



ARTIGO DE REVISÃO

Psicoterapia interpessoal no manejo da depressão*

Livia Hartmann de Souza^a

Marcelo Pio de Almeida Fleck^b

- ^a Médica psiquiatra (estudante de pós-graduação) - Porto Alegre - RS - Brasil.
- ^b Doutor em Medicina pela UFRGS (professor associado - Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenador do Programa de Transtornos de Humor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre).

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Resumo

Este artigo é uma revisão sobre a psicoterapia interpessoal (TIP) no manejo da depressão. Os fundamentos teóricos, bem como os aspectos técnicos, são revisados. Em seguida, é apresentada uma breve revisão das evidências científicas recentes que fundamentam a TIP como opção para o manejo do transtorno depressivo.

Palavras-chave: Psicoterapia; Depressão; Psicoterapia breve.

* Uma versão semelhante deste artigo foi originalmente publicada em: Fleck, M.P. de; Souza, L. H. de. Psicoterapia interpessoal no manejo da depressão. In: Quevedo, J.; Silva, A. G. da. Depressão: Teoria e Clínica (cap. 8). Porto Alegre. Artmed Editora, 2013. A publicação atual foi autorizada pela Editora Artmed.

Abstract

This is a review about interpersonal psychotherapy (IPT) for depression. We review theoretical background and the technical aspects of the technique. Then we present the scientific evidence for the use of IPT as a therapeutic option for depression management.

Keywords: Psychotherapy; Depression; Brief Psychotherapy .

Introdução

A psicoterapia interpessoal (TIP) foi desenvolvida por Gerald Klerman e Myrna Weissman para o atendimento de pacientes deprimidos. É uma terapia focada, breve, que enfatiza a relação entre os sintomas de humor e as relações interpessoais do paciente¹. A TIP está entre as terapias com eficácia comprovada para o tratamento da depressão. Posteriormente a TIP foi sendo adaptada ao tratamento de vários outros transtornos. Neste artigo, apresentamos a base teórica da TIP, em seguida descrevemos sua técnica e, por fim, apresentamos os dados clínicos mais recentes que comprovam sua eficácia.

Fundamentos teóricos

A TIP foi criada com base em várias perspectivas teóricas. A mais influente delas foi a escola de pensamento interpessoal, fundada por Adolf Meyer e Harry Sullivan¹. Essa escola vincula o transtorno psiquiátrico às experiências sociais e interpessoais do paciente, tendo como unidade de observação as pessoas e seus relacionamentos e não só o indivíduo. Além dessa escola, a criação da TIP foi influenciada pelos trabalhos sobre luto, de Freud, bem como pela teoria do apego, de Bowlby³.

Existem alguns conceitos básicos que norteiam a TIP. O primeiro deles é o entendimento da depressão como um fenômeno complexo e multideterminado, com causas genéticas e ambientais². Dessa forma, na TIP é realizada uma abordagem pluralística da depressão, combinando a psicoterapia com medicação, por exemplo. Entretanto, independentemente da sua causa, a depressão ocorre em um contexto interpessoal, e seu início, resposta ao tratamento e prognóstico são influenciados pelas relações interpessoais do paciente deprimido³. A TIP utiliza a conexão entre os fenômenos interpessoais atuais e os sintomas depressivos como foco de tratamento, auxiliando o paciente a identificar os seus conflitos e a manejá-los de maneira mais adaptativa. Alguns eventos que comumente estão associados à depressão são: dissolução de casamento, disputa que ameaça relacionamento importante, luto pela morte de um ente querido, mudança de emprego, diagnóstico de doença, aposentadoria, entre outros². A avaliação permite ao terapeuta definir uma área problema, que será o foco do tratamento, dentre as quatro que seguem: luto, disputa interpessoal, mudança de papel e déficit interpessoal.

