RBPsicoterapia
Revista Brasileira de Psicoterapia
Volume 18, número 2, agosto de 2016
www.rbp.celg.org.br

ARTIGO ORIGINAL

Psicoterapia interpessoal: características e efetividade

Marco André de Melo Martins[a]

Ivandro Soares Monteiro[b]

[a] Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade do Minho Interpersonal Psychotherapy Certification (Level A, individual and groups). Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (nº 12819). Psicólogo Clínico – Instituto ORASI. Porto, Portugal.

[b] Doutoramento em Psicologia Clínica. Universidade do Minho Interpersonal Psychotherapy Certification (Level A, B, C, D, E). Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses nº 2046. Professor do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Diretor do Instituto ORASI. Psicólogo Clínico.

Instituição: Instituto ORASI

Resumo

A psicoterapia interpessoal (TIP) foi criada por Gerald Klerman e colaboradores com o propósito de tratar pacientes afetados pela perturbação depressiva *major*. Caracteriza-se por ser limitada no tempo, centrada no presente e focada nas relações interpessoais do paciente. Tem sido testada com sucesso, através de ensaios clínicos, para um conjunto alargado de perturbações psicológicas e em diferentes formatos. O estatuto de tratamento psicológico empiricamente sustentado contribuiu para a disseminação da investigação e prática da TIP um pouco por todo o mundo. Quer em Portugal, quer no Brasil, têm sido dados passos significativos em termos de formação de profissionais habilitados e no desenvolvimento de investigação científica. Este artigo tem como objetivo contribuir para essa mesma disseminação do valor científico do modelo da psicoterapia

interpessoal, através de uma revisão bibliográfica abrangente de fontes válidas e reconhecidas pela American Psychological Association (APA) e International Society for Interpersonal Psychotherapy (ISIPT). Pela sua utilidade clínica e robustez empírica, a presença da TIP necessita de ser reforçada junto de clínicos, investigadores e universidades. É divulgada a sua estrutura, método e forma de administração, assim como aplicações diretas a quadros clínicos conhecidos.

Palavras-chave: Relações interpessoais; Depressão; Prática clínica baseada em evidências; Psicoterapia.

Abstract

Interpersonal psychotherapy (IPT) was established by Gerald Klerman and colleagues for the purpose of treating patients affected by major depressive disorder. It is characterized as a time-limited psychotherapy, concentrated on the present and focused on the interpersonal relationships of the patient. It has been successfully tested in clinical trials for a wide range of psychological disorders and in different formats. The status of empirically supported psychological treatment contributed to the spread of IPT research and practice all over the world. In Portugal as in Brazil, there have been taken important steps in training skilled professionals and developing scientific research. This article aims to contribute to the dissemination of scientific value of IPT model, through a comprehensive literature review of valid sources recognized by the American Psychological Association (APA) and International Society for Interpersonal Psychotherapy (ISIPT). For its clinical utility and empirical robustness, the presence of IPT needs to be strengthened among clinicians, researchers and universities. In this paper we present the structure, method and form of administration, as well as direct applications to known medical conditions.

Keywords: Interpersonal relations; Depression; Evidence-based practice; Psychotherapy.

Introdução

A psicoterapia interpessoal (TIP) foi fundada por Gerald Klerman, Myrna Weissman e colegas como um tratamento de tempo limitado destinado a tratar a depressão *major*, uma perturbação mental comum, debilitante, geradora de elevados custos econômicos e potencialmente mortal[1].

É uma das duas principais intervenções psicoterapêuticas para as perturbações de humor que se baseiam em evidências empíricas sólidas, a par da terapia cognitivo-comportamental[2,3]. Enquanto psicoterapias validadas empiricamente, partilham entre si o fato de serem orientadas para um diagnóstico clínico, limitadas no tempo, centradas no presente e dirigidas para o reassumir do controle, por parte do paciente, do seu humor e funcionamento psicológico global[4].

A TIP está apoiada nos fatores comuns de uma eficaz psicoterapia, a saber: formar uma aliança

terapêutica, ajudar o paciente a sentir-se compreendido, encorajar a expressão afetiva e ligar esses afetos às circunstâncias de vida, apresentar um racional claro, estabelecer um ritual terapêutico e reforçar experiências bem-sucedidas[4].

Esse modelo terapêutico parte de uma premissa fundamental, nomeadamente que as perturbações psicológicas, embora sejam causadas por múltiplos fatores, acontecem invariavelmente num contexto social e interpessoal. E, portanto, o seu propósito essencial é conseguir o alívio dos sintomas psicológicos intervindo nas dificuldades relacionais do paciente[5].

