuízos no trabalho e no funcionamento social (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

O diagnóstico de transtorno ciclotímico é dado a adultos que experimentam pelo menos 2 anos (para crianças, um ano inteiro) de períodos hipomaníacos e depressivos sem nunca preencher os critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

Um grande número de substâncias de abuso, alguns medicamentos prescritos e várias condições médicas podem estar associados a fenômenos maníacos. Este fato é reconhecido nos diagnósticos de transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento e transtorno bipolar



e relacionado devido a outra condição médica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

O reconhecimento de que há indivíduos que experimentam fenômenos do tipo bipolar com sintomas que não atendem aos critérios para transtorno bipolar I, bipolar II ou transtorno ciclotímico é refletido na categoria especificada de transtorno bipolar e transtorno relacionado. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. A característica comum de todos esses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado por alterações relacionadas que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo (por exemplo, alterações somáticas e cognitivas no transtorno depressivo maior e no transtorno depressivo persistente). O que difere entre eles são questões de duração, tempo ou etiologia presumida. (STAHL 2022).

2.1 TRATAMENTO PARA DEPRESSÃO E O INÍCIO DA TCC

Dr. Aaron Beck desenvolveu sua teoria da depressão estudando os processos Cognitivos de pacientes deprimidos ele foi capaz de tratar com sucesso seus pacientes deprimidos, ajudando-os a examinar seus pensamentos negativos ou inúteis. Um ensaio clínico de sua nova terapia, que ele chamou de Terapia Cognitiva mostrou que era tão eficaz quanto os antidepressivos, e que os pacientes tratados com Terapia Cognitiva mantiveram seu progresso um ano após o tratamento. Já os esquemas cognitivos são estruturas mentais que organizam informações. Os esquemas adaptativos estão associados às crenças realistas de um cliente sobre si mesmo, os outros, o mundo e seu futuro e geralmente são ativados com outros tipos de esquemas que contêm emoções positivas, um nível adaptativo de motivação e comportamento funcional. Os esquemas desadaptativos estão associados às crenças irrealisticamente negativas de um cliente sobre si mesmo, os outros e o mundo e seu futuro.



Eles podem ser ativados quando um cliente desenvolve depressão e estão associados a comportamentos mal adaptativos e estratégias de enfrentamento um esquema, ou modelo de processamento de informações, propõe que os clientes deprimidos vejam suas experiências através das lentes de suas Crenças centrais desadaptativas, incorporando informações que parecem confirmar as Crenças desadaptativas enquanto descartam ou não percebem dados positivos (BECK, 2021)

2.2 TRÍADE COGNITIVA

A tríade cognitiva descreve três categorias de cognições negativas: crenças sobre si mesmo, crenças sobre o mundo e outras pessoas e crenças sobre o futuro. O modelo cognitivo ilustra como os pensamentos automáticos distorcidos e inúteis de um cliente deprimido sobre uma situação podem levar a um comportamento desadaptativo. A TCC não é apenas um tratamento eficaz para a depressão, mas também reduz a recaída. Uma formulação cognitiva ajuda você a entender como o significado dos eventos anteriores na vida pode levar ao desenvolvimento de crenças adaptativas e desadaptativas (BECK, 2000)

É importante identificar os pontos fortes, as qualidades positivas e os recursos dos clientes, além de seus problemas e reações inúteis. Quando as pessoas ficam deprimidas, elas começam a processar as informações de maneira diferente. Seus esquemas desadaptativos dominam e eles percebem suas experiências sob uma luz negativa. As crenças negativas das pessoas podem ser um fator que as predispõe à depressão, quando se deparam com estressores específicos, o modelo cognitivo e suas variações nos ajudam a entender a relação entre situações, pensamentos automáticos e reações.

2.3 CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA BASEADA EM FORÇA E BASEADA EM PROBLEMAS

Os Diagramas de Conceituação Cognitiva Baseada em Força e Baseada em Problemas podem ajudá-lo a organizar uma grande quantidade de informações que você obtém dos clientes para que você possa ver as cognições e comportamentos mais importantes para enfatizar no tratamento. O Diagrama de Conceitualização Cognitiva, deve ser preenchido com as próprias palavras do cliente e refinado continuamente ao longo do tratamento, à medida que coletar novos dados sobre o cliente.



