



Módulo 2: O Impacto da Vulnerabilidade de Saúde Mental dos Pais nas Crianças



www.strong-kids.eu

Projecto financiado com o apoio da Comissão Europeia.

A informação contida nesta publicação (comunicação) vincula exclusivamente o autor, não sendo a Comissão responsável pela utilização que dela possa ser feita.

CONTEÚDOS

1. O QUE QUEREMOS DIZER COM VULNERABILIDADE DE SAÚDE MENTAL?.....	4
1.1 VULNERABILIDADE	4
1.2 FALAR SOBRE VULNERABILIDADE DE SAÚDE MENTAL	5
1.3 O TERMO VULNERABILIDADE – UM EUFEMISMO?.....	6
1.4 O QUE SE ENTENDE POR DOENÇA MENTAL NO CONTEXTO DA VULNERABILIDADE DE SAÚDE MENTAL? 6	
2. VULNERABILIDADE DE SAÚDE MENTAL/DOENÇA ENQUANTO FACTOR DE STRESS PARA AS CRIANÇAS.....	7
3. CONTACTAR AS FAMÍLIAS	8
4. VULNERABILIDADE DE SAÚDE MENTAL/DOENÇA – DE QUE É QUE FALAMOS?	9
5. PORQUE É QUE AVALIAMOS A VULNERABILIDADE DE SAÚDE MENTAL COMO UM FACTOR DE STRESS CRÓNICO PARA AS CRIANÇAS?	10
5.1 DURAÇÃO	10
5.2 SINTOMAS SILENCIOSOS, DISCRETOS	10
5.3 AUSÊNCIA DE CONTACTO COM A REALIDADE – ISOLAMENTO SOCIAL NORMAL DE CRIANÇAS PEQUENAS	10
5.4 INTERRUPTÃO REPENTINA DA VIDA QUOTIDIANA, INSTABILIDADE DAS RELAÇÕES.....	11
5.5 DOENÇA MENTAL ENQUANTO UM SEGREDO DE FAMÍLIA	11
5.6 INTENSIDADE DOS SINTOMAS DA DOENÇA MENTAL.....	12
5.7 IDADE DA CRIANÇA.....	12
5.8 E QUANDO AMBOS OS PAIS SÃO VULNERÁVEIS EM TERMOS DE SAÚDE MENTAL?	13
6. COMO REAGEM AS CRIANÇAS?	14
7. O QUE RELATAM AS CRIANÇAS RETROSPECTIVAMENTE?	15
8. AS NECESSIDADES DAS CRIANÇAS NO CONTEXTO DE VULNERABILIDADE DE SAÚDE MENTAL DOS PAIS (VER ESPECIFICAMENTE O MÓDULO 4:FOMENTAR A RESILIÊNCIA)	15
9. PARENTALIDADE E VULNERABILIDADE DE SAÚDE MENTAL.....	16
10. CRIANÇAS CUJOS PAIS SOFREM DE DEPRESSÃO (BASEADO NO DSM IV TR, 2000).....	16
10.1 SINTOMATOLOGIA (ANÁLISE DOS CRITÉRIOS ESTRUTURADA DE FORMA DIDÁTICA)	16
10.2 O IMPACTO DA DEPRESSÃO NA VIDA QUOTIDIANA DAS CRIANÇAS	18
10.2.1 <i>Desempenhando o papel de suporte para com o pai/mãe depressivo/a.....</i>	<i>18</i>
10.2.2 <i>Proteger tomando para si as responsabilidades do pai perturbado - Parentificação</i>	<i>19</i>
10.2.3 <i>Problemas desenvolvimentais precoces.....</i>	<i>19</i>
10.3 QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA AS CRIANÇAS NUM CONTEXTO DE DEPRESSÃO?	19
11. CRIANÇAS NO CONTEXTO DE PAIS COM PERTURBAÇÃO BIPOLAR (DSM IV, 2000) ...	20
11.1 SINTOMATOLOGIA (ANÁLISE DIDACTICAMENTE ESTRUTURADA DOS CRITÉRIOS (EPISÓDIO MANÍACO)	20
11.2 O IMPACTO DE UM CONTEXTO DE PERTURBAÇÃO BIPOLAR NA CRIANÇA	21
11.3 ORIENTAÇÕES DE INTERVENÇÃO	23

12. CRIANÇAS NO CONTEXTO DE PAIS COM ESQUIZOFRENIA	24
12.1 SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA (ANÁLISE DIDACTICAMENTE ESTRUTURADA DOS CRITÉRIOS)	24
12.2 O IMPACTO NAS CRIANÇAS	25
12.3 ESTRATÉGIAS GERAIS PARA OS SISTEMAS DE APOIO	26
13. CRIANÇAS NO CONTEXTOS DE PAIS COM PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE.....	27
13.1 SINTOMATOLOGIA (ANÁLISE DOS CRITÉRIOS ESTRUTURADA DE FORMA DIDÁTICA)	27
13.2 O IMPACTO NAS CRIANÇAS	28
13.3 ORIENTAÇÕES GERAIS DE INTERVENÇÃO	28
14. CRIANÇAS NO CONTEXTO DE PAIS COM PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE.....	29
14.1 DEFINIÇÕES DE PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE (ANÁLISE DOS CRITÉRIOS ESTRUTURADA DE FORMA DIDÁTICA)	31
14.2 O IMPACTO DE UM CONTEXTO DE PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE NA CRIANÇA (ESPECIALMENTE EM RELAÇÃO A PAIS COM PERTURBAÇÕES DE PERSONALIDADE BORDERLINE)	31
14.3 ESTRATÉGIA GERAL PARA OS SISTEMAS DE APOIO.....	32
15. CRIANÇAS NO CONTEXTO DE PAIS COM DEPENDÊNCIA E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS	33
15.1. SÍNTESE DA SINTOMATOLOGIA	33
15.2 O IMPACTO DA DEPENDÊNCIA E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS NO BEM-ESTAR DA CRIANÇA	34
15.3 ESTRATÉGIA GERAL PARA OS SISTEMAS DE APOIO	35
16. OBSERVAÇÕES FINAIS	35
17 REFERÊNCIAS	37

A Susie tem 11 anos e a sua assiduidade escolar é irregular. Quando vai à escola, está quase sempre cansada, com a roupa desalinhada e o cabelo sujo. É bastante “mandona” e tem dificuldade em fazer amigos. Algumas das crianças são agredidas por ela e sentem-se intimidadas, e a escola está cada vez mais preocupada com os seus comportamentos.

A Susie vive com a mãe, solteira, a quem já foi pedido por duas vezes, para comparecer na escola para falar sobre o comportamento da filha e da sua assiduidade, mas nunca apareceu. Foi destacado um técnico para o caso (Educational Welfare Officer (EWO) – Técnico do Bem-Estar Educacional) que, durante uma visita ao domicílio, descobriu que a mãe tinha uma doença bipolar. A mãe está a ser medicada, mas nem sempre cumpre, o que faz com que haja dias bons e maus, o que faz com que a assiduidade escolar da Susie seja irregular. Depressa se descobriu o porquê do comportamento de “mandona” apresentado pela Susie, pois ela estava habituada a ter de mandar a mãe tomar a medicação, bem como ter de se preocupar com o bem-estar da mãe. A Susie tenta também ser pai e mãe do seu irmão mais novo, o Jake.

<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/parentalmentalillness/susiestory.aspx>

1. O QUE QUEREMOS DIZER COM VULNERABILIDADE DE SAÚDE MENTAL?

O termo vulnerabilidade de saúde mental não parece estar muito disseminado na literatura psiquiátrica (Zubin & Spring 1977). Costuma utilizar-se este termo quando se trabalha com os pais, pois a atribuição de uma doença mental aos pais está normalmente relacionada com um elevado estigma para os mesmos, causando, sobretudo, juízos, raiva e medo por parte dos pais. **Este termo é menos estigmatizante e mais facilmente aceite pelo progenitor que está doente. No entanto, estamos conscientes de que, em especial quando se trata de perturbações esquizofrénicas e/ou bipolares, o termo “doença” também poderá ser útil.** Deve destacar-se que, sobretudo em relação a um melhor entendimento por parte das crianças, o termo “doença” pode ser utilizado de forma paralela, tendo em conta a importância para as crianças em relacionar estes diagnósticos com as doenças somáticas. A discussão à volta desta questão indica-nos que, por um lado, a estigmatização e os tabus devem ser reduzidos mas que, por outro, os modelos somáticos poderão facilitar processos de compreensão mais simples para as crianças.