A expansão da TIP tem sido uma realidade notada[6], por diversas razões. Primeiro, porque é um modelo terapêutico fácil de aprender e de ensinar. Segundo, porque tem sido adaptado com sucesso a várias outras perturbações psicológicas, diferentes faixas etárias e grupos étnicos. Em terceiro lugar, porque se beneficia da atual tendência para se enfatizar a psicoterapia baseada em evidência científica, o que faz aumentar a atenção sobre psicoterapias de tempo limitado com eficácia comprovada[7].

Este artigo procura alcançar três objetivos fundamentais: 1) apresentar e estabelecer uma posição teórica sobre a utilidade da psicoterapia interpessoal; 2) rever a bibliografia que suporta essa utilidade; 3) dar conta da situação da psicoterapia interpessoal em Portugal e no Brasil, procurando contribuir para o seu reforço junto de clínicos, investigadores e universidades, através da divulgação da sua estrutura, método e forma de administração, assim como aplicações diretas a quadros clínicos conhecidos. Assim, procuramos contribuir para a disseminação do valor científico do modelo da psicoterapia interpessoal, através de uma revisão bibliográfica abrangente de fontes válidas e reconhecidas pela American Psychological Association (APA) e International Society for Interpersonal Psychotherapy (ISIPT).

Fundamentos teóricos

A psicoterapia interpessoal é uma das poucas psicoterapias que nasceram da clínica para a teoria. Surgiu enquanto tratamento prático, sem preocupações teóricas decisivas. No entanto, os seus autores foram influenciados por diversas perspectivas teóricas. Em primeiro lugar, pela teoria interpessoal da psicopatologia, cujos representantes mais destacados foram Adolf Meyer[8] e Harry Stack Sullivan[9]. Depois, pela teoria da vinculação, de John Bowlby[10]. E, mais recentemente, pela teoria da comunicação[11-14] e teoria social[15].

Teoria interpessoal da psicopatologia

Adolf Meyer, figura influente na psiquiatria americana, interessou-se pelo funcionamento da pessoa entendida enquanto totalidade, atribuindo especial importância às observações empíricas e olhando com igual interesse para fatores biológicos e psicossociais[16]. Considerava o ambiente social-interpessoal como o

locus mais importante na adaptação do indivíduo.

Influenciado por Adolf Meyer, Harry Stack Sullivan, psicanalista britânico, atribuía importância central às relações interpessoais. Esse autor entendia que as relações estabelecidas com os outros constituíam o aspecto mais fundamental da experiência humana[16]. Por sua vez, a saúde mental do indivíduo dependeria, por isso, da constituição de relações saudáveis. Relacionada com a necessidade de serem estabelecidas relações interpessoais estaria a necessidade de segurança nas relações, ou seja, a capacidade de adquirir um senso de confiança e competência na esfera interpessoal.

Adolf Meyer e Harry Stack Sullivan ajudaram a preencher o hiato que existia entre a psiquiatria e as ciências sociais[17]. A ideia fundamental que deriva dos seus trabalhos é a de que os eventos de vida, em particular as relações interpessoais, influenciam a psicopatologia.

Teoria da vinculação

Os trabalhos de John Bowlby[10] sobre vinculação e as consequências interpessoais da perda e separação constituem uma influência essencial para a psicoterapia interpessoal, constituindo o seu pilar teórico fundamental, sobretudo porque, num modelo psicoterapêutico que se centra nas relações interpessoais do paciente, como sucede no caso da TIP, é útil entender as formas pelas quais os indivíduos iniciam, mantêm e terminam as suas relações com os outros, assim como as maneiras pelas quais desenvolvem problemas nessas mesmas relações[5].

John Bowlby[10] entendia a vinculação como um sistema complexo, biologicamente determinado, com o objetivo de manter o cuidador em proximidade. Esse mecanismo serviria de base a partir da qual eram lançados os comportamentos dirigidos a objetivos. Se na infância a vinculação era segura, formar-se-ia a base para o sucesso futuro nas relações interpessoais. Caso tal não acontecesse, surgiriam as dificuldades emocionais, perturbações da vinculação e a psicopatologia.

O trabalho de John Bowlby foi continuado, entre outros, por Mary Ainsworth[18], que acabou por conceitualizar diferentes estilos de vinculação, que servem de base no relacionamento com os outros: vinculação segura, vinculação ansiosa-ambivalente e vinculação evitante. O estilo de vinculação, embora não constituindo o foco do tratamento, é de fundamental importância para a TIP, pela razão de poder condicionar o curso do tratamento e os seus resultados a longo prazo[19].