O segundo conceito básico que norteia a TIP é o reconhecimento de três aspectos que constituem a depressão: os sintomas, a vida social e interpessoal (interação com outras pessoas, o papel social assumido) e a personalidade do indivíduo (padrões duradouros por meio dos quais as pessoas lidam com a vida, impõem-se e expressam sentimentos). A TIP aborda os dois primeiros itens, não se propondo a tratar a personalidade do indivíduo. Mesmo assim, observa-se que o ganho de habilidades interpessoais pela TIP pode compensar dificuldades ligadas à personalidade. Em outros casos, uma vez esbatidos os sintomas da depressão, as dificuldades previamente atribuídas à personalidade se dissipam^{1,2}. Nesse sentido, a TIP aborda a depressão como uma doença clínica que traz limitações ao paciente e que tem um tratamento definido; portanto, ela estaria inserida no modelo médico. Os objetivos da TIP são reduzir os sintomas da depressão e ajudar o paciente a lidar melhor com as pessoas e situações de sua vida associadas ao início da depressão.

A TIP trabalha nos níveis consciente e pré-consciente. Aborda questões interpessoais atuais e não passadas^{1,2}. O terapeuta de TIP reconhece e identifica as manifestações dos conflitos inconscientes, entretanto ele não aborda essas questões diretamente¹. A ênfase é colocada nas disputas atuais, nas frustrações, ansiedades e desejos definidos no contexto interpessoal atual. A TIP objetiva que o paciente mude e não só entenda sua situação de vida. A influência das experiências infantis é reconhecida, mas não diretamente abordada pela técnica. O terapeuta de TIP não se centrará na infância, no caráter, ou nas defesas psicodinâmicas e origens dos sentimentos (que são entendidos como manifestações da depressão)² e menos ainda na busca das razões pelas quais o paciente é o que é. A ênfase será dada à busca de um caminho para sair dos problemas. Na mesma linha, na TIP são reconhecidos os transtornos ou traços de personalidade do paciente, entendendo-se que eles podem influenciar a resposta ao tratamento e a relação com o terapeuta, mas não são abordados diretamente.

O terapeuta de TIP procura estabelecer uma relação positiva com o paciente, podendo comunicar-se de forma calorosa, sendo otimista e suportivo. Procura fomentar as expectativas positivas do paciente em relação à terapia, acreditando que os problemas do paciente são transitórios e que serão resolvidos uma vez que a depressão for tratada. Nesse sentido, diz-se que o terapeuta é um aliado do paciente, não fazendo julgamentos. A confrontação, quando necessária, é gentil e no tempo adequado¹. O terapeuta de TIP tem um papel um pouco mais ativo do que o psicoterapeuta de orientação analítica, inicialmente fazendo as perguntas necessárias para o diagnóstico da depressão, para a elaboração do inventário interpessoal e para a definição da área problema. Posteriormente, ajudando o paciente a conectar sentimentos com os comportamentos interpessoais, alertando-o para não sair do foco definido, evitando longos silêncios e associações livres. Além disso, é papel do terapeuta ajudar o paciente a explorar opções para suas dificuldades interpessoais. Algumas vezes, pode até aconselhar e sugerir saídas, muito embora se entenda que os resultados alcançados são melhores quando as perguntas possibilitam ao paciente descrever suas alternativas e fazer suas próprias opções. O terapeuta não prescreve tarefas para o paciente executar em casa. O paciente modifica o seu comportamento de acordo com seu ritmo.

A relação terapêutica não é entendida sob o vértice transferencial, ou seja, como uma reedição das relações precoces. O terapeuta de TIP não objetiva ser neutro para trabalhar a relação transferencial. A transferência só é trabalhada quando os sentimentos do paciente em relação ao terapeuta estiverem interferindo negativamente no processo de tratamento¹. Nesses casos a estratégia é relacionar a reação do paciente com o terapeuta às suas relações interpessoais, utilizando a relação e os sentimentos com o terapeuta como um mero exemplo do padrão de respostas do paciente.

Fases da terapia

Sessões iniciais: nas três primeiras sessões faz-se a avaliação diagnóstica, colhe-se a história psiquiátrica e o inventário interpessoal e faz-se o contrato de tratamento.

O inventário interpessoal é uma revisão das relações atuais do paciente, seus padrões de funcionamento, expectativas mútuas, aspectos satisfatórios e insatisfatórios, padrões de comportamento verbal e não verbal. Mudanças nas relações próximas são elucidadas, como, por exemplo, a perda de um ente querido, filhos saindo de casa, conflitos conjugais ou em outras relações. O inventário interpessoal define o contexto em que a depressão está acontecendo e é a base para a determinação do foco do tratamento^{1,2}.