1.1 Vulnerabilidade

No modelo diátese-stress, existe uma predisposição (diátese) ou vulnerabilidade genética ou biológica que interage com o ambiente e com os acontecimentos da vida diária (stressores) de forma a desencadear perturbações psicológicas ou comportamentais. Todavia, a influência de factores genéticos pode ser bastante diversificada, tal como Boggarts & Lußcz (1999) mostraram em relação a diferentes diagnósticos. Quanto maior for a vulnerabilidade

subjacente, menor é o stress necessário para desencadear as perturbações ou problemas comportamentais. Ainda assim, uma pessoa que apresente uma diátese perante uma qualquer perturbação não significa que essa pessoa a venha efectivamente a desenvolver. Para que isto aconteça são necessários a diátese e o stress. Esta teoria foi criada por (Holmes & Rahe, 1967).

Este modelo de stress foi reformulado nos últimos 20 anos, em especial por Liberman (2007, 2009) como o modelo dos factores protectivos-vulnerabilidade-stress, na área da reabilitação psiquiátrica.

Quais as implicações do stress-vulnerabilidade para as crianças? Nos casos em que ambos os pais apresentam elevados sinais de vulnerabilidade, deve dar-se grande ênfase às estratégias que diminuam os factores de stress para as crianças.

1.2 Falar sobre vulnerabilidade de saúde mental

Enquanto profissionais, entramos na vida dos pais quando as suas competências parentais estão em perigo (dependente da doença diagnosticada). Normalmente, damos-nos conta de que este perigo está correlacionado com um diagnóstico médico de doença mental, mas muitos dos pais com quem nos deparamos no nosso trabalho diário não têm diagnóstico e, como tal, não reconhecem o seu problema como doença mental ou não estão motivados para procurar ajuda. Apenas alguns pais associaram as suas reduzidas capacidades de lidar com a parentalidade aos possíveis fracos recursos psicológicos. A doença mental torna o pai com problemas mais vulnerável perante os stressores, em comparação com o pai sem problemas, mesmo quando não existem sintomas.

A própria vulnerabilidade, em termos de uma abordagem salutogénica (Antonovsky, 1967) também indica que no caso dos pais e crianças que vivem em contexto de doença mental, que um, ou ambos os pais, são capazes de activamente “fazer” algo para permanecer ou se tornarem saudáveis.

O termo vulnerabilidade de saúde mental abrange perturbações comportamentais, sociais, cognitivas e emocionais, que por vezes cumprem os critérios de doença mental. O espectro é vasto, desde a doença “moderada” com perturbações da ansiedade até ao abuso de substâncias e diagnósticos mais “sérios” como perturbações bipolares ou esquizofrenia. Deve destacar-se que até nos casos em que a vulnerabilidade é reduzida, é sempre possível apoiar pais e criança.

1.3 O termo vulnerabilidade – um eufemismo?

Gostaríamos de clarificar que ao utilizarmos o termo “vulnerabilidade” não é nossa intenção “encubrir” a doença mental. Tal como se refere em cima, o uso deste termo permite que os pais afastem a sua atenção do conceito de “doença mental” e o que o mesmo acarreta – incluindo o estigma social – dando lugar aos conceitos de empowerment e resiliência. Este conceito de vulnerabilidade inclui pessoas que apresentam sinais de vulnerabilidade de saúde mental (ex., elevada irritabilidade, reduzida tolerância à frustração), que poderão não cumprir os critérios de doença mental. Desta forma, o conceito de vulnerabilidade é mais vasto do que o de doença mental, apesar de se poder observar, nos nossos trabalhos, alguma inter-variabilidade devido

- a) Ao termo “doença”, aceite histórica e cientificamente;
- b) À elevada sobreposição dos termos.

Como tal, ambos os termos poderão surgir de forma paralela nos capítulos que se seguem.

1.4 O que se entende por doença mental no contexto da vulnerabilidade de saúde mental?

Algumas mudanças significativas ou alguns desvios em relação à normalidade dentro da área das funções psicológicas (emoções, cognição, percepção) podem ser interpretadas como indicadores de doença mental. Apesar da discussão sobre o termo vulnerabilidade, referida em cima, a definição e classificação de perturbação mental é uma questão fundamental na área da saúde mental, quer para os utentes, quer para os prestadores de serviços médicos. A maioria dos documentos clínicos utiliza o termo “perturbação mental”. Os grandes sistemas de categorização (ICD-10, 1991) para a área alemã, DSM IV TR (APA, 2000) baseados nas abordagens da APA (American Psychiatric Association – Associação Americana de psiquiatria) **descrevem alguns sintomas de forma a existir uma melhor compreensão por parte dos profissionais (para compararem critérios de diagnóstico).**

Como grande parte dos técnicos do projecto KIDS STRENGTHS não está familiarizada com os processos de diagnóstico de saúde mental nem tem conhecimentos sobre sintomatologia, os diagnósticos mais comuns serão descritos com o intuito de melhor compreender a situação das crianças.

Considerando que qualquer diagnóstico na área da saúde mental dá quase sempre origem a uma discussão sobre normas e contextos socioculturais, parece óbvio que diagnosticar uma

pessoa como mentalmente doente ou vulnerável, com todas as suas consequências, é, ou deveria ser, um processo sério e alvo de grande ponderação.

No entanto, num processo de diagnóstico, o profissional que faz o diagnóstico percebe – muitas vezes – os sintomas e agrupa-os à luz de um “rótulo” (ex., depressão), o que pode ser considerado uma hipótese passível de se alterar. Por vezes, será necessário corrigir essa hipótese de acordo com um melhor entendimento dos sintomas e respectivas fontes. (Não será então de estranhar que isto possa acontecer, ou seja, que os diagnósticos possam ser alterados).

Um processo de diagnóstico constitui sempre um processo de diálogo, no qual o profissional deve considerar que quer a criança, quer os pais, passam a estar perante:

- pessoas desconhecidas (profissional de diagnóstico);
- situações estranhas que têm de ser avaliadas (testes, jogos);
- questões e ferramentas pouco comuns.

Os processos de diagnóstico também têm de incluir a perspectiva e avaliação dos recursos, pontos fortes, e aspectos como o amor ou ter orgulho em ser pai/mãe.

2. Vulnerabilidade de saúde mental/doença enquanto factor de stress para as crianças

Estima-se que 1 em cada 4 pessoas, em determinada altura da vida, irá passar por episódios que cumprem os critérios de uma doença mental (OMS 2008, The Royal College of Psychiatrists). Palavras como subestimadas e esquecidas, apesar de fortes, descrevem a situação de crianças que vivem em contexto de vulnerabilidade de saúde mental por parte dos pais – com excepção das crianças que vivem num contexto de abuso de substâncias (como o álcool). A sensibilidade para com as necessidades de crianças que vivem em contexto de vulnerabilidade de saúde mental por parte dos pais é bastante recente dependente do grupo diagnóstico. Foram então as situações fatais ou de forte negligência para com estas crianças (ex., Conferência da EUFAMI, 2009) que levaram os profissionais e a sociedade a estarem mais sensibilizados e despertos em relação a este grupo de crianças.

Os níveis de stress e ao impacto sentido nas crianças que vivem em contextos de vulnerabilidade de saúde mental por parte do pai/mãe, podem ser comparados aos níveis de stress das crianças que vivem com pais com doenças graves ou crónicas. A grande diferença reside no facto de que a maioria das doenças somáticas (diabetes, cancro, doenças do coração)

são mais aceites pela sociedade e os pacientes são mais cumpridores e sentem-se “doentes”. Além de que, para as crianças torna-se mais claro compreender que não são responsáveis pela doença dos pais. Ma maioria das situações o ambiente circundante demonstra compreensão quer pela criança quer pelo paciente. Pelo contrário, as crianças que vivem num contexto de vulnerabilidade de saúde mental dos pais culpam-se a elas mesmas pelo “mal-estar” dos pais. Muitas vezes, estes sentimentos são agravados por parte do pai que está doente ou de outros adultos (avós, pai, mãe) e se apoiarem os pais serão também “castigados”.

Os dados existentes mostram que entre 30% a 60% das pessoas com doença mental grave têm filhos. Sabia que uma em cada doze crianças tem um dos pais que tem alguma perturbação mental? A doença mental é bastante estigmatizada, apesar de, nos últimos anos, terem surgido formas socialmente aceites e modernas de encarar a vulnerabilidade mental: síndrome burnout, depressão. À medida que nos deslocamos para o campo de outras perturbações de saúde mental como a esquizofrenia, a perturbação bipolar, o abuso de substâncias, a perturbação de personalidade borderline, menos conhecimento e sensibilização pública generalizada existe sobre estas.