Assim, a história do desenvolvimento, que condiciona o estilo de vinculação, resulta num estilo de vinculação no adulto seguro ou inseguro que vai determinar o grau de proximidade e qualidade das relações interpessoais, dentro dos contextos de vida pessoal, social e profissional[20].

Teoria da comunicação

A teoria da comunicação, articulada por Kiesler[11-13] e Benjamin[14], descreve a forma como os padrões mal-adaptativos de comunicação conduzem a dificuldades nas relações atuais do indivíduo. Esses padrões disfuncionais dizem respeito a um estilo de comunicação rígido e automático que provoca reações inadvertidas e indesejadas nos outros[13].

O modelo de Kiesler é importante para os clínicos porque ajuda a identificar comportamentos interpessoais alternativos a esses tipos de padrões, que despertem sentimentos de pertença e de proatividade nas relações, em vez de contribuírem para o isolamento, afastamento e passividade, o que pode resultar no agravamento do desespero, isolamento e baixa autoestima[21].

Na TIP, a comunicação é entendida como um subproduto do comportamento de vinculação. Ou seja, se alguém desenvolve dificuldades de vinculação, é previsível que, secundariamente, desenvolva problemas de comunicação com os outros. Tais problemas constituem o foco sobre o qual incidem várias técnicas terapêuticas na TIP.

Teoria social

A teoria social descrita por Henderson & Duncan-Jones[15] constitui a base de entendimento do contexto interpessoal do indivíduo e o efeito que a rede social tem no funcionamento interpessoal. Defende que as deficiências nas relações sociais são um fator causal independente na gênese das perturbações psicológicas e que é o ambiente social atual que se revela crucial no desenvolvimento de dificuldades psicológicas.

A relação entre o ambiente social atual e o adoecer psicológico parece ainda mais forte quando o indivíduo enfrenta um estressor psicossocial significativo. Aqueles indivíduos que não têm, ou têm a percepção de não ter, uma rede de suporte social suficiente estão em maior risco de desenvolver perturbações psicológicas[5].

Asserções fundamentais da psicoterapia interpessoal

A psicoterapia interpessoal baseia-se nas seguintes asserções fundamentais[7]:

- A depressão clínica é uma doença tratável (em vez de ser conceitualizada como um defeito pessoal do paciente, por exemplo).
- A depressão clínica ocorre num contexto relacional e de fatores sociais (ou seja, o humor do paciente está intimamente relacionado a eventos de vida perturbadores, que provocam ou são seguidos pelo aparecimento de uma perturbação de humor).

- O tratamento deve basear-se em evidência científica de qualquer disciplina relevante, como a epidemiologia, neurobiologia etc.

Componentes do tratamento

O tratamento em psicoterapia interpessoal é realizado num período recomendado entre 12 a 16 sessões, que se agrupa em 3 fases: fase inicial, fase intermédia e conclusão (5). A fase inicial tem a duração de 1 a 3 sessões e destina-se a avaliar o paciente tendo em conta quatro objetivos centrais: 1) diagnosticar a perturbação mental (o terapeuta deve seguir os critérios do DSM-V ou ICD-10 e aplicar instrumentos psicométricos, tais como a Escala de Depressão de Hamilton ou o Inventário de Depressão de Beck, ou outros validados em cada país); 2) conduzir o inventário interpessoal, relacionando a perturbação ao contexto relacional em que ocorre; 3) identificar as principais áreas interpessoais problemáticas; 4) explicar a abordagem TIP, efetuando um contrato que faça referência à estrutura e duração do tratamento.

Na fase final da avaliação, o terapeuta atribui ao paciente o "papel de doente"[22] com o propósito de lhe aliviar a responsabilidade e sensação de culpa que possa sentir por estar deprimido. E formula o problema interpessoal recorrendo a uma das quatro áreas problemáticas: 1) luto (por exemplo, a morte de um ente querido); 2) transição de papel (por exemplo, casamento, ingresso na universidade, perda de *status* social); 3) conflito interpessoal (conflito com uma pessoa significativa); e 4) déficits interpessoais (categoria residual para acomodar aqueles pacientes que são isolados socialmente e com muito poucas relações significativas).

Num diálogo ativo entre paciente e psicoterapeuta no âmbito da formulação clínica, se o paciente concordar com o que lhe é apresentado numa visão biopsicossocial, é estabelecido um contrato explícito para se trabalhar aquela área problemática em particular, com a expetativa de que melhoras nessa área conduzam ao alívio da depressão.

