

Terapia Interpessoal: um modelo breve e focal

Interpersonal Therapy: a brief and focal model

Marcelo Feijó de Mello^a

^aDepartamento de Psiquiatria da UNIFESP e
Departamento de Psiquiatria e
Comportamento Humano da Brown University
(Pesquisador associado visitante)

Resumo

A psicoterapia é uma forma particular de tratamento em psiquiatria. Seu uso é amplamente difundido e conta com várias linhas de abordagem.

Objetivo: Neste trabalho, o autor faz considerações a respeito da terapia interpessoal (TIP), uma forma breve e focal de psicoterapia. Inicialmente usada para o tratamento da depressão, teve seu espectro de ação ampliado para outros transtornos. A TIP pode ser dividida em 3 fases: inicial, quando é feito um diagnóstico do transtorno nomeando os sintomas ao paciente e diagnosticando o foco interpessoal a ser trabalhado; fase intermediária, onde se trabalha o foco; e fase final, quando o paciente é encorajado a reconhecer e consolidar seus ganhos para usá-los no futuro.

Métodos: O autor faz uma revisão das evidências científicas da eficácia da TIP no tratamento da depressão.

Conclusões: Os resultados mostram que a TIP é uma forma terapêutica eficaz e bem tolerada de tratamento para a depressão.

Descritores: Eficácia. Psicoterapia. Depressão.

Abstract

Psychotherapy is a particular form of treatment in Psychiatry. Its use is widespread and has many different approaches.

Objective: In this article, the author makes some considerations about Interpersonal Therapy (IPT), a brief and focal psychotherapy. Initially created to treat depression, other researchers had successfully increase its spectrum. It could be divided in three phases. Initial, when the therapist makes the diagnosis of the disorder and also the interpersonal problematic is pointed out; the patient received a sick role. Intermediary when the focus is treated, and the final phase when the therapist encourages the patient to recognize and consolidate gains and prepare the patient to use it in the future.

Methods: It is stressed that IPT is a testable form of psychotherapy and the scientific evidences of its efficacy are showed.

Conclusions: The results assure that IPT is an efficient form of psychotherapy for depression with a great acceptability from the patients.

Keywords: Psychotherapy. Efficacy. Depression.

Introdução

A psicoterapia é uma forma de tratamento que utiliza como instrumentos a comunicação e o relacionamento sistematizado entre o terapeuta e um ou mais pacientes (terapias de grupo, família e casal). Nesta forma de tratamento, o terapeuta tem como objetivo fazer com que o paciente consiga identificar, entender e dar sentido aos seus conflitos. Ainda procura corrigir as distorções nas percepções que o paciente tem de si mesmo e do meio que o cerca, bem como procura que este melhore suas relações interpessoais.¹

O terapeuta, capacitado através de uma formação teórica, mostrará ao paciente os caminhos para atingir as metas do tratamento. Em geral, o terapeuta faz sua formação após o término da faculdade. Além da formação teórica, é desejável que o terapeuta passe por um processo psicoterápico, para que não prejudique seus pacientes ao confundir suas angústias e conflitos com os deles.¹ As psicoterapias têm fundamentos teóricos diversos, nomeados como linhas psicoterápicas. O terapeuta utiliza uma ou mais linhas para atingir seus objetivos. Certos autores chegam a contar mais de cem linhas diferentes, o que é pertinente dada à variação de visões do mundo do homem. Na realidade, cada terapeuta segue uma linha teórica básica, mas profundamente influenciada pelo seu modo particular de entender a realidade, o mundo, as relações e o desenvolvimento do

homem.¹

As linhas psicoterápicas mais difundidas são as de base psicanalítica, que surgiram com os trabalhos de Sigmund Freud na virada do século XIX para o XX, com vários seguidores e criadores de aspectos particulares de praticar e entender a Psicanálise, como Adler, Melanie Klein, Bion, Lacan. Outras linhas difundidas no Brasil são o Psicodrama, criado por Moreno, a Psicologia Analítica, de Jung, e a Análise Existencial, de vários autores psiquiatras, como Binswanger, Minkowski e filósofos como Sartre e Merleau Ponty.

Algumas psicoterapias já foram testadas dentro de um modelo científico empírico. Entre elas, a Psicoterapia Breve Psicodinâmica, a Terapia Interpessoal de Klerman² e as Terapias Cognitiva de Beck³ e Comportamental. Todas eficazes no tratamento de vários transtornos psiquiátricos.

