

PSICOEDUCAÇÃO EM FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO BIPOLAR

2011

Marília Silva de Souza

Psicóloga pela Universidade Católica de Pelotas, Brasil

Luciano Dias de Mattos Souza

Psicólogo pela Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas. Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel e do curso de Graduação em Psicologia (Brasil)

E-mail:

marilia-ss@hotmail.com

RESUMO

A reforma psiquiátrica buscou alterar os modelos predominantes na atenção à saúde mental. Contudo, a falta de preparo da sociedade, entre outros aspectos, auxiliou a comprometer o pleno sucesso do movimento que gerou uma sobrecarga aos familiares dos doentes mentais. Os familiares de pacientes com transtorno bipolar apresentam elevados níveis de estresse em consequência da sobrecarga de cuidados. A literatura científica aponta a psicoeducação como uma intervenção complementar para o transtorno bipolar. Através da revisão integrativa da literatura, observa-se que a psicoeducação para familiares de pacientes com transtorno bipolar é efetiva para prevenção de recaídas e aderência ao tratamento medicamentoso bem como para prevenção de problemas de saúde do familiar causados pela sobrecarga de cuidados.

Palavras-chave: Transtorno bipolar, família, intervenção precoce (educação)

INTRODUÇÃO

A partir das transformações sociais ocorridas nos séculos XVII e XVIII, o indivíduo, passou a ser o centro da sociedade. Como consequência, aqueles que apresentavam comportamento desviante ou não mais aceito do ponto de vista da racionalidade passaram a ser

considerados ameaça à ordem estabelecida pelos novos sistemas sociais da época (Rosa, 2003). Ao longo da história, inúmeros estigmas foram destinados às pessoas com dificuldades emocionais ou mentais sendo estas muitas vezes caracterizadas como incapazes e improdutivas. Assim, o isolamento e a exclusão se tornaram reações sociais usuais frente aos portadores de transtorno mental.

Tais indivíduos passam a ser objeto de intervenções terapêuticas, ganhando status de doentes, por volta de 1790. Neste período, isolavam-se os pacientes e criava-se um espaço de tratamento de caráter terapêutico e higienista, fundamentado basicamente na idéia da reeducação. De maneira geral, a internação se constituiu na forma de tratamento usual de tais casos até o final da década de 60. O doente mental era afastado do convívio social tendo suas relações sociais praticamente anuladas. No que diz respeito à saúde do paciente, as conseqüências desta modalidade de intervenção não se mostravam eficazes para a maioria dos casos. A partir disto, debates e discussões a cerca da humanização do tratamento de indivíduos com transtorno mental passaram a ganhar força.

Durante a década de 80, no Brasil, devido ao movimento intitulado reforma psiquiátrica buscou-se alterar a lógica de pensamento do modelo assistencialista instaurado que apresentava instituições de saúde mental em condições desumanas e resultados terapêuticos evidentemente insatisfatórios. Contudo, apesar da clara pertinência deste movimento, aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos fizeram com que o desenvolvimento do processo de desinstitucionalização não ocorresse de forma adequada, comprometendo em parte seu sucesso.

Dentre os elementos que contribuíram para a potencialização das dificuldades na efetivação do processo de descentralização da atenção em saúde mental encontravam-se a falta de preparo dos profissionais da área de saúde e até mesmo da sociedade para a assimilação destas transformações. Procedimentos profissionais passaram a exercer influência direta nas relações entre familiares de doentes mentais. Uma vez que o doente não era mais isolado e com a falta de programas de acompanhamento intensivo à comunidade, a família assume um papel vital na gerência das necessidades do paciente (Lauber, Eichenberger, Luginbühl, Keller & Rössler, 2003). Ou seja, como conseqüência deste processo de descentralização, houve um maior envolvimento dos familiares no cuidado diário dos pacientes.

Nesta nova organização, principalmente em casos de doença mental crônica, a até então benéfica manutenção do familiar tido como doente no domicílio bem como a reaproximação ao seu ambiente também se apresenta, em parte, como um elemento estressor aos familiares. A sobrecarga da rotina e financeira das famílias passou também a ser observada sob a forma de doenças físicas e emocionais dos familiares anteriormente tidos como “saudáveis”.

