

# **TRANSTORNO BIPOLAR NA ADOLESCÊNCIA E AS CONSEQUÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO TARDIO: UM ESTUDO DE CASO**

Jessica Brenda Corrêa<sup>1</sup>

Claudia Waltrick Machado Barbosa<sup>2</sup>

## **RESUMO**

Cerca de 4% da população adulta mundial sofre de transtorno bipolar e, segundo a Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (ABTB), essa prevalência vale também para o Brasil, o que representa 6 milhões de pessoas no país. O transtorno bipolar está mais presente do que podemos imaginar, é um caso difícil e exige muita paciência de todos que convivem, pois se dá indícios na adolescência, mas nesta fase, normalmente não é levado muito em consideração visando que o adolescente já tem por si só como rebelde e misto de sensações, é necessário o apoio não só ao paciente, mas a família que precisa também, elaborar e entender o processo para conviver com ele. A adesão ao tratamento precisa ser muito bem trabalhada, com o paciente e a família. Eles devem ser esclarecidos e orientados, pois muitas vezes precisam mudar todo um estilo de vida. Ainda não podemos confirmar a razão exata de alguém desenvolver o TB, mas podemos saber que há diversos fatores como: peculiaridades biológicas, neurotransmissores, hormônios, hereditariedade e o meio ambiente. O estresse intenso, os usos abusivos de drogas também podem contribuir para o aparecimento do transtorno, tornando esses sujeitos ainda mais vulneráveis, a idade considerada de risco para esse aparecimento é entre 15 e 25 anos, homens e mulheres possuem a mesma chance de desenvolver a doença. Neste trabalho prevalece a importância de um diagnóstico e do apoio familiar e da sociedade com o sujeito com transtorno bipolar na adolescência, ele é quem mais sofre do início ao fim. Este trabalho é visado ao adolescente devido ser a fase que mais há facilidade em desenvolver o transtorno, mostrando a importância do diagnóstico, e do entendimento sobre o transtorno, para que os pais consigam ver a existência do mesmo sem julgar ou oprimir o filho.

**Palavras-chave:** Família, adolescentes, atendimento psicológico e transtorno bipolar.

## **BIPOLAR DISORDER IN ADOLESCENCE AND THE CONSEQUENCES OF LATE DIAGNOSIS: A CASE STUDY**

## **ABSTRACT**

According to the Brazilian Association of Bipolar Disorder (ABTB), around 4% of the world's adult population suffers from bipolar disorder, this prevalence is also valid for Brazil, which represents 6 million people in the country. Bipolar disorder is more present than we can imagine, it is a difficult case and requires a great deal of patience from all who live together, since there are signs in adolescence, but at this stage is not taken into account very much

---

<sup>1</sup> Acadêmico da 10ª fase do Curso de Psicologia do Centro Universitário UNIFACVEST.

<sup>2</sup> Psicóloga e pedagoga – Professora do Curso de Psicologia do Centro Universitário UNIFACVEST, Mestre em educação, especialista em terapia familiar e de casal.

considering that the adolescent already has alone Rebellious and mixed of sensations, it is necessary the support not only to the patient, but the family that also needs, to elaborate and to understand the process to live with him. Adherence to treatment needs to be well worked out, with the patient and the family. They must be enlightened and guided, as they often need to changes a whole lifestyle. We still can not confirm the exact reason someone develops TB, but we can know that there are many factors such as: biological peculiarities, neurotransmitters, hormones, heredity and the environment. Intense stress, abusive drug use may also contribute to the onset of the disorder, making these subjects even more vulnerable, the age considered at risk for this appearance is between 15 and 25 years, men and women have the same chance of developing disease. In this work the importance of a diagnosis and the support of family and society with the subject with bipolar disorder in adolescence prevails, he is the one who suffers most from beginning to end. This work is aimed at the adolescent because it is the phase that is most easily developed in the disorder, showing the importance of diagnosis and understanding about the disorder, so that parents can see the existence of the disorder without judging or oppressing the child.

**Keywords:** Family, adolescents, psychological care and bipolar disorder.

## INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos são, atualmente, um tema de interesse tanto na medicina quanto na psicologia, dado o grande número de indivíduos que apresentam diagnósticos graves e crônicos, com significativa repercussão em seu meio familiar. No entanto, a bipolaridade vem sendo um dos temas mais discutidos atualmente, pelo fato de existir o conhecimento popular sobre o que é o transtorno. O transtorno bipolar é uma doença psiquiátrica caracterizada pela alteração de humor, onde o sujeito quando está em uma crise, altera entre raiva e tristeza, tornando a convivência e a ajuda ainda mais difícil. A bipolaridade acarreta incapacitação e grave sofrimento para os portadores e suas famílias, os problemas que vão aparecendo, se confundem na hora do diagnóstico, pois seus familiares, relacionam a tudo menos a um transtorno. Em alguns casos, os sintomas que vão aparecendo, muitos acreditam ser normal, principalmente na adolescência.

Neste trabalho tratamos em especial sobre a adolescência, em fase, em expectativas, em desafios, dúvidas e riscos. Tendo em vista a dificuldade em um diagnóstico e o quanto a pessoa com transtorno bipolar sofre durante esse processo e após um diagnóstico tardio. Para ser diagnosticado como portador de transtorno bipolar, o paciente deve apresentar um conjunto de sintomas que representem um desvio marcante na sua forma habitual, acompanhado por prejuízos no convívio social, profissional e em outras áreas importantes da sua vida (APA, 2002; KAPLAN & SADOCK, 1997).

O transtorno bipolar com início na infância e adolescência está associado a um curso crônico com oscilações diárias (TILLMAN; GELLER, 2003), e importantes prejuízos funcionais, tais como dificuldades nas relações interpessoais, escolares, problemas legais e múltiplas hospitalizações (CARLSON; KELLY, 1998; GELLER et al., 2002; CHANG et al., 2003).

Para ser diagnosticado na adolescência os critérios utilizados são os mesmos que para os adultos. A associação entre transtornos do humor e os sintomas no ambiente familiar, como dificuldades de comunicação e conflitos (FRISTAD, 2006 BELARDINELLI et al., 2008) é bidirecional, pois a família é afetada pelos sintomas apresentados, assim como o paciente, é afetado pela família (MIKLOWITZ; GOLDSTEIN, 1997).

Trata-se de uma patologia psiquiátrica grave, que envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais e socioafetivos. O acompanhamento, a longo prazo, assume um papel fundamental visto que essa é uma doença crônica, associada a altos índices de mortalidade, comorbidades e prejuízos socioeconômicos, muitas vezes, importantes (SUPPES; DENNEHY, 2009).

Concluimos então que o tratamento, portanto, rege toda família e não só o indivíduo com transtorno bipolar, é necessário compreender esse adolescente tanto em fase como em transtorno, para que ele possa ter suas vivências normais e não se sentir oprimido em nenhum momento. A adolescência por si só já traz muitas cobranças, como escolha de profissão, início muitas vezes da vida sexual, é necessário paciência e cautela para que esse jovem não acabe desenvolvendo outros transtornos ou até mesmo se tornando um dependente químico.