As crenças centrais típicas sobre o eu geralmente se enquadram em três categorias. Amabilidade, eficácia e autoestima. Quando os indivíduos têm crenças Centrais relativamente realistas e úteis, eles tendem a ter crenças intermediárias adaptativas relacionadas. Essas crenças podem ser expressas como suposições, atitudes, valores ou regras, representando a mesma ideia básica em linguagem ligeiramente diferente. Estratégias de enfrentamento adaptativas são padrões de comportamentos úteis, especialmente aqueles que têm ajudado os clientes a lidarem com dificuldades ou situações desafiadoras, ao usar a conceituação para planejar o tratamento, facilita o reforço as crenças centrais positivas latentes de um cliente e produz emoções positivas.

No primeiro estágio da terapia, pode ajudá-lo a conceituar problemas, obstáculos e intervenções diretas para uma ou mais partes do modelo cognitivo. No meio da terapia, pode ajudá-lo a identificar crenças centrais e intermediárias desadaptativas nas quais trabalhar um Diagrama de Conceituação Cognitiva Baseada em Força ajuda você a identificar os valores, pontos fortes, realizações e recursos dos clientes. Também ajuda a identificar suas crenças adaptativas pré-mórbidas e estratégias de enfrentamento, bem como pensamentos e ações úteis. Um diagrama de conceituação tradicional baseado em problemas ajuda a organizar as informações para que você possa identificar rapidamente os problemas, cognições e comportamentos mais importantes dos clientes para focar no tratamento.

O Diagrama de Conceituação Cognitiva Baseada em Problemas, ajuda o terapeuta e o Cliente a entenderem como o significado de suas experiências negativas atuais e passadas levaram ao desenvolvimento, manutenção e fortalecimento de suas Crenças desadaptativas. Crenças centrais negativas sobre si mesmo tendem a se enquadrar em três Categorias: desamparo, desamor e desvalor.

2.4 ESTRUTURA DAS SESSÕES

O objetivo em cada sessão é ajudar os clientes a se sentirem melhor e a terem uma semana melhor. No início da sessão, se estabelece o rapport e verificação de medicação e humor; fazendo uma ponte com sessão anterior, revisando o Plano de Ação do cliente e é estabelecida uma agenda para o restante da sessão.

O meio da sessão se concentrará na ação positiva que o cliente deseja realizar na próxima semana e identificando e abordando possíveis obstáculos. Em seguida, é desenvolvido de forma colaborativa um Plano de Ação.



No final da sessão, é feito um resumo de temas gerais ou ideias importantes, certificando-se de que o Plano de Ação é válido através do pedido de um feedback (BECK 2021)

2.4.1 Pontes, agendas e revisão de planos de ação

O terapeuta pode fazer uma ponte da sessão anterior perguntando: “Aconteceu alguma coisa entre a última sessão e esta sessão que você gostaria de me contar? ” Também pode fazer uma ponte para a sessão seguinte perguntando: “O que está por vir que eu poderia te auxiliar/você gostaria de me contar? ”. Terapeuta e o cliente definirão de forma colaborativa uma agenda para cada sessão escolhendo um ou dois objetivos nos quais o cliente gostaria de trabalhar. As pesquisas mostram que os clientes que fazem seus planos de ação têm melhores resultados do que aqueles que não fazem. Quando os clientes concluírem seus Planos de Ação, o Psicólogo os ajudará a obter resultados positivos e conclusões sobre suas experiências. Quando os clientes não concluírem seus Planos de Ação, o Psicólogo coletará dados para conceituar o que atrapalhou. Verificando se houve um problema prático, ou houve pensamentos interferentes aos quais podem ser trabalhados de forma colaborativa.

2.4.2 Meio e fim das sessões

No meio de cada sessão, é trabalhado um problema ou as etapas em direção a uma meta, munindo o cliente de habilidades relevantes e criando de forma colaborativa um Plano de Ação para a semana. As intervenções terapêuticas podem ser implementadas em cada parte do modelo cognitivo: nível de situação, nível de pensamento automático, nível emocional, nível comportamental ou nível fisiológico. Ao final de cada sessão, é feito um resumo dos pontos ou temas importantes, verificando o Plano de Ação e obtendo o feedback do cliente.