Estas formas psicoterápicas breves não são tão conhecidas em nosso meio. A terapia cognitiva de Beck³ e a comportamental já são praticadas em alguns centros, existindo alguns cursos de formação no Brasil. Porém, estas são geralmente restritas a centros acadêmicos.

A TIP tem sido utilizada em vários ensaios clínicos, principalmente nos países de língua inglesa. Muitos colegas que lêem artigos nos quais ela é referendada têm uma curiosidade com relação a esta forma de tratamento devido aos bons resultados

apresentados. No Brasil, temos um grupo em Porto Alegre, ligado a um centro universitário, que aplica a TIP há alguns anos. Recentemente, foi aplicada para a realização de um ensaio clínico em São Paulo.⁴ Tal experiência é extremamente modesta para um país de nossas dimensões e com uma forte tradição psicoterápica.

Terapia Interpessoal

A TIP foi criada, em 1970, como um tratamento breve da depressão maior. Foi definida em um manual por Gerald Klerman e cols.² e testada em uma série de ensaios clínicos controlados para depressão. A TIP é também utilizada no tratamento de outras transtornos psiquiátricos:⁵ distímico,⁶ de ansiedade,⁷ bipolar,⁸ de dependência da substâncias psicoativas,⁹ do estresse pós-traumático,¹⁰ alimentares¹¹ e em grupos especiais de pacientes – adolescentes¹² e idosos.¹³⁻¹⁶

Estudos sobre a eficácia das psicoterapias como uma forma de tratamento da depressão têm sido revistos em algumas publicações.^{17,18} A TIP foi, inicialmente, formulada para ter uma duração fixa (12 sessões semanais) e ser aplicada em pacientes deprimidos não internados.² Esta proposta tem como base as idéias da escola interpessoal,¹⁹ porém, não faz pressuposições etiológicas (com relação à causa da depressão). A TIP faz conexões entre o início da sintomatologia depressiva e problemas interpessoais atuais, como um foco pragmático do tratamento. Lida mais com os relacionamentos interpessoais atuais que os passados, focalizando o contexto social imediato do paciente. O terapeuta interpessoal tenta intervir mais na formação dos sintomas e na disfunção social associada com a depressão do que em aspectos da personalidade do paciente.²⁰

A TIP original tem três fases (Apêndice 1). A primeira, geralmente de uma a três sessões, inclui história psiquiátrica e avaliações diagnósticas. Nesta fase, o foco de tratamento é determinado. O terapeuta faz uma revisão dos sintomas, diagnostica o paciente como deprimido por um critério padronizado (como a 10ª edição da classificação das doenças mentais da Organização de Saúde – CID-10 – ou a 4ª edição do Manual de Diagnósticos e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria – DSM-IV) e, assim, dá ao mesmo um “papel de doente”²¹ ao nomear suas as queixas. O sociólogo inglês Parson demonstrou que o indivíduo, quando está doente, tem um papel diferenciado em nossa sociedade ocidental. Ele pode se eximir de certas responsabilidades e é cuidado em seu estado. Dar o papel de doente proporciona um alívio da culpa que o paciente costuma ter por não ser capaz de realizar suas atividades básicas. Ao receber o diagnóstico que corresponde aos seus sintomas, este tem uma compreensão das razões de seu mal-estar. O papel de doente pode aliviar o excesso de culpa por não conseguir um bom funcionamento social, mas isto não pode levar à acomodação. O terapeuta faz um acordo com o paciente (como parte do contrato psicoterápico) para que este se empenhe no tratamento para alcançar a recuperação completa. O papel de doente é transitório e ligado ao trabalho psicoterápico. Uma revisão do funcionamento social atual e relacionamentos próximos, seus padrões e expectativas mútuas são parte da avaliação. Esta revisão permite a compreensão do contexto social e interpessoal no início da sintomatologia

depressiva e define um foco de tratamento.²⁰

A educação sobre a depressão é feita através da discussão explícita do diagnóstico, incluindo a constelação de sintomas que definem a depressão e sobre o que o paciente espera do tratamento e as metas reais do mesmo. O terapeuta, então, faz uma ligação entre os sintomas depressivos e a situação interpessoal em uma formulação²² que utiliza uma de quatro áreas interpessoais problemáticas: 1) luto; 2) disputas de papéis interpessoais; 3) transição de papéis; ou 4) déficits interpessoais.²⁰

Desta forma, podemos notar que a TIP é uma psicoterapia que usa o conceito de doença ou transtorno. As doenças são conceitos para poder estudar certas condições patológicas do ser humano.²³ A depressão é um transtorno multicausal e entre estas causas os fatores ambientais, como as relações interpessoais, têm grande relevância. A TIP pressupõe que o tratamento das relações interpessoais problemáticas (associado ao tratamento medicamentoso quando indicado) levará a uma melhora da sintomatologia depressiva. As conexões causais são colocadas ao paciente na forma de evidências científicas com um uso terapêutico destas informações.