A fase intermediária da terapia é aquela em que o terapeuta continua a prestar atenção ao relacionamento terapêutico e mantém o foco da discussão na área problemática específica que foi definida na fase inicial. São exploradas com o paciente as expectativas e percepções sobre problemas interpessoais específicos, focado na realidade presente e relações interpessoais. São usadas técnicas como a clarificação, incidentes interpessoais, uso do afeto e a técnica de resolução de problemas[5].

A conclusão do tratamento envolve a revisão dos progressos alcançados pelo paciente, através de um retorno ao inventário interpessoal, no sentido de se entender as mudanças conseguidas nas áreas problemáticas. Envolve também a antecipação de problemas futuros, o reforço positivo dos ganhos conseguidos pelo paciente e, se se revelar indicado, o estabelecimento de um contrato para tratamento de manutenção.

Eficácia da psicoterapia interpessoal

Perturbações de humor

Um dos méritos importantes da psicoterapia interpessoal diz respeito ao esforço continuado de se testar a sua eficácia através de ensaios clínicos. No primeiro ensaio clínico realizado, com uma amostra aleatória de 96 pacientes que sofriam de depressão aguda, em regime de ambulatório, os pacientes foram distribuídos por quatro grupos. Testou-se a TIP em combinação com amitriptilina, a amitriptilina e a psicoterapia administradas isoladamente, e um tratamento-controle de suporte não programado. Os resultados demonstraram a eficácia tanto do tratamento psicoterapêutico como do tratamento farmacológico administrados isoladamente. Esses dois tipos de terapia foram superiores ao tratamento de suporte não programado. A combinação da TIP com a amitriptilina revelou-se mais efetiva do que os tratamentos administrados de forma isolada[23].

A eficácia da TIP para a perturbação depressiva *major* foi corroborada pelo estudo do National Institute of Mental Health (NIMH) denominado *Treatment of Depression Colaborative Research Program*, que demonstrou que a TIP era estatisticamente comparável ao tratamento com imipramina e melhor que um placebo. E, não menos importante, revelou-se a terapia com mais baixa taxa de abandono[24].

Reynolds e os seus colaboradores[25] testaram a eficácia da nortriptilina e da psicoterapia interpessoal na prevenção da recorrência de episódios depressivos *major*. Os pacientes, 187 no total, tinham idades superiores a 59 anos. O *design* experimental compreendia quatro grupos em que as condições eram as seguintes: medicação com nortriptilina, medicação com placebo, TIP com placebo e psicoterapia interpessoal com nortriptilina. Todos os tratamentos, excetuando a administração exclusiva do placebo, produziram melhoras significativas. A combinação entre TIP e o tratamento farmacológico revelou-se o tratamento mais eficaz, o que levou os investigadores a concluírem ser aconselhável utilizar o tratamento combinado como estratégia primordial na prevenção da recaída.

O estudo de Martin e colaboradores[26] procurou investigar, em pacientes com depressão *major*, eventuais alterações no fluxo sanguíneo de determinadas áreas cerebrais em resposta a tratamentos distintos: venlafaxina ou psicoterapia interpessoal. A amostra compreendia 28 participantes, com idades entre os 30 e 53 anos. Para integrar o estudo, os pacientes tinham de apresentar uma pontuação da escala de depressão de Hamilton – HAM-D[27] de 18 pontos ou superior. Os pacientes foram submetidos às técnicas de recolha de dados psicométricas e imagiológicas – tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) – antes do tratamento e seis semanas após ele se ter iniciado. A TIP era administrada uma vez por semana, com a duração de uma hora. A venlafaxina era aplicada aos participantes em doses de 37,5 miligramas, duas vezes por dia. Os resultados mostraram que ambos os grupos de tratamento melhoraram significativamente os sintomas depressivos. Os pacientes tratados com TIP apresentaram um aumento do fluxo sanguíneo na região límbica, o que não aconteceu nos pacientes submetidos ao tratamento com venlafaxina. No entanto, em ambos os tratamentos ocorreu um aumento do fluxo sanguíneo na região dos gânglios da base.

Num ensaio clínico realizado por Luty e os seus colaboradores[28], comparou-se a eficácia da TIP com a terapia cognitivo-comportamental ao longo de 16 semanas de tratamento. Participaram no estudo 177 adultos em regime ambulatorial, com diagnóstico de depressão *major*, distribuídos aleatoriamente por dois grupos. Ambas as terapias mostraram efetividade comparável, exceção feita aos pacientes com depressão severa (n=36), ou seja, aqueles que apresentavam pontuações iguais ou superiores a 30 na escala de depressão de Montgomery-Asberg[29]. Nesse subgrupo, a terapia cognitivo-comportamental mostrou-se superior.