Cabe lembrar que esse transtorno, apresenta como características principais: as oscilações de humor, a impulsividade, o abuso de substâncias psicoativas, as altas taxas de comorbidade e mortalidade e dificuldade na adesão ao tratamento. Berk (2009) afirma que o transtorno bipolar, é a sexta causa mais comum de incapacidade entre adultos, sendo difíceis, tanto seu diagnóstico quanto seu tratamento.

A partir destes pressupostos, o interesse neste estudo volta-se aos adolescentes, pois, como demonstram as pesquisas acima citadas, o transtorno bipolar tem se mostrado presente cada vez mais cedo na população adolescente. Neste estudo, a preocupação em discutir este transtorno, voltado para pacientes adolescentes, implica em que muitos dos sintomas do transtorno, são por vezes, confundidos com comportamentos recorrentes em adolescentes.

A adolescência é uma fase de intensas transformações na vida do sujeito, nela emergem muitas tribulações, devido à passagem de um período, até então aparentemente calmo, para uma nova etapa turbulenta, composta por muitas transformações tanto físicas quanto emocionais na

vida das pessoas. É um período de transição, no qual é comum encontrarem-se muitos conflitos advindos da formação da identidade. Isso porque no período da adolescência as mudanças biológicas e emocionais firmam uma nova identidade, nesse período o corpo muda sensivelmente e, por conseguinte, o emocional do adolescente também, trazendo elementos novos que até então, eram desconhecidos.

Assim como no adulto, o transtorno bipolar é considerado grave e está associado a sintomas debilitantes, incluindo as perturbações significativas do humor (por exemplo: eufórico ou irritável), episódios de raiva, grandiosidade, autoestima inflada, comportamento hipersexual e diminuição da necessidade de sono. Dentre os sintomas incluem-se: dificuldade em seguir regras (o que resulta em problemas emocionais no relacionamento social e no funcionamento acadêmico), desesperança e poucas habilidades sociais de enfrentamento. Os autores salientam ainda uma contingência presente na vida dos indivíduos com este transtorno, que são a ocorrência de mais eventos negativos e estresse crônico (COLOM; VIETA, 2004).

Segundo estudos recentes, “É impossível tratar pacientes bipolares sem o apoio da família”. Essa foi uma das convicções de Doris Moreno, doutora em psiquiatria pela Universidade de São Paulo (USP), pois, a doença atinge cerca de 4% da população adulta no Brasil, o que representa 6 milhões de pessoas, de acordo com a Associação Brasileira de Transtorno Bipolar (ABTB), o que torna este trabalho ainda mais importante, para que não só quem possui conhecimento sobre o transtorno, mas para quem não o conhece possa esclarecer o que realmente é, e quão difícil o convívio com as alterações de humor, instabilidade emocional, comportamento, raciocínio e sentimentos (COLOM; VIETA, 2004, p. 145).

A família tem papel fundamental não só no tratamento, mas como na identificação do transtorno, pois o mesmo aparece na vida adulta, mas dá indícios na infância e adolescência, a família também tem papel importante na medicação, pois a pessoa bipolar muitas vezes recusa a medicação ou até mesmo deixa de toma-la em algum momento, é importante preparar essa família para os desafios que serão encontrados e a melhor forma de auxiliar no tratamento e na própria forma de conviver com este transtorno.

Por ser um transtorno crônico, o elemento educacional é importante, para que a cooperação fique mais fácil. Estimula-se o paciente a perguntar sobre seu transtorno, causas e tratamento. Como em toda terapia cognitiva, o modelo cognitivo é apresentado e se ensina a pessoa a identificar e a analisar as mudanças cognitivas que ocorrem na depressão e mania, seus pensamentos automáticos e as distorções do pensamento. Os problemas psicossociais e interpessoais são discutidos e, são ensinadas técnicas para que sejam mais bem manejados. Por exemplo: solução de problemas e treino de habilidades sociais. Para criar a aliança terapêutica

e a participação ativa do cliente no tratamento é importante compartilhar a filosofia ou racional que está na base do tratamento instituído, solicitar opinião sobre o tratamento, discutir preocupações sobre o mesmo, negociar planos terapêuticos e instituir o tratamento preferido pelo paciente (NETO, 2004).

Elemento importante da aliança terapêutica é a atenção à família. Deve-se, com ela, discutir sintomas, formas de tratamento e o que esperar do futuro. É importante lembrar que a família precisa também lidar com dor e sofrimento e é necessário criar o clima propício a isso. Olhar sempre as crianças pequenas, que num momento de crise podem ser esquecidas, e geralmente estão muito assustadas ou até negligenciadas (NETO, 2004).

Frente ao que foi exposto, o transtorno bipolar em adolescentes, por ser uma fase complexa, os sintomas do transtorno bipolar podem não ser percebido pelos familiares, e isto pode causar danos para o sujeito na vida adulta? A partir deste questionamento, o intuito deste trabalho é demonstrar a importância da percepção dos pais frente as mudanças nos comportamentos dos filhos adolescentes e a correlação com o transtorno bipolar, bem como a relevância do acompanhamento psicoterapêutico sistêmico dos familiares frente ao diagnóstico tardio.

As diversas fases da vida, como a infância, adolescência, período adulto e terceira idade, são caracterizadas por algumas particularidades que proporcionam um maior entendimento na forma como as pessoas se comportam dentro de seus nichos sociais. A cultura, economia, política e a maturidade social nos diversos países, são alguns fatores que influenciam e predizem como os indivíduos se relacionam, pensam e agem durante estas fases. A adolescência tem sido objeto de estudo de diversos pesquisadores e considerada por Organizações Nacionais e Internacionais uma faixa etária prioritária para ações de promoção, prevenção e proteção à saúde.

Vários fatores contribuíram para essa preocupação com a adolescência, entre eles podemos destacar a importância desse contingente populacional, que constitui 23% da população mundial, a adolescência pode ser destacada por algumas características, como o desenvolvimento do autoconceito, autoestima e de conceitos mais complexos, pois é nela que muitas vezes tomamos decisões das quais iremos nos arrepender, ou decisões nas quais serão úteis ao nosso futuro. A adolescência é caracterizada pelo humor alterado, pela exigência de adaptação dos familiares as suas ideias e pelo uso de drogas e ou gravidez. É uma das fases mais alarmantes para os pais e mais difíceis para o indivíduo.

Acreditar ser a adolescência uma fase de construção identitária possibilita a representação do adolescente como rebelde, em constante oposição aos valores da sociedade e

às tradições. Por um lado, ele é visto com apreensão, e, por outro, é encarado como alguém que deve ser orientado através da contenção de seus impulsos. Entretanto, perguntamos se essas características atribuídas aos denominados adolescentes são naturais e constitutivas dessa fase da organização subjetiva ou se são produzidas por esse sujeito como resposta ao lugar que a sociedade lhe destina. Perguntamos, ainda, se muitas das características apresentadas pelos adolescentes também não podem ser encontradas nos demais sujeitos não adolescentes constituídos sob a égide do ideário moderno marcado pelo individualismo. (PRANIS, 2010, p. 826).