Outra tarefa importante dessa fase do tratamento é a atribuição do "papel de doente" ao paciente, que significa explicar ao paciente que ele é portador de um transtorno reconhecido com indicação de tratamento e que, enquanto estiver doente, estará limitado para realizar suas tarefas e papéis habituais¹. O objetivo dessa atribuição é o alívio da culpa gerada pelas incapacidades relativas e transitórias às que o paciente está sujeito em função da depressão. Nessa fase, avalia-se a necessidade de associar medicação ao tratamento e explica-se ao paciente o que é a depressão, quais são as opções de tratamento e quais são as expectativas de resposta.

Uma vez concluída a avaliação, faz-se uma formulação interpessoal para o caso, ligando a síndrome depressiva às dificuldades interpessoais do paciente. Define-se, dessa forma, uma das quatro áreas problema a ser trabalhada^{1,2}: 1) luto, definido quando a depressão está ligada à perda por morte de uma pessoa importante; 2) disputas interpessoais, quando o que predomina são brigas e discordâncias com pessoas significativas em função de expectativas diferentes a respeito da relação; 3) transição de papéis, quando o paciente está passando por alguma mudança na vida, como, por exemplo, novo emprego, divórcio, mudança de cidade, aposentadoria, doença clínica; e 4) déficit interpessoal, quando não há nenhuma das outras áreas problema e, sim, uma escassez de vínculos, solidão, isolamento social e tédio. A área problema a ser trabalhada é definida de maneira consensual com o paciente².

Sessões intermediárias: o conteúdo dessas sessões dependerá de qual área problema foi definida como foco.

No caso da área do luto, o terapeuta facilita o trabalho de luto, ajudando o paciente a tolerar seus sentimentos dolorosos. A aceitação desses sentimentos ajuda a abrandá-los. É importante reconhecer, falar abertamente e explorar todos os sentimentos que o paciente tenha em relação à pessoa falecida, o que é especialmente importante quando há sentimentos ambivalentes. É muito importante permitir a catarse. É comum que o paciente se sinta culpado caso venha a melhorar, encarando a melhora como uma traição. Gradualmente o terapeuta ajuda o paciente a encontrar novas atividades e novas relações. À medida que a terapia progride, é comum que o tema das sessões migre de discussões relativas à pessoa perdida para os esforços para estabelecer novos vínculos. Nas sessões posteriores o paciente progressivamente fala da pessoa perdida de maneira menos carregada emocionalmente.

No caso da disputa interpessoal, o terapeuta ajuda o paciente a explorar uma determinada relação e a natureza da disputa surgida nela, identificando alternativas para resolvê-la. Nesses casos, o paciente e a outra pessoa envolvida têm expectativas diferentes acerca da relação e não existe comunicação clara a respeito dessas expectativas. As relações se enquadram em um dos seguintes estágios²: renegociação, quando ambas as partes estão discutindo suas diferenças; impasse, quando a discussão entre ambas as partes cessou e existem emoções guardadas e ressentimentos; dissolução, quando a relação se encaminha para o fim em razão da não solução dos conflitos. Na renegociação o terapeuta ajuda o paciente a encontrar novas formas de comunicação de modo a encontrar uma solução para o problema. No impasse o terapeuta o ajuda a expor os conflitos para, posteriormente, ajudar na sua solução. Na dissolução, o terapeuta ajuda o paciente a enfrentar o término da relação; nesse caso, o foco da TIP pode mudar para transição de papéis.

No caso da mudança de papel, o objetivo do tratamento é entender o que essa mudança significa para o paciente de modo a compreender por que está sendo penosa. Mesmo mudanças positivas podem ser dolorosas para algumas pessoas. Uma promoção no trabalho, por exemplo, pode carregar consigo a dificuldade em lidar com o aumento da responsabilidade e com a independência. O paciente é ajudado a lidar com a mudança, identificando seus aspectos positivos e encontrando formas de lidar com os negativos. Devem-se trabalhar a dor pela perda do antigo papel, as expectativas do paciente em relação a ele e o quanto o paciente se sente capaz de corresponder a essas expectativas.