3. Contactar as Famílias

A maioria dos profissionais de diferentes áreas (ex., educadores de infância, profissionais de intervenção precoce) que trabalham com crianças demonstra alguma insegurança, desconforto e até ansiedade quando entram em contacto com pais mentalmente vulneráveis. As principais razões que estão na origem destes sentimentos estão relacionadas com a falta de informação sobre as doenças mentais, os sintomas, mecanismos de coping e o impacto no bem-estar da criança. Cada vez mais, os profissionais estão a ficar conscientes desta situação e, normalmente, procuram informações adequadas (a não ser que trabalhem em serviços de saúde mental especializados).

- O que significa vulnerabilidade de saúde mental/doença mental e que tipo de consequências trazem os diversos diagnósticos?

O segundo grupo de questões centra-se nas suas percepções e possibilidades para identificar o que estão a perceber:

- *Será que posso (enquanto profissional) perceber e observar possíveis mudanças e sintomas quando trabalho com famílias ou crianças?*

O terceiro tipo de questões está relacionado com as crianças (provavelmente relacionado com a quarta questão)

- *O que é que tudo isto significa para a criança? – O que é que eu, enquanto profissional, posso fazer?*

- *De que tipo de ajuda necessitam as crianças?*

Como tal, a estrutura deste módulo respeita estas quatro questões.

4. Vulnerabilidade de saúde mental/doença – de que é que falamos?

As doenças mentais são comuns a todos os países e causam bastante sofrimento. Considerando a sua distribuição pelo mundo (por exemplo, em relação à esquizofrenia, perturbação bipolar) podemos afirmar que ela é a mesma para algumas doenças, mas em relação a outras (perturbações de ansiedade, alcoolismo), a distribuição já é muito diferente. As pessoas que sofrem destas perturbações estão, muitas vezes sujeitas ao isolamento social, fraca qualidade de vida e a uma taxa de mortalidade mais elevada. Estas perturbações estão na origem de custos económicos e sociais surpreendentes (OMS 2008).

Milhões de pessoas, um pouco por todo mundo, são afectadas por perturbações de abuso de substâncias, comportamentais e mentais. Por exemplo, algumas estimativas levadas a cabo pela OMS, em 2002, mostram que, globalmente, 154 milhões de pessoas sofrem de depressão e 25 milhões de esquizofrenia; as perturbações relacionadas com o alcoolismo afectam 91 milhões de pessoas e outros 15 milhões de pessoas são afectadas por perturbações relacionadas com o consumo de drogas.

Os dados existentes demonstram que os sintomas da vulnerabilidade de saúde mental na população mundial estão a aumentar. O número de mulheres que recebem pensão de invalidez devido à depressão está a ter um aumento dramático. Isto também significa que, **cada vez mais**, as crianças, pelo menos durante alguns períodos das suas vidas, estão inseridas num contexto no qual os pais estão doentes ou gravemente perturbados. Não será possível a apresentação de um modelo nacional monocausal que possa explicar este aumento no campo da vulnerabilidade mental. As razões deste aumento foram consideradas em todos os níveis do modelo biopsicossocial das doenças mentais: aumento do stress, aumento dos desafios parentais, crise económica, necessidade de mobilidade, pressão, mudanças demográficas, mudanças familiares, etc.

É provável que, até 2020, a depressão assuma o segundo lugar das doenças mais prevalentes, de acordo com dados da OMS. Por outro lado, a vulnerabilidade de saúde mental do progenitor, sobretudo da mãe, pode ser vista como um grande indicador de distúrbios desenvolvimentais na criança (Laucht, 2009).

No entanto, um dos nossos rapazes descreveu desta forma as suas experiências em relação à mãe, que tentou o suicídio e foi encontrada pelo filho (10 anos): “o puzzle tem muitas peças, por vezes, não se encaixam e a estrutura não dá conforto e segurança suficientes”.

5. Porque é que avaliamos a vulnerabilidade de saúde mental como um factor de distress crónico para as crianças?

Apesar da doença mental ser comparável às perturbações somáticas crónicas, alguns factores específicos devem ser destacados, pois têm um papel fulcral na sobrecarga sentida pelas crianças.

5.1 Duração

Tendo por base os principais critérios de diagnóstico (CIF-10, DSM IV), as doenças mentais podem definir-se como uma certa tendência para ser crónico, ex., sintomas com uma duração superior a seis meses. Por outro lado, os dados empíricos (Chaudron et al., 2006) mostram que passados **apenas** três meses de viver num contexto em que há um sistema mentalmente vulnerável, as crianças apresentam logo os primeiros sinais de stress e de distúrbios desenvolvimentais. **A intensidade dos sintomas, na maioria dos casos, pode aumentar com o passar do tempo.** A experiência mostra que grande parte dos episódios de vulnerabilidade de saúde mental tem uma duração superior a seis meses. Porque é que avaliamos a vulnerabilidade de saúde mental como um factor de stress crónico para as crianças? Sabe-se, com toda a certeza, que são necessários entre três a sete anos para que um pai/mãe perturbado reconheça e admita os seus problemas comportamentais, sociais ou emocionais enquanto doença mental. Durante este período (e, por vezes, mais tempo) as crianças têm que viver neste contexto, especialmente se os pais não procuram ajuda ou se as crianças não apresentam “sintomas”.

5.2 Sintomas silenciosos, discretos

Um segundo factor que contribui para que a vulnerabilidade mental seja avaliada como um stressor crónico está relacionado com o facto de que, por vezes, os sintomas não são graves,

nem muito desviantes, estando “consignados às paredes de casa”. Os sintomas poderão ser explicados como uma consequência das normais circunstâncias da vida (por exemplo, a tristeza da mãe anos depois de um divórcio ou após perder o emprego) que são percebidos de forma normal. As crianças também poderão obter ajuda se os pais reconhecerem que eles próprios necessitam de ajuda.

5.3 Ausência de contacto com a realidade – isolamento social normal de crianças pequenas

As crianças pequenas não têm o chamado “contacto com a realidade” disponível pois, devido à tenra idade, podem viver como que “isolados” dentro das famílias. Os pais são as únicas, e mais importantes, “pessoas de ligação” que representam a “normalidade”, com possibilidade mínima de feedback correctivo (incluindo o risco de “folie á deux” -perturbação psicótica partilhada- de acordo com o qual a criança poderá seguir o sistema de percepção dos pais: por exemplo, para as crianças poderá ser normal que as persianas estejam constantemente fechadas, que os pais nunca vão com eles ao parque, etc.).

5.4 Interrupção repentina da vida quotidiana, instabilidade das relações

A previsibilidade dos comportamentos e situações dá à criança sentimentos de conforto e segurança. Permite-lhes viver mais ou menos descansados. Os sintomas da doença mental parental poderão pôr em risco essa previsibilidade: o pai tem de ir para o hospital, o filho encontra a mãe na cama, que não acorda pois tentou cometer suicídio, a chegada da ambulância, etc. Normalmente, as crianças não estão preparadas para este tipo de situações e, muitas das vezes, estes acontecimentos devastam as estratégias e os mecanismos de *coping* das crianças. A não ser que os pais sejam dependentes de álcool, as causas não observáveis para as mudanças comportamentais, desencadeiam nas crianças mais receios: a mãe que não sai da cama, a mãe acendeu todas as velas que havia em casa, etc. A alteração imprevisível de padrões de interacção leva a sentimentos de insegurança. O pai prometeu sair com a Sarah, mas acabaram por não ir. O Peter mostra à mãe uma coisa que fez na escola, mas a mãe começa a gritar com ele. A Lisa foi dar com a mãe a dormir no chão. As relações inseguras poderão ser uma das consequências da imprevisibilidade dos comportamentos de protecção e prestação de cuidados.

5.5 Doença mental enquanto segredo de família

Uma das grandes diferenças em relação a estas crianças – quando comparadas com as crianças que vivem em contexto de doença crónica somática por parte dos pais – prende-se com o facto de que a família, e por vezes a própria criança, tende a fazer da vulnerabilidade de saúde mental um segredo de família, pois trata-se de um assunto tabu em termos sociais.