Esta questão se torna relevante, pois a TIP não pretende ser uma forma de psicoterapia mais abrangente e sim, ser focal e ligada à melhora dos sintomas da doença tratada. Não pretende tratar a personalidade do paciente.

No momento em que se faz o diagnóstico da situação problemática e o paciente e o terapeuta chegam a um acordo com relação ao foco, se inicia a fase intermediária, que pode durar de quatro a oito sessões. Estratégias específicas (que descreveremos abaixo) para cada área interpessoal problemática são trabalhadas durante a fase intermediária.²

1. O luto é o resultado de uma perda real de uma pessoa querida. O terapeuta irá trabalhar as relações entre o paciente e a pessoa falecida. O trabalho terapêutico busca encontrar a relação real entre ambos, trabalhando os conflitos relacionados a esta. Nestes lutos prolongados, geralmente encontramos uma negação da perda, sentimentos de revolta com a pessoa querida, que são conflitantes, levando a uma estagnação na vida afetiva e funcional do paciente. Na fase intermediária, trabalhamos então a perda, tentando retirar o paciente desta paralisia, abrindo caminho para relações atuais que o ajudem a se desprender da relação imaginária com a pessoa perdida.

2. A disputa de papéis interpessoais é caracterizada por um conflito em uma relação, seja ela afetiva ou profissional. Dentre elas, as relações conjugais são as mais frequentes. Neste foco, o terapeuta deve tentar classificar em que ponto o conflito se encontra: uma fase de enfrentamento, dissolução ou ainda de trégua temporária, quando não existe agressão explícita, mas uma indiferença entre os pares. Dependendo de qual estágio eles se encontram, a estratégia será diferente na tentativa de estabelecer uma comunicação e tentar um novo acordo entre os participantes do conflito. A meta, aqui, é ajudar o paciente a reconhecer seus sentimentos conflitantes de raiva, medo e tristeza, e encontrar estratégias para manejá-los e evitar situações onde estes possam surgir, expressando desejos de forma direta e reduzindo comportamentos impulsivos baseados em desconfianças irracionais. Pacientes deprimidos frequente-

mente têm dificuldade em ser assertivos em suas necessidades e desejos e em expressar raiva de forma adequada em situações interpessoais.

Quando um paciente desenvolve uma compreensão suficientemente clara das disputas de papéis, incluindo a parte que ele exerce, pode então avaliar conjuntamente com o terapeuta as possíveis consequências de um número de alternativas antes de iniciar suas ações.⁵

3. O foco de problemas interpessoais, relacionado à transição de papéis, é diagnosticado quando a pessoa apresenta dificuldades em lidar com mudanças de vida. Todos temos vários papéis dentro do sistema social e estes papéis tornam-se partes indistinguíveis do nosso senso de identidade. Os papéis, por si só, e o status a ele condicionado, exercem uma influência importante no comportamento social e nos padrões de relacionamento interpessoal dos indivíduos. Um prejuízo no funcionamento social frequentemente ocorre em resposta a uma demanda rápida de adaptação a novos e estranhos papéis, especialmente aqueles vivenciados pelo indivíduo como uma perda. Como exemplo, podemos pensar na aposentadoria, na aquisição de uma posição hierárquica superior que exige muita responsabilidade ou na perda de uma situação de poder ou econômica, ou ainda consequências de uma doença, divórcio e até situações mais sutis como a perda do lazer em função do nascimento de um filho. São situações que modificam as possibilidades ou projetos de um indivíduo. Nesta situação, o indivíduo não consegue se adaptar ao novo papel, não cria novas referências e inicia e/ou mantém o quadro depressivo. Junto com o terapeuta, irá então avaliar o antigo e o novo papel, de maneira real, com seus prós e contras, procurando formas de enfrentar o novo papel, de lidar com as dificuldades, apontando-as e reformulando a maneira de agir.