No caso do déficit interpessoal, o objetivo é reduzir o isolamento social e encorajar a formação de novas relações revisando as relações prévias, explorando padrões de relacionamento repetitivo, relacionando sintomas depressivos ao isolamento social, investigando possíveis sentimentos negativos para com o terapeuta e procurando paralelos com outras relações. Os pacientes com déficit interpessoal podem ter resultados mais pobres do que os pacientes identificados nas outras áreas problema.

Sessões finais: na fase final o terapeuta ajuda o paciente a reconhecer seus progressos de modo a consolidá-los, fortalecendo seu senso de independência e competência. Além disso, ajuda o paciente a desenvolver a capacidade de identificar e lidar com sintomas depressivos que porventura venham a surgir. É importante que os sentimentos em relação ao final da terapia sejam conversados. Avalia-se a

REVISTA BRASILEIRA DE PSICOTERAPIA 2013;15(2):64-74

necessidade de TIP de manutenção. Caso o paciente não tenha respondido à terapia, discutem-se as outras opções de tratamento, por exemplo, troca ou início de medicação, ou outra modalidade de terapia. Nesse caso é importante deixar claro que o paciente não é responsável pela não melhora, atribuindo-a à falha do método.

TIP de manutenção

A TIP foi criada para o manejo agudo da depressão. Sabe-se, entretanto, que muitos pacientes têm uma recaída ou recorrências ao longo da vida. Pacientes com múltiplos episódios, ou aqueles que continuam com sintomas residuais, são candidatos a alguma terapia profilática. A terapia profilática mais estudada é a medicação, mas já existem evidências comprovando que tanto a TIP quanto a terapia cognitivo-comportamental (TCC) são eficazes na prevenção de recaída em pacientes deprimidos².

A TIP de manutenção segue o mesmo enfoque da fase aguda, abordando os conflitos interpessoais do paciente. Nessa fase o objetivo é minimizar sintomas residuais e tratar sintomas e conflitos que surgirem. Como paciente e terapeuta já estavam trabalhando juntos na fase aguda, os temas de tratamento geralmente continuam os mesmos. Em outros casos, com o acompanhamento ao longo prazo, surgem novos conflitos e novas áreas problema a serem trabalhadas.

Quanto à frequência, pode variar de semanal por seis meses a mensal por períodos tão longos quanto três anos. Frequências intermediárias, como a cada duas ou três semanas, também são possíveis². Mesmo assim, combina-se com o paciente de antemão quanto tempo a terapia deverá durar.

A proposta do tratamento de manutenção é importante, uma vez que é comum que o paciente se sinta inseguro após um episódio depressivo, mesmo após ter entrado em remissão. A TIP de manutenção acompanha o paciente até que ele recupere a autoconfiança e tenha a sua melhora bem consolidada².

Evidências de eficácia

Existem inúmeros estudos na literatura comprovando a eficácia da TIP no manejo da depressão. Ao longo dos anos, a TIP foi estudada também para outros transtornos psiquiátricos como os transtornos de ansiedade⁴, transtorno de personalidade borderline⁵, transtorno de humor bipolar⁶, entre outros. Entretanto, a revisão dos estudos de eficácia da TIP em outros transtornos que não a depressão não é o objetivo deste artigo.

Meta-análises recentemente publicadas confirmam o papel da TIP no manejo da depressão. Em 2010, Cuijpers e colaboradores⁷ publicaram uma meta-análise avaliando os estudos de TIP como tratamento

de depressão. Os autores partiram de 10.487 estudos e chegaram a 38 que foram incluídos na revisão, totalizando 4356 pacientes. Os critérios de inclusão eram: ensaio clínico randomizado, controlado, com pacientes adultos ou adolescentes com depressão unipolar ou nível elevado de sintoma depressivo. Foram excluídos estudos que usavam aconselhamento interpessoal como intervenção. Os estudos foram divididos em quatro grupos: comparação com tratamento usual ou nenhum tratamento, comparação com outras psicoterapias, comparação com farmacoterapia e comparação de tratamento combinado (TIP associada à medicação versus medicação sozinha). Quando comparada com nenhum tratamento ou tratamento usual, a TIP foi superior, demonstrando um tamanho de efeito (d de Cohen) de 0,52. A comparação entre a TIP e outras psicoterapias não mostrou diferença estatisticamente significativa. Quando comparada com farmacoterapia, mostrou resultado inferior. A análise dos estudos que compararam farmacoterapia com tratamento combinado (farmacoterapia associada à TIP) não mostrou diferença estatisticamente significativa, embora tenha se constatado tendência à superioridade da combinação, com tamanho de efeito (d de Cohen) de 0,16. Como tratamento de manutenção, a combinação de TIP e farmacoterapia foi superior à farmacoterapia sozinha na prevenção de recaída.

