Psykoedukation af pårørende ved affektive lidelser

Nina Timmerby, Stephen Austin, Per Bech & Claudio Csillag

STATUSARTIKEL

Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrisk Center Nordsjælland, Hillerød

Ugeskr Læger 2017;179:V11160853

Struktureret psykoedukation er en form for undervisning af både patienter og pårørende, og den har til formål at øge deltagernes viden om den psykiske lidelse, for at de derved bedre kan mestre denne [1].

Formålet med denne artikel er at undersøge evidensen for effekten af struktureret psykoedukation af pårørende som supplement til den gængse psykofarmakologiske og psykoterapeutiske behandling af patienter med affektive lidelser, herunder unipolar depression og bipolar affektiv lidelse.

Terminologien på området er ikke entydig. I den engelsksprogede litteratur anvendes betegnelsen *family psychoeducation* om både psykoedukativ familieintervention givet til de pårørende alene og interventioner, hvor også patienten deltager. Vi vil vurdere effekten af begge typer af interventioner samlet under ét, idet der kun eksisterer relativt få studier. Vi har udelukkende inkluderet randomiserede kliniske studier.

BAGGRUND

Psykoedukativ familieintervention er allerede en velbeskrevet og evidensbaseret praksis i behandlingen af skizofreni [2]. Rationalet for at anvende en lignende behandling, hvor man inddrager de pårørende, også til patienter med affektive lidelser er underbygget af flere studier. For det første er familiefaktorer påvist at kunne påvirke sygdomsforløbet af den affektive lidelse. Det er beskrevet, at en fjendtlig, kritisk eller overinvolverende holdning hos de pårørende, benævnt *high expressed emotion*, er associeret med øget risiko for tilbagefald for patienterne [3]. Endvidere er de pårørendes viden om den psykiske lidelse påvist at være associeret til patienternes risiko for indlæggelse [4].

Omvendt påvirker affektive sygdomme forventeligt livet for de pårørende og familien som helhed. De pårørende til patienter med depression rapporterer om signifikant lavere trivsel end baggrundsbefolkningen [5], og de er ydermere i risiko for selv at få en depression [6]. Også pårørende til patienter med bipolar affektiv lidelse er karakteriseret ved at være udsat for en høj grad af omsorgsgiverbyrde, både i sygdommens akutte faser, og når patienten opnår remission af symptomerne [7].

Dette gensidige forhold, der eksisterer mellem de pårørende og sygdomsforløbet af den affektive lidelse, har ført til interesse for familieorienterede behandlingsformer [8], der omfatter et spektrum af interventioner, herunder psykoedukation.

PSYKOEDUKATIONENS FORM OG INDHOLD

Interventionen tager udgangspunkt i deltagernes egne erfaringer med sygdommen, og fokus ligger på håndtering og mestring af patienternes sygdomsepisoder samt på forebyggelse af nye sygdomsepisoder [9]. Den psykoedukative intervention indeholder ud over undervisning i bl.a. årsagsforklaringer, symptomer og behandlingsmuligheder typisk: 1) træning i hvordan man kan kommunikere mere hensigtsmæssigt i familien, 2) »problemløsningstræning« og 3) fokus på støtte og egenomsorg for de pårørende [10]. Psykoedukationen udføres typisk i grupper, som består enten af pårørende alene eller af både patienter og pårørende sammen fra en eller flere familier [11]. Psykoedukationen kan varetages af forskellige faggrupper, der har stor erfaring med den pågældende affektive lidelse [12].

EVIDENS FOR STRUKTURERET PSYKOEDUKATION AF PÅRØRENDE TIL PATIENTER MED UNIPOLAR DEPRESSION

Kun i ganske få studier har man hidtil undersøgt effekten af struktureret psykoedukation af pårørende til pa-

HOVEDBUDSKABER

- De affektive sygdomme påvirker livet for de pårørende, herunder deres trivsel, mens familiefaktorer omvendt også er påvist at kunne påvirke sygdomsforløbet. Derfor er familieorienterede behandlingsformer ved disse sygdomme vigtige, herunder psykoedukation af pårørende.
- Studier viser, at struktureret psykoedukation af pårørende som supplement til den gængse behandling af bipolar affektiv lidelse synes at kunne nedsætte patienternes risiko for tilbagefald og være gavnligt for de pårørende. Vi har for nuværende meget lidt viden om, hvilken effekt interventionen kan have på sygdomsforløbet ved unipolar depression, hvorfor nye studier efterspørges.
- Struktureret psykoedukation af pårørende er en simpel, omkostningseffektiv intervention. Dog er der flere praktiske forhindringer, der skal tages i betragtning, hvis man vil tilbyde interventionen på behandlingsstederne.