As questões relacionadas às dificuldades em lidar com as transições de papéis mais comuns são: perda de suporte e vínculos familiar/social; manejo das emoções que acompanham estas (ex: raiva ou medo); demanda de um novo repertório de habilidades sociais para os novos papéis; e uma diminuição da auto-estima, em virtude de não considerar estes novos papéis tão valorizados como os antigos.

Os problemas que geralmente estão associados com a transição de papéis são: desistir do papel antigo; expressão de culpa, raiva ou perda; aquisição de novas habilidades; desenvolvimento de novos vínculos e apoio; além da dificuldade na identificação positiva com aspectos do novo papel.

4. A última área problemática, e também a mais difícil de lidar na TIP, por ser geralmente crônica, são os déficits interpessoais. Estes se caracterizam pela dificuldade do paciente em se relacionar devido a sua forma de ser. Pacientes com tal deficiência podem nunca ter estabelecido uma relação íntima e duradoura como adultos ou têm sentimentos persistentes de solidão e isolamento social, não especificamente relacionado a transições recentes ou disputas interpessoais. Muitas vezes, na TIP, o paciente consegue detectar este problema e relacioná-lo ao seu transtorno psiquiátrico, levando a uma melhora da sintomatologia depressiva. Em geral, este paciente deve ser encaminhado para uma forma de psicoterapia tradicional, não focal, após a melhora sintomática.

O terapeuta terá três tarefas no manejo do déficit interpessoal como foco de tratamento: rever os relacionamentos significativos passados, incluindo-se os aspectos negativos; explorar problemas paralelos e repetitivos nestes relacionamentos; e discutir com o paciente os sentimentos negativos e positivos em relação ao terapeuta e outros relacionamentos paralelos.

Na TIP, as relações atuais são trabalhadas, pois o foco é no “aqui e agora”. Muitas das técnicas usadas na TIP são comuns à psicoterapia psicodinâmica. De outro lado, a TIP difere da psicoterapia psicodinâmica em áreas importantes.²⁴

Dentre as técnicas temos as exploratórias: 1) exploração não-diretiva significa usar questões abertas, gerais ou verbalizações. É melhor para o desenvolvimento de uma discussão livre do material, especialmente na primeira fase. Fazem parte desta um *reconhecimento suportivo*, uma técnica não-diretiva – que inclui metacomunicações como dizer “hum-hum”, “entendo”, “continue” –, ou outros comentários encorajadores do discurso. Extensão do *tópico discutido*, quando o terapeuta encoraja o paciente a continuar ou iniciar um tema. *Silêncio receptivo*, quando o terapeuta mantém uma atitude de interesse e atenção que encoraja o paciente a continuar falando. Outra técnica exploratória é o 2) levantamento diretivo de material, quando o terapeuta faz um questionamento sobre um determinado tópico. Questionários formais, como perguntas sobre os sintomas depressivos, podem fazer parte desta técnica.⁵

Além das técnicas exploratórias, na TIP há um encorajamento da expressão dos afetos pelo paciente. Dependendo da natureza dos afetos e de cada paciente, o terapeuta deve perseguir três estratégias gerais: reconhecimento facilitador e aceitação de afetos dolorosos sobre eventos ou questões que não podem ser modificadas; ajudar o paciente a usar suas experiências afetivas para as modificações desejadas nos relacionamentos interpessoais atuais; encorajamento do desenvolvimento de afetos novos e desejáveis, que podem levar a um crescimento e mudança.⁵

A clarificação pode ser usada para reestruturar e fornecer um reconhecimento dos materiais produzidos pelo paciente. Esta técnica tem a intenção de tornar o paciente consciente do que realmente foi comunicado. São técnicas de clarificação na TIP: perguntar ao paciente para repetir ou re-frasear o que ele falou – esta é particularmente útil nos casos de “atos falhos”, quando o paciente falou algo de forma não usual ou surpreendente, ou contradisse sua frase anterior.

Outro recurso da TIP é a análise da comunicação. Esta é usada para examinar e identificar falhas comunicacionais, para ajudar o paciente a aprender a se comunicar melhor. Algumas dificuldades comunicacionais comuns são: 1) comunicação indireta, ambígua, como substituta da confrontação aberta; 2) reconhecimento incorreto da comunicação do outro; 3) afirmação incorreta de que o outro compreendeu o que foi dito; 4) comunicação indireta desnecessária; 5) silêncio – fechamento de possibilidade de comunicação.