Neste sentido, pode-se considerar que a falta de condições econômicas e educacionais destes familiares assim como o despreparo dos profissionais de saúde em lidar com estas famílias e em orientá-las frente às problemáticas de tratamento auxiliaram significativamente o

surgimento de entraves para o funcionamento pleno das atividades propostas pela reforma psiquiátrica. Assim, o despreparo e a falta de conhecimento quanto a características da doença de seu familiar - sintomas, sinais, origem, procedimentos diagnósticos, uso de medicação, dificuldades em identificar e lidar com situações de crise - certamente provocam prejuízos nas relações intra e interpessoais dos indivíduos que compõem esta família, podendo inclusive ocasionar aumento da demanda do sistema de atenção à saúde.

A sobrecarga ocasionada por tais cuidados cotidianos prestados por familiares é amplamente confirmada por estudos científicos (Jungbauer, Wittmund, Dietrich & Angermeyer, 2003; Lauber *et al*, 2003; Martens & Addington, 2001; Tessler & Gamache, 2000). Como possíveis conseqüências desta sobrecarga se encontram sentimentos de angústia emocional e depressão (Song, Biegel, & Milligan, 1997). Estudos indicam que familiares de pacientes com transtorno mental expressam necessidade de receber mais informações sobre a doença mental, modalidades de tratamento (principalmente farmacológicas), formas de manejo de situações de crise e monitoramento de sintomas (Bandeira & Barroso, 2005; St. Onge, Lavoie, Cormier, 1995; Tessler & Gamache, 2000).

Atualmente, um dos transtornos mentais que causa maior impacto ao ambiente familiar é o transtorno de humor bipolar (TB). Por definição, o referido transtorno consiste em um quadro crônico e recorrente, caracterizado por oscilações do humor. Apesar de baixa a prevalência do TB tipo I e tipo II, cerca de 1% (Lima *et al*, 2005), esta psicopatologia consiste na sexta maior causa de inaptidão no mundo (Murray & Lopez, 1996) e, quando avaliado o espectro bipolar, forma de classificação mais sensível às mudanças de humor, sua ocorrência chega a 6,4% (Judd & Akiskal, 2003). Apesar do diagnóstico de transtorno bipolar permanecer como um assunto clínico complexo e de consideráveis divergências, o alto grau de sofrimento emocional do mesmo permanece como um consenso da prática clínica.

Além de estar associado ao sexo feminino (Angst, 1998) e apresentar influência de fatores genéticos (Lima *et al*, 2005), o TB ainda parece estar relacionado ao estado civil do indivíduo sendo que sujeitos casados apresentam significativamente menor ocorrência de tal psicopatologia quando comparados a indivíduos solteiros ou divorciados (Angst *et al*, 2003). Esta associação pode refletir as conseqüentes dificuldades de relacionamentos de pessoas com o referido quadro clínico.

O transtorno bipolar também apresenta impacto na sociedade de forma mais ampla. Neste sentido, segundo estudos internacionais, é considerado o quadro clínico que mais recebe serviços de saúde mental em relação aos outros transtornos afetivos ou de humor (Angst *et al*, 2003) além de ser o que mais utiliza benefícios previdenciários (Judd & Akiskal, 2003). O TB também pode ser considerado um problema de saúde pública por seu substancial impacto econômico (Goetzl, Hawkins, Ozminkowski & Wang, 2003) e altas taxas de mortalidade (Angst, Stassen, Clayton & Angst, 2002).

Ademais, pesquisas indicam efeitos negativos sobre os familiares do paciente diagnosticado com transtorno bipolar (Perlick, Miklowitz & Link, 2007). Investigações mostram que familiares cuidadores de pacientes com transtorno bipolar possuem índices de estresse tão elevados quanto cuidadores de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia (Chadda, Singh & Ganguly, 2007). Em relação aos cuidadores de familiares com depressão unipolar, os familiares de pacientes com transtorno bipolar apresentam níveis de estresse significativamente mais elevados (Chadda, Singh & Ganguly, 2007; Ogilvie, Morant & Goodwin, 2005).

