

X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2018.

Una reflexión sobre los modos de abordaje a partir de un caso de bipolaridad.

Pena, Federico.

Cita:

Pena, Federico (2018). *Una reflexión sobre los modos de abordaje a partir de un caso de bipolaridad. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-122/26>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewym/gga>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

UNA REFLEXIÓN SOBRE LOS MODOS DE ABORDAJE A PARTIR DE UN CASO DE BIPOLARIDAD

Pena, Federico

Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

Me gustaría poder transmitir en esta oportunidad que el congreso presenta una experiencia, breve, personal, de pensamiento, en relación al diagnóstico de bipolaridad en su relación al campo amplio de la psicopatología y los tratamientos posibles. A partir de los casos que he llegado a conocer he podido formularme algunas preguntas, por un lado, la del lugar de la bipolaridad dentro del campo de la psicopatología psicoanalítica y psiquiátrica, y sus límites terapéuticos. En este recorrido proponemos un diálogo entre las teorías difundidas respecto a la bipolaridad y su tratamiento. Veremos que la apuesta del psicoanálisis tiene valor pleno en la medida en que su objeto no es equivalente al de la medicina basada en la evidencia.

Palabras clave

Bipolaridad - Psicoanálisis - Psicología clínica - Clínica hospitalaria

ABSTRACT

A REFLECTION ON THE APPROACH MODES FROM A BIPOLARITY CASE

I would like to be able to convey on this occasion that the congress presents a brief, personal experience of thinking, in relation to the diagnosis of bipolarity in its nexus to the broad field of psychopathology and possible treatments. From the cases that I have come to know I have been able to ask myself some questions, on the one hand, the place of bipolarity within the field of psychoanalytic and psychiatric psychopathology, and its therapeutic limits. In this journey we propose a dialogue between the disseminated theories regarding bipolarity and its treatment. We will see that the bet of psychoanalysis has full value insofar as its object is not equivalent to that of evidence-based medicine.

Keywords

Bipolarity - Psychoanalysis - Clinical psychology - Hospital clinic

Me gustaría poder transmitir en esta oportunidad que el congreso presenta una experiencia, breve, personal, de pensamiento, en relación al diagnóstico de bipolaridad en su relación al campo amplio de la psicopatología y los tratamientos posibles.

Las rotaciones que he podido elegir durante mi residencia han sido ocasión de un encuentro con varias novedades en mi práctica, he podido recortar, es decir construir, para esta ocasión dos interrogantes que están en función de una presentación clínica muy habitual, la previamente mencionada bipolaridad.

A partir de los casos que he llegado a conocer he podido formularme algunas preguntas, por un lado, la del lugar de la bipolaridad

dentro del campo de la psicopatología psicoanalítica y psiquiátrica, y sus límites terapéuticos. Ello me ha llevado a preguntarme por el lugar terapéutico de lo institucional.

Hay varias aclaraciones que vale la pena realizar antes de comenzar este recorrido. Por un lado - y principalmente - que la búsqueda bibliográfica y de información sobre el tema de ningún modo puede decirse exhaustiva. A su vez, intentaré formalizar los interrogantes de modo tal que la pregunta sea redirigida al lector, es decir, no hay aquí más que hipótesis de trabajo sobre los casos. He elegido a tal fin dos casos que desarrollare a continuación.

El dispositivo de internación frente a la bipolaridad

El encuentro con la realidad clínica /social cotidiana en nuestra práctica muchas veces nos lleva a cierta crítica y cuestionamiento de lo que se no ha transmitido como enseñanza formal. Ahora bien, con todo el valor que ello tiene, me refiero a esa interrogación por la adecuación académica, no dejan de ser notables las consecuencias que las lagunas teóricas implican en nuestra práctica. Creo, y esto es puramente especulativo, que hay toda una serie de presentaciones clínicas y manifestaciones sintomáticas que al quedar por fuera del conocimiento formal nos retornan en la práctica como irresolubles, tensionan nuestras categorías y nos obligan todo el tiempo a ajustar nuestras herramientas. Si bien ese ejercicio es ineludible, y muy deseable por cierto, es necesario cada vez más, en el campo extenso del psicoanálisis, reflexiones serias sobre formas de padecimiento que convocan un saber por construir.