A falta de informação sobre a doença mental dos pais, e o secretismo em que as situações são mantidas, levam a que a criança não dê uma atribuição adequada à doença mental dos pais. Cada criança faz uma interpretação das reacções que os pais têm para com eles mesmos, para com o seu próprio comportamento, em especial se os sentimentos de responsabilidade forem reforçados com frases do tipo “Tu é que me estás a por doente! É por tua causa que a mãe está no hospital”. Normalmente, as crianças atribuirão a tristeza ou a raiva dos pais a algum comportamento “possivelmente incorrecto” que tenham tido. Crescem aqui as primeiras “sementes” para o desenvolvimento de sentimentos de culpa e depressões ou perturbações de ansiedade futuras.

Enquanto segredo familiar e social, a doença mental tem duas consequências:

- a. Na família: a criança não sabe o que se está a passar, apesar de sentir que “algo não está bem” e
- b. Na sociedade: Falta de consciencialização sobre a doença mental significa que a criança é deixada sozinha sem a possibilidade de pedir ajuda à sua volta.

5.6 Intensidade dos sintomas da doença mental

O stress que é percebido não é imediatamente relacionado com um diagnóstico de doença mental, mas sim com a severidade dos sintomas. Quanto mais severos parecem ser os sintomas, mais se diferenciam dos padrões comportamentais normais, e mais elevado é o impacto negativo na criança. Consequentemente, os sintomas da esquizofrenia ou da perturbação bipolar ou borderline parecem ter um impacto mais negativo nos factores protectivos da criança. Nalguns casos, as experiências vividas nestes contextos poderão vir a cumprir os critérios da perturbação de stress pós-traumático.

5.7 Idade da criança

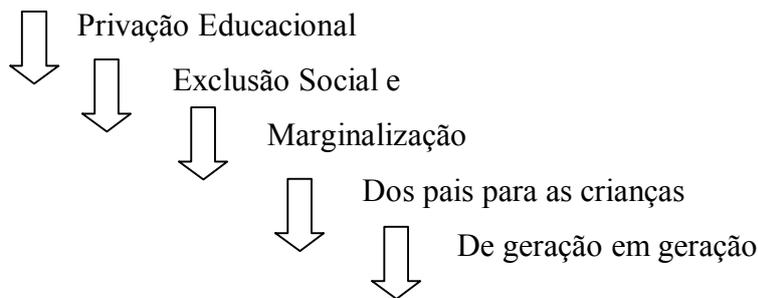
A idade da criança constitui outro factor de stress: quanto mais nova a criança, mais elevado será o impacto negativo no que diz respeito aos recursos protectivos. Isto acontece pois as crianças ainda não possuem outros sistemas de apoio (social), além do que a neurogénese poderá ficar em perigo perante situações elevadas de stress, reduzindo os recursos biológicos da criança, tornando-a mais vulnerável.

5.8 E quando ambos os pais são vulneráveis em termos de saúde mental?

É óbvio que quando ambos os pais estão vulneráveis o impacto na criança é maior do que nos casos em que apenas um dos pais apresenta problemas (mesmo perante a existência de uma rede social de apoio). Nestes casos, a probabilidade de herdar a vulnerabilidade genética (biológica) e de, em determinada altura da vida vir a ter problemas mentais, situa-se entre os 40-50% (ex., nos pais com esquizofrenia).

No entanto, Tytti Solantaus argumenta que a forma como esta vulnerabilidade é transmitida não pode ser apenas vista em termos de predisposição genética. Solantaus descreve uma possível cascata de passos de transmissão

A transmissão de perturbações mentais (Soltanus 2009)



Resumindo, a vulnerabilidade de, pelo menos, um dos pais deve ser encarada como um stress sistémico, que afecta os restantes membros da família, em particular as crianças mais novas. Tendo em conta as razões referidas em cima, os mecanismos de coping e reflexão estão em perigo de ficarem bastante afectados.

Por outro lado, o trabalho prático com os pais mentalmente vulneráveis mostra que estes (quer os que são mentalmente saudável, quer os que apresentam problemas de saúde mental) não reconhecem o stress das crianças. A maioria relata o seguinte:

- as crianças não se apercebem do que está a acontecer ao pai/mãe que está com problemas;
- as crianças não sentem as mudanças do sistema familiar e nem o facto de que os pais estão a tentar “agir” normalmente;
- as crianças poderão sentir-se responsáveis pela perturbação.

Este tipo de subestimação em relação à capacidade da criança em “sentir e ver” as mudanças que estão a ter lugar na família também é proveniente dos profissionais, que por vezes deixam as crianças arcar com todo o peso das situações, sem qualquer tipo de apoio terapêutico. No

entanto, na prática, pode observar-se que (à excepção dos pais com problemas de alcoolismo) os profissionais na área da psiquiatria “usam” as crianças como um **factor terapêutico no trabalho com os pais.**

No entanto, como as crianças constroem activamente a sua própria realidade, pois os seus sistemas perceptivos (sensoriais) estão, **maioritariamente em alerta**, são capazes de perceber o poder das mudanças comportamentais ou emocionais (inesperadas) nos pais. O primeiro passo no nosso trabalho é tornar os pais mais sensíveis aos sinais, torná-los conscientes dos seus filhos: mesmo sendo incapazes de verbalizar aquilo que sentem, as crianças são capazes, desde muito cedo, com 3-4 anos, de se aperceberem das mudanças à sua volta. Como tal, é essencial aumentar a sensibilidade parental (do que está mentalmente saudável e do que tem problemas de saúde mental) para as necessidades do seu filho, particularmente em períodos turbulentos, nos quais os sintomas são graves e existe um aumento da vulnerabilidade.

6. Como reagem as crianças?

Os sintomas manifestados (reações) por parte das crianças perante o stress crónico (causado por doenças somáticas crónicas graves ou pelo aumento da vulnerabilidade mental crónica) são muito semelhantes, mas normalmente não específicos. Esta natureza não específica dos sintomas constitui também uma razão para o não reconhecimento do sofrimento da criança, também por parte dos profissionais. A idade da criança contribui mais para possíveis distúrbios do que o próprio diagnóstico do (s) pai (s) (Pretis & Dimova 2004).

As crianças poderão reagir com diferentes estratégias de coping (ver módulo 3 relacionado com o “role-taking”). Além disso, as reações dependem, em grande parte, da idade, do sexo e da personalidade (ver módulo 4).

Nos **primeiros anos de vida**, as crianças poderão reagir com base, por exemplo, numa regulação emocional perturbada: aumento do choro, atrasos na linguagem expressiva desenvolvimental, atrasos cognitivos. No início do **ensino pré-escolar** podem observar-se distúrbios relacionados com o comportamento socioemocional. Cada criança, em cada sistema familiar, reage de forma diferente. Abordar/contactar as famílias constitui sempre um processo altamente individual, feito à medida de cada família.

7. O que relatam as crianças retrospectivamente?

Muitos dos estudos sobre as experiências das crianças que vivem com pais mentalmente vulneráveis apresentam resultados semelhantes entre si. Relatam uma sensação de impotência (Wagenblass, 2001) e de abandono (Marsh & Dickens 1997), por vezes, sentem-se culpadas e responsáveis por tudo o que está a acontecer à família ou ao pai que está doente, sentem-se inseguras, ansiosas e sobrecarregadas.

É importante destacar que, em relação à saúde psicológica, a criança precisa de ter oportunidade para:

- perceber o que se está a passar e não só que a mãe está deprimida ou que o pai bebe ou tem alucinações;
- ser capaz de distinguir o comportamento relacionado com a doença do comportamento normal (saudável) por parte dos pais;
- também ter direito (e um espaço) a expressar sentimentos saudáveis de raiva, decepção parental, desilusão, tristeza, tudo isto com a supervisão e apoio de profissionais.

8. As necessidades das crianças no contexto de vulnerabilidade de saúde mental dos pais (ver especificamente o módulo 4:Fomentar a resiliência)

- a. As crianças precisam de se sentir seguras e protegidas. Como tal, para qualquer profissional que trabalhe com crianças a primeira questão a colocar será: O que é que eu, enquanto profissional, posso fazer para aumentar os sentimentos de segurança e protecção na criança?
- b. As crianças necessitam de informação e compreensão. A questão com que o profissional se depara será então: como poderei, da melhor forma possível, informar e sensibilizar os pais e a família mais alargada para a vulnerabilidade desse mesmo sistema familiar? Como poderei aumentar a consciência para as necessidades da criança? Alguns exercícios são descritos nos ficheiros metodológicos. As crianças precisam de ter as suas necessidades satisfeitas. Como posso, enquanto profissional, contribuir para os pais sejam mais capazes de perceber e satisfazer as necessidades da criança e, caso não seja possível, fazer com que essas necessidades sejam satisfeitas por outros sistemas de apoio?
- c. As crianças precisam de actividades e estimulação adequadas à sua idade. Existe o risco de, em contextos de vulnerabilidade mental por parte dos pais, as crianças assumirem responsabilidades não adequadas à sua idade – “parentificação”.