Cerca de 90% dos familiares cuidadores de paciente com transtorno bipolar apresentam nível de estresse moderado ou elevado em relação aos problemas de comportamento do indivíduo cuidado (Perlick *et al*, 2007). No mesmo estudo, o nível de estresse elevado dos familiares cuidadores esteve associado a um maior relato de problemas físicos, sintomas depressivos, comportamentos de risco à saúde, maior uso de serviços de saúde e menor sentimento de apoio social. Outra investigação mostra que o estresse elevado aumenta em treze vezes as chances de este familiar utilizar um serviço de saúde mental (Perlick, Hohenstein, Clarkin, Kaczynski & Rosenheck, 2005).

Embora o estresse e a baixa qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com transtorno bipolar estejam substancialmente relatados na literatura científica, sua identificação ainda é negligenciada, por conseqüência, os prejuízos à saúde destes familiares cuidadores não são considerados. Portanto, o presente manuscrito objetivou revisar a literatura científica sobre o impacto da psicoeducação para familiares de pacientes diagnosticados com transtorno bipolar.

MÉTODOS

A busca por artigos científicos foi realizada nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), PsychoInfo e Thomson Reuters Web of Knowledge. As buscas foram limitadas a estudos em idioma inglês, espanhol e português. As palavras-chave foram organizadas de acordo com a seguinte estratégia (transtorno bipolar) AND (psicoeducação OR psicoeducativo OR psicoeducacional) AND (família OR familiar OR familiares OR cuidador OR cuidadores). A partir dos resultados desta busca foram avaliados os artigos que apresentavam intervenções psicoeducativas para familiares no transtorno bipolar, conforme adaptação de processo de revisão integrativa (Souza, Silva & Carvalho, 2010). Além disso, foi realizado contato com os pesquisadores Maria Reinares (Univeristy of Barcelona) e David Miklowitz (University of Colorado) com objetivo de agregar maiores informações sobre os procedimentos dos processos de psicoeducação em familiares de pacientes com transtorno bipolar.

RESULTADOS

A psicoeducação pode ser considerada uma modalidade de intervenção que visa propiciar melhores condições de entendimento e compreensão da patologia bem como salientar e potencializar os aspectos positivos do paciente. Reconhecidamente a psicoeducação tem se mostrado uma modalidade efetiva e de fácil integração ao tratamento de pacientes com transtorno de ansiedade, transtorno depressivo, idosos com doença mental crônica e esquizofrenia, entre outras populações (Cheng & Chan, 2005).

Talvez mais do que qualquer outra doença mental, o transtorno bipolar necessita de um tratamento compreensivo e integrado. Atualmente, assim como a farmacoterapia, a psicoeducação como forma de intervenção individual ou em grupo, deve ser parte do tratamento integrado para transtorno bipolar (Rouget & Aubry, 2007).

Contudo, ressaltamos que o tratamento farmacológico é considerado indispensável para o transtorno bipolar (Post *et al*, 2005), conseqüentemente intervenções psicossociais estão sendo reconhecidas como efetivos componentes de tratamentos compreensivos que visam integrar diferentes práxis.

A psicoeducação se trata de uma modalidade de fácil aplicabilidade não apenas a grande maioria dos pacientes, mas também a seus familiares. Neste sentido, intervenções psicoeducacionais para pacientes com transtorno bipolar e seus familiares têm melhorado o conhecimento de ambos sobre o transtorno e o estresse causado por este (Bernhard *et al*, 2006). Sua utilidade na adesão ao tratamento medicamentoso e nos resultados terapêuticos obtidos em pacientes com transtorno de humor bipolar é inquestionável (Colom *et al*, 2003; Colom & Lam, 2005), inclusive em casos onde há comorbidade com transtornos de personalidade (Colom *et al*, 2004).