En este sentido, mi encuentro con una buena cantidad de pacientes diagnosticados como bipolares, me llevó a una búsqueda bibliográfica infructuosa al intentar asir una teoría analítica respecto a estos casos.

Desarrollaremos a continuación brevemente el caso de Juliana, una paciente de 25 años de edad, en tratamiento ambulatorio con una psiquiatra del servicio de internación del hospital Piñero, con diagnóstico de bipolaridad tipo I. La paciente ingresa al hospital a través de la guardia externa, desde donde pasa rápidamente al servicio de internación.

Como antecedentes de relevancia se destacan 3 internaciones previas en el servicio. La primera de ellas en el año 2014, de 3 semanas de duración, motivada por un episodio mixto con síntomas psicóticos e ideación autolítica, medicada en ese momento con Olanzapina y Litio, con buena respuesta. Su segunda internación, en Diciembre de 2015 tiene lugar en el contexto de su último mes de gestación en el embarazo de su único hijo, presentando un cuadro mixto a predominio del polo displacentero, que cursa con insomnio e hiporexia. Luego del alta concurre a tratamiento ambulatorio de modo irregular, según consta en la historia clínica.

Finalmente, en el año 2016 presenta su última internación hasta la actual, de pocos días de duración, con un cuadro similar al actual, que a continuación describiremos.

Al momento del ingreso se evalúa un cuadro que impresiona mixto, con paraprosexia, hiperbulia improductiva, una marcada labilidad afectiva, con episodios de llanto que ceden espontáneamente, verborragia, taquialia, taquipsiquia, curso del pensamiento circunstancial, insomnio e hiporexia. No presenta al ingreso productividad psicótica.

Al comenzar las entrevistas, el cuadro descrito al ingreso persiste, aunque se le suma una marcada suspicacia “quieren saber cosas de mí que no les voy a decir tan fácil” (sic), por lo que la primera apuesta fue la de generar un clima de confianza con la paciente. La labilidad afectiva del inicio, que demora en remitir, junto a la suspicacia, dificultan las entrevistas, por lo que decido mantener entrevistas breves, algunas veces más de una por día.

Cuando la paciente comienza a poder hablar un poco más en el espacio de psicoterapia, empiezan a hacerse manifiestos los problemas vinculares con su pareja. Cuenta que estaban hablando de separarse, con discusiones frecuentes, en las que él la amenaza con dejarla, con frases bastante chocantes. La paciente manifiesta que estas dificultades vinculares se acrecentaron con la mudanza a Avellaneda, que implicó para ella un desasimiento de prácticamente todos sus vínculos por fuera de su pareja.

A partir de la rápida mejoría en el plano anímico, y en función de las características de sus internaciones previas, siempre breves, se decide un permiso de salida con indicación de acompañamiento permanente a la casa de su madre. Ahora bien, a su regreso, se evalúa un evidente empeoramiento del cuadro y la decisión del permiso demuestra haber sido precipitada. La paciente manifiesta que su pareja cambió de planes, por lo que terminaron yendo a su casa de Avellaneda, lo que le provocó un gran malestar al ver el estado de su casa luego del episodio de excitación psicomotriz.