tienter med unipolar depression [13] (**Tabel 1**). I ét studie fik de pårørende, som var samboende med patienter, der var i fuld eller delvis symptomremission efter en depressiv episode, fire sessioners psykoedukation over seks uger [14]. Efter ni måneder havde de patienter, hvis pårørende havde fået psykoedukation, signifikant lavere tilbagefaldsrate end de patienter, hvis pårørende ikke havde fået nogen intervention (8% vs. 50%, $p < 0{,}05$) [14]. Det eneste effektmål, der blev anvendt for de pårørende, var graden af *expressed emotion*, som forblev uændret.

I et andet studie inkluderede man kun indlagte patienter [15] og sammenlignede minimum seks sessioners psykoedukation under patientens indlæggelse med *treatment as usual* (TAU). Psykoedukationen blev givet til både patienterne og deres pårørende. På udskrivelsestidspunktet havde patienterne i begge grupper opnået bedring målt på symptomatologi og overordnet funktionsniveau. Efter hhv. seks og atten måneder klarede patienterne i interventionsgruppen sig dog dårligere end patienterne i kontrolgruppen vurderet på effektmålene symptomatologi og overordnet funktionsniveau [15]. Desuden rapporterede de pårørende i kontrolgruppen om lavere omsorgsgiverbyrde og havde en mindre negativ holdning til patienten, end interventionsgruppen havde. De pårørende i interventionsgruppen var omvendt mere positivt indstillet over for patienternes behandling [15].

EVIDENS FOR STRUKTURERET PSYKOEDUKATION AF PÅRØRENDE HOS PATIENTER MED BIPOLAR AFFEKTIV LIDELSE

Man har kun i relativt få studier undersøgt effekten af struktureret psykoedukation af pårørende på sygdomsforløbet af bipolar affektiv lidelse. Vi har ved gennemgang af systematiske review, der omhandler familiebaserede eller psykosociale interventioner generelt [1, 10, 11, 26], identificeret i alt elleve studier [15-25] (Tabel 1).

For patienternes vedkommende er interventionen i de systematiske gennemgange af litteraturen overvejende fundet at kunne reducere risikoen for tilbagefald [17-20]. I et studie, hvor kun de pårørende fik psykoedukation, virkede interventionen kun tilbagefaldsforebyggende på maniske episoder [20], mens den forebyggende effekt var gældende særlig for depressive episoder, hvis både patienter og pårørende sammen fik psykoedukation [19]. Resultaterne er dog ikke entydige, som det også fremgår af Tabel 1.

Den psykoedukative familieintervention er endvidere fundet at kunne forlænge tiden til tilbagefald [18, 20], bedre patienternes medicinkomplians [16-18] og bedre kompliansen med behandlingen generelt [17].

For de pårørende synes der også at være gavn af at deltage, og interventionen er fundet at kunne øge deres livskvalitet [22], reducere deres oplevede byrde [22-24] og øge deres viden om sygdommen [22, 24, 25]. Dette afspejles dog ikke nødvendigvis i et bedre behandlingsresultat for patienterne [25].

Psykoedukation af pårørende til patienter med affektiv lidelse. Foto: Colourbox.

I et studie oplevede de pårørende (ægtefæller) samtidig en negativ effekt af interventionen, idet de, sammenlignet med kontrolgruppen, rapporterede om et signifikant højere niveau af angst [25]. Dette er senere søgt forklaret ved, at pårørende, der får psykoedukation, også bliver bevidste om f.eks. risikoen for, at patienten får tilbagefald, og at denne viden følgeligt kan udløse ubehag [1].

Målt på familiefunktionen er interventionen ikke fundet at have nogen effekt. Dette resultat er kun fundet, når psykoedukationen udelukkende gives til de pårørende [24].