Em experimento realizado na Espanha com objetivo de avaliar os efeitos de um modelo de intervenção psicoeducacional em familiares de pacientes com transtorno bipolar como estratégia de prevenção à saúde destes cuidadores, familiares de pacientes com transtorno bipolar após serem submetidos a um modelo psicoeducacional de 12 sessões apresentaram maior conhecimento da patologia assim como menores índices de estresse subjetivo em relação aos familiares que não realizaram a intervenção proposta (Reinares *et al*, 2004). Durante as 12 sessões foram trabalhados os seguintes tópicos: entendendo a natureza do TB; episódios de mania e hipomania; episódios de depressão e mistos; identificação de gatilhos e pródromos; tratamento farmacológico – estabilizadores de humor; tratamento farmacológico – anti-psicóticos e anti-depressivos; família e tratamento – melhorando a aderência; planejamento de estratégias de enfrentamento de problemas; outros tópicos importantes – suicídio, gravidez, ciclagem rápida, etc.; manejo e prevenção de estresse na infância (2 sessões) e recursos legais e sociais. Um ano após, os indivíduos com transtorno bipolar cujo familiar participou da psicoeducação tiveram

menor recorrência de episódios maníacos e hipomaníacos assim como maior intervalo de tempo entre episódios “pra cima” (maníacos/hipomaníacos) (Reinares et al, 2008).

O mesmo grupo de pesquisa publicou outro manuscrito apresentando efeito de redução no tempo de recorrência de episódios da intervenção psicoeducativa (Reinares et al, 2010). No follow-up de 15 meses após o tratamento, os indivíduos com transtorno bipolar com períodos bem estabelecidos de eutimia cujo familiar participou da psicoeducação obtiveram maior tempo de recorrência quando comparados aos indivíduos cujo familiar não participou da intervenção ou os indivíduos que se apresentam em estágio avançado do transtorno (pacientes com ciclagem rápida ou que, mesmo durante a eutimia, apresentam sintomas psiquiátricos confinados a comorbidades; pacientes que apresentam um padrão claro de déficit cognitivo e funcionais e pacientes que, devido à gravidade das deficiências são incapazes de viver de forma autônoma e precisam de supervisão para realizar atividades diárias).

Outro experimento realizado avalia a Terapia Focada na Família (TFF) – intervenção realizada com familiares de adolescentes (Miklowitz et al, 2008). Esta incluiu paciente, pais e irmãos disponíveis e é constituída por 21 sessões, com duração total de nove meses. As primeiras 12 sessões ocorrem com frequência semanal, as seis sessões intermediárias ocorrem quinzenalmente, enquanto os últimos três encontros são mensais. Na etapa inicial de psicoeducação, os objetivos das primeiras 10 sessões foram: encorajar os pacientes e familiares para desenvolverem um entendimento comum dos sintomas, etiologia e curso do transtorno bipolar e a precipitação de recorrências; encorajar a adesão em curso com a farmacoterapia; e realizar a prevenção de recaídas, identificando os sinais prodrômicos de reincidência. Nas fases posteriores é trabalhada a comunicação familiar, através de treinamento de habilidades de escuta ativa, *role-playing* e ensaios nas sessões, oferecendo um feedback positivo ou crítica construtiva, avaliando-se a necessidade de alterações de comportamentos, e habilidades de resolução de problemas, em que os participantes aprenderam a identificar, gerar soluções para implementar nos problemas na vida da família. Os três encontros finais desenvolvem os mesmo temas com características semelhantes à fase de término e prevenção de recaída do modelo consagrado da terapia cognitivo comportamental (Beck, 1997). A terapia focada na família tem se mostrado eficaz em combinação com a farmacoterapia na estabilização dos sintomas depressivos entre indivíduos com transtorno bipolar. Para estabelecer ainda melhores resultados, a TFF pode ter de ser complementada com uma sistemática intervenção de cuidados efetivos nos sintomas de mania (Miklowitz et al, 2008).