Comenta que se sentía irritable frente a cualquier situación, incapaz de cuidar de su hijo, a la vez, la persistencia de las peleas con su pareja incrementan frente a su percepción de que “me quiere aislar de todo” (sic). Por otro lado, su sensación de la incapacidad autopercibida para cuidar de su hijo disparan ideas de culpa en relación a no poder ser una buena madre, cuestión ésta - la de la maternidad - que será retomada luego. Al cuadro mixto se suman luego de ese permiso síntomas de autorreferencia de tinte paranoide sobreagregados a las ideas de culpa con episodios de llanto muy intensos, “la gente me mira como si me acusara, pero yo no le hice tanto mal a nadie”, “me siento perseguida, la gente me asocia a la familia de A, chorra, puta, pero yo no le hice mal a nadie”. Si bien estos episodios ceden en la entrevista tras la intervención verbal, se me hace muy presente la sensación de que todo sucedía como si la paciente hablara sola, como si yo no estuviera, todo el fenómeno tenía algo de “automático”, de autogenerado, por decirlo de algún modo, que me resultó muy llamativo. A partir de este momento se hace manifiesto que la internación no sería tan breve como las anteriores, se decide poner en suspenso los permisos de salida, y el equipo médico decide un aumento de la medicación antipsicótica. A la vez, se intenta citar con mayor insistencia a la pareja de la paciente, al percibirse que no comprendía cabalmente los alcances

del cuadro y las medidas intermedias al alta, cuestión que la propia paciente registra. La decisión respecto a los permisos, su duración, y la de la internación, en definitiva, no son un tema simple, se suman en este caso las particularidades de las internaciones previas y la premura ambivalente de la paciente por irse del hospital, para poder cuidar de su hijo.

En este momento del tratamiento, supervisión mediante, se comienza a perfilar la hipótesis de que la relación de la paciente con su hijo, y principalmente su lugar de madre, es lo que polariza sus estados de ánimo y sus preocupaciones. El asunto es complejo, entre los ideales de la paciente, la relación a su lugar como hija en una cadena generacional, y las intenciones de la pareja de la paciente en relación a su rol exclusivamente materno. Intervengo frente a esta situación intentando clarificar un poco el cuadro, surge así - bajo el modo aún de cierto sesgo paranoide - la idea de que sus vecinos la miran mal, piensan mal de ella, porque saben que su madre y su abuela “también son locas” (la madre ha sido diagnosticada también como bipolar, de su abuela, que vive en Paraguay, el dato es menos certero), con lo que el diagnóstico mismo, bajo el modo de la locura, deviene una herencia pesada. A la vez, ella misma ha sido criada por su abuela, lo que adquiere aquí otro valor. Hay toda una línea posible de trabajo en este sentido que no pudo ser abordada.

A su vez, se interviene intentando relativizar el valor absoluto de la maternidad, como un lugar sin excepción, introduciendo por ejemplo que quizás sea conveniente para su hijo que ella tenga una vida más allá de su cuidado, y se comienza a trabajar conjuntamente con la trabajadora social en función de orientar a la paciente y a su pareja para que su hijo pueda comenzar a asistir a un jardín maternal, con la finalidad de - por un lado - aliviar a Juliana, y por otro, a más largo plazo, permitirle realizar una actividad laboral, en lo que ella - por fuera de estos momentos de enajenación al ideal de A - se muestra muy interesada.

Finalmente, luego de poco más de un mes, la paciente se retira de alta con la indicación de continuar el tratamiento instaurado, continuando por un lado con su tratamiento psiquiátrico previo, y sumando el espacio de psicoterapia. Ahora bien, esta situación dura muy poco, la paciente concurre al servicio apresurada por retirarse, lo que paulatinamente deriva en una adherencia cada vez más errática al tratamiento psiquiátrico, no llegando a instalarse nunca un tratamiento psicológico luego de la internación.

Este caso fue el puntapié inicial, así lo creo ahora, a una búsqueda bibliográfica que me pudiera ayudar a comprender algunas aristas del caso, principalmente porque se puso de manifiesto, como en pocas otras situaciones, la insuficiencia de nuestros saberes para su abordaje, así como lo imperioso de un abordaje conjunto. Vayamos a ello.