Em outra meta-análise publicada em 2009, Cuijpers e colaboradores⁸ incluíram 25 ensaios randomizados totalizando 2036 pacientes. A metanálise mostrou que a adição de psicoterapia (TIP, TCC e outros tratamentos psicológicos) à farmacoterapia é superior à farmacoterapia sozinha, com tamanho de efeito pequeno (d de Cohen = 0,31), mas significativo. O grupo de pacientes que recebeu TIP teve menor perda de seguimento. A meta-análise também concluiu que os pacientes distímicos se beneficiam menos do tratamento combinado do que os pacientes com episódio depressivo maior.

Em 2010 foi publicada uma meta-análise a respeito do papel da psicoterapia (TIP, TCC e outros tratamentos psicológicos) no tratamento da depressão crônica e distímia. Cuijpers e colaboradores⁹ incluíram 16 ensaios clínicos randomizados e encontraram que a psicoterapia é superior à condição controle, com tamanho de efeito de 0,23 (d de Cohen) e inferior à medicação (especialmente, inibidores seletivos da recaptção da serotonina), efeito atribuído aos pacientes com distímia. O tratamento combinado foi superior à farmacoterapia sozinha, com tamanho de efeito de 0,23 (d de Cohen). Os autores encontraram evidências de que nessa população pode ser necessário um mínimo de 18 sessões de psicoterapia.

Quanto aos estudos originais que testaram a eficácia da TIP, em 1989, Elkin e colaboradores publicaram um estudo muito importante conduzido pelo NIMH, o Depression Collaborative Research Program (DCRP)¹⁰. Tratava-se de um ensaio clínico randomizado com 250 pacientes com episódio depressivo maior que foram alocados em quatro grupos de tratamento: TIP, TCC, imipramina associada a manejo clínico e placebo associado a manejo clínico. Para a execução desse estudo foi criado um manual que orientava a condução do manejo clínico de modo a não contaminar essa modalidade de tratamento com as psicoterapias. Como resultado, os autores encontraram que todos os tratamentos tinham trazido melhora aos pacientes, sendo que o mais eficaz tinha sido a imipramina associada a manejo clínico e o menos eficaz, o placebo associado a manejo clínico. Os grupos que receberam as psicoterapias ficaram em

posição intermediária, mais próximos, em termos de eficácia, da medicação. Quando os dados foram avaliados levando-se em conta a gravidade da doença, a TIP mostrou-se superior em relação à TCC nos pacientes mais graves.

Em 2007, Luty e colaboradores¹¹ conduziram um ensaio clínico randomizado que comparou TIP e TCC em 177 pacientes com depressão. Os autores encontraram que ambas as terapias são igualmente efetivas para o tratamento da depressão, alcançando, em média, 55% de melhora nos sintomas depressivos. Ao avaliarem o subgrupo de pacientes mais graves, os autores encontraram superioridade da TCC em um dos desfechos secundários (porcentagem de melhora pela escala Hamilton de depressão); nos demais desfechos não houve diferença. Esse achado contraria os resultados encontrados por Elkin e colaboradores.

Em população brasileira, foi realizado um ensaio clínico avaliando a eficácia da TIP no tratamento da depressão, publicado em 2001 por Feijó e colaboradores¹². Trata-se de um ensaio clínico randomizado que comparava duas estratégias de tratamento em 30 pacientes deprimidos: TIP associada à moclobemida e moclobemida associada a manejo clínico. Ambas as estratégias foram igualmente eficazes, com tendência de superioridade da estratégia que incluía TIP. Os autores discutem que o número limitado da amostra pode ter contribuído para não ter se encontrado diferença de eficácia entre os grupos.