Alguns estudos, ressaltando a importância de intervenções aos familiares de pacientes com transtorno bipolar, tem focado especialmente a manifestação deste transtorno na infância. Outro estudo avaliou se a psicoterapia psicoeducacional juntamente com os familiares melhora os resultados para crianças de 8 a 12 anos com depressão ou transtorno bipolar (Fristad, Verducci, Walters & Young, 2009).

Crianças e um ou dois dos pais participando de oito sessões de psicoterapia psicoeducacional multifamiliar com duração de 90 minutos cada foram avaliadas. Grupos de pais e filhos se reuniam separadamente, mas começavam e terminavam as sessões juntos. Conteúdos das sessões dos pais e das crianças foram tematicamente ligados, conforme Figura 1.

Foi distribuído para o grupo folhetos informativos sobre os conteúdos das sessões. Os terapeutas incentivaram os participantes a fazerem perguntas, pedir esclarecimentos ou procurar informações adicionais. As sessões foram oferecidas durante a semana, no final da tarde, em virtude da rotina das famílias, como trabalho e escola, por exemplo. Além disso, um ambiente confortável foi importante para que os grupos ocorressem de forma adequada. Os principais objetivos dos grupos foram apoio social, informação e capacitação. Esta intervenção mostrou-se eficaz por estar associada a melhora da severidade da sintomatologia de humor nas crianças que passaram pela psicoeducação até um ano após seu término.

Para a mesma faixa etária (8 a 12 anos), foi elaborado outro modelo de tratamento cognitivo-comportamental focado na família da criança (Pavuluri, Naylor & Janicak, 2002). Neste, as 12 sessões são centradas na psicoeducação sobre o transtorno bipolar e no treinamento de pais que objetivam o entendimento do quadro clínico, a reestruturação de pensamentos sobre a competência dos pais e regulação do afeto na relação com a criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se a importância de intervenções clinicamente efetivas e viáveis aos familiares de indivíduos com transtorno de humor bipolar que visem propiciar melhores condições de entendimento e compreensão desta patologia, bem como, salientar e potencializar os aspectos positivos do sujeito portador de tal quadro.

A partir disso, visando contextualizar a referida problemática ao ambiente de atenção à saúde mental nacional cabe a seguinte questão: No Brasil, a psicoeducação pode trazer benefícios diretos à saúde dos familiares e dos pacientes com transtorno mental, especificamente no TB, minimizando os problemas de adaptação da sociedade frente ao processo de descentralização da atenção à saúde mental?

Evidentemente, a atenção à saúde mental em nosso país é composta por setores de grande complexidade e, por conseqüência, sofre influências das mais diversas áreas. Sabe-se que proporcionar ao familiar de um portador de transtorno mental condições para melhor entendimento sobre questões de saúde não irá solucionar totalmente nem mesmo as próprias dificuldades no relacionamento intrafamiliar. Cada contexto familiar se constitui de forma singular e que dentro das relações familiares, a “doença mental” pode assumir características diversas e peculiares. Contudo, através da psicoeducação ao familiar será facilitado o processo de

acompanhamento do sujeito com transtorno mental. Em especial no TB, pois as condições de assistência secundária e terciária destes indivíduos diagnosticados serão melhoradas, uma vez que o familiar poderá ser um agente ativo no tratamento. Da mesma forma, se auxiliará no processo de atenção primária e secundária à saúde dos próprios familiares, tendo em vista que os efeitos negativos causados pela sobrecarga de cuidados poderão ser prevenidos e identificados. Assim, a família pode efetivamente se tornar um elemento aliado de fundamental importância para a promoção de saúde.

Pelas características do transtorno bipolar evidencia-se a importância de investigações relativas a novas modalidades e abordagens, principalmente utilizando-se protocolos que busquem integrar as diversas dimensões deste quadro (social, farmacológica e psicológica), com repercussões em curto e médio prazo na prevenção de outros comportamentos de risco à saúde deste indivíduo e de seus familiares.

Cabe ainda salientar que a psicoeducação possui curta duração, custo reduzido e se caracteriza pela fácil aplicabilidade por profissionais da área de saúde, o que torna possível a sua futura implementação em práticas públicas de saúde sem maiores dificuldades.