A adolescência é permeada por algumas ambivalências quanto à definição de sua extensão, por isso, a maioria dos teóricos a descrevem como fase intermediária entre a infância e a fase adulta, ou como etapa de desenvolvimento, desencadeada pelo surgimento das transformações orgânicas da puberdade que é encerrada através do amadurecimento psicossocial.

Parece que a duração da adolescência pode ser razoavelmente definida em termos de processos psicológicos, em face das limitações no emprego de outros elementos. Segundo esta estrutura de referência, a adolescência começa com as reações psicológicas do jovem a suas mudanças físicas da puberdade e se prolonga até razoável resolução de sua identidade pessoal. Para alguns, o processo de maturação sexual pode começar na primeira década da vida e, para outros, jamais se conseguirá um firme senso de identidade pessoal. Entretanto, para a maioria das pessoas jovens, estes eventos ocorrerão principalmente entre as idades de 11 e 20 anos, que limitam a fase da adolescência. (CAMPOS, 1998, p. 15).

De acordo com Berger (2003) além de a adolescência começar em meio as alterações físicas da puberdade, ela capacita o jovem a transcender do pensamento concreto para o pensar abstrato e hipotético. Havendo em paralelo, mudanças psicossociais voltadas aos pais, à nova independência com amigos, nova intimidade com a compreensão de si. Sendo estas transformações precursoras da vida adulta, no qual o tornar-se adulto, não é uma questão de proporção de intelectualidade, mas sim, de maturidade social.

Mudanças cognitivas levam os adolescentes ao pensamento abstrato, a refletir mais sobre “o que deveria ser”, “o que poderia ser”, do que sobre “o que é”. Refletir sobre algo e fazer conjecturas a respeito do futuro deixam de ser atitudes estranhas para eles, que se sentem cada vez mais inclinados a especular e imaginar. Na medida em que fazem, suas emoções se conectam mais intimamente a seus pensamentos. (ELIAS; TOBIAS & FRIEDLANDER, 2001, p. 65).

A postura adquirida pelo adolescente significa apenas, a busca por ascender na aquisição e no andamento das inter-relações, pois, inicialmente na fase infantil seus laços afetivos, amizades e sua forma de se relacionar eram basicamente intermediadas e até mesmo definidas

pelos pais. Nesta etapa é chegada à hora da própria tomada de decisões, de conquistar espaço e vínculos próprios, de selecionar e buscar integrar-se a grupos condizentes com os novos ideais e expectativas que se fazem presentes. E é por isso, que neste período há esse movimento de buscar tornar-se, ou até mesmo, “transformar-se” em apto para compartilhar de determinados grupos escolhidos como ideais. O que torna perfeitamente compreensível o porquê, das constantes mudanças radicais de vestimentas, linguagem, gosto musical e de posturas diversas no dia-a-dia. (FENWICK & SMITH, 1996).

Vimos até aqui, que diante do contexto do desenvolvimento do adolescente e a complexidade desta fase, e tudo que nela está compreendida, os conflitos internos deste período são inerentes. Porém, o que apontamos neste estudo, é o olhar da família para esta fase tão delicada. A adolescência é por si só um período conflitante, tanto para os jovens, como para seus familiares e que estes devem estar atentos aos comportamentos de seus filhos, para assim poder identificar até que ponto certas atitudes e comportamentos se referem ao contexto natural da própria adolescência, ou podem estar se apresentando de forma exacerbada. O importante aqui, é chamar a atenção para os comportamentos e atitudes, que extrapolam os parâmetros da adolescência dita “normal”.

O diagnóstico de transtorno bipolar é complicado em adultos, levando em média 10 anos para ser realizado, pois normalmente ocorre a predominância das fases depressivas, o que induz ao erro. Em crianças e adolescentes o desafio pode ser ainda maior, pois as fases não são muito bem definidas, o que dificulta ainda mais o processo de diagnóstico. O transtorno bipolar na adolescência leva muito mais tempo para ser descoberto, o que implica em um diagnóstico tardio e um transtorno em um grau intenso.

Por isso, os pais devem ficar mais atentos nas fases iniciais da doença e do tratamento, pois a continuidade na intervenção é mais fácil quando esses indivíduos já estão mais estáveis. Lembrando que o transtorno bipolar do humor não tem cura, mas pode haver remissão do quadro. A condição pode ser estabilizada, mas isso não exclui a volta de novas oscilações ao longo da vida. O acompanhamento deve ser permanente e o indivíduo conscientizado da importância do seu comprometimento com o tratamento. Os pais e o paciente devem estar atentos a essa condição. (BOARATI, 2014)

É importante ressaltar a importância dos cuidados da família durante todo o processo, pois além de gerar um grande trauma nesse adolescente, o fato de ele já se isolar automaticamente e se sentir sozinho pode relacionar a outros tipos de transtornos tornando o caso ainda mais complicado, é importante manter a calma e fazer com que os pais entendam a importância da terapia nesse processo, pois o fato de ter alguém com o transtorno gera todo um

processo na família correndo risco de sofrimentos ainda maiores. Muitas pessoas fazem uso de drogas e álcool como uma forma de lidar com os sintomas do transtorno bipolar, e é nessa fase que é importante que os pais estejam ainda mais alertas e presentes, pois a tendência do uso é desencadear cada vez mais o transtorno, a procura da droga para alívio dos mesmos é temporário fazendo com que o adolescente use cada vez mais.

O transtorno bipolar geralmente começa a mostrar-se no final da adolescência. O transtorno bipolar na adolescência é grave; é muitas vezes mais grave do que em adultos. Adolescentes com transtorno bipolar costumam apresentar maior risco de suicídio. Infelizmente, transtorno bipolar em adolescentes não é frequentemente diagnosticado e tratado. Isto é em parte porque, embora os sintomas podem começar na adolescência, muitas vezes eles não cumprem todos os critérios para o transtorno bipolar. (AZEVEDO, 2016)

Enquanto não há formas de cura para o transtorno é importante perceber os sinais de alerta de um episódio iminente de depressão bipolar ou mania bipolar. O reconhecimento precoce da doença auxilia muito no tratamento, tornando a forma de vida do sujeito com transtorno bipolar mais controlada e assim da mesma maneira a da família desse sujeito. É importante ver o médico regularmente e fazer tratamento psicológico não só a esse sujeito, mas a família como um todo.

A família é a unidade básica do indivíduo, assim como da doença, suas condições de vida estão relacionadas ao seu tempo e lugar. A civilização desenvolveu desde os ancestrais, uma forma paternalista para a família. Os vínculos familiares são mantidos por fatores biológicos, psicológicos, sociais e econômicos. A família se adapta à sociedade de acordo com sua evolução, seguindo sua maneira de nascimento, crescimento e desenvolvimento, estabelecendo uma capacidade de adaptar-se às mudanças e conflitos. Existe a tradição na sociedade de impor ao homem o dever de zelar por seus filhos como um tipo de manter o direito que ele tem sobre sua esposa.