A TIP usa o relacionamento com o terapeuta como uma técnica, quando são discutidos os sentimentos e percepções do paciente sobre o terapeuta, tornando-se este o foco da discussão. Usa, ainda, técnica de modificação comportamental através de técnicas diretivas que incluem educação, mode-

lagem; ou ajuda direta ao paciente na resolução de problemas simples e práticos. Outra técnica de modificação comportamental é a análise das decisões, quando o terapeuta auxilia o paciente a considerar uma ampla variedade de ações alternativas (e suas consequências) que podem ser tomadas na resolução de problemas. Esta é uma importante técnica da TIP orientada para a ação e deve ser explicitamente ensinada ao paciente para uso fora do tratamento. Esta, geralmente, segue a análise da comunicação. O "role-playing" também é usado quando o terapeuta (na TIP individual) toma o papel de algum relacionamento da vida do paciente. Este é útil para explorar os sentimentos e estilo do paciente na comunicação com outros e para criar novas maneiras de relacionamento com outras pessoas.

A fase final da TIP ocorre nas últimas sessões, dando suporte ao paciente em seu novo senso de independência e competência, através do reconhecimento e consolidação dos ganhos terapêuticos. O terapeuta também ajuda o paciente a antecipar e desenvolver maneiras de identificar e lidar com sintomas depressivos, caso eles surjam no futuro.²⁰

Eficácia da TIP na depressão

Apesar do grande número de estudos clínicos controlados do uso da TIP na depressão com resultados positivos e de esta estar incluída nas recomendações como terapêuticas efetivas ("guidelines"), tanto da Associação Americana de Psiquiatria²⁵ como nas recomendações para cuidados de saúde na atenção primária (clínica geral),²⁶ a TIP ainda permanece desconhecida por muitos psiquiatras e outros profissionais de saúde mental.

Recentemente, foi realizada, no departamento de psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), uma revisão sistemática da literatura e uma metanálise sobre a eficácia da TIP nos transtornos do espectro depressivo.²⁷ Após uma busca eletrônica em vários bancos de dados de referências bibliográficas (MEDLINE, EMBASE, LILACS, PsychoINFO, The Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group Database of Trials, The Cochrane Controlled Trials Register e o SCISEARCH), usando as seguintes categorias de palavras-chaves (medical subject heading - MeSH): *Interpersonal therapy; Outcome/Adverse Effects/Efficacy; Depression/Depressive Disorder*, foram encontradas 29 referências de artigos publicados, que foram posteriormente selecionados. Os critérios para a seleção dos artigos foram definidos como: 1) ser um estudo clínico controlado aleatório comparativo; 2) ter critérios diagnósticos padronizados de transtorno depressivo; e 3) um final definido de participação no estudo (por exemplo, 12 semanas). Os resultados da busca eletrônica foram expandidos através das referências bibliográficas dos próprios artigos selecionados, compêndios de TIP recém publicados,^{5,6} além de contatos com centros de TIP (Cornell University, Pittsburg University, Iowa University, McMaster University e Columbia University). Os resumos dos artigos publicados obtidos nesta busca foram avaliados separadamente por dois pesquisadores independentemente, e selecionados a partir dos critérios de inclusão propostos. Os resultados de cada um foram confrontados e as discordâncias discutidas até chegarem a um consenso.

Onze estudos^{4,15,16,24,28-34} preencheram critérios de inclusão;

com estes, cinco metanálises foram realizadas. Os resultados destas foram: a TIP foi superior ao placebo em eficácia e não diferiu da medicação antidepressiva. A combinação da TIP com medicação antidepressiva não demonstrou um efeito potencializado comparada à medicação sozinha no tratamento agudo (considerando-se os estudos com menos de 16 semanas de duração), como também não teve efeito potencializador no tratamento de manutenção. A TIP foi superior à Terapia Cognitiva e Comportamental no tratamento agudo da depressão. Este estudo concluiu que a TIP é uma forma eficiente de psicoterapia dos transtornos do espectro depressivo. Dois estudos^{16,34} avaliaram a profilaxia da recorrência de novos episódios depressivos. Os achados das metanálises confirmaram que a TIP, sozinha, foi superior ao placebo, porém não diferiu estatisticamente da medicação antidepressiva ou da combinação da TIP com medicação.

Discussão

Acrescentar mais uma forma de psicoterapia às várias existentes pode ser considerado um ganho, na medida que a TIP é passível de ser avaliada dentro de um contexto empírico. Através deste modelo, podemos confirmar ou não a eficácia da TIP em determinados casos, adequando a prática psicoterápica dentro do modelo da medicina baseada em evidências.