Uma metanálise recente sobre a eficácia da psicoterapia interpessoal, com 38 estudos considerados e uma amostra global de 4.356 pacientes, confirmou a efetividade da TIP no tratamento da depressão, enquanto monoterapia, mas também em combinação com farmacoterapia[3].

Outras perturbações psicológicas

O êxito da psicoterapia interpessoal no tratamento das perturbações de humor impeliu os investigadores a testarem essa psicoterapia noutras perturbações psicológicas. A TIP não se revelou eficaz nas situações de abuso de substâncias[30]. No entanto, mostrou-se promissora para as perturbações de ansiedade[31,32]. Os resultados para as perturbações do comportamento alimentar também são promissores[33]. Têm havido esforços para adaptar a TIP ao tratamento da perturbação da personalidade *borderline*[34], insônia[35] e perturbação evitante da personalidade[36].

Configurações inovadoras

Tem havido um interesse crescente em adaptar a psicoterapia interpessoal para administrá-la noutras configurações terapêuticas. O mais popular tem sido a adaptação ao formato de grupo[37]. Existem também adaptações da TIP ao formato familiar no tratamento da depressão em pré-adolescentes[38], para casais[39], por telefone[40] e sob a forma de aconselhamento interpessoal nos cuidados primários[41].

A psicoterapia interpessoal em Portugal e no Brasil

Como tudo o que é inovador e novo dentro de um país, a implantação da psicoterapia interpessoal em Portugal tem sido escassa, devido à pouca proatividade e ausência de atualização de estudantes e professores no âmbito das universidades (públicas e privadas), devido ao estado de desemprego e dificuldades de estabilidade econômica dos profissionais da psicologia, e também pelo fato de ser uma nova área de psicoterapia em Portugal e não existir ainda uma sensibilização sobre as vantagens da TIP em relação aos demais modelos psicoterapêuticos. No entanto, existem esforços importantes para dar a conhecer o modelo e proporcionar formação clínica especializada aos profissionais que o pretendam fazer. Esse esforço formativo existe por

iniciativa do Instituto ORASI anualmente desde 2006 (que já realizou mais de dez edições formativas nessa área) e da Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Interpessoal (SPPI). Por regra e anualmente, o Instituto ORASI tem organizado cursos de formação específicos internacionais e em língua portuguesa (TIP nível A e TIP em grupo), alguns deles com a presença de psicoterapeutas estrangeiros renomados (como Scott Stuart, Brian Solts, Susan Howard, entre outros), cursos esses que têm procurado e tido o reconhecimento da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Interpersonal Psychotherapy Institute (IPI) e International Society for Interpersonal Therapy (ISIPT), uma organização agregadora e unificadora, de âmbito mundial, que agrupa as instituições acreditadas no ensino da TIP de países como os EUA, Austrália, Alemanha, Brasil, Canadá, Irlanda, Itália, Nova Zelândia, entre outros.

O desafio futuro estará em conjugar esforços para desenvolver e fortalecer a presença da TIP em Portugal, de maneira a que a sua eficácia e robustez empírica possa ser difundida com o propósito de aumentar a sua utilização na prática clínica e na investigação científica. Para tal, é indispensável formar mais psiquiatras, psicólogos clínicos e demais técnicos de saúde mental, incluir a TIP no ensino universitário da psicologia clínica e psiquiatria, e estimular a utilização dessa psicoterapia na investigação científica, nomeadamente através de ensaios clínicos realizados no nosso país.

No Brasil, é descrita a existência de dois grupos de profissionais que praticam e investigam a TIP, nomeadamente um grupo em Porto Alegre e outro em São Paulo. A implementação da TIP é tida como insuficiente neste país, se se tiver em conta a sua dimensão e as fortes tradições psicoterapêuticas que lhe são conhecidas[42]. O Centro de Terapia Interpessoal (C-TIP), que se formou sob a liderança de Marcelo Feijó de Mello, representante dessa psicoterapia no Brasil, desenvolve formação teórico-prática sob um modelo de cursos anuais e cursos específicos de adaptações da TIP a outras condições clínicas, ascendendo a uma centena os terapeutas formados nessa técnica[43].