Este tipo de intervenção, sem dúvidas, pode colaborar para efetivação do processo de desinstitucionalização. Portanto, a clara necessidade de uma intervenção terapêutica para familiares de pacientes com transtorno bipolar reside na capacidade de abrangência desse tratamento, prevenindo a incidência de comportamentos que coloquem em risco à saúde destes cuidadores, assim como, promovendo e potencializando resultados positivos ao tratamento do paciente com TB.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angst, Felix. Stassen, Hans H. Clayton, Paula J. Angst, Jules. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. Journal Affective Disorders, volume 68, 167-181. 2002.

Angst, Jules. The Emerging Epidemiology of Hypomania and Bipolar II Disorder. Journal Affective Disorders, volume 50, 143- 151. 1998.

Angst, Jules. Gamma, Alex. Benazzi, Franco. Ajdacic, Vladeta. Eich, Dominique. Rössler, Wulf. Toward a Re-Definition of Subthreshold Bipolarity: Epidemiology and Proposed Criteria for Bipolar-Ii, Minor Bipolar Disorders and Hypomania. Journal Affective Disorders, volume 73, 133-146. 2003.

Bandeira, Marina. Barroso, Sabrina M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, volume 54, 34-46. 2005.

Beck, Judith S. Terapia Cognitiva. Teoria e Prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Bernhard, Britta. Schaub, Annette. Kümmler, Petra. Dittmann, Sandra. Severus, Emanuel. Seemüller, Florian. Christoph, Born. Forsthoff, Anna. Licht, Rasmus W. Grunz, Heinz. Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. European Psychiatry, volume 21, 81–86. 2006.

Chadda, Rakesh K. Singh, Tej B. Ganguly, Kalyan K. Caregiver burden and coping: A prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, volume 42, 923-930. 2007.

Cheng, Lai-Yu. Chan, Sally. Psychoeducation Program for Chinese Family Carers of Members With Schizophrenia. Western Journal of Nursing Research, volume 27, 583-599. 2005.

Colom, Francesco. Lam, Dominic. Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. European Psychiatry, volumen 20, 359–64. 2005.

Colom, Francesco. Vieta, Eduard. Martínez-Arán, Anabel. Reinares, María. Goikolea, José M. Benabarre, Antonio. Torrent, Carla. Comes, Mercè. Corbella, Barbara. Parramon, Gemma. Corominas, Josep. A Randomized Trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Archives of General Psychiatry, volume 60, 402-7. 2003.

Colom, Francesco. Vieta, Eduard. Sanchez-Moreno, José. Martínez-Arán, Anabel. Torrent, Carla. Reinares, María. Goikolea, José M. Benabarre, Antonio. Comes, Mercè. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. Bipolar Disorder, volume 6, 294–298. 2004.

Fristad, Mary. Verducci, Joseph. Walters, Kimberly. Young, Matthew. Impact of Multifamily Psychoeducational Psychotherapy in Treating Children Aged 8 to 12 Years With Mood Disorders. Archives of General Psychiatry, volume 66, 1013-1021. 2009.

Goetzl, Ron Z. Hawkins, Kevin. Ozminkowski, Ronald J. Wang, Shaohung. The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. Occupational and Environmental Medicine, volume 45, 5-14. 2003.

Heru, Alison M. Ryan, Christine E. Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. Journal Affective Disorders, volume 83, 221–225. 2004.

Judd, Lewis L. Akiskal, Hagop S. The Prevalence and Disability of Bipolar Spectrum Disorders in the Usa Population: Re-Analysis of the Eca Database Taking into Account Subthreshold Cases. Journal of Affective Disorders, volume 73, 123-131. 2003.

Jungbauer, Johannes. Wittmund, Bettina. Dietrich, Sandra. Angermeyer, Mathias C. Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs, volume 17, 126-134. 2003.

Lauber, Christoph. Eichenberger, Adrian. Luginbühl, Peter. Keller, Christian. Rössler, Wulf. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. European psychiatry the journal of the Association of European Psychiatrists, volume 18, 285-289, 2003.