9. Parentalidade e Vulnerabilidade Mental

Apesar de 25% dos casos de custódia parental estarem relacionados com pais doentes/mentalmente vulneráveis, não significa automaticamente que os pais com perturbações de saúde mental não sejam capazes de educar os seus filhos. A avaliação individual da segurança e protecção, a ligação com os outros, a estimulação adequada à idade, o inculcar de normas, regras e valores, em conjunto com o cumprimento e a procura ou aceitação de apoio ou ajuda, são factores essenciais de uma boa (suficiente) parentalidade. No entanto: **AS CRIANÇAS NUNCA DEVEM SER USADAS COMO FACTOR ESTABILIZADOR OU (MUITO IMPORTANTE) COMO MEDICAÇÃO PSICOLÓGICA OU APOIO PARA OS PAIS DOENTES.**

Na área do alcoolismo, estas recomendações parecem ser reconhecidas por toda a sociedade; noutras situações (ex., em relação ao não cumprimento) observamos que os sistemas de protecção infantil se deparam com algumas dificuldades ou hesitam em implementar os serviços necessários para as crianças.

Contudo, a experiência mostra que até nas comunidades mais abastadas, com muitos sistemas de apoio (médico, social ou educacional), as crianças também se encontram em risco de serem esquecidas, pois, em muitos casos, os sistemas de apoio centram a sua atenção sobretudo nas necessidades do pai que apresenta problemas. Além disso, nos casos de sintomas episódicos, descompensação – o apoio poderá estar limitado em termos de tempo.

10. Crianças cujos pais sofrem de depressão (baseado no DSM IV TR, 2000)

Dentro deste módulo, a grande abordagem em relação às diversas formas de doença mental, ou num contexto mais geral de “vulnerabilidade mental”, baseia-se no Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria (APA). No entanto, para descrever os critérios de diagnóstico aos profissionais, cuja área principal de trabalho não é a psiquiatria, os sintomas estão agrupados (de forma didáctica) em quatro categorias (no seu conjunto, reflectem um heurismo pedagógico): *Sentimento, Pensamento, Comportamento e Reacções Corporais.*

10.1 Sintomatologia (análise dos critérios estruturada de forma didáctica)

SENTIMENTO

- Atitudes depressivas durante quase todo o dia, quase todos os dias, tal como é indicado ou por relato subjectivo (ex., sentimentos de tristeza ou vazio) ou por observações feitas por outros (ex., parece triste). (Nas crianças e adolescente, esta situação pode caracterizar-se como temperamento irritável).
- Forte redução do interesse ou prazer por tudo e por quase todas as actividades, quase todo o dia, quase todos os dias.

PENSAMENTO

- Pensamentos recorrentes sobre a morte (não apenas o medo de morrer) ou pensamentos suicidas recorrentes sem que haja um plano específico, tentativa de suicídio ou planos específicos para o fazer;
- Reduzida capacidade de pensar ou de concentração, indecisão, quase todos os dias.

COMPORTAMENTO

- Agitação psicomotora (elevado nível de actividade) ou atraso em desempenhar acções, quase todos os dias;
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- Sentimentos de inutilidade ou de culpa excessiva ou desadequada, quase todos os dias

REACÇÕES CORPORAIS

- Perda significativa de peso, quando não se está em dieta, ou ganho de peso (ex., uma alteração de mais de 5 % no peso corporal num mês), ou variações diárias de apetite.
- Insónia ou hipersónia quase todos os dias.

De acordo com o DSM-IV, uma pessoa que padeça de uma forte perturbação depressiva deve ter atitudes depressivas ou ter perdido interesse e prazer na realização das actividades diárias, de forma consistente, durante um período de, pelo menos, duas semanas. Estas atitudes deverão constituir uma mudança em relação às atitudes normais da pessoa; o funcionamento educacional, ocupacional, social, ou outro, deverá também estar negativamente afectados devido a essas mudanças. O humor depressivo causado pelo abuso de substâncias (como drogas, álcool, medicamentos), ou que faz parte de uma condição médica geral, não é considerado forte perturbação depressiva. (...) Além disso, os sintomas de tristeza devido a uma perda (isto é, depois da perda de um ente querido) também não são considerados como forte perturbação depressiva a não ser que durem mais que dois meses ou se caracterizem por uma notória limitação funcional, uma preocupação mórbida com a inutilidade, ideação suicidas, sintomas psicóticos ou atraso psicomotor.

10.2 O impacto da depressão na vida quotidiana das crianças

No contexto da depressão severa, o pai que está doente pode reagir de forma sensível perante as necessidades emocionais da criança. Uma mãe relatou que, durante um episódio de forte depressão “nada lhe importava, nem mesmo os filhos”. No entanto, durante episódios de remissão, esta mãe cuidava empaticamente dos filhos.

Em especial quando se trata do nível de “energia/motivação” disponível por parte dos pais com depressão, as crianças demonstram uma elevada sensibilidade: a motivação e a energia não estarão disponíveis de forma constante e as crianças enfrentarão perdas de energia, motivação e responsividade inesperadas e inexplicáveis por parte dos pais – “Às vezes a minha mãe/pai reagem, às vezes não”, “Como posso ter a certeza de que as minhas necessidades serão satisfeitas?”. Devido a esta responsividade parental inconstante, ou negativa por vezes (“Cala-te, não me chateies”), a maioria das crianças (pequenas) tendem a desistir, correndo o risco de ter vinculações inseguras.

Por vezes, a mãe ou o pai reagirão aos desejos de contacto das crianças, e outras vezes ficarão na cama dias e dias a fio. Desta forma, as crianças são confrontadas com um comportamento que, no seu ponto de vista, é muito difícil de antecipar. Para a própria criança não é claro se as suas necessidades serão ou não satisfeitas. Às vezes sim, outras não. Não existem sinais claros que possam fazer prever a reacção. Muitas vezes, as crianças não são acompanhadas nas suas necessidades existenciais. **Esta insegurança ou irregularidade imprevisível poderão activar o sistema de alarme da criança e, como tal, o nível de activação torna-se mais elevado.**

Além do mais, estas crianças poderão deparar-se com tentativas de suicídio e ficarem sujeitas a situações altamente traumáticas (ambulância, preocupações com os pais, ...).

10.2.1 Desempenhando o papel de suporte para com o pai/mãe depressivo/a

Quando reparam que as reacções dos pais são mais lentas ou inexistentes, as crianças tentam reforçar as suas actividades, estimular o pai/mãe para ser feliz e activo (a não ser que haja uma pessoa com a qual exista uma vinculação saudável). A criança observa, desde cedo, que os seus esforços não têm qualquer consequência ao nível do comportamento do pai que está mentalmente vulnerável. Poderão voltar a tentar, com mais intensidade, para estimular as reacções do pai, aumentando a energia investida. A falta de resposta será uma desilusão. São

então de esperar sentimentos de impotência e tristeza. Estamos profundamente convencidos de que uma elevada vulnerabilidade de saúde mental por parte dos pais assume um papel decisivo na patogénese da depressão juvenil.

10.2.2 Protege ao tomar para si as responsabilidades do pai/mãe perturbado/a – Parentificação

Desde tenra idade, as crianças reconhecem que devido ao baixo nível de actividades dos pais, a estrutura diária em casa não funciona. Na fase seguinte, e caso não haja ninguém que o faça, as crianças começarão a cuidar das suas próprias necessidades, por vezes das necessidades dos irmãos e até do pai que está doente. Esta parentificação é observável, p.ex., em casos de esquizofrenia, perturbações bipolares e alcoolismo. A nossa experiência mostra-nos que uma criança de 5 anos poderá tomar para si a responsabilidade de lembrar a mãe de que tem de tomar a medicação quando os sintomas pioram. A responsabilidade de cuidar da saúde psicológica dos pais constitui um pesado fardo para a criança (até mesmo para adultos), sobretudo por que é uma situação que se pode arrastar durante vários anos.

10.2.3 Problemas desenvolvimentais precoces

No trabalho com crianças filhas de pais mentalmente vulneráveis são frequentemente visíveis situações de problemas desenvolvimentais precoces para os quais não existem causas orgânicas.