2.5 RELACIONAMENTOS TERAPÊUTICOS

Clientes com depressão tendem a se ver de forma negativa, em sua atuação o terapeuta pode ajudar os clientes a se sentirem seguros apresentando-se como uma pessoa genuinamente legal, mostrando interesse por eles e enfatizando o lado positivo. Para estabelecer um bom relacionamento



terapêutico com o cliente o plano de tratamento e de ação deve ser compartilhando continuamente sempre pedindo feedback. Se o cliente fornece Feedback negativo, certifique-se de reforçá-lo positivamente. Os clientes com depressão muitas vezes se concentram excessivamente em experiências negativas. Por causa dessa tendência, é importante ensinar os clientes a monitorarem experiências positivas ou momentos em que seu humor melhorou um pouco.

Os itens do Plano de Ação seguem uma meta ou questão que foi discutida na sessão. Planos de ação que podem parecer fáceis para o Psicólogo, podem ser muito difíceis para os clientes, e eles podem inicialmente sentir muito pouco prazer ou satisfação ao concluí-los.

2.6 DIRETRIZES PARA AVALIAÇÕES

A ênfase no tratamento da TCC varia de transtorno para transtorno, portanto, estabeleça se os clientes têm um diagnóstico primário de algum Transtorno de Humor e se eles têm alguma comorbidade que influenciará o plano de tratamento. A coleta de dados sobre seu cliente é contínua. Essas informações ajudarão a confirmar ou modificar o diagnóstico e conceituação do cliente. É importante perguntar sobre o melhor período de vida do cliente. Considere pedir ao cliente para trazer um membro da família ou companheiro próximo para participar de parte ou de toda a sessão de avaliação para fornecer Informações adicionais. Os clientes com depressão geralmente têm acesso a memórias principalmente negativas e às vezes podem ser narradores não confiáveis. Obter uma imagem mais equilibrada por meio das impressões de alguém próximo ao cliente pode ajudar a determinar um diagnóstico preciso. É importante alertar os clientes de que provavelmente será preciso interrompê-los em alguns momentos para obter as informações necessárias. Se os clientes estiverem dispostos, colete o máximo de dados possível sobre seu histórico, solicitando que preencham formulários antes da sessão de avaliação. Os relatórios de profissionais anteriores de saúde mental ou de saúde são de extrema valia. O profissional deve certificar-se de que pode fornecer tratamento adequado para o cliente e determinar se o tratamento adjuvante, como medicação, é indicado.

Algumas categorias para a avaliação e coleta de dados do paciente são as principais queixas e problemas atuais, história da doença atual, precipitantes e estressores da vida (incluindo trauma, discriminação, abuso) valores, aspirações, pontos fortes e recursos, estratégias de enfrentamento adaptativas e desadaptativas, atuais e passadas, histórico psiquiátrico, incluindo tipos de tratamentos psicossociais (e utilidade percebida desses tratamentos, hospitalizações, medicamentos e estado atual



histórico de uso de substâncias e status atual, história psiquiátrica familiar, história do desenvolvimento, história familiar geral e história social, educacional, estilos parentais, história vocacional e status aferido, história religiosa/espiritual e status atual e risco de suicídio. Já de início é necessário explicar o modelo cognitivo, especialmente quando os clientes expressam pensamentos disfuncionais.

2.6.1 Perguntas para trocar informações com provedores/cuidadores

- Qual é o diagnóstico ou diagnósticos do cliente?
- Que diagnósticos ele teve no passado?
- Que medicamento (s) eles estão tomando?
- Qual é a sua dosagem, frequência, efeitos colaterais. Resposta?
- Qual é o nível de adesão dele tanto ao plano de medicação quanto aos
- Exames laboratoriais, quando relevante? (Se a adesão à medicação for um
- Problema, provedor e psicólogos podem trabalhar juntos para lidar com os obstáculos.)
- O provedores descartou um problema orgânico que pode se disfarçar de Depressão, como hipotireoidismo?
- Como tem sido o cliente no seu melhor?
- Quais são seus pontos fortes e qualidades pessoais positivas e seus recursos?
- O que mais você acha que eu deveria saber sobre o cliente?
- Se você estiver falando com um provedor atual descreva brevemente o plano de tratamento e obtenha seu apoio.
- Pergunte também: “Você tem mais alguma dúvida? ”.