A TIP foi também estudada em pacientes com depressão crônica. Um estudo publicado em 2010 por Murray e colaboradores¹³ mostrou que o tratamento combinado de medicação, TIP em grupo e terapia ocupacional foi superior ao tratamento usual apenas com medicação em pacientes com depressão crônica, demonstrando a importância de estratégias mais complexas no tratamento desses pacientes, bem como o papel da TIP no tratamento adjuvante.

Em relação ao tratamento de manutenção, Frank e colaboradores¹⁴ conduziram estudo que testou diferentes frequências de TIP de manutenção em 233 mulheres com transtorno depressivo recorrente. As pacientes recebiam TIP semanal (associada ou não à medicação) até a remissão para, então, serem randomizadas para uma das três estratégias: TIP semanal, TIP quinzenal ou TIP mensal por dois anos. Os resultados do estudo mostraram que, quando a TIP é efetiva como única estratégia de tratamento na fase aguda, é também efetiva como tratamento agudo de manutenção, não havendo diferença entre as frequências semanal, quinzenal e mensal. Por outro lado, nos casos em que foi necessária a medicação na fase aguda, a TIP em monoterapia não foi eficaz como estratégia de manutenção.

A TIP foi muito estudada em populações especiais, tais como em idosos. Nessa população, os resultados são conflitantes, com alguns achados positivos e outros negativos. Reynolds III e colaboradores¹⁵ conduziram um estudo com 124 idosos em episódio depressivo com resposta parcial a escitalopram. Os pacientes eram alocados para uma de duas condições: escitalopram associado a TIP e a manejo clínico, ou escitalopram associado a manejo clínico. Ambos os grupos tiveram resultados semelhantes, demonstrando não haver benefício da adição de TIP nessa população. Os autores reforçam que o manejo clínico é uma intervenção ativa que provê apoio, psicoeducação, reforço de adesão à medicação e manejo

comportamental, não se restringindo à prescrição de medicação. Um estudo publicado no JAMA em 1999¹⁶ comparou quatro estratégias de tratamento de manutenção em idosos: nortriptilina mais manejo clínico mensal, placebo mais manejo clínico mensal, TIP mensal mais placebo e TIP mensal mais nortriptilina. A estratégia superior foi a associação de nortriptilina a TIP, seguida de nortriptilina e manejo clínico mensal, seguida de TIP e placebo e, por último, placebo mais manejo clínico mensal. O mesmo grupo conduziu ensaio clínico para estudar o tratamento de manutenção em idosos deprimidos que tinham respondido à paroxetina¹⁷. As quatro estratégias combinadas duas a duas eram: TIP mensal/manejo clínico e paroxetina/placebo. Apenas a paroxetina mostrou-se eficaz na prevenção de recaída entre as quatro estratégias. Os autores argumentam que uma das possibilidades de não ter sido encontrada eficácia nessa população era o fato de ela ser, em média, 10 anos mais velha do que a do estudo prévio que tinha mostrado resultados positivos e apresentado mais comorbidades clínicas e dano cognitivo. A respeito da área problema, um estudo publicado em 2006¹⁸ e que avaliou 124 idosos em TIP mensal de manutenção versus manejo clínico usual mostrou que apenas o subgrupo tratado para disputa interpessoal tinha tido resposta superior ao grupo que recebera manejo clínico. Essa diferença não foi encontrada quando foram avaliados os subgrupos tratados para luto ou transição de papéis. Esse estudo traz à tona a discussão da área problema com maior chance de resposta nessa faixa etária.

Existem evidências da eficácia da TIP em pacientes internados. Em 2007¹⁹, Schramm e colaboradores publicaram um estudo nessa população que mostrou que a TIP associada à medicação foi superior à medicação associada ao manejo clínico em 124 pacientes. Os dados de superioridade se confirmaram no seguimento dos pacientes.

Conclusão

A TIP é uma terapia breve, manualizada e amplamente testada para depressão. Depois da TCC, é a técnica que mais possui estudos em depressão. A TIP é uma importante ferramenta que pode ser usada como estratégia única ou combinada. Seu modelo teórico auxilia no entendimento e planejamento do tratamento do paciente deprimido, entendendo a depressão como um fenômeno multideterminado e passível de agregar diferentes estratégias de tratamento (medicamentosa e outras) de forma sinérgica.