Os terapeutas da comunicação percebiam que a conversa do paciente e da família fazia algum sentido para chegar à solução dos problemas familiares. O indivíduo buscava uma melhora, mas a família necessitava de que algum membro representasse o sintoma. Assim, os terapeutas, tornavam-se opositores das famílias que eram vistas como rígidas. Isso se tornou uma luta no processo terapêutico. A psicoeducação, atualmente, vem sendo considerada um meio de tratamento (ANDERSON, REISS & HORYART, 1986; FALLON et al. 1985) têm sugerido que o tratamento é resultado de uma interação entre vulnerabilidade biológica e estresse ambiental, característica da família disfuncional “EE”.

Poppe e colaboradores (1990, p. 90) perceberam através dos atendimentos de famílias com psicopatologias um padrão de não permissão para o crescimento e de não diferenciação dos seus membros e sintetizaram, a partir da literatura algumas características: (a) O paciente representando a parte doente da família com liberação de outros membros das cargas e conflitos; (b) A uniformização e diferenciação dos membros da família; (c) A ligação entre a negação das diferenças e o medo das fantasias de aniquilamento; (d) As famílias representando um pobre refúgio emocional associado à presença de isolamento das famílias do meio externo; (e) Satisfação das necessidades do casal através do matrimônio ou procriação. Uma das características de comunicação das famílias patológicas é paradoxo que representa uma contradição, esta segue a dedução correta de premissas lógicas. Através dele pode-se identificar os efeitos pragmáticos dos sintomas, não há interesse pelo processo histórico e evolutivo do indivíduo.

O terapeuta deve seguir a ambivalência e dá andamento ao processo; a violência é designada pelo clímax da indução da crise e deve proporcionar o aparecimento de mais conflitos, para que eles atinjam uma nova resolução. A violência produzida pelos membros passa a ser justificada pelo mesmo comportamento do outro, que antes não se expressava, aceitava e se escondia tudo. Assim, os conflitos passam a vir à tona, as expectativas de mudança tornam-se ameaçadoras por interferirem nos relacionamentos. O resultado do processo é o surgimento de novos padrões. O mesmo ataca os padrões familiares que se dão pela produção de novos relacionamentos do grupo e a quebra do bloqueio de desenvolvimento. Os conflitos são desafiados, pois são duradouros e não resolvidos. Neste momento, as ligações destrutivas passam a se desgastarem.

Os espaços pessoais são isolados, ao mesmo tempo, que novos canais de intervenção são reabertos, trazendo um grande potencial para a comunicação e o processo de reestruturação, o que demonstra que a família se tornou capaz de funcionar adequadamente, trazendo benefícios para seus membros com cada um agindo autonomamente. A mudança no processo terapêutico chega quando a família percebe que seu sistema de funcionamento está alterando e assim, passam a não enfatizar mais a patologia, mas sim a procurar um significado para a relação. Neste momento, começa a surgir autonomia de cada membro. O grupo tornar-se capaz de enfrentar problemas e não mais fugir deles. A reflexão sobre seu próprio modo de relacionar-se produz um cada indivíduo a centralização nas suas dúvidas e esperanças.

Há agora um grupo de indivíduos, funcionando autonomamente, mas que também interagem, sem deixar que haja total influência do todo sobre as partes. O espaço pessoal é descoberto e a identidade se mantém para todos os membros.

## **METODOLOGIA**

A metodologia segundo Bruyne (1991 p. 29), deve ajudar a explicar não apenas os produtos da investigação científica, mas principalmente seu próprio processo, pois “suas exigências não são de submissão estrita a procedimentos rígidos, mas antes da fecundidade na produção dos resultados”.

Para Strauss & Corbin (1998), o método de pesquisa é um conjunto de procedimentos e técnicas utilizados para se coletar e analisar os dados. O método fornece os meios para se alcançar o objetivo proposto, ou seja, são as “ferramentas” das quais fazemos uso na pesquisa, a fim de responder nossa questão. Já na concepção de Minayo (1994, p.23) é considerada como:

Atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Esta pesquisa se define do ponto de vista metodológico por uma pesquisa de abordagem qualitativa, pois. Segundo Fachin (2001, p. 20)

A pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e atribuição de significados são básicos no processo qualitativo. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

Fachin (2001, p.1) aponta que a pesquisa qualitativa [...] envolve uma abordagem interpretativa e naturalista de seu objeto de estudo. Isso significa que pesquisadores qualitativos estudam coisas em seu cenário natural, buscando compreender e interpretar o fenômeno em termos de quais os significados que as pessoas atribuem a ele.

Para este estudo foi utilizado um estudo de caso dirigido Em especial, o Estudo de Caso, por si só, caracteriza-se por ser um tipo de pesquisa que apresenta como objeto uma unidade que se possa analisar de forma mais aprofundada. Visa, assim, ao exame detalhado de um ambiente, ou de um local, ou, ou de uma situação qualquer, ou, ainda, de um determinado objeto, ou, simplesmente de um sujeito ou de uma situação. Pode, então, ser conceituado como um modo de coletar informação específica e detalhada, frequentemente de natureza pessoal, envolvendo o pesquisador, sobre o comportamento de um indivíduo ou grupo de indivíduos em uma determinada situação e durante um período dado de tempo.

Segundo Yin (2005), trata-se de uma forma de se fazer pesquisa investigativa de fenômenos atuais dentro de seu contexto real, em situações em que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente estabelecidas. De acordo com Gil (1991), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo exaustivo e em profundidade de poucos objetos, de forma a permitir conhecimento amplo e específico do mesmo; tarefa praticamente impossível mediante os outros delineamentos considerados.

O autor acrescenta que “o delineamento se fundamenta na idéia de que a análise de uma unidade de determinado universo possibilita a compreensão da generalidade do mesmo ou, pelo menos, o estabelecimento de bases para uma investigação posterior, mais sistemática e precisa” (GIL, 1991, p. 79). Entretanto, considera a dificuldade de generalização dos resultados obtidos, a limitação mais grave do estudo de caso, ao afirmar que:

A impossibilidade de generalização dos resultados obtidos com o estudo de caso constitui séria limitação deste tipo de delineamento. Todavia, o estudo de caso é muito frequente na pesquisa social, devido à sua relativa simplicidade e economia, já que pode ser realizado por único investigador, ou por um grupo pequeno e não requer a aplicação de técnicas de massa para coleta de dados, como ocorre nos levantamentos. A maior utilidade do estudo de caso é verificada nas pesquisas exploratórias. Por sua flexibilidade, é recomendável nas fases de uma investigação sobre temas complexos, para a construção de hipóteses ou reformulação do problema. Também se aplica com pertinência nas situações em que o objeto de estudo já é suficientemente conhecido a ponto de ser enquadrado em determinado tipo ideal (GIL, 2002, p. 140).