A partir das evidências científicas, podemos argumentar, usando dados concretos, com os pacientes, profissionais de saúde, com aqueles que planejam a saúde pública e ainda com aqueles que são os responsáveis pelo financiamento da atividade médica sobre as necessidades e vantagens do uso de tratamentos específicos para as condições clínicas. No caso da depressão, e ainda mais das terapias psicológicas, evidências objetivas são mais fáceis de serem aceitas por pessoas que não estão dentro da área de saúde mental.

A TIP foi, inicialmente, criada para o tratamento da depressão. As evidências científicas colocam a realidade da depressão como um transtorno prevalente e de curso crônico, com um considerável impacto sócio-econômico. Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), em conjunto com o departamento de Saúde Pública da Universidade de Harvard e Banco Mundial,³⁵ calculou o impacto socioeconômico mundial das doenças. A depressão foi a 2ª patologia a causar mais prejuízos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. A projeção para o ano de 2030 é de que a depressão continue a ter este papel significativo. A OMS considera, então, prioritário o remanejamento de verbas para o tratamento desta condição entre outras patologias psiquiátricas (transtornos bipolar, esquizofrênicos, transtorno do pânico e obsessivo-compulsivo). Para a depressão, as medicações são sabidamente eficazes. Porém, existe a intolerância medicamentosa por parte de alguns pacientes e a falta de resposta para outros. A avaliação de outros meios terapêuticos para a depressão, como a psicoterapia, deve ser realizada.

Alguns autores têm realizado estudos farmacoeconômicos dentro deste espírito. Browne et al.,³³ em um estudo com 707 pacientes distímicos, encontraram que, apesar da combinação entre TIP e sertralina não ser mais eficaz que esta última sozinha, ela teve um melhor custo-benefício. Apesar de ser mais

cara a curto prazo, considerando que é preciso um profissional treinado, tempo e espaço institucional para se realizar a psicoterapia, o custo geral do tratamento, após um seguimento de dois anos, foi mais barato. Os pacientes que fizeram a TIP combinada com a medicação usaram bem menos os recursos de saúde, ou seja, procuraram menos os serviços de saúde e ficaram menos doentes. A eficácia é um item fundamental, porém não único na avaliação de um tratamento.

Conclusão

A Terapia Interpessoal é uma forma de tratamento fácil de ser aplicada e tem resultados comprovados no tratamento da depressão e em outras patologias. O uso desta em nosso meio deve ser incentivado, uma vez que temos uma tradição psicoterápica e vários profissionais aptos a aprender a usá-la. O uso de terapias breves, com comprovação de eficácia, é um requisito para a aceitação de reembolso por parte das companhias que gerenciam a saúde.

A aplicação da Terapia Interpessoal em nosso meio foi bem sucedida, com boa aceitação por parte de nossos pacientes.⁴ Esta forma de psicoterapia – que pode ser avaliada cientificamente – deve ser mais difundida em nosso meio.