Como resultado de uma exposição à privação emocional nos casos da depressão e, em especial, da esquizofrenia, podemos observar, nos primeiros anos de vida, um aumento de distúrbios ao nível da expressão da linguagem. Os dados disponíveis mostram que, num contexto de depressão parental, algumas crianças têm mais tendência para chorar mais vezes (Milgrom et al. 1996), apresentam um comportamento menos exploratório (Field et al. 1996) e não reagem de forma adequada, como por exemplo, a estímulos verbais de incentivo por parte dos pais com depressão.

10.3 Quais são as principais estratégias para as crianças num contexto de depressão?

- a. **O tratamento** da depressão do (s) pai (s) é, como tal, o primeiro, e principal, passo a tomar para alcançar o bem-estar da criança. Ao fazê-lo, a fonte de sobrecarga da criança será reduzida. Deve destacar-se que a depressão é uma doença que, na maioria dos casos, pode ser tratada com sucesso. A remissão total é algo possível (ausência de

sintomas). Os melhores resultados serão atingidos através de uma combinação de **medicação, psicoeducação e psicoterapia.**

- b. No contexto da depressão, as crianças necessitam de alegria, responsividade, de situações nas quais possam expressar as suas emoções. Em termos de trabalho diário, isto significa activar os membros da família que são saudáveis ou activar redes de parceiros familiares para que se criem ilhas de alegria, diversão, optimismo, activação. Ilhas livres de preocupações.
- c. Informação: Desde cedo, deve explicar-se à criança que a vulnerabilidade da mãe ou do pai não está relacionada com o seu comportamento, que não deve sentir-se culpada, que não tem nada a ver com o cansaço, irritabilidade ou choro da mãe ou pai.
- d. **Deve ser permitido à criança que expresse os seus sentimentos, que grite, que cante, que dance, que corra, que chore, que se zangue** (de preferência, na ausência do pai/mãe doente, pois estes comportamentos da criança poderão constituir um stressor para os pais).

11. Crianças no contexto de pais com perturbação bipolar (DSM IV, 2000)

11.1 Sintomatologia (análise dos critérios estruturada de forma didáctica - episódio maníaco)

Os **actuais critérios de diagnóstico para a perturbação bipolar** prendem-se com o facto de que a perturbação bipolar descreve uma doença heterogénea – que assume várias formas. A frequência e intensidade das alterações de humor (entre a depressão e a obsessão) varia bastante de pessoa para pessoa. Os sintomas de depressão já foram descritos na alínea 10.1.

SENTIMENTO

- Período distinto de humor irritável, de forma anormal e persistente, com a duração de, pelo menos, uma semana (ou sem duração definida se for necessária hospitalização). O distúrbio no humor é suficientemente grave para causar uma forte incapacidade no funcionamento funcional, nas actividades sociais quotidianas, nas relações com os outros, para que haja necessidade de internamento, no sentido de evitar que o doente faça mal a si mesmo ou a outros ou é suficientemente grave para que haja características psicóticas;
- Auto-estima ou sentimentos de grandeza inflacionados, incluindo, potencialmente, delírios de grandeza.

PENSAMENTO

- Fluxo de ideias ou sensação de que os pensamentos estão a fugir;

- Facilidade em se distrair (i.e., a atenção é facilmente desviada para estímulos externos irrelevantes ou pouco importantes).

COMPORTAMENTO

- Mais falador do que o normal ou faz por estar sempre a falar;
- Aumento das actividades com objectivos (sociais, no emprego, escola ou a nível sexual) ou agitação psicomotora;
- Envolvimento excessivo em actividades agradáveis com elevado potencial de consequências dolorosas (ex., fazer compras descontroladamente, indiscrições sexuais, investimentos despropositados em negócios).

REACÇÕES CORPORAIS

- Necessidades de sono cada vez menores (ex., sente-se descansado após 3 horas de sono apenas) ou dificuldades persistentes em adormecer.

Os sintomas não se devem aos efeitos psicológicos directos de uma substância (ex., drogas, medicamentos ou outro tratamento) nem ao estado geral de saúde.

O DSM-IV TR descreve a Perturbação Bipolar como uma doença na qual o paciente apresenta mudanças de humor significativas, que poderão durar semanas ou meses, de cada vez. Os pacientes irão apresentar, pelo menos, um episódio maníaco quando o humor está bastante elevado; segue-se depois um período de normalidade ou equilíbrio de, pelo menos, dois meses antes do início de um grande episódio depressivo. Estas alterações de humor não se podem dever à esquizofrenia, à perturbação esquizoaffectiva, à perturbação psicótica ou perturbação delirante. As mudanças de humor também não podem ser o resultado directo do consumo de substâncias, como soníferos ou anfetaminas com prescrição médica. No entanto, o abuso de algumas substâncias (álcool) poderá estar presente em especial durante os períodos maníacos.

11.2 O impacto de um contexto parental de perturbação bipolar na criança

Factos: Pensa-se que a incidência da perturbação bipolar (em especial da nível 1) é de 1%. Se as crianças vivem num contexto em que ambos os pais têm perturbação bipolar, as crianças poderão desenvolver os sintomas a cada segundo que passa.

No contexto de perturbações bipolares, as crianças estão perante mudanças extremas de estados de humor afectivos, que poderão ainda ser reforçados com um possível alcoolismo. Ainda muito pequenas, a maioria das crianças relata que nota, de forma muito calar, as mudanças comportamentais dos pais: uma criança de 6 anos disse-nos que o pai vai muitas vezes ao restaurante e convida os filhos para tomarem bebidas e comerem gelado, etc.

Para a criança, esta atitude é sinal de que está a acontecer outra vez. As crianças poderão notar mudanças quando, por exemplo, os pais usam certas palavras/expressões ou fazem perguntas estranhas, o que não aconteceria durante os períodos estáveis. Nas fases maníacas, as crianças são confrontadas com a activação das actividades dos pais: sair, o não dormir, fazer barulho, irritabilidade e até agressividade.

Logo no início, este comportamento poderá parecer engraçado aos olhos da criança, bem como o facto de conseguir tudo o que quer, mas a intensidade das reacções faz com que tudo se torne assustador. Ao fim de algum tempo torna-se tudo muito cansativo para a criança, especialmente se esta for ainda muito pequena e tiver que acompanhar os pais nas suas actividades. A criança apercebe-se então de que a mãe ou o pai não cumprem as suas promessas, as suas necessidades não são satisfeitas. As suas vidas poderão estar em perigo. Os pais poderão esquecer-se de prestar os devidos cuidados às crianças, de as alimentar ou de cumprir regras de segurança básicas (por exemplo, ir para a rua num dia muito frio sem proteger as crianças com um casaco e luvas). A vida quotidiana deixa de ter uma estrutura. O elevado nível de intolerância poderá dar lugar à agressão para com a criança, especialmente se esta tentar corrigir o pai/mãe.

Devido à “perda” de controlo e às acções estranhas que os pais podem ter, as crianças poderão sentir vergonha por vezes. Se a criança recusar participar, não cumprir as actividades acabará por enfrentar, na maioria dos casos, agressão verbal.

Passado algum tempo, tudo isto passa a ser o oposto. Os pais falam mais alto, riem, cantam, são generosos, mas sempre com alguma agressividade à mistura. Durante a fase depressiva, mostram-se mais cansados, sem energia e motivação. A tristeza é visível na cara e nos movimentos (ver “depressão”).

A criança é deixada sozinha (se não houver outro adulto na família, que esteja por perto). As suas necessidades poderão ser negligenciadas em ambas as fases. As reacções podem ser contraditórias e difíceis de entender para as crianças ao nível da irritabilidade e da expressão de emoções, p.ex., são reacções que variam do comportamento explosivo até à tristeza e depressão.

Este comportamento imprevisível é difícil de perceber para a criança. Em termos de impacto para a criança, observa-se que o comportamento parental extremamente imprevisível

ultrapassa os limites pessoais da criança. Nestes contextos, as crianças poderão apresentar sintomas de perturbações de ansiedade generalizada e vinculações inseguras.