Mas, de forma geral, o Estudo de Caso visa proporcionar certa vivência da realidade, tendo por base a discussão, a análise e a busca de solução de um determinado problema extraído da vida real. Em verdade, trata-se de uma estratégia metodológica de amplo uso, quando se pretende responder às questões 'como' e 'por que' determinadas situações ou fenômenos ocorrem, principalmente quando se dispõe de poucas possibilidades de interferência ou de controle sobre os eventos estudados.

Foi participantes desta pesquisa uma mulher jovem com 28 anos de idade, que teve diagnóstico tardio de transtorno bipolar. A psicóloga que acompanha o caso, os pais da paciente. Todos os participantes moram na cidade de Lages-SC.

A metodologia pode ser considerada como a luz que ilumina e indica o caminho do pesquisador ou, ainda, como um farol que indica ao navegador o melhor caminho a seguir. Define, assim, a trajetória que o cientista deve percorrer para alcançar os objetivos por ele propostos. Representa, em verdade, um procedimento racional e ordenado da forma de pensar do pesquisador. No caso do Estudo de Caso Dirigido, os aspectos metodológicos são pré-

definidos, tendo em vista as pesquisas apresentarem o mesmo perfil, variando tão somente a localidade em que será desenvolvida.

Quanto as etapas, deverá ser elaborado individualmente. Conforme as normas, serão consideradas, neste caso, apenas quatro etapas, que serão alvo do processo de avaliação do “Estudo de Caso Dirigido”: (a) 1ª Etapa - projeto ou proposta de pesquisa; (b) 2ª Etapa - caracterização da realidade; (c) 3ª Etapa - análise contextualizada; (d) 4ª Etapa - proposta dirigida. O protocolo de desenvolvimento do estudo de caso é um documento que serve como um roteiro facilitador para a etapa de coleta de dados. Contempla o instrumento de coleta de dados e toda a conduta a ser seguida pelo pesquisador durante a verificação (YIN, 2005).

A partir das várias contribuições de autores apresentados ao longo deste estudo, apresentamos um o roteiro de um possível protocolo de pesquisa que possui um conjunto de atividades e procedimentos. O protocolo constitui uma das melhores formas de aumentar a confiabilidade do estudo de caso (YIN, 2005).

Para tanto, utilizamos o seguinte protocolo:

- a) Revisão dos principais artigos e publicações sobre o assunto abordado na pesquisa;
- b) Definição da unidade caso;
- c) Obtenção da autorização formal do(s) objeto(s) de estudo para realizar a pesquisa de campo;
- d) Estabelecimento dos instrumentos de coleta de dados;
- e) Investigação sobre as técnicas de análise de dados apropriadas à pesquisa;
- f) Delineamento e formatação das questões propostas no roteiro de entrevista;
- g) Avaliação, análise, interpretação e discussão dos resultados (triangulação);
- h) Revisão do relatório pelos sujeitos participantes;
- i) Elaboração do artigo final.

Um dos instrumentos utilizados foi o roteiro de entrevista semiestruturado. Para Triviños (1987, p. 146) a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos deram frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal foi colocado pelo investigador. Complementa o autor, afirmando que a entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

As entrevistas foram realizadas com a paciente e seus pais, na residência dos mesmos. O local foi em um ambiente que eles mesmos determinarem, em dias e horários alternados, conforme agendamento. O agendamento aconteceu por meio telefônico. A entrevista com a psicóloga e foi em seu respectivo consultório. O estudo de caso vale-se de procedimentos de coleta de dados variados. Assim, o processo de análise e interpretação pode, naturalmente, envolver diferentes modelos de análise (de conteúdo, descritiva, inferencial, de discurso, documental, etc.). O mais importante na análise e interpretação de dados no estudo de caso é a preservação da totalidade da unidade social (GIL, 2009).

Neste estudo optou-se por análise de conteúdo. A opção desta forma de análise de segue aquilo que acreditamos oferecer o melhor resultado, pois, um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens relatados pelo objeto de estudo.

A decodificação de um documento pode utilizar-se de diferentes procedimentos para alcançar o significado profundo das comunicações nele cifradas. A escolha do procedimento mais adequado depende do material a ser analisado, dos objetivos da pesquisa e da posição ideológica e social do analisador (Chizzotti, 2006, p. 98).

Diante do exposto, percebe-se que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados. Como afirma Chizzotti (2006, p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

A partir do que apresentamos aqui, sobre o transtorno bipolar, vamos apresentar um estudo de caso. Para tanto, vamos apresentar o caso utilizando um codinome. Vamos chamar a participante de Luiza.

### **Apresentação do caso**

Luiza é uma jovem, de 28 anos de idade, que como todas, sonham em realizar muitas conquistas profissionais e viver uma vida permeada de realizações pessoais e afetivas. Ela nasceu em uma cidade do interior de Santa Catarina. Pertence a uma família composta pelo pai, mãe e dois irmãos, sendo um destes seu gêmeo. Concluiu seus estudos em escola pública. Portadora de uma beleza singular, se desenvolveu saudável, porém sempre teve “uma personalidade forte”. Sua infância foi muito tranquila, e na adolescência viveu como as demais jovens de sua época (namoros, festinhas, amizades). Porém, segundo seus familiares, sempre

se posicionou naquilo que acredita estar certa. Foi muito amada pelos pais, pois é a única filha, em meio a dois meninos. Teve uma vida simples, mais seus pais não mediam esforços para lhe proporcionar o melhor. Apresentou na adolescência conflitos internos, normais para uma adolescente.

### **Onde tudo começa**

Luiza em meio ao desejo auto realizador, no final da adolescência, prestou seletivo para um trabalho fora do estado onde vivia. Conseguiu o cargo, numa empresa no ramo da aviação. Como teve que mudar, passou a morar sozinha, e conseguiu estabilidade financeira, e passou inclusive a ajudar financeiramente os pais. O seu trabalho lhe proporcionou conhecer muitos lugares e diferentes pessoas. Apesar de seu trabalho de ocupar muito tempo, ela conseguia manter uma vida social intensa. Teve no decorrer do tempo, alguns relacionamentos, mas nenhum como teria tido anteriormente a sua mudança de estado. Segundo Luiza, o namoro acabou, devido ao seu temperamento forte. Ela fez várias tentativas de reaproximação, mas sem sucesso. Depois de certo tempo, acabou conhecendo um rapaz, que trabalhava na mesma empresa, com função superior à sua. Eles viveram juntos por um período, segundo Luiza, no começo foi bom. Mas depois, começou a passar por violência doméstica, sofreu agressão física e principalmente psicológica. Tentou manter o relacionamento, segundo Luiza, ela tentou mudar sua forma de agir, na tentativa de melhorar a convivência “eu era boazinha” (sic), mas a situação de violência chegou ao extremo e, com ajuda de amigos conseguiu sair de casa. Aproveitou enquanto seu companheiro estava no trabalho e saiu de casa. Devido a situação estressante, a qual viveu ao lado do namorado, ela passou a ficar doente. Voltou para a casa dos pais, foi afastada do trabalho, devido a sua condição emocional. Realizou perícia, foi afastada e perdeu o direito de exercer a sua profissão. Após seu retorno à casa dos pais, acabou conhecendo um outro rapaz e iniciou um novo relacionamento. Mas antes de dar início ao namoro, Luiza, relatou ter medo de se relacionar com pessoas do sexo oposto. Tornou-se agressiva e impaciente. Nesse novo relacionamento, Luiza também teve dificuldades, seu comportamento irritadiço e com pouca tolerância lhe trouxe muita angustia. O rapaz era mitomaníaco, suas mentiras constantes, acabam por desequilibrar Luiza. O namoro terminou, após um ano de relacionamento. Luiza, no período em que voltou a morar com os pais, teve problemas de relacionamento intrafamiliar, principalmente com um de seus irmãos. Neste caso, o mais novo. Luiza foi diagnosticada por um psiquiatra com transtorno de humor bipolar.