På trods af den overordnede gavnlige effekt af psykoedukativ familieintervention bemærkes det i de systematiske review, at studierne på området er forholdsvis heterogene, og patienterne blev inkluderet i forskellige faser af sygdomsforløbet [10]. I et studie inkluderede man patienter, der var indlagt i sygdommens akutte fase [17], mens man i andre studier inkluderede stemningsneutrale patienter [18, 24]. Vigtigt er også, at der blev anvendt psykoedukationsprogrammer, som var forskellige både i indhold og længde [10]. Desuden anvendtes forskellige former for kontrolgrupper. I nogle studier blev interventionen sammenlignet med TAU [16-18, 20, 24, 25] og i andre med en anden form for familieintervention [19, 21-23]. Dette er vigtigt at bemærke, da den psykoedukative familieintervention ikke i alle tilfælde synes at være mere effektiv end andre former familiebaseret intervention [22].

DISKUSSION

Hvad angår bipolar affektiv lidelse er der en vis grad af evidens for, at struktureret psykoedukation af pårø-

TABEL 1

Randomiserede kontrollede studier: psykoedukation til pårørende ved unipolar depression og bipolar affektiv lidelse.

Reference	Intervention (n)	Kontrolgruppe (n)	Sessioner, n/varighed/periode
Unipolar depression			
Clarkin et al, 1990, USA [15]	Psykoedukation til patient og pårørende: familiemedlemmer eller andre *significant others,* under patients indlæggelse (17)	TAU (12)	Min. 6/45 min-1 t.
Shimazu et al, 2011, Japan [14]	Psykoedukation til 1 samboende familiemedlem pr. patient (25)	TAU (32)	4/120 min/6 uger
Bipolar affektiv lidelse			
Bordbar & Soltanifar, 2009, Iran [17]	Psykoedukation til pårørende: familiemedlemmer samboende med patient (29)	TAU (28)	1/120 min
*Clarkin et a*l, 1998, USA [16]	Psykoedukation til patient og ægtefælle (18)	TAU (15)	25/-/ugtl. de første 10 sessioner, hver 2. md. de efterfølgende 15 sessioner
Clarkin et al, 1990, USA [15]	Psykoedukation til patient og pårørende: familiemedlemmer eller andre *significant others*, under patients indlæggelse (12)	TAU (9)	Min. 6/45 min-1 t.
D'Souza et al, 2010, Australien [18]	Psykoedukation til patient og ledsager: familiemedlem eller ven (27)	TAU (31)	12/90 min/12 uger
Madigan et al, 2012, Irland [22]	Psykoedukation til 1 familiemedlem pr. patient (18)	*Solution-focused group therapy* (19) og TAU (10)	5/120 min/12 uger
Miklowitz et al, 2003, USA [19]	Psykoedukation til patient og pårørende: familiemedlemmer samboende med/i regelmæssig kontakt med patient (31)	*Crisis management* (70)	21/60 min/ugtl. de første 12 sessioner, derefter hver 2. uge og derefter mdl.
Miller et al, 2004, USA [21]	Psykoedukation til patient og pårørende, familiemedlemmer samboende med/i regelmæssig kontakt med patient, og farmakoterapi (30)	Familieterapi og farmakoterapi (33) og farmakoterapi (29)	6/90 min/ugtl. sessioner
Perlick et al, 2010, USA [23]	Psykoedukation til 1 pårørende pr. patient: den pårørende der er mest i kontakt med patient (24)	*Health education* (19)	12-15/45 min/-ugtl. sessioner
Reinares et al, 2008, Spanien [20]	Psykoedukation til maks. 2 pårørende pr. patient: pårørende samboende med patient (57)	TAU (56)	12/90 min/-ugtl. sessioner
Reinares et al, 2004, Spanien [24]	Psykoedukation til pårørende: pårørende samboende med patient (30)	TAU (15)	12/90 min/-ugtl. sessioner
van Gent & Zwart, 1991, Holland [25]	Psykoedukation til partnere (14)	TAU (12)	5/-/-

TAU = *treatment as usual*.

FORTSÆTTES »

rende kan have en positiv indflydelse på patientens sygdomsforløb og være gavnlig for de pårørende. Interessant er det, at interventionen er fundet at være effektiv i såvel tilfælde, hvor både patienten og de pårørende deltager, som tilfælde hvor kun pårørende deltager [11]. Endvidere synes effekten at være uafhængig af, om patienten bor sammen med de deltagende pårørende eller ej.