11.3 Orientações de intervenção

- a. A meta mais importante é iniciar o tratamento ao paciente. Contudo, esta meta poderá ser difícil de atingir, pois o pai/mãe não se sente “doente” e acresce ainda as barreiras legais nacionais relativas ao facto de se tratar uma pessoa sem o seu consentimento.
- b. Não será possível aos profissionais trabalharem com os pais durante um episódio maníaco agudo – pelo facto destes possuírem nesta fase uma capacidade de auto-reflexão muito reduzida.
- c. Os pais que estão a passar por uma fase maníaca aguda não serão capazes de obedecer ou de cumprirem acordos terapêuticos, pois a incapacidade de obedecer é o principal sintoma de um episódio maníaco. De um ponto de vista profissional, qualquer contrato feito com os pais no decurso desta fase maníaca terá altas probabilidades de falhar. Na ausência de outros adultos mentalmente saudáveis, como avós, parceiros ou pertencentes a uma rede social, **a criança não deve ser deixada sozinha com alguém que está a passar por um episódio maníaco agudo**, pois estará em perigo e as **probabilidades de o seu bem-estar correr risco são elevadas**. Se a criança viver só com o pai que está doente, o facto de ir viver com avós, vizinhos ou para uma família de acolhimento, enquanto solução temporária, poderá proteger o bem-estar da criança. A criança tem “direito” a uma estrutura na sua vida e a rotinas bem definidas, mesmo quando os pais estão a passar por episódios maníacos, pois estas dão-lhes a segurança física e emocional necessária. Se a criança for mais velha, poder-se-á elaborar um “plano de crise” para as situações inesperadas que possam constituir um risco. Exemplo: O que é que eu faço se a minha mãe ou pai quiserem sair comigo à noite? Onde devemos ir? A quem me devo dirigir se a minha mãe ou pai se comportarem de forma estranha?
- d. As crianças precisarão de perceber e receber informação (adequadas à idade) de que as mudanças no comportamento dos pais se devem a mudanças no funcionamento cerebral.
- e. Os “contratos” profissionais têm de se focar no pai/mãe mentalmente saudável, informando-o/a da:
 - a. Importância da satisfação das necessidades da criança, do dever de protecção para com a criança;
 - b. Possíveis intervenções ao nível do apoio para a criança e o seu sistema familiar;
 - c. Tudo o que estiver relacionado com o prognóstico, tratamento e, por vezes, diagnóstico da alteração comportamental do parceiro;

- d. Situação legal: Quais as situações em que alguém pode ser forçado a receber tratamento (médico) contra a sua vontade.
- f. Se ambos os pais estiverem doentes, os sistemas de protecção/bem-estar da criança deverão ser activados;
- g. No caso das perturbações bipolares, o factor genético é muito importante: como tal, deverá evitar-se situações de stress adicional para as crianças.

12. Crianças no contexto de pais com esquizofrenia

Na maioria dos cursos, a esquizofrenia tem tendência a relacionar-se com imagens místicas pouco claras de uma “pessoa dividida”, fazendo lembrar a obra “Dr. Jeckyll and Mr. Hyde”. É vista como um sinónimo de doença mental. Muitos profissionais, cuja área principal não é a psiquiatria, têm grandes dificuldades em perceber o que é a esquizofrenia. Como tal, esta secção debruçar-se-á sobretudo sobre a forma como as pessoas com esquizofrenia “funcionam” e qual o impacto que tem nas crianças. A incidência desta perturbação, em termos mundiais, é de 1-2%; Perälä et al. (2007) observaram que em estudos baseados na população, os números são um pouco mais reduzidos. No entanto, 13 em cada 100 crianças, com pelo menos um dos pais doentes, também irá desenvolver os sintomas.

12.1 Sintomas de esquizofrenia (análise dos critérios estruturada de forma didáctica)

De acordo com a quarta edição revista do Manual de Estatística e Diagnóstico das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR), para alguém receber um diagnóstico de esquizofrenia, devem cumprir-se três critérios de diagnóstico:

Sintomas característicos: Dois ou mais dos seguintes, sendo que cada um deve persistir quase totalmente num período de um mês (ou menos, se os sintomas puderem entrar em remissão com tratamento).

SENTIMENTOS

- Sintomas negativos: afectos abruptos (falta ou redução das respostas emocionais), alogia (falta ou declínio discursivo), ou avolição (falta ou redução de motivação).

PENSAMENTO

- Discurso desorganizado, que é uma manifestação de perturbação do pensamento formal. O critério da desorganização discursiva só é cumprido se for grave o suficiente a ponto de incapacitar a comunicação.
- Delírios: sensação de que está a ser seguido, de que as pessoas estão a falar sobre nós.

COMPORTAMENTO

Comportamento bastante desorganizado (ex., vestir-se desadequadamente, chorar com frequência) ou comportamento catatónico.

PERCEPÇÃO

- Alucinações

Se os delírios forem bizarros, se as alucinações consistirem em ouvir uma voz que está a participar em comentários sobre as acções do paciente ou se consistirem em duas vozes que conversam uma com a outra, apenas um destes sintomas será necessário para cumprir os critérios.

Disfunção ocupacional/funcional: Durante boa parte do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas de funcionamento como o emprego, as relações interpessoais, ou os auto-cuidados encontram-se significativamente abaixo do nível alcançado antes do início da perturbação.

Duração: Persistência de sinais contínuos de perturbação durante seis meses, pelo menos. Este período de seis meses deverá incluir pelo menos um mês de sintomas (ou menos, se os sintomas puderem entrar em remissão com tratamento).

A esquizofrenia não pode ser diagnosticada se os sintomas da perturbação de humor ou da perturbação invasiva do desenvolvimento estiverem presentes, ou se os sintomas forem um sintoma directo de um estado médico geral ou de substâncias, como o abuso de drogas ou medicamentos.

12.2 O impacto nas crianças

A experiência mostra que a esquizofrenia (bem como a perturbação bipolar e a perturbação de personalidade borderline) constitui um dos mais pesados fardos para a criança que vive num contexto de vulnerabilidade de saúde mental por parte dos pais. O impacto na vida da criança pode ser avaliado como grave, devido aos “comportamentos estranhos” manifestados: desorganização discursiva, concentração reduzida, incapacidade significativa do funcionamento social, isolamento social que causa dificuldades subsequentes na área da vinculação e da estimulação desenvolvimental adequada (Mattejat & Lisofsky 1998.).

Além das crianças mais pequenas (a quem falta a capacidade de discernir entre o que é real e o que não é), as crianças mais velhas também se encontram num ambiente hostil, assustador e injusto, através da interpretação parental. A realidade do pai/mãe (s) poderá tornar-se diferente da realidade da criança, a chamada “folie à deux”. Se a criança permanecer neste contexto, se as obrigações não forem cumpridas, se houver uma negação da vulnerabilidade mental, há um grande perigo de a criança ser sugada para o mundo de psicopatologia do pai doente. É importante destacar que estas indicações não constituem uma regra. O impacto

depende da intensidade dos sintomas. É importante ter-se consciência de que, em alguns casos, quando as crianças apresentam sintomas semelhantes às dos pais, poderá tratar-se de uma psicose induzida (e não de uma **criança** com esquizofrenia). **Nestes casos, a separação do pai doente reduzirá os sintomas na criança.**

A alucinação acústica (ex., em termos de vozes que dão ordens), ideias paranóicas (ex: medo de ser envenenado ou de estar a ser observado, pelos serviços secretos), não têm de estar sempre presentes, mas poderão, para o profissional não-psiquiatra, constituir indicadores da possível presença de sintomas de esquizofrenia. Como tal, as pessoas com esquizofrenia poderão elas próprias também, reagir com medo.

Quando os sintomas do pai doente são graves, poderão consumir grande parte da atenção da pessoa; a responsividade constante para com as necessidades da criança poderá estar em perigo. Nestas situações, a criança estará perante uma prestação de cuidados irregular, vinculação insegura, falta da estimulação desenvolvimental necessária. Desta forma, os atrasos desenvolvimentais na área da cognição (que não têm uma explicação orgânica) podem ser observados com frequência, diagnosticados sobretudo quando a criança está no jardim-de-infância.

12.3 Estratégias gerais para os sistemas de apoio

- a. **Cumprimento** (prontidão para aceitar a própria vulnerabilidade mental e para cooperar no tratamento) dos pais vulneráveis em termos de medicação e comunicação pode ser considerada o principal factor para combater a fonte dos problemas da criança. Esta questão também é relevante em relação às restantes doenças descritas.

- b. **Apoio de outros adultos saudáveis:** Mesmo se os sintomas não forem muito pronunciados e se os pais até forem sensivelmente responsivos, **a repetição e o piorar dos sintomas** em termos de doença crónica **devem ser levados em conta. Nestes casos, ter uma pessoa adulta por perto constitui um importante factor de protecção para a criança, dando-lhe os necessários sentimentos de segurança.**

- c. **Informação e compreensão que a criança deve ter em relação à vulnerabilidade mental do pai que sofre de esquizofrenia.** Tendo em conta as características dos sintomas da esquizofrenia e as suas manifestações, torna-se muito complicado explicar à criança o que está a acontecer com a sua mãe ou pai. Algumas ideias úteis, oriundas da prática, sugerem chamar à “vulnerabilidade” a “doença dos pensamentos saltitantes”

(palavras da Ilse, 8 anos) ou pensar que é como se a mãe ou o pai “estivesse a viver num filme errado” (palavras de Markus, 6 anos). Neste caso, torna-se então irrelevante que a explicação não esteja “correcta” do ponto de vista científico. É importante para a criança ser capaz de perceber que os sintomas que a mãe ou o pai apresentam se relacionam com uma doença, independentemente dos comportamentos que tenham. Informação detalhada está disponível no módulo 3.