Mais estudos são necessários para definir quais são as características clínicas, psicológicas e cognitivas dos pacientes que respondem melhor à TIP. Essas informações nos ajudariam a refinar o critério de indicação da TIP de modo a otimizar o tratamento dos pacientes deprimidos.

Referências

1. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books; 2000.
2. Weissmann MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Psicoterapia Interpessoal: guia prático do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
3. Schestatsky S, Fleck M. Psicoterapia das depressões. *Rev Bras Psiquiatria*. 1999 Mai; 21(supl): SI41-SI47.
4. Stangier U, Schramm E, Heidenreich T, Berger M, Clark DM. Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(7):692-700.
5. Bellino S, Rinaldi C, Bogetto. Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. *Can J Psychiatry*. 2010; 55(2):74-81.
6. Frank E, Soreca I, Swartz HA, Fagiolini AM, Mallinger AG, Thase ME, Grochocinski VJ, Houck PR, Kupfer DJ. The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry*. 2008 Dec;165(12):1559-65.
7. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2011 Jun;168(6):581-92.
8. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009 Sep;70(9):1219-29.
9. Cuijpers P, van Straten A, Schuurmans J, van Oppen P, Hollon SD, Andersson G. Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2010, 30: 51-62.
10. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of Treatments. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46(11):971-82.
11. Luty SE, Carter JD, McKenzie JM, Rae AM, Frampton CMA, Mulder RT, Joyce PR. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*. 2007; 190: 496-502.
12. De Mello MF, Myczowisk 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; 10:117-123.
13. Murray G, Michalak EE, Axler A, Yaxley D, Hayashi B, Westrin A, Ogrodniczuk JS, Tam EM, Yatham LN, Lam RW. Relief of Chronic or Resistant Depression (Re-ChORD): A pragmatic, randomized, open-

- treatment trial of an integrative program intervention for chronic depression. *Journal of Affective Disorders*. 2010; 123: 243-248.
14. Frank E, Kupfer DJ, Buysse DJ, Swartz HA, Pilkonis PA, Houck PR, Rucci P, Novick DM, Grochocinski VJ, Stapf DM. Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *Am J Psychiatry*. 2007 May;164(5):761-7.
 15. Reynolds III CF, Dew MA, Martire LM, Miller MD, Cyranowski JM, Lenze E, Whyte EM, Mulsant BH, Pollock BG, Karp JF, Gildengers A, Szanto K, Dombrowski AY, Andreescu C, Butters MA, Morse JQ, Houck PR, Bensasi S, Mazumdar S, Stack JA, Frank E. Treating Depression to Remission in Older Adults: A Controlled Evaluation of Combined Escitalopram with Interpersonal Psychotherapy versus Escitalopram with Depression Care Management. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 November ; 25(11): 1134-1141.
 16. Reynolds CF 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S, Houck PR, Dew MA, Stack JA, Pollock BG, Kupfer DJ. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA*. 1999 Jan 6;281(1):39-45.
 17. Reynolds III CF, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, Houck PR, Mazumdar S, Butters MA, Stack JA, Schlernitzauer MA, Whyte EM, Gildengers A, Karp J, Lenze E, Szanto K, Bensasi S, Kupfer DJ. Maintenance Treatment of Major Depression in Old Age. *N Engl J Med* 2006;354:1130-8.
 18. Miller MD, Frank E, Cornes C, Houck PR, Reynolds III CF. The value of maintenance interpersonal psychotherapy (IPT) in older adults with different IPT foci. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2003;11(1):97-102.
 19. Schramm E, van Calker D, Dykieriek P, Lieb K, Kech S, Zobel I, Leonhart R, Berger M. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry*. 2007;164(5):768-777.

Correspondência:

Livia Hartmann de Souza
Rua Nunes Machado, 319/1102.
90130-080 Porto Alegre, RS, Brasil
liviahartmandesouza@gmail.com

Submetido em 07/04/2013

Devolvido aos autores em 20/06/2013

Retorno dos autores em 30/06/2013

Aceito em 05/07/2013