2.6.2 Objetivos essenciais para a primeira sessão

Dois objetivos essenciais para a primeira sessão de terapia são estabelecer um bom relacionamento terapêutico e aumentar a esperança e o otimismo. Dois outros objetivos importantes são identificar os valores, aspirações e objetivos do cliente para o tratamento e chegar a um acordo sobre o plano de tratamento. O objetivo mais importante é garantir que o cliente retorne ao tratamento para a próxima sessão.



A psicoeducação é importante para que os clientes possam atribuir suas dificuldades à sua doença depressiva em vez de falhas pessoais. Também queremos que eles comecem a ver suas experiências à luz do modelo cognitivo.

2.7 EVOCANDO PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Algumas técnicas utilizadas para obter os pensamentos automáticos de um cliente são perguntas como “O que está passando pela sua cabeça?” E identificar a emoção que os clientes estão experimentando. Pedir ao cliente para identificar o significado de uma situação. Fornecer o pensamento oposto ao que supõe que o cliente está pensando (caso ele diga: que não sabe o que está pensando ou que não está pensando nada). Recriar a experiência emocional pedindo ao cliente para imaginar a situação e descrevê-la como se estivesse acontecendo agora. É importante variar as perguntas perguntando se o cliente está prevendo ou se lembrando de algo, ou se ele tem uma imagem mental em mente, criando hipóteses sobre o que o cliente poderia estar pensando (mas sempre as confirme com ele). Algumas dicas são:

- Usar uma variedade de técnicas para obter pensamentos e imagens automáticas e reconhecer quando eles são relatados espontaneamente pelos clientes.
- Certifique-se de que os clientes diferenciem corretamente seus pensamentos automáticos de interpretações ou emoções, e traduzam interpretações pensamentos telegráficos e perguntas de forma apropriada para que possam ser avaliados.
- Identifique a gama de emoções que os clientes experimentaram em uma determinada situação e seus pensamentos automáticos associados.
- Concentre-se nos principais pensamentos automáticos, aqueles com temas recorrentes associados a sofrimento significativo ou comportamento disfuncional.
- Use principalmente o questionamento socrático e experimentos comportamentais para avaliar os pensamentos dos clientes, bem como uma variedade de outras técnicas, como imagens, auto revelação, analogias, metáforas e histórias.
- Não desafie ou conteste as cognições dos clientes. Certifique-se de que os clientes tenham notas de terapia para levar para casa de cada sessão que contenham respostas aos seus pensamentos automáticos e/ou estratégias anti-ruminação, quando aplicável.
- Motive-os a ler suas anotações de terapia diariamente



- Envie uma planilha para casa somente depois que os clientes a usarem com sucesso na sessão.

As pessoas têm certos temas consistentes em seus pensamentos automáticos porque sua percepção das situações é influenciada por suas crenças centrais, que são a compreensão mais básica de si mesmas, de seus mundos e das outras pessoas. Os clientes com depressão desenvolvem suposições ou “regras” para viver que os ajudam a protegê-los ou a lidar com a ativação de suas crenças centrais essas suposições são traduzidas em ações ou estratégias comportamentais de enfrentamento. Usamos várias técnicas e estratégias para ajudar os clientes com depressão a se identificarem, avaliarem e modificarem suas crenças e suposições centrais inúteis ou “regras” para a vida.

A técnica do questionamento Socrático, contém uma série de perguntas realizadas ao paciente com o objetivo de trazer informações à consciência e, até mesmo, identificar crenças centrais – aquelas noções mais arraigadas que temos sobre nós mesmos, os outros e o futuro.

Registro de Pensamentos é a técnica usada para entendermos um pouco sobre a forma do paciente de funcionar. Esse registro consiste em uma planilha de auto monitoramento entregue ao paciente onde este irá registrar situações de seu cotidiano, relacionando o momento vivenciado ao pensamento que passou por sua mente, as emoções experimentadas e o comportamento adotado. É importante que a dinâmica que será expressa na planilha, seja treinada em sessão antes, verbalmente (você pode utilizar desenhos e outras ferramentas Lúdicas).