## **Encontros com Luiza**

Para que ela se sinta mais confortável início nosso dialogo me apresentando e falando um pouco mais sobre mim, ela começa tensa mas acaba se soltando e começa a contar fatos aleatórios de sua vida, como por exemplo o fato de adorar balada e já ter feito uso de drogas, a mesma se convence de que não tinha o transtorno desde de adolescência e também não concorda com a hipótese de ter sido pelo trauma que sofreu durante a agressão, mas que foi devido ao uso da droga. Pergunto para ela como é o fato de ser alguém com transtorno bipolar, ela me diz que é fácil dizer, que ela tem duas opções ser a paciente com transtorno bipolar e deixar com que ele tome conta de suas ações e atitudes diárias, ou tomar os medicamentos que a deixam como um zumbi e sem sentir muitas emoções e sensações normais. Eu a questiono sobre os seus sentimentos, Luiza me disse que por diversas vezes pensou em suicídio e até mesmo tentou, mas nenhuma das tentativas ocorreu algo sério, mas que pensa agora em tomar medicamentos com bebida, se sente sozinha e sem amigos, acha que devido ao seu comportamento ocasionado pelo transtorno perdeu seus amigos e colegas e os rapazes que tinham algum interesse nela. Pergunto então sobre seus relacionamentos amorosos, ela me conta sobre a agressão que sofreu e que conseguiu escapar dele sem nenhuma forma de perseguição devido a importância do cargo dele e do medo de perder o mesmo, disse que ainda gosta do homem pelo qual teve seu último relacionamento, que sente falta de conversar com ele, mas que ele não gosta de conversar com ela e a trata como se ela fosse um “bicho arisco”, que ela dá medo nele, e isso a magoa pois, ele acompanhou todo seu processo de sofrimento com o transtorno. Eu a questiono sobre a medicação e de que forma ela faz uso, Luiza disse que ela mesma controla e que não gosta de dar acesso a ninguém mais, que é por sua conta e ela normalmente sabe o quanto é necessário para se sentir bem, diz que o transtorno toma conta dela com facilidade e que é tão forte, que ela toma atitudes sem pensar no que pode ocorrer, me descreveu um fato que ocorreu com ela, estava no trânsito e brigou com um homem, chegou ao ponto de descer de seu carro para brigar, depois que chegou em casa, pensou no risco que correu, de aquilo tomar uma proporção maior do que a necessária, por várias vezes se percebe e se sente mal pelas atitudes que toma, mas diz que no fundo, era o que ela queria fazer que não consegue, pensar em outra atitude que tomaria na mesma situação.

## **Diálogo Psicóloga do caso**

Comecei a entrevista a questionando a partir de que momento percebeu que estava atendendo uma paciente bipolar, ela me explica que, desde o primeiro atendimento a paciente já veio diagnosticada com o transtorno e, que somente fez os procedimentos necessários para que ela pudesse conviver de forma mais tranquila, bem como seus familiares. Após isso a questioneei sobre as implicações do transtorno bipolar na vida dessa paciente, ela me informou que é no meio social, que ela tem dificuldade em se relacionar, não só com a família, mas relacionamentos amorosos e amizades. Ao longo dos encontros, questioneei sobre o momento em que o transtorno surgiu na vida da paciente, ela me informou que após um tempo de atendimento, percebeu que a mesma já tinha o transtorno desde a adolescência, e que não foi percebido pelos pais, e que o fato de ela ter sofrido uma agressão do namorado não foi exatamente o que desencadeou o transtorno, mas sim o momento em que ele ganhou mais força perante o comportamento dela. A questioneei como a paciente reage ao fato de ter transtorno bipolar, ela me passou que ela sabe e aceita, mas que não gosta de lidar com a situação, devido ao fato de ser muito autoritária em suas decisões e na vida, que faz com que ela acabe se afastando mais as pessoas e devido a isso sofre ainda mais. Questionei sobre o posicionamento da família, ela me passou que o pai é tranquilo e tenta ajudar a sua maneira, mas que a mãe por diversas vezes se preocupou mais com ela mesmo do que com a filha, ocasionado claro, pelo cansaço e exaustão de conviver com alguém com transtorno bipolar.

### **Quanto a forma de trabalho da psicóloga com a paciente**

Segunda a psicóloga, ela não trabalha com o enfoque no transtorno, mas sim, com a paciente em si, no que ela traz a cada sessão. Para a psicóloga, num primeiro momento é importante levantar o que a paciente pensa acerca do diagnóstico que recebeu e perceber como ela lida com isso. Segundo a psicóloga, o comportamento controlador da paciente é uma das grandes dificuldades. Entende também, que a paciente sempre teve problemas com o “não”. Relatou, que durante as sessões, por muitas vezes, a paciente demonstrou dificuldades com a rejeição. Na sua percepção, a paciente na adolescência, sempre conviveu, em seus relacionamentos, com uma condição favorável e nunca havia passado por contrariedades, bem como no âmbito familiar. De acordo com a psicóloga, a paciente enfatizou que sempre obteve o que desejou, lutou muito por seus objetivos, porém nos relacionamentos jogava com seus parceiros. Ela sempre foi dominadora, e não convive bem, mediante as contrariedades.

## DISCUSSÃO

Analisando os resultados obtidos podemos perceber na fala de Luiza a gravidade do transtorno em sua vida quando fala: por diversas vezes pensou em suicídio e até mesmo tentou, mas nenhuma das tentativas ocorreu algo sério, mas que pensa agora em tomar medicamentos com bebida, se sente sozinha e sem amigos, acha que devido ao seu comportamento ocasionado pelo transtorno perdeu seus amigos e colegas e os rapazes que tinham algum interesse nela.

Trata-se de uma patologia psiquiátrica grave, que envolve aspectos neuroquímicos, cognitivos, psicológicos, funcionais e socioafetivos. O acompanhamento do portador, a longo prazo, assume um papel fundamental visto que essa é uma doença crônica, associada a altos índices de mortalidade, comorbidades e prejuízos socioeconômicos, muitas vezes, importantes (SUPPES; DENNEHY, 2009).