Vores viden om interventionens effekt på sygdomsforløbet ved unipolar depression er imidlertid ganske mangelfuld, og kontrollede studier af effekten for pårørendegrupper og familiegrupper har i flere år været efterspurgt [9]. De sparsomme resultater, der eksisterer, synes dog til dels at være lovende, idet det er påvist, at selv et kortvarigt psykoedukationsprogram har signifikant beskyttende effekt på patienternes risiko for tilba-

TABEL 1, FORTSAT

Randomiserede kontrollede studier: psykoedukation til pårørende ved unipolar depression og bipolar affektiv lidelse.

	Effektmål		
Opfølgningsperiode	**patient**	**pårørende**	**Hovedresultater for psykoedukation**
6 og 18 mdr.	Overordnet funktionsniveau Symptomatologi Rollefunktion i familien	Pårørendes holdning til patient og behandling Omsorgsgiverbyrde	Patient: klarede sig målt på alle effektmål bedre uden psykoedukation Pårørende: mere positiv holdning til patients behandling, derudover bedre resultater i kontrolgruppen
9 mdr.	Tilbagefald Tid til tilbagefald	*Expressed emotion*	Patient: reduktion af tilbagefald og øget tid til tilbagefald. Pårørende: ingen effekt på *expressed emotion*
1 år	Tilbagefald Antal mdr. i psykofarmakologisk behandling Antal besøg på behandlingsstedet	Ingen	Patient: reduktion af tilbagefald, længere tid i psykologfarmakologisk behandling, flere fremmøder på behandlingsstedet
11 mdr.	Affektive symptomer Overordnet funktionsniveau Medicinkomplians	Ingen	Patient: bedre medicinkomplians og overordnet funktionsniveau, ingen effekt på symptomniveau
6 og 18 mdr.	Overordnet funktionsniveau Symptomatologi Rollefunktion i familien	Pårørendes holdning til patient og behandling Omsorgsgiverbyrde	Patient: klarede sig bedre på alle effektmål sammenlignet med kontrolgruppe, effekten dog begrænset til kvindelige patienter Pårørende: mere positiv holdning til patients behandling, reduceret omsorgsgiverbyrde
60 uger eller indtil tilbagefald	Tilbagefald Tid til tilbagefald Affektive symptomer Medicinkomplians	Ingen	Patient: reduktion af tilbagefald og øget tid til tilbagefald, bedre medicinkomplians, reduktion af maniske symptomer, ingen effekt på depressive symptomer
1 og 2 år	Livskvalitet Overordnet funktionsniveau	Viden om bipolar lidelse Omsorgsgiverbyrde Psykisk stress	Patient: øget livskvalitet, samme fund i aktiv kontrolgruppe, marginal effekt på overordnet funktionsniveau Pårørende: øget viden om bipolar lidelse, reduceret omsorgsgiverbyrde og psykisk stress, samme fund i aktiv kontrolgruppe
2 år	Tilbagefald Tid til tilbagefald Affektive symptomer Medicinkomplians	Ingen	Patient: reduktion af tilbagefald og øget tid til tilbagefald, bedre medicinkomplians, bedre stabilisering af affektive symptomer, særligt depressive symptomer
28 mdr.	Tilbagefald Varighed af tilbagefald	Psykisk stress	Patient: reduktion af tilbagefald og varighed af tilbagefald, kun gældende for patienter fra familier med nedsat familiefunktion Pårørende: ingen effekt på psykisk stress
Postintervention	Affektive symptomer	Depressive symptomer Omsorgsgiverbyrde *Health risk behaviour*	Patient: reduktion af depressive og maniske symptomer Pårørende: reduktion af depressive symptomer, reduktion af omsorgsgiverbyrde
1 år	Tilbagefald Tid til tilbagefald Medicinkomplians	Ingen	Patient: reduktion af tilbagefald og øget tid til tilbagefald, kun signifikant for mani/hypomani
Postintervention	Ingen	Viden om bipolar lidelse Omsorgsgiverbyrde Familiefunktion	Pårørende: øget viden om bipolar lidelse, reduceret subjektiv omsorgsgiverbyrde, ingen effekt på objektiv omsorgsgiverbyrde Familiefunktion: ingen effekt på familiefunktion
Postintervention og efter 6 mdr.	Psykopatologi inkl. affektive symptomer Evne til problemløsning Medicinkomplians	Viden om bipolar lidelse Evne til problemløsning	Patient: ingen effekt på psykopatologi, evne til problemløsning eller medicinkomplians Pårørende: øget viden om bipolar lidelse