Lima, Maurício S. Tassi, Juliana. Novo, Ingrid P. Mari, Jair J. Epidemiologia do transtorno bipolar. Revista Psiquiatria Clínica, volume 32, 15-20. 2005.

Martens, Laurie. Addington, Jean. The psychological wellbeing of family members of individual with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, volume 36, 128-133. 2001.

Miklowitz, David J. Axelson, David A. Birmaher, Boris. George, Elizabeth L. Taylor, Dawn O. Schneck, Christopher D. Beresford, Carol A. Dickinson, L Miriam. Craighead, W Edward. Brent, David A. Family-Focused Treatment for Adolescents With Bipolar Disorder. Results of a 2-Year Randomized Trial. Archives of General Psychiatry, volume 65, 1053-1061. 2008.

Murray, Christopher L J. Lopez, Alan D. The Global Burden of disease: A comprehensive Assessment of mortality and disability from diseases, injures, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard University Press. 1996.

Ogilvie, Alan D. Morant, Nicola. Goodwin, Guy M. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. Bipolar Disorder, volume 7, 25-32. 2005.

Pavuluri, Mani N. Naylor, Michael W. Janicak, Philip G. Recognition and treatment of pediatric bipolar disorder. Contemporary Psychiatry. 2002.

Perlick, Deborah A. Hohenstein, Jill M. Clarkin, John F. Kaczynski, Richard. Rosenheck, Robert A. Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. Bipolar Disorder, volume 7, 126-135. 2005.

Perlick, Deborah A. Miklowitz, David J. Link, Bruce G. Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. British Journal Psychiatry, volume 190, 535-536. 2007.

Perlick, Deborah A. Rosenheck, Robert A. Miklowitz, David J. Chessick, Cheryl. Wolff, Nancy. Kaczynski, Richard. Michael, Ostacher. Jayendra, Patel. Rani, Desai. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorder*, volume 9, 262–273. 2007.

Post, Robert M. Altshuler, Lori L. Frye, Mark A. Suppes, Trisha. McElroy, Susan L. Keck, Paul E. Leverich, Gabriele S. Kupka, Ralph. Nolen, Willem A. Luckenbaugh, David A. Walden, Jorg. Grunze, Heinz. Preliminary observations on the effectiveness of levetiracetam in the open adjunctive treatment of refractory bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, volume 6, 370-374. 2005.

Reinares, María. Colom, Francesco. Rosa, Adriane. Bonnín, Mar C. Franco, Carolina. Solé, Brisa. Kaspzinski, Flavio. Vieta, Eduard. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *Journal Affective Disorders*, volume 123, 81-86. 2010.

Reinares, María. Colom, Francesco. Sánchez-Moreno, José. Martínez-Arán, Anabel. Comes, Mercè. Goikolea, José. M. Benabarre, Antonio. Salamero, Manel. Vieta, Eduard. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disorder*, volume 10, 511-519. 2008.

Reinares, María. Vieta, Eduard. Colom, Francesco. Martínez-Arán, Anabel. Torrent, Carla. Comes, Mercè. Goikolea, José M. Benabarre, Antonio. Sánchez-Moreno, José. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom*, volume 73, 312-9. 2004.

Rosa, Lucia. Transtorno Mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2003.

Rouget, Béatrice W. Aubry, Jean M. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *Journal Affective Disorders*, volume 98, 11–27. 2007.

Song, Li-Yu. Biegel, David E. Milligan, Sharon E. Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. Community Ment Health J, volume 33, 269-86. 1997.

Souza, Marcela T. Silva, Michelly D. Carvalho, Rachel. Integrative review: What is it? How to do it? São Paulo: Einstein, volume 8, 102-106. 2010.

St-Onge, Myreille. Lavoie, Francine. Cormier, Hugues. Les difficultés perçues para des mères de personnes atteintes de troubles psychotiques face au système de soins professionnels. Sante Ment Que, volume 20, 89-118. 1995.

Tessler, Richard C. Gamache, Gail M. Family Experiences with Mental Illness. Westport: Auburn House, 2000.