Comencemos por algunas generalidades. El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia alternada en el tiempo de episodios maníacos y depresivos. Si bien hay posiciones diversas respecto a su alcance poblacional, en la medida en que los criterios de inclusión están bajo continua revisión, su difusión en los últimos años ha ido creciendo paulatinamente, alcanzando una prevalencia que oscila entre el 1% y el 5% de la población general (Balderassi, 2002). El trastorno bipolar tipo 1, se define por la presencia de uno

o más episodios maníacos o mixtos, acompañado usualmente por episodios depresivos. La expansión del espectro se asocia principalmente a la ampliación de los criterios de la bipolaridad tipo II (Angst et al., 2003; Akiskal et. al. 2000). La polémica alrededor de los criterios se debe, entre algunos otros factores, a que los episodios depresivos del trastorno bipolar tipo II se asimilan clínicamente a los episodios depresivos mayores unipolares, y, siendo que los síntomas hipomaniacos son pocas veces reconocidos por los pacientes como displacenteros, las cifras del trastorno bipolar se desdibujan tras las de los episodios depresivos unipolares.

Los problemas y las preguntas en relación a estos pacientes son múltiples y atañen a la dificultad de lograr alguna medida de éxito terapéutico. Esta dificultad nos convoca como profesionales, sobre todo si hacemos notar que no es una dificultad específica a una disciplina, sino que más bien que lo que se halla en la bibliografía es una buena respuesta en lo que a la remisión sintomática respecta - en tratamientos combinados principalmente- frente a algunas cifras que hablan de un problema serio cuando ponemos la mirada en el desarrollo longitudinal del trastorno. En este sentido en un estudio longitudinal de 12 años de duración se halló que los pacientes con estos diagnósticos sufrían de los síntomas prácticamente la mitad del tiempo (Mc.Murrich et. al, 2009). El desorden bipolar ha sido caracterizado como la sexta causa de discapacidad, con recaídas del 37% en el primer año, que se elevan a 73% a los 5 años (Proudfoot, 2010). Eso es lo que ha llevado a estudiar los potenciales riesgos de desencadenamiento sintomático. Se ha planteado la hipótesis, entre otras, de que la emoción expresada - EE - (una medida del modo crítico u hostil en que un miembro de la familia se dirige a otro) es un factor de riesgo para los trastornos afectivos. Esto ha llevado a intentar comprender qué puede predecir la EE, de donde ha surgido la hipótesis de que es la creencia de los familiares de que el paciente podría esforzarse en controlar sus síntomas lo que lleva a críticas respecto a la poca voluntad del paciente en mejorar. Los estudios en general coinciden en que la EE no muestra relación con cuadros psicopatológicos de los familiares (Mc.Murrich et. al, 2009). Dada esta fuerte asociación entre la EE y las recaídas, es lógico pensar que muchas veces se hacen necesarias intervenciones sobre los familiares de los pacientes que tiendan a disminuir este riesgo. Este tipo de intervenciones, en nuestro medio, en general no son tan frecuentemente tenidas en cuenta en tratamientos ambulatorios como sí lo son en tratamientos más intensivos, donde los talleres multifamiliares y los equipos de terapeutas abocados a la atención de familiares están mucho más instalados.

Los eventos estresantes han sido usualmente asociados al desencadenamiento de episodios tanto maníacos como depresivos, siendo habitual la idea de que el efecto de los estresores vitales suele tener mayor influencia en el desencadenamiento de los episodios más tempranos, con una tendencia de los mismos a "automatizarse" o sensibilizarse.

Los pacientes que registran adversidades severas tempranas (previas a los 12 años) presentan una tendencia a recaídas más frecuentes frente a situaciones menos estresantes, a la vez, hay mayor riesgo de comienzo temprano del cuadro, dando al trastorno mayor severidad y un peor curso (Dienes et. al, 2006). Esto pone en evidencia el rol crucial de la socialización temprana y de la relación

del sujeto a su entorno inmediato, cuestión ampliamente abordada por el psicoanálisis, en otro términos.