gefald [14]. Kun i et studie har man medtaget patienter i sygdommens akutte fase. I studiet fandt man, at interventionsgruppen havde en dårligere prognose end kontrolgruppen [15]. Dette kunne tyde på, at interventionen først bør iværksættes, når patienten har opnået remission [10].

Som nævnt er de inkluderede studier ganske heterogene og dermed svære at sammenligne. Desuden er alle studierne forholdsvis små. Ydermere er det eksakte indhold af den psykoedukative intervention ikke nøje beskrevet i alle studierne. I fremtidige studier bør de anvendte psykoedukationsprogrammer beskrives i detaljer, således at studierne kan reproduceres [16]. Endvidere bør der anvendes standardiserede effektmål, så studierne bedre kan sammenlignes på tværs [16].

Formålet med at inddrage de pårørende i denne in-

tervention er bl.a.: 1) gennem oplysning om advarselssymptomer og forebyggelsesstrategier at gøre dem i stand til at reagere hensigtsmæssigt på patientens symptomer og derved hjælpe til at forhindre f.eks. at patienten indlægges, 2) at yde støtte til de pårørende og reducere omsorgsgivebyrden og 3) at reducere stigma og øge accept af sygdommen og derved deltagernes livskvalitet [27]. For nogle patienter kan involveringen af de pårørende dog opfattes som en stressfaktor [15], og nogle ønsker ikke at inddrage de pårørende i deres behandling eller er bekymrede for at bebyrde dem [28]. Omvendt kan fordelene for patienterne være, at de med de pårørendes deltagelse kan opnå et bedre forhold til dem [28]. Fordele for terapeuterne kan være, at de gennem de pårørende får et »ekstra sæt øjne« på patienten, hvilket kan være en ekstra støtte i sygdommens akutte faser [28].

Psykoedukation er en simpel intervention, der – når den udføres af erfarent fagpersonale – ikke kræver nogen ekstensiv træning i selve metoden [12]. Om end Sundhedsstyrelsen i sine nationale retningslinjer for behandling af unipolar depression anbefaler, at der findes tilbud om pårørendegrupper på behandlingsstederne [9], kan man forestille sig flere praktiske forhindringer for, at dette kan realiseres. Grupperne vil ofte skulle afholde møder uden for almindelig arbejdstid, for at de pårørende har mulighed for at deltage, og ydermere kan de pårørendes manglende tid til at deltage og arbejdsbelastningen for de klinikere, der skal varetage psykoedukationen, være en forhindring [11].

I interventionen anerkendes vigtigheden af at inddrage de pårørende i behandlingen. Spørger man de pårørende, viser tilfredsundersøgelser i psykiatrien, at de generelt efterspørger pårørendegrupper med undervisning i den psykiske lidelse samt viden om, hvordan man som pårørende bedst muligt kan hjælpe patienten [29].

Struktureret psykoedukation af pårørende er påvist at være en omkostningseffektiv intervention, i hvert fald når den er korterevarende [30]. Flere lignende analyser efterspørges, samtidig med at det må afklares, hvad det minimale antal sessioner af en sådan intervention skal være, for at man kan opnå den ønskede effekt for både patienter og pårørende [11].

Psykoedukation af både patienter og pårørende betragtes i dag som værende et fast element i en god depressionsbehandling [9], og en del psykoedukation foregår usystematisk og individuelt med deltagelse af såvel patienter som pårørende. Der er en del evidens for struktureret psykoedukation til pårørende som et effektivt supplement til den gængse behandling af bipolar lidelse, men for unipolar depression er der fortsat brug for veldesignede randomiserede studier. De specifikke virkningsmekanismer er desuden fortsat dårligt belyste, hvorfor dette også må forsøges afklaret i fremtidige studier [10].