Estudos empíricos realizados

Existem dois estudos realizados em Portugal sobre psicoterapia interpessoal[44,45]. O estudo de Góis e seus colaboradores[45] pretendeu testar o tratamento psicoterapêutico *versus* tratamento farmacológico, para a depressão *major*, em pacientes com diagnóstico de diabetes tipo 2. Participaram 34 indivíduos, que foram avaliados através da escala hospitalar de ansiedade e depressão[46], da escala de depressão de Montgomery-Asberg – MADRS[29], e de entrevista estruturada – *Mini International Neuropsychiatric Interview*[47]. Os participantes foram aleatoriamente distribuídos pelos dois grupos, o primeiro submetido ao tratamento com TIP e o segundo sujeito ao tratamento com sertralina. O tratamento decorria num formato de intervenção aguda de 3 meses mais 3 meses de terapia de manutenção. Os pacientes em que não se verificasse uma redução de 25% da pontuação da escala MADRS em 6 semanas passavam a receber o tratamento combinado. Dos 22 pacientes que responderam ao tratamento (11 pacientes de cada grupo), 16 apresentaram melhorias significativas (menos

50% na pontuação do MADRS inicial). Entre esses 16 casos, 11 apresentaram remissão clínica (MADRS inferior a 8), sem diferenças entre TIP e a sertralina. Com o tratamento combinado a ser administrado a 8 pacientes, 3 atingiram melhoras clínicas significativas e apenas 1 atingiu a remissão dos sintomas. Os resultados sugerem que a TIP pode ser uma opção para o tratamento da depressão major em doentes com diabetes tipo 2 em alternativa à sertralina. Os pacientes que no início não responderam ao tratamento provavelmente necessitavam de alternativas clínicas ou de um tratamento mais longo.

Carrilho e seus colaboradores[44] compararam os resultados da TIP em contextos de tratamento distintos: contexto público e contexto privado. Participaram no estudo 64 pacientes com um diagnóstico de perturbação depressiva *major*, 30 tratados em contexto público e 34 em contexto privado. Não foram definidos critérios de exclusão. Os pacientes eram avaliados antes e depois do tratamento, recorrendo ao inventário de depressão de Beck – BDI[48] e à escala de vinculação para adultos – AAS-R[49]. Os resultados demonstraram a eficácia da TIP tanto em contexto hospitalar como em contexto de clínica privada, sendo evidente o decréscimo significativo dos sintomas depressivos. Os investigadores concluíram que a TIP é efetiva no tratamento da população portuguesa com perturbação depressiva *major*, reforçando a necessidade da sua disseminação junto aos profissionais de saúde mental.

No Brasil, de Melo e colaboradores[50] realizaram um ensaio clínico para o tratamento da distimia. Compararam 35 indivíduos distribuídos por três grupos: ao primeiro grupo foi administrado o tratamento com moclobemida e psicoterapia interpessoal, ao segundo grupo administrou-se moclobemida isoladamente, e o terceiro grupo ficou apenas sujeito à gestão clínica de rotina. O diagnóstico foi baseado na *checklist* de sintomas do ICD-10. Os pacientes eram avaliados com a Escala de Depressão de Hamilton[27] e a escala de depressão de Montgomery-Asberg[29], avaliação do funcionamento global e questionário de satisfação e qualidade de vida, no início do tratamento e à 12ª, 24ª e 48ª semana. Os pacientes, nos dois grupos de tratamento, apresentaram melhorias estatisticamente significativas em todas as medidas ao longo do tempo. No entanto, não houve diferenças significativas entre esses dois grupos, embora o grupo que recebia o tratamento combinado (moclobemida + psicoterapia interpessoal) tenha apresentado valores menores na Escala de Depressão de Hamilton e na Escala de depressão de Montgomery-Asberg.

Lacaz e colaboradores[51] realizaram um estudo-piloto sobre a depressão clínica em doentes com esquizofrenia. A partir da análise de três casos clínicos, propuseram alterações aos componentes da psicoterapia interpessoal de modo a adaptá-la para o tratamento da depressão em indivíduos com esquizofrenia.

Muito recentemente, Souza e colaboradores[52], através de um ensaio clínico, estudaram a TIP enquanto tratamento coadjuvante para a depressão clínica refratária. A amostra consistia em 40 indivíduos com perturbação depressiva *major*, apesar de estarem medicados com fármacos antidepressivos. Os pacientes foram aleatoriamente divididos por dois grupos: o primeiro grupo recebeu farmacoterapia livremente escolhida pelo clínico, o segundo grupo recebeu tratamento idêntico acrescido de TIP. As avaliações eram realizadas na semana 8, 12, 19 e 24 de tratamento. Os resultados demonstraram melhorias significativas dos sintomas

depressivos no final do tratamento para ambos os grupos, mas revelou não haver diferenças significativas entre os indivíduos submetidos ao tratamento psicofarmacológico e aqueles que se beneficiaram de tratamento psicofarmacológico acrescido de TIP. Os autores referem também que o tamanho relativamente escasso da amostra pode ter limitado a capacidade de serem detectadas diferenças entre as condições de tratamento.