Financiamento e Conflito de interesses: Inexistente

Recebido em 30.07.2002

Aceito em 04.11.2003

Referências

1. Ramadam Z. *O que é Psicoterapia*. São Paulo: Ática; 1987.
2. Klerman GW, Weissman MM, Rounsaville BJ. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books; 1984.
3. Beck AR, AJ, Shaw BF, et al. *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford; 1979.
4. Mello MF, Myczkowski LM, Menezes PR. A randomized controlled trial comparing moclobemide and moclobemide plus interpersonal psychotherapy in the treatment of dysthymic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001;10(2):117-23.
5. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books; 2000.
6. Markowitz JC. *Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
7. Lipsitz JD, Markowitz JC, Cherry S, Fyer AJ. Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *Am J Psychiatry* 1999;156(11):1814-6.
8. Frank E, Hlastala S, Ritenour A, Houck P, Tu XM, Monk TH, et al. Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biol Psychiatry* 1997;41(12):1165-73.
9. Rounsaville BJ, Bryant K, Babor T, Kranzler H, Kadden R. Cross system agreement for substance use disorders: DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10. *Addiction* 1993;88(3):337-48.
10. Krupnick JL. Brief psychodynamic treatment of PTSD. *J Clin Psychol* 2002;58(8):919-32.
11. Wilfley DE, Agras WS, Telch CF, Rossiter EM, Schneider JA, Cole AG, et al. Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(2):296-305.
12. Mufson L, Moreau D, Weissman MM, Klerman GL. *Interpersonal therapy for depressed adolescents*. New York: Guilford Press; 1993.
13. Reynolds 3rd CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Morycz RK, et al. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1992;149(12):1687-92.
14. Reynolds 3rd CF, Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Perel JM, Mazumdar S, et al. Treatment outcome in recurrent major depression: a post hoc comparison of elderly ("young old") and midlife patients. *Am J Psychiatry* 1996;153(10):1288-92.
15. Reynolds 3rd CF, Miller MD, Pasternak RE, Frank E, Perel JM, Cornes C, et al. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1999;156(2):202-8.
16. Reynolds 3rd CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *Jama* 1999;281(1):39-45.
17. Jarrett RB, Rush AJ. Short-term psychotherapy of depressive disorders: current status and future directions. *Psychiatry* 1994;57(2):115-32.
18. Klerman GW, Weissman MM, Markowitz JC. Medication and psychotherapy. In: Bergin AE GS, editor. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th ed. New York: Wiley; 1994. p. 734-82.
19. Sullivan H. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: WW Norton; 1953.
20. Weissman MM, Markowitz JC. An Overview of Interpersonal Psychotherapy. In: Markowitz JC, editor. *Interpersonal Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998. p. 1-33.
21. Parson T. Illness and role of the physician: a sociological perspective. *Am J Orthopsychiatry* 1951;21:452-60.
22. Markowitz JC, Swartz HA. Case formulation in interpersonal psychotherapy of depression. In: TD E, editor. *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: Guilford; 1997. p. 192-222.
23. Sonenreich C, Estevão G, Silva Filho, LMA. *Psiquiatria: Propostas, Notas e Comentários*. São Paulo: Lemos Editorial; 1999.
24. Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B, Spielman LA, Jacobsberg LB, Frances AJ, et al. Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(5):452-7.
25. Karasu TD, JP, Gelenberg, A. Practice Guidelines for major depressive disorders in adults. *Am J Psychiatry* 1993;150:1-26.
26. Department of Health and Human Services AfHCPaR. Depression Guideline Panel: Clinical Practice Guideline: Depression in Primary Care Vol 1-4. Rockville MD: Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research; 1993. Report N°: AHCPR Publ No 93-0550-0553.
27. Mello MF, Mari JJ, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A Systematic Review of Research Findings on the Efficacy of Interpersonal Therapy for Depressive Disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2003; submitted.
28. Weissman MM, Prusoff BA, Dimascio A, Neu C, Goklaney M, Klerman GL. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am J Psychiatry* 1979;136(4B):555-8.
29. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(11):971-82; discussion 983.
30. Brown C, Schulberg HC, Madonia MJ, Shear MK, Houck PR. Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1996;153(10):1293-300.
31. Rossello J, Bernal G. The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(5):734-45.

32. Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(6):573-9.

33. Browne G, Steiner M, Roberts J, Gafni A, Byrne C, Dunn E, et al. Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *J Affect Disord* 2002;68(2-3):317-30.

34. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47(12):1093-9.

35. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9063):1436-42.

Correspondência

Marcelo Feijó de Mello
Rua Pedroso Alvarenga, 1046 conj. 45
04531-004 São Paulo-SP
Fone/Fax: (011) 3078-6829
E-mail: mf-mello@uol.com.br

Apêndice 1

Esquema da Psicoterapia Interpessoal na Depressão Maior

I. Sessões Iniciais

A. Lidando com a depressão

- 1) Revise os sintomas depressivos.
- 2) Dê um nome à síndrome.
- 3) Explique a depressão como um transtorno médico e explique o tratamento.
- 4) Dê ao paciente o "papel de doente".
- 5) Avalie a necessidade de medicação.

B. Relacione a depressão ao contexto interpessoal

- 1) Revise os relacionamentos atuais e passados, assim como as relações destes com o episódio depressivo. Determine com o paciente:

- A) Natureza da interação com pessoas significativas;
- B) Expectativas mútuas entre o paciente e as outras pessoas significativas e quais teriam sido alcançadas;
- C) Aspectos satisfatórios e insatisfatórios dos relacionamentos;
- D) Mudanças que o paciente gostaria que houvesse nos relacionamentos.

C. Identificação das principais áreas problemáticas

- 1) Determine a área problemática relacionada ao episódio depressivo atual e enfatize as metas do tratamento.
- 2) Determine que relacionamento – ou aspectos do relacionamento – está relacionado à depressão e o que pode ser mudado.