Exame de evidências é uma técnica importante para desmistificar pensamentos disfuncionais, através da identificação de evidências a favor e contra o pensamento e buscar interpretações alternativas, racionais e mais adequadas às situações.

A técnica Continuum Cognitivo, permite flexibilizar pensamentos dicotômicos ou do tipo “tudo ou nada”, “oito ou oitenta”. Através dessa técnica, o paciente analisa as situações dentro de um Continuum de 0 a 100%, identificando nuances intermediárias com o intuito de auxiliá-lo a perceber que existem opções mais equilibradas que não haviam sido consideradas em função de seu pensamento extremista.

Ativação comportamental é uma técnica bastante utilizada no tratamento da depressão com o intuito de romper padrões de isolamento e inatividade, mostrando que é possível fazer progressos, estimulando a esperança através da adoção de pequenos comportamentos que Podem fazer a diferença na maneira como o paciente se sente.



Programação de Atividades é similar à técnica anterior, permite ao paciente programar atividades prazerosas em sua rotina, passando a realizar atividades diárias que lhe tragam recompensas, aumentando sua sensação de auto eficácia e busca por outras atividades que lhe deem prazer.

Resolução de Problemas é uma técnica que visa tornar disponível uma variedade de respostas para lidar com uma situação problemática. A partir da identificação do problema são geradas algumas soluções possíveis, avaliadas as consequências de cada opção e escolhidas as opções a serem colocadas em prática pelo paciente, avaliando por fim os resultados obtidos.

Quando os clientes estão deprimidos, eles perdem a confiança em sua capacidade de resolver problemas, tomar boas decisões e fazer o que sabem que precisam fazer. Para ajudar os clientes a resolver problemas, especifique o problema, faça o brainstorm de ideias, selecione uma solução potencial, analise a implementação da solução e meça a sua eficácia.

Dar crédito aos clientes por suas realizações, não importa quão pequenas sejam, pode chamar sua atenção para dados positivos que eles poderiam ter descartado ou não notado. É útil para clientes deprimidos manter uma lista de crédito para que possam aprender a monitorar suas realizações fora da sessão.

2.8 POSSÍVEL TÉRMINO DO TRATAMENTO

A medida que o término se aproxima, o terapeuta ajudará o cliente a responder aos seus pensamentos automáticos sobre o final do processo terapêutico e a encontrar um substituto para conversar ou rever o que aprenderam no tratamento. Ensine-o a identificar os primeiros sinais de alerta de um revés ou recorrência, crie um plano de ação para ser utilizado quando eles perceberem os primeiros sinais de alerta. Identificar e criar estratégias para potenciais problemas futuros, Psicoeducar sobre a importância de continuar a tomar medidas valiosas em busca das aspirações. Fazer planos com outras pessoas, monitorar alimentação, sono e exercícios. Se eu não tiver certeza se dede fazer procurar um Psicólogo profissional.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS



Através do conhecimento e psicoeducação a Terapia Cognitivo Comportamental tem sido considerada padrão ouro no tratamento e enfrentamento de Transtornos de Humor. A convivência social e estigma são fatores desencadeadores do transtorno, munir clientes, familiares e amigos de estratégias e habilidades em relação ao manejo e convivência, diminui a probabilidade de reincidência de surtos. O paciente passa a ser seu próprio terapeuta, conseguindo observar e lidar com os fatores de estresse ou buscar ajuda antes da recaída.

REFERÊNCIAS

BASCO, M. R. **Vencendo o Transtorno Bipolar com a terapia cognitivo-comportamental: manual do paciente.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

BASCO, M. R; RUSH, A. J. **Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno bipolar: o guia do terapeuta.** Porto Alegre: Artmed, 2 ed, 2009.

STAHL, Stephen M.. **Psicofarmacologia:** Bases Neurocientíficas e Aplicações Práticas. 5ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5-TR : MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS .** 5ª ed. Rio de Janeiro : Artmed, 2023.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo comportamental: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed. 3 ed, 2021.