Un punto que puede ayudarnos a orientarnos mejor en la complejidad frente a la que nos encontramos me parece haberlo encontrado en algunos estudios, principalmente Henry et. al (2003) donde se pone el acento en la dificultad clínica y lógica en distinguir estados puros de manía o depresión. En el modelo inicial de Beck (Scott, 2001), se sostenía la idea de que la manía era de alguna forma la contracara de la depresión, proponiendo incluso una tríada cognitiva en espejo, donde las cogniciones negativas de la depresión adquieren en la manía el signo inverso, con un pensamiento hiperpositivo y la tendencia a la grandiosidad yoica. Sin embargo, en estudios comparativos con individuos control, se ponen en evidencia mayores niveles de fragilidad yoica, mayor necesidad de acompañamiento y aprobación.

Henry et. al. señalan que la prevalencia de estados mixtos es tan variada en los estudios, con variaciones que van desde el 5% al 70%, que la adecuación de los criterios puede ponerse en cuestión. Señalan así que quizás la principal característica del humor en la manía no deba buscarse tanto en la exaltación, en la euforia, es decir en la tonalidad, sino más bien en la intensidad de las emociones. Muchos pacientes describen humor depresivo en el contexto de un episodio maníaco, mientras que el humor elevado o expansivo exclusivamente se reportó en el 23% de los casos del estudio. Esta idea, si bien no adecuadamente establecida, resulta indicativa para pensar en la situación anímica que puede estar experimentando el paciente agudo. Por otro lado, podemos pensarla solidaria de la hipótesis, de raigambre psicodinámica, que plantea que los estados maníacos o hipomaniacos podrían funcionar como una defensa frente a la sensación de fragilidad yoica o de tendencias depresivas (Alloy et. al., 1999). A la vez, nos permite pensar alguna hipótesis desde el campo del psicoanálisis, llegaremos a ello.

Llevando la cuestión hacia otro lado, pero sin perder esta línea argumentativa, se ha llegado a plantear que los pacientes bipolares presentan, en períodos de eutimia, síntomas anímicos subsindrómicos con mayores grados de labilidad e intensidad emocional que sujetos control, mostrando hiper reactividad frente a situaciones neutrales (M'Bailara et. al., 2009); incluso sin que puedan hacerse distinciones entre grupos de pacientes, por ejemplo, entre aquellos que estaban en remisión hace más de 12 meses y aquellos otros que habían presentado un episodio (de cualquier tonalidad afectiva) en el último año.

La construcción del argumento previo apunta principalmente a problematizar la idea de episodio, que lógicamente existen - eso es innegable - frente a otra que abogue por un entendimiento más global de los cuadros, donde los episodios son puntos extremos de una constitución estable.

El primer problema que se nos presenta frente a esta nosología de los estados del ánimo es su inadecuación, tal como vienen dados, a una clínica de las estructuras freudianas. Miller al asegurar la sustitución en la psiquiatría moderna de la psicosis maníaco depresiva por la bipolaridad, sostiene una clínica donde los casos se piensan indefectiblemente del lado de la psicosis, a lo sumo ordinarias. Eduardo Said por su parte (Said, inédito) sostiene que habrá bipolaridad en comorbilidad con las psicosis o con las neurosis; su perspec-

tiva es que “conviene (...) diferenciar posiciones subjetivas según opere o no la función nodal del Nombre del Padre” (Said, inédito). En este sentido, creo - al menos así puedo pensarlo en esta instancia - que la distinción neurosis - psicosis, en función de la relación del sujeto con el Otro y su objeto, se sostiene y habrá que hipotetizar en cada caso desde donde pensamos la irrupción sintomática. Un hallazgo destacable del libro de Miller es la aseveración de que la noción de bipolaridad, tal y como la hemos planteado, excluye en su epistemología la causalidad psíquica, quizás esa sea una buena apuesta a sostener, la de asegurar que eso juega su papel. Nos liberará quizás del sin salida de “los factores estresantes”.