A adolescência de Luiza foi tranquila e ao mesmo tempo conturbada pela forte manifestação de desejos e imposição por parte dela, durante vários períodos da entrevista ela se posiciona agressiva e determinada, acabando assim por dificultar o acesso à ela. A fase da adolescência é marcada por algumas características, dentre elas, a maior capacidade de reconhecer alternativas nas escolhas e encontrar soluções através deste reconhecimento. Geralmente, esta característica é acompanhada pela tendência de questionar as autoridades (ZARB, 1992).

Luiz repassa ser muitas vezes dominada pelo transtorno quando cita que o transtorno toma conta dela com facilidade e que é tão forte, que ela toma atitudes sem pensar no que pode ocorrer, me descreveu um fato que ocorreu com ela, estava no trânsito e brigou com um homem, chegou ao ponto de descer de seu carro para brigar, depois que chegou em casa, pensou no risco que correu, de aquilo tomar uma proporção maior do que a necessária, por várias vezes se percebe e se sente mal pelas atitudes que toma, mas diz que no fundo, era o que ela queria fazer que não consegue, pensar em outra atitude que tomaria na mesma situação.

Ela demonstrou o transtorno por diversas vezes no final da adolescência o que não foi percebido, nem tratado o que pode ter ocasionado o transtorno ainda mais agravante. O transtorno bipolar geralmente começa a mostrar-se no final da adolescência. O transtorno bipolar na adolescência é grave; é muitas vezes mais grave do que em adultos. Adolescentes com transtorno bipolar costumam apresentar maior risco de suicídio. Infelizmente, transtorno bipolar em adolescentes não é frequentemente diagnosticado e tratado. Isto é em parte porque, embora os sintomas podem começar na adolescência, muitas vezes eles não cumprem todos os critérios para o transtorno bipolar. (AZEVEDO, 2016)

A terapia com a família e não só com o bipolar é de extrema importância pois, faz com que a família em seu ambiente entenda como lidar com essa situação sem agrava-la. Segundo Áries (1981) na Idade Antiga percebia-se a prevalência da família externa que defendia seu latifúndio. Na Idade Moderna houve transformação do bem rural para o capital, a formação da família nuclear, com a presença, ainda das relações hierárquicas de poder. Os papéis familiares foram modificados, mas não perderam seu valor. As casas passaram a ser subdivididas e a privacidade da família nuclear respeitada. A mudança destas estruturas, culturais, sociais, econômicas e psicológicas têm como base a afetividade, ausente na antiguidade onde os interesses econômicos e o poder predominavam.

O interessante da forma de terapia aplicada nesta paciente é o olhar para além do transtorno, podendo então fazer com que ela por estantes se sinta alguém fora do diagnóstico que recebeu. No entanto, é importante considerar que esse novo sistema se tornará um subsistema parte de uma rede de relações em que o sujeito se enriquece através de novos inter-relacionamentos, mas mantendo sua individuação num processo evolutivo. A capacidade de adaptar-se a mudanças, enfrentar períodos de desequilíbrio com a manutenção das relações adequadas, propiciam a passagem para um novo equilíbrio. A diferenciação entre os membros é ponto fundamental para que esta situação aconteça. A estimulação da coesão e da diferenciação traz a estabilidade da relação e aceitação das diferenciações. Nesse sentido, o sistema é enriquecido, há a troca de inter-relacionamentos em que cada um mantém seu próprio sistema e respeita o outro (CALIL, 1987).

Questionando sobre o posicionamento da família, a psicóloga do caso me passou que o pai é tranquilo e tenta ajudar à sua maneira, mas que a mãe por diversas vezes se preocupou mais com ela mesmo do que com a filha, ocasionado claro, pelo cansaço e exaustão de conviver com alguém com transtorno bipolar. Fallow (1988) conclui que os altos níveis de “EE” eram indicativos de dificuldades familiares para lidar com situações estressantes, particularmente, as associações com os pacientes e suas dificuldades de comportamento.

Kuipers & Bebbington (1988) apresentaram três possibilidades de resposta para parte dos familiares de esquizofrênicos. Num grupo estaria aqueles de muito alta “EE” que teriam problemas múltiplos e não conseguiriam lidar adequadamente com os pacientes em nenhuma das circunstâncias. Em outro estariam as questões relacionadas com o modo de atitudes das famílias de “alta EE”, os inter-relacionamentos com o paciente seriam os responsáveis pelas recaídas, devido as famílias serem mais ansiogênicas (SCAZUFCA, 1988).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Colocando em prática todos os resultados obtidos com essa pesquisa, podemos ver a importância da terapia sistêmica no âmbito familiar, dando apoio ao sujeito com transtorno bipolar e toda sua família, fazendo com que cada componente se sinta participante deste processo.

Bateson (1972 *apud* Áries,1981) considera a família como um sistema homeostático, em que a organização é mantida por caracteres e regras específicas que produzem a organização entre os membros e a previsibilidade dos comportamentos. As regras familiares são organizadas de acordo com suas relações e com a cultura. Nesse sentido, pode-se considerar a família como um sistema que se relaciona por meio de regras propriamente de sua automanutenção, podendo estas serem atingidas por desestabilizações ou desequilíbrios, mas que dentro de um sistema saudável retornam ao processo de estabilização novamente, através de um mecanismo específico que a própria família desenvolve para se restabelecer de forma adequada e manter o equilíbrio homeostático.

A família é a base para todo processo do tratamento, pois seu apoio e auxílio é de suma importância neste momento, onde o indivíduo se coloca em uma situação de redescoberta e precisa tomar rédeas de um processo que já sofreu na adolescência. Calil (1987) coloca que a relação familiar passa por fronteiras que demonstram a forma como lidar com a sociedade, consigo própria e com cada membro pertencente à mesma. Numa relação saudável o sistema é permeável o que permite a comunicação adequada entre si, seus subsistemas e sistemas externos. Essa diferenciação representa a necessidade de coesão e manutenção do grupo. Sabe-se que o indivíduo é parte do grupo, mas que com o passar do tempo este deve ser tornar independente do sistema familiar, formando sua própria identidade para que possa a partir de novas funções, ser capaz de formar um novo sistema. Esse processo de separação e individuação deve ser capaz de criar autonomia e capacidade de inter-relação no indivíduo que tem como base suas estruturas de formação do sistema de origem (CALIL, 1987).

Nesse sentido, o grupo tem o privilégio de explorar novas representações sociais que quebram a rigidez numa relação, antes, doentia onde a culpa, o sofrimento e a negatividade estavam presentes. Isso implica numa motivação para a reconstrução de novos padrões de vida através de uma realidade, até então, enclausurada, mas que agora, propicia novas formas de pensamento e de resolução de problemas que trazem consigo a liberdade e o compartilhamento de novos conhecimentos.