D. Explique os conceitos e contrato da TIP

- 1) Esclareça o seu entendimento do problema.
- 2) Atinja a concordância quanto às metas do tratamento, determinando qual é o problema que será o foco.
- 3) Descreva os procedimentos da TIP: foco no "aqui e agora", necessidade do paciente discutir preocupações importantes; revisão dos relacionamentos atuais, discussão de aspectos práticos do tratamento – duração, frequência, horários, honorários, política de faltas.

II. Sessões Intermediárias – as áreas problemáticas

A. Luto

1. Metas.

- A) Facilitação do processo de luto.
- B) Ajudar o paciente a restabelecer interesses e relacionamentos como substituto do que foi perdido.

2. Estratégias.

- A) Revise os sintomas depressivos.
- B) Relacione o início dos sintomas depressivos à morte da pessoa significativa.
- C) Reconstrua o relacionamento do paciente com o falecido.
- D) Descreva a seqüência e conseqüência de eventos que aconteceram logo antes, durante e após a morte.
- E) Explore os sentimentos associados (negativos, assim como positivos).
- F) Considere maneiras possíveis de se envolver com outras pessoas.

B. Disputas interpessoais

1. Metas.

- A) Identifique.

- B) Escolha um plano de ação.
- C) Modifique as expectativas ou comunicações falhas para que possa atingir uma resolução satisfatória.

2. Estratégias.

- A) Revise os sintomas depressivos.
 - B) Relacione o início destes com a disputa com a pessoa significativa com o qual o paciente mantém um relacionamento.
 - D) Determine em que estágio se encontra a disputa:
 - i) Renegociação (acalme os participantes para facilitar a resolução).
 - ii) Impasse (aumente a desarmonia para facilitar a negociação).
 - iii) Dissolução (ajude no processo de luto).
- Compreenda como expectativas não recíprocas estão relacionadas a disputas:
- i) Quais são as questões da disputa?
 - ii) Quais são as diferenças entre expectativas e valores?
 - iii) Quais são as opções?
 - iv) Quais são as possibilidades de se encontrar alternativas?
 - v) Que recursos estão disponíveis para levar a uma mudança no relacionamento?
- Existem paralelos em outros relacionamentos?
- i) O que o paciente está ganhando?
 - ii) Que atitude não dita se esconde atrás do comportamento do paciente?
- Como a disputa é perpetuada?

C. Transição de papéis

- 1) Metas.
 - B) Luto e aceitação da perda do papel antigo.
 - C) Ajude o paciente a encarar o novo papel de uma forma mais positiva.
 - D) Recupere a auto-estima do paciente através do desenvolvimento de um domínio das novas demandas.
- 2) Estratégias.
 - A) Revise os sintomas depressivos.
 - B) Relacione os sintomas depressivos com a dificuldade em lidar com as mudanças recentes ocorridas na vida.
 - C) Reveja os aspectos positivos e negativos dos papéis antigo e novo.
 - D) Explore os sentimentos sobre o que foi perdido.
 - E) Explore as oportunidades do novo papel.
 - F) Avalie realisticamente o que foi perdido.
 - G) Encoraje uma liberação apropriada dos afetos.
 - H) Encoraje o desenvolvimento de um sistema de suporte social e de novas habilidades exigidas pelo novo papel.

D. Déficits interpessoais

Metas.

- Reduza o isolamento social do paciente.
- Encoraje a formação de novos relacionamentos.

2. Estratégias.

- A) Reveja os sintomas depressivos.
- B) Relacione os sintomas depressivos a problemas relacionados ao isolamento social.
- C) Reveja os relacionamentos significativos do passado incluindo

- do seus aspectos positivos e negativos.
- D) Explore padrões repetitivos nos relacionamentos.
- E) Discuta sentimentos positivos e negativos do paciente em relação ao terapeuta e procure paralelos em outros relacionamentos.

III. Término

- A) Torne a discussão sobre o término explícita.
- B) Reconheça que o término é um processo de luto.
- C) Aponte para o paciente o reconhecimento de sua competência e independência.
- D) Lidar com a falta de resposta ao tratamento.
- E) Tratamento de continuação e manutenção.

IV. Técnicas específicas

- A. Exploratória.
- B. Encorajamento do afeto.
- C. Clarificação.
- D. Análise da comunicação.
- E. Uso terapêutico do relacionamento.
- D. Técnicas de modificação de comportamento.
- E. Técnicas acessórias.

V. Papel do terapeuta

- A) Escuta paciente, mas não neutra.
- B) Ativo, não passivo.
- C) Relacionamento terapêutico não é interpretado como transferência.
- D) Relacionamento terapêutico não é amizade.