Identificación y narcisismo resultan fundamentales en la materia a la que nos abocamos. Encontramos nuestra primera pista en Binswanger, un psiquiatra de raigambre fenomenológica, quien plantea que habría en la manía y la melancolía una “falla en la estructura constitutiva del ego” (Binswanger, 1960). El concepto de identificación sea quizás el que nos permita dar cuenta de la alternancia de los estados del humor. Para entender a qué nos referimos recurrimos a dos dimensiones de la identificación. Por un lado, la identificación al rasgo significativo del Otro con el que el sujeto se representa en el Otro. “A esta dimensión de la identificación, Lacan agrega la vertiente del goce: lugar del objeto -que le “hace falta” al Otro- al que el sujeto se identifica *en el fantasma*; lugar de objeto con el que el sujeto se hace un ser. El objeto a, a nivel del fantasma, es lo que le da consistencia imaginaria a lo que no tiene nombre” (Camaly, 2006). Creo en este sentido que nos sirve quizás pensar el proceso al modo de una trayectoria elíptica, con distintos puntos relativos de distancia al objeto *a* frente a los cuales el sujeto reacciona en la medida en que esos movimientos le conciernen íntimamente, en su ser. Con Said, podemos sostener que las eficacias repetitivas de la oscilación del humor “serán diversas si hay formas de nodalización fantasmática, campo de las neurosis, que si se carece de ese recurso y límite” (ídem). Eso no quita, vale la pena remarcarlo, que el movimiento de basculación está presente también en las neurosis con formas atemperadas por la función del fantasma. Ahora bien, estaríamos desconociendo la complejidad misma que hemos intentado construir si nos conformásemos con apelar a la hipótesis estructural y al caso por caso; hay también los impasses de la hipótesis estructural, bajo el modo de la clínica de los bordes (Belucci, inédito). Se destaca, entre los significados posibles de ese enunciado, el que hace referencia a aquellos casos que “pudiendo encuadrarse en cierto orden de eficacia del Nombre del Padre y de la represión(...) no se dejan reducir a ninguno de los tipos clínicos. Para estos casos se han propuesto denominaciones tales como “neurosis graves”, “clínica de los fracasos del fantasma”, y otros de raigambre freudiana como “neurosis o afecciones narcisistas” (Belucci, ídem), hacia allí vamos. El concepto freudiano de narcisismo, originalmente explicativo de la constitución yoica por investidura libidinal, adquiere otro matiz al plantearse en *Duelo y melancolía*- que en la melancolía hay un fracaso de la fantasía por acción de la identificación narcisista que cancela la diferencia entre el yo y el objeto. El autor se detiene en la “organización narcisista” sistematizada por Rosenfeld, para señalar que la infatuación narcisista no tiene el lugar de un dato primario sino el de una respuesta defensiva a una amenaza sobre el ser (Belucci, ídem). El argumento

que nos rige, resumidamente, sostiene que la inscripción del significativo del falo a través de la metáfora del Nombre del Padre es lo que hace de la falta en el Otro una necesidad; ahora bien, eso no impide fallas parciales en su eficacia. Este autor termina por plantear la inclusión de las alteraciones del estado del ánimo en el constructo de las perturbaciones del narcisismo, y afirma que podemos leer en esas alteraciones la “recurrencia e intensidad con que es puesto en cuestión el propio ser, ante el fracaso de la operatoria fálica y el marco fantasmático” (Belucci, óp.cit).

Conclusión

Quise sostener en este escrito una tensión que se presenta, al menos en mi experiencia, como ineludible. Ineludible en la medida en que las modificaciones en el campo de la psicopatología nos invitan a la puesta en práctica de teorías diversas sobre problemas complejos. Soy de la idea de que no hay modo de abordar los casos siempre con las mismas teorías y los mismos supuestos, espero haber podido dar cuenta aquí de esa línea que viene a mostrar la necesidad del pensamiento crítico frente a las teorías sobre nuestra práctica.