Os espaços pessoais são isolados, ao mesmo tempo, que novos canais de intervenção são reabertos, trazendo um grande potencial para a comunicação e o processo de reestruturação, o que demonstra que a família se tornou capaz de funcionar adequadamente, trazendo benefícios para seus membros com cada um agindo autonomamente. A mudança no processo terapêutico chega quando a família percebe que seu sistema de funcionamento está alterando e assim, passam a não enfatizar mais a patologia, mas sim a procurar um significado para a relação. Neste momento, começa a surgir autonomia de cada membro. O grupo tornar-se capaz de enfrentar problemas e não mais fugir deles. A reflexão sobre seu próprio modo de relacionar-se produz em cada indivíduo a centralização nas suas dúvidas e esperanças.

Há agora um grupo de indivíduos, funcionando autonomamente, mas que também interagem, sem deixar que haja total influência do todo sobre as partes. O espaço pessoal é descoberto e a identidade se mantém para todos os membros.

## **REFERÊNCIAS**

ANDOLFI, M & Colaboradores. **Por trás da máscara familiar: um enfoque em terapia familiar**. Porto Alegre, 1985.

ANDOLFI, M. **A terapia familiar: um enfoque interacional**. Ed. Psy. Campinas, 1996.

ÁRIES, P. **História Social da Criança e da Família**. Ed. Guanabara. Rio de Janeiro, 1981.

AZEVEDO, Thiago. **Transtorno Bipolar: Sinais, adolescentes, drogas, Sintomas e Tratamento**, 2016. Disponível em: <http://psicoativo.com/2016/07/transtorno-bipolar-sinais-sintomas-e-tratamento.html> Acesso em 20 junho 2017.

BARBOSA, G. A., DIAS, M. R., GAIÃO, A. de A., DI LOURENZO, W. F. **Escala para Avaliação da depressão em crianças-revisada (CDRS-R): uma análise exploratória**, 1997.

BATESON, G. **A natureza e o espírito. Uma unidade necessária**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1972.

BERGER, Kathleen Stassen. **O desenvolvimento da pessoa da infância à adolescência**. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

BERK, M. Apresentação. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J. (Orgs) et al. **Transtorno Bipolar: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRENDLER, J. **Doença mental, caos e violência: Terapia com famílias à beira de uma ruptura**. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1994.

BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 13. ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 1999.

BOARATI, Miguel. **Transtorno bipolar na infância e na adolescência é difícil de diagnosticar**, 2014. Disponível em <http://abrata.org.br/blogabrata/?p=1751> Acesso em 20 junho 2017.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os polos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1991.

CALIL, V. **Terapia familiar e de casal**. Ed. Summus. São Paulo, 1987.

CAMPOS, Dinah Martins de Souza. **Psicologia da adolescência: normalidade e psicopatologia**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1998.

CARVALHO, Alysson Massote; SALLES, Fátima; GUIMARÃES, Marília Marques. **Adolescência**. Belo Horizonte: Instituto de Filosofia e Teologia de Goiás, 2003.

COLOM, F. & VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 26(3), 47-50, 2004.

COSTA MOREIRA, Luciana. **Transtorno Afetivo Bipolar: Implicações no Contexto Social e Familiar**, 2013. Fonte: <https://psicologado.com/abordagens/comportamental/transtorno-afetivo-bipolar-implicacoes-no-contexto-social-e-familiar>

ELIAS, J. Maurice, TOBIAS, E. Steven, FRIEDLANDER. **A adolescência e a inteligência emocional: como criar filhos com amor, bom humor e firmeza**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: Saraiva, 2001.

FENWIK, Elizabeth; SMITH, Tony. **Adolescência: guia de sobrevivência para pais & adolescentes**. São Paulo: Ática, 1996.

FREITAS, F. F. P. F.; RIBEIRO, G. A. **Reforma psiquiátrica e exclusão: as experiências de Reggio Emilia e Perúgia**. Revista de Estudos de Psicologia, Natal, v. 11, n. 3, set/ dez., 2006.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991.

\_\_\_\_\_. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 6.ed Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

HALEY, J. **Psicoterapia familiar**. Ed. Interlivros. Belo Horizonte, 1979.

HARTMANN, **Programa de Crianças e Adolescentes com Transtorno Bipolar 2008**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/procab/descricao.html> Acesso em 20 junho 2017.

LAING, R.D. & ESTERSON. *A sanidade, a loucura e a família*. Ed. Interlivros. Belo Horizonte, 1979.

LAPLANGE, J. & PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. Lisboa: Editorial Presença, 1990. (Obra publicada em 1967).

LIMA, Dânio. **Depressão e doença bipolar na infância e adolescência**. Jornal de Pediatria - Vol. 80, Nº2 (supl.), 2004. Disponível em: <http://www.google.com.br/>. Acesso em 10 de maio de 2017.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MIOTO, R. C. T. **O tratamento da família. Esquizofrenia: atualização diagnóstica e tratamento**. Livraria Atheneu. São Paulo, 1993.

MORENO, D. H.; DIAS, R. S. Epidemiologia. In: MORENO, R. A.; MORENO, D. H. (Orgs). **Da psicose maníaco-depressiva ao espectro bipolar**. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2008.

NETO, L. F. **Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar**. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v.26, supl. 3, p.44-46, out. 2004.

NICHOLS, M. P. & SHWARTZ, R. C. **Terapia familiar conceitos e métodos**. Ed. Artmed. Porto Alegre, 1998.

OSÓRIO, L. C. **Família Hoje**. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1996.

PAPALIA, Diane E; OLDS, Sally Wendkos. **Desenvolvimento humano**. 7.ed Porto Alegre: Artmed, 2000.

POPPE, M. C. M. **Estudo sobre a influência da interação entre os progenitores e o surgimento da esquizofrenia num dos filhos**. 1990.

RAMIREZ-BASCO, M., & THASE, M. E. Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Bipolares. In. V. E. Caballo (Org.) **manual para o tratamento cognitivo comportamental dos transtornos psicológicos**. Santos, SP: Siglo Veintiuno Editores, 2003

SATIR, V. **Terapia do grupo familiar**. Francisco Alves. Rio de Janeiro, 1988.

SCAZUFCA, M. **Avaliação de emoção expressa (EE) em familiares de pacientes psicóticos**. Revista de Psiquiatria Clínica (25) 6 - novembro/dezembro. 1998.

SELVINI, PALAZZOLI, M. et al., *El mago sin magia*. **Cómo cambiar la situación paradójica del psicólogo en la escuela**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1985.

SUPPES, T.; DENNEHY, E. B. **Transtorno Bipolar**. Tradução Marina Fodra. Porto Alegre: Artmed, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

YIN, R.K. **Estudo de caso. Planejamento e métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZAGURY, Tania. **O adolescente por ele mesmo: orientação para pais e educadores: como o jovem brasileiro vê a família, a escola, o lazer, a política, a profissão, o sexo, as drogas e a religião.** 7 ed. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1996.

ZEKKER, Israel. **Adolescente Também é Gente.** São Paulo: Summus ed., 1985.