SUMMARY

Nina Timmerby, Stephen Austin, Per Bech & Claudio Csillag: Family psychoeducation for affective disorders
Ugeskr Læger 2017;179:V11160853

The aim of this article was to examine the evidence of family psychoeducation (FPE) for affective disorders. Evidence indicates that FPE can be an effective supplement to the standard treatment of patients with affective disorders. FPE can effectively reduce the patients' risk of relapse and reduce the burden experienced by the relatives. However, current studies are very heterogeneous and therefore difficult to compare. Up to this point the evidence regarding the effect of FPE on unipolar depression is still very sparse and further research is needed.

KORRESPONDANCE: *Nina Timmerby*.
E-mail: nina.02.timmerby@regionh.dk
ANTAGET: 21. marts 2017
PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 8. maj 2017
INTERESSEKONFLIKTER: Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Justo LP, Soares BG, Calil HM. Family interventions for bipolar disorder. Cochrane Database Syst Rev 2007;4:CD005167.
2. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E et al. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. J Marital Fam Ther 2003;29: 223-45.
3. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 1998;55:547-52.
4. Scott J, Colom F, Pope M et al. The prognostic role of perceived criticism, medication adherence and family knowledge in bipolar disorders. J Affect Disord 2012;142:72-6.
5. Angermeyer MC, Kilian R, Wilms HU et al. Quality of life of spouses of mentally ill people. Int J Soc Psychiatry 2006;52:278-85.
6. Coyne JC, Kessler RC, Tal M et al. Living with a depressed person. J Consult Clin Psychol 1987;55:347-52.
7. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ et al. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. Bipolar Disord 2007;9:262-73.
8. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW et al. Role of the family in recovery and major depression. Am J Psychiatry 1995;152:1002-8.
9. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. Sundhedsstyrelsen, 2007.
10. Reinares M, Sanchez-Moreno J, Fountoulakis KN. Psychosocial interventions in bipolar disorder: what, for whom, and when. J Affect Disord 2014;156:46-55.
11. Reinares M, Bonnin CM, Hidalgo-Mazzei D et al. The role of family interventions in bipolar disorder: a systematic review. Clin Psychol Rev 2016;43:47-57.
12. Colom F. Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. Br J Psychiatry 2011;198:338-40.
13. Tursi MF, Baes C, Camacho FR et al. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. Aust N Z J Psychiatry 2013;47: 1019-31.
14. Shimazu K, Shimodera S, Mino Y et al. Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2011; 198:385-90.
15. Clarkin JF, Glick ID, Haas GL et al. A randomized clinical trial of inpatient family intervention. J Affect Disord 1990;18:17-28.
16. Clarkin JF, Carpenter D, Hull J et al. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. Psychiatr Serv 1998;49:531-3.
17. Bordbar M, Soltanifar S, Talaei A. Short-term family-focused psychoeducational program for bipolar mood disorder in Mashad. Iran J Med Sci 2009;34.
18. D'Souza R, Piskulic D, Sundram S. A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: a pilot randomised controlled trial. J Affect Disord 2010;120: 272-6.
19. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA et al. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry 2003;60:904-12.
20. Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar pa-

tients in remission: a randomized controlled trial. Bipolar Disord 2008;10:511-9.
21. Miller IW, Solomon DA, Ryan CE et al. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? J Affect Disord 2004;82:431-6.
22. Madigan K, Egan P, Brennan D et al. A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. Eur Psychiatry 2012;27:281-4.
23. Perlick DA, Miklowitz DJ, Lopez N et al. Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord 2010;12: 627-37.
24. Reinares M, Vieta E, Colom F et al. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. Psychother Psychosom 2004;73:312-9.
25. van Gent EM, Zwart FM. Psychoeducation of partners of bipolar-manic patients. J Affect Disord 1991;21:15-8.
26. Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R et al. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2016;208:213-22.
27. Reinares M, Colom F, Martinez-Aran A et al. Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. Psychother Psychosom 2002;71:2-10.
28. Peters S, Pontin E, Lobban F et al. Involving relatives in relapse prevention for bipolar disorder: a multi-perspective qualitative study of value and barriers. BMC Psychiatry 2011;11:172.
29. Dahl G, Svendstrup DB, Hadsund J et al. National undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien 2015. DEFACTUM, 2016.
30. Shimodera S, Furukawa TA, Mino Y et al. Cost-effectiveness of family psychoeducation to prevent relapse in major depression: results from a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2012;12:40.