Mello e colaboradores[53] realizaram uma metanálise sobre a eficácia de TIP no tratamento das perturbações do espectro depressivo. Foram considerados ensaios clínicos realizados entre 1974 e 2002. A eficácia dos resultados foi medida tendo em conta os seguintes aspectos: remissão, melhoria clínica, diferenças nos sintomas depressivos no final do tratamento e ausência de recorrência. Foram considerados 13 estudos. As conclusões apontam para a superioridade do tratamento TIP em relação ao placebo e similar ao tratamento psicofarmacológico. O efeito terapêutico não aumentava com os dois tratamentos administrados em simultâneo (psicofármaco + TIP). De um modo geral, a TIP também mostrou ser superior à terapia cognitivo-comportamental.

Conclusão

A psicoterapia interpessoal tem merecido crescente atenção por parte de investigadores e psicoterapeutas. Nasceu como tratamento para a depressão *major*, mas foi adaptada com sucesso a outros diagnósticos clínicos. As suas especificidades e estrutura de tratamento estão bem definidas e a sua eficácia amplamente atestada. Constitui-se como um tratamento simples de aprender e implementar, com inegável utilidade para clínicos e pacientes. Face ao seu crescimento a nível mundial, a prática da TIP tem pela frente um desafio importante: conservar a sua essência, ao mesmo tempo sendo capaz de atender mais pessoas, abranger diferentes diagnósticos psicopatológicos e trabalhar com culturas diversas.

A TIP começa paulatinamente a desenvolver-se em Portugal e no Brasil. Esse processo necessita ser reforçado de maneira a que essa psicoterapia se dissemine pelos clínicos, investigadores e universidades e se constitua como alternativa consistente a outras psicoterapias, bem como coadjuvante de medicação psiquiátrica, em face das suas evidências já cientificamente validadas.

Referências

1. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RF, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. PLOS Med. 2013;10(11).

2. Hofmann AG, Asnaani MA, Vonk IJ, et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. Cognit Ther Res. 2012;36(5):427-440.

3. Cuipers P, Geraedts AS, van Oppen P, et al. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. Am J Psychiatry. 2011;168(6):581-592.

4. Markowitz JC, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy: principles and applications. World J Psychiatry. 2004;3(3):136-139.

5. Stuart S, Robertson M. Interpersonal psychotherapy: a clinician's guide. 2nd ed. Boca Raton, FL: Taylor and Francis Group; 2013.

6. Markowitz JC, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy: past, present and future. Clin Psychol Psychother. 2012;19(2):99-105.

7. Blanco C, Weissman MM. Psicoterapia interpessoal. In: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J, editor. Compêndio de psicoterapia de Oxford. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 45-56.

8. Meyer A. Psychobiology: a science of man. California: Thomas; 1957.

9. Sullivan H. The interpersonal theory of psychiatry. New York: W. W. Norton; 1953.

10. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1, Attachment. New York: Basic Books; 1969.

11. Kiesler DJ. Interpersonal method of assessment and diagnosis. In: Snyder CR, Forsyth DR, editor. Handbook of social and clinical psychology: the health perspective. Elmsford, NY: Pergamon Press; 1991.

12. Kiesler DJ. Interpersonal circle inventories: pantheoretical applications to psychotherapy research and practice. J Psychother Integr. 1992;2:77-99.

13. Kiesler DJ. Contemporary interpersonal theory and research: personality, psychopathology, and psychotherapy. New York: John Wiley & Sons; 1996.

14. Benjamin LS. Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. 2nd ed. New York: Guilford; 1996.

15. Henderson S, Byrne DG, Duncan-Jones P. Neurosis and the social environment. Sydney: Academic Press; 1982.

16. Lipsitz JD. Theory of interpersonal psychotherapy. In Gabbard GO, editor. Textbook of psychotherapeutic treatments. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2009. p. 182-194.

17. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books; 2000.

18. Ainsworth MD, Blehar M, Waters E, et al. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.

19. Weissman MM, Bloom MB. Interpersonal psychotherapy. In: Murray RM, Kendler KS, McGuggin P, Wessely S, Castle DJ, editor. Essential Psychiatry, Fourth Edition. New York: Cambridge University Press; 2008. p.652 -664.

20. Monteiro IM. Depressão: por que é que uns deprimem e outros nãos? Porto: Climepsi Editores; 2011.

21. Ravitz P, Maunder R, McBride C. Attachment, contemporary interpersonal theory and IPT: an integration of theoretical, clinical, and empirical perspectives. J Contemp Psychother. 2007;38:11-21.

22. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy. New York: Oxford University Press; 2007.

. Weissman MM, Prusoff BA, Dimascio A, et al. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. Am J Psychiatry. 1979;136:555-558.

24. Elkin L, Shea MT, Watkins JT. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):971-82.

25. Reynolds CF, Frank E, Perel JM, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. JAMA Psychiatry. 1999;281(1):39-45.

26. Martin SD, Martin E, Rai SS, et al. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: preliminary findings. Arch Gen Psychiatry. 2001;58(7):641-648.

27. Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;23:56-62.

28. Luty SE, Carter JD, McKenzie JM, et al. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive–behavioural therapy for depression. Br J Psychiatry. 2007;190(6):496-502.

29. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale design to be sensitive to change. Br J Psychiatry. 1979;134(4):383-389.

30. Carroll KM, Rousaville BJ, Gawin FH. A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. Am J Drug Alcohol Abuse. 1991;156:1814-6.

31. Markowitz JC, Lipsitz J, Milrod BL. Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders. Depress Anxiety. 2014;31(4):316-325.

32. Rafaeli AK, Markowitz JC. Interpersonal Psychotherapy for PTSD. In: Safir MP, Wallach HS, Rizzo A, editor. Future directions in post-traumatic stress disorder. New York, NY: Springer; 2015. p. 263-272.

33. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, et al. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. Arch Gen Psychiatr. 1995;52:304-312

34. Bateman AW. Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder. Clin Psychol Psychother. 2012;19(2):124-33.

35. Muller-Popkes H, Hajak G. Interpersonal Psychotherapy in treatment of patients with insomnia-preliminary data of polysomnographic macro-analysis. Wien Med Wochenschr. 1996;146(13-14):303-5.

36. Gilbert SE, Gordon KC. Interpersonal psychotherapy informed treatment for avoidant personality disorder with subsequent depression. Clin Case Stud. 2013;12:111-127.

37. O'Shea G, Spence SH, Donovan CL. Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Behav Cogn Psychother. 2015;43(1):1-19.

38. Dietz LJ, Weinberg RJ, Brent DA, et al. Family-based interpersonal psychotherapy for depressed

preadolescents: examining efficacy and potential treatment mechanisms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;54(3):191-9.

39. Foley SH, Rounsaville BJ, Weissman MM. Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. International Journal of Family Psychiatry. 1989;10:29-42.

40. Dennis CL, Ravitz P, Grigoriadis S, et al. The effect of telephone-based interpersonal psychotherapy for the treatment of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2012;19:13-38.

41. Weissman MM, Hankerson SH, Scorza P, et al. Interpersonal Counseling (IPC) for depression in primary care. Am J Psychother. 2014;68(4):359-383.

42. de Mello MF. Terapia interpessoal: um modelo breve e focal. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(2):124-130

43. Carvalho RA, Pupo MC, Mello MF. Terapia interpessoal: teoria, formação e prática clínica em um serviço de pesquisa e atendimento em violência. Rev Bras Psicoter. 2011;13(3):14-25.

44. Carrilho N, Monteiro IS, Vaz E, et al. Interpersonal psychotherapy efficacy in different clinical settings. J Neurol Psychol. 2015;3(2):5-10.

45. Gois C, Dias VV, Carmo I, et al. Treatment response in type 2 diabetes patients with major depression. Clin Psychol Psychother. 2014;21(1):39-48.

46. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67:361-370.

47. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998;59(20):22-33.

48. Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck Depression Inventory (BDI). Arch Gen Psychiatry 1961;4(6):561-571.

49. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. J Pers Soc Psychol. 1990;58(4):644-663.

50. De Mello MF, Myczcowisk 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.

51. Lacaz FS, Bressan RA, de Mello MF. Interpersonal psychotherapy in the depression of patients with schizophrenia: proposal of a therapeutic model based on a study of three clinical cases. Rev Psiquiatr. 2005;27(3):252-261.

52. Souza LH, Salum GA, Mosqueiro BP, et al. Interpersonal psychotherapy as add-on for treatment-resistant depression: a pragmatic randomized controlled trial. J Affect Disord. 2016;193:373-80.

53. De Mello MF, Mari JJ, Bacaltchuk J, et al. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. 2005;255(2):75-82.

Correspondência

Marco André de Melo Martins

Rua Arquitecto Marques da Silva, n. 285, 1º C 4150-484

Porto, Portugal

marcomelomartins86@gmail.com

Submetido em: 21/06/2016

Aceito em: 12/09/2016