En ese sentido, quise poder rescatar y traer a discusión modos posibles de abordaje de esta forma del sufrimiento desde distintas líneas teóricas. Se destaca, en los diferentes modos de encarar el asunto, la cuestión de la disponibilidad como cualidad irrenunciable de cualquier tentativa de abordaje.

BIBLIOGRAFÍA

- Miller, J.A. y otros (2015). *Variaciones del humor*. Instituto clínico de Buenos Aires. Paidós.
- Said, E. *Diplomatura en fundamentos clínicos del psicoanálisis, clase 3*, inédito.
- Belucci, G. *Diplomatura en fundamentos clínicos del psicoanálisis, clase 1*, inédito.
- Camaly, G. (2006). *Entre la identificación y el “atravesamiento de la angustia”*, disponible en http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=el_cartel&SubSec=cuaderno&File=cuaderno/006/camaly.html
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Urosevic, S., Bender, R.E., Wagner, C.A.: *Longitudinal predictors of bipolar spectrum disorders: A behavioral approach system (BAS) perspective*. Clin Psychol. New York. 2009, June 1; 16 (2): 206-226.
- Alloy, L.B. et al. (2006). *A cognitive vulnerability-stress perspective on bipolar spectrum disorders in a normative adolescent brain, cognitive, and emotional development context*.
- Berk, M., Berk, L., Castle, D. A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004; 6: 504-518. ^a Blackwell Munksgaard, 2004
- David, J., Miklowitz, Ph. D Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: *Am J Psychiatry*. 2008 November ; 165(11): 1408-1419.
- Susan Malkoff-Schwartz, PhD Stressful Life Events and Social Rhythm Disruption in the Onset of Manic and Depressive Bipolar Episodes. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:702-707
- Katia MBailaraa, Emotional hyper-reactivity in normothymic bipolar patients. *Journal compilation* ^a 2009 Blackwell Munksgaard
- Jan Scott (2001) et al Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder.
- Gabriele S Leverich; Robert M Post *The Lancet*. Course of bipolar illness after history of childhood trauma; Apr 1-Apr 7, 2006; 367, 9516; ProQuest Health and Medical Complete

- Chantal Henry et al Emotional hyper-reactivity as a fundamental mood characteristic of manic and mixed states. *European Psychiatry* 18 (2003) 124-128
- F. Colom. et al Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry* (2009) 194, 260-265.
- Sheri L. Johnson. et al Increases in Manic Symptoms After Life Events Involving Goal Attainment. *J Abnorm Psychol.* 2000 November ; 109(4): 721-727
- Kimberly A. Dienes. et al The stress sensitization hypothesis: Understanding the course of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 95 (2006) 43-49
- Ellicott, Aimee. et al Life Events and the Course of Bipolar Disorder *The American Journal of Psychiatry*; Sep 1990; 147, 9.
- Sheri L. Johnson. et al Life Events as Predictors of Mania and Depression in Bipolar I Disorder. *J Abnorm Psychol.* 2008 May ; 117(2): 268-277.
- Eunice Y. Kim, Ph.D. et al Life Stress and the Course Of Early-Onset Bipolar Disorder. *J Affect Disord.* 2007 April ; 99(1-3): 37-44
- Francesco Colom et. al. A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:402-407
- Jules Angst et. al. Diagnostic issues in bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology* 13 (2003) S43-S50
- Judith Proudfoot. The precipitants of manic/hypomanic episodes in the context of bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders* 2010
- Stephanie L. McMurrich. The Role of Depression, Shame-Proneness, and Guilt-Proneness in Predicting Criticism of Relatives Towards People With Bipolar Disorder. *Behav Ther.* 2009 December ; 40(4): 315-324