- d. **Psicoeducação** com o pai doente sobre a sua vulnerabilidade mental. As opções de tratamento e as consequências disso no desenvolvimento psicológico saudável da criança constituem também uma importante estratégia. Esta questão é igualmente relevante no caso das restantes doenças descritas.

13. Crianças no contexto de pais com perturbações de ansiedade

As perturbações de ansiedade são as que têm maior incidência na população em geral, e o impacto destas perturbações no bem-estar da criança é frequentemente observado. Aproximadamente 18,1 por cento de pessoas neste grupo etário sofrerão, a certa altura (nos EUA) de uma perturbação de ansiedade (Kessler et al. 2005).

13.1 Sintomatologia (análise dos critérios estruturada de forma didática)

SENTIMENTOS

- Pelo menos 6 meses de “preocupações e ansiedades excessivas” sobre vários acontecimentos e situações. Normalmente, o “excessivo” pode ser interpretado como aquilo que ultrapassa o que se estava à espera em relação a uma dada situação ou acontecimento. A maioria das pessoas fica ansiosa com certas coisas, mas a intensidade da ansiedade corresponde, regra geral, à situação em questão.
- Mágoa, tensão e inquietude.

PENSAMENTO

- Problemas de concentração

COMPORTAMENTO

- Os sintomas causam “stress clinicamente significativo” ou problemas na funcionalidade da vida diária. “Clinicamente significativo” prende-se com a perspectiva do prestador do tratamento. Algumas pessoas poderão apresentar

muitos dos sintomas supramencionados e ainda assim conseguir lidar com eles o suficiente para manter um elevado nível de funcionamento.

- É (para a pessoa) extremamente difícil controlar a ansiedade e as preocupações. Se alguém estiver a lutar bastante para recuperar o controlo, relaxar ou lidar com a ansiedade e preocupação, este critério é cumprido.

REACÇÕES CORPORAIS

- Facilmente se cansa ou fica exausto
- Irritabilidade
- Muita tensão muscular
- Problemas para dormir

Os sintomas não fazem parte de mais nenhuma perturbação mental e a perturbação de ansiedade não se poderá atribuir a factores de ordem médica ou abuso de substâncias.

13.2 O impacto nas crianças

As perturbações de ansiedade parentais têm, muitas vezes, um impacto negativo nos comportamentos relacionais e explorativos da criança. Como vivem num estado de excessiva ansiedade e preocupação, os pais não são capazes de providenciar uma vinculação segura com a criança, fazendo com que esta se sinta insegura (Muris et al, 1996). Consequentemente, os pais mostram-se mais protectores, impondo restrições ao comportamento explorativo da criança. Vendo a sua capacidade condicionada, as crianças têm tendência a desistir de explorar pois as reacções dos pais tornam-se assustadoras. Através da ansiedade do pai/mãe, a criança cria uma imagem de um mundo repleto de perigos e riscos, imagem da qual resultará uma falta de experiência e um comportamento social evitante.

13.3 Orientações gerais de intervenção

Na maioria dos casos, as crianças com vinculações inseguras têm pelo menos um dos pais também ele inseguro. Este facto não se deve a uma determinação biológica, mas sim devido a um processamento de informação “ansioso” sobre o mundo e a vida. No caso das crianças pequenas (idade pré-escolar), as intervenções de apoio são mais eficazes quando a criança e o pai estão envolvidas. Desta forma, existem algumas estratégias que poderão ser de grande utilidade:

- a. Estratégias que passam por dar passos de bebé com o pai e a criança e que envolvam uma elevada dose de paciência por parte dos profissionais. Para as pessoas que sofrem de ansiedade, o maior dos problemas é ter que lidar com novas experiências, pois têm medo de situações desconhecidas. Quanto mais desafiante for a situação, maior é o medo de a iniciar e tentar. Poderá ser mais fácil convencer os pais a experimentar coisas

novas se forem apresentadas em pequenas “doses”, e assim o risco será menor. Os profissionais deverão:

- Encorajar o pai/mãe a dar pequenos passos em direcção à mudança;
 - Compreender a insegurança dos pais e a sua “falta” de cooperação, especialmente no início das intervenções. O reforço positivo para o pai e para a criança, feito em cada pequena vitória, aumenta a auto-confiança.
- b. Informar o pai sobre a importância e necessidade da criança descobrir o mundo de forma activa. Em termos de re-estruturação cognitiva, a maioria dos pais reconhece que a auto-eficácia e a autonomia constituem dois grandes passos para a vida adulta futura. Como a insegurança e a ansiedade são os principais sintomas da perturbação de ansiedade, adiam dar à criança a oportunidade de se desenvolverem em termos de independência: um, dois, três anos. Como tal, argumentam que só nessa altura é que a criança estará mais madura ou será mais capaz de compreender os possíveis riscos e perigos (do ponto de vista dos pais).
- c. **Psicoeducação** com o pai doente sobre a sua vulnerabilidade mental, as opções de tratamento e as consequências de tudo isto no desenvolvimento psicológico saudável da criança constituem também uma importante estratégia. A maioria dos pais será capaz de admitir que se eles próprios se sentirem seguros, a criança será capaz de ser mais autónoma. Compreendem claramente que a incapacitação condicionada e a ansiedade que faz parte das suas vidas poderão ter um impacto nas vidas dos filhos: ex., ao nível dos contactos sociais, jardim-de-infância, desempenho escolar e autonomia em geral.

14. Crianças num contexto de pais com perturbações da personalidade

A área da perturbação de personalidade também constitui um grande desafio para os profissionais, pois o termo “perturbação da personalidade” não é muito conhecido e a fronteira entre o chamado comportamento “normal” e as perturbações de personalidade tende a ser ténue. **Há uma grande tendência para sobre-diagnosticar este tipo de perturbações. Normalmente, as características da perturbação de personalidade podem ser vistas como uma matriz contínua de qualidades de personalidade que apresentam uma elevada estabilidade** em termos de tempo, situação e **resistência perante a terapia**. Em grande parte dos casos, os primeiros sinais de perturbações de personalidade ocorrem retrospectivamente, e apesar de já se puderem identificar na infância, são mais prováveis na adolescência. Já foi referido que a perturbação de personalidade, em particular a de personalidade borderline (para além da esquizofrenia e da perturbação bipolar, devido à instabilidade emocional) tem um forte impacto negativo no bem-estar da criança. O peso e a importância da vulnerabilidade

genética e dos factores ambientais ainda continua em discussão, mas coloca-se a hipótese de existir um número mais elevado de factores ambientais (Boggarts & Luβcz, 1999).

A American Psychiatric Association (APA – Associação Americana de Psiquiatria) define as perturbações de personalidade como “um padrão contínuo de experiências e comportamentos interiores que se afastam bastante das expectativas da cultura do indivíduo que os exhibe” (DSM IV, 2000).

(...) Estes padrões comportamentais nas perturbações de personalidade estão tipicamente associados a graves distúrbios nas tendências comportamentais do indivíduo, envolvendo, normalmente, várias áreas da personalidade e estão quase sempre relacionados com rupturas pessoais e sociais. Além disso, as perturbações de personalidade são inflexíveis e invasivas em várias situações (...).

O início destes padrões comportamentais pode, tipicamente, remontar ao fim do período da adolescência e ao início da idade adulta e, em casos raros, à infância. Como tal, é improvável que um diagnóstico de perturbação da personalidade seja adequado aos 16 ou 17 anos. (...)

Os diagnósticos de perturbações de personalidade podem ser bastante subjectivos; baseiam-se, no entanto, em padrões comportamentais invasivos e inflexíveis, que podem causar sérias dificuldades pessoais e sociais, bem como numa incapacidade funcional geral. Pensa-se que os padrões contínuos de sentimentos, pensamentos e comportamentos são causados por sistemas de crenças subjacentes, aos quais se chama fantasias fixas ou “esquemas disfuncionais”.

O DSM-IV enumera dez perturbações de personalidade, agrupadas em três grupos:

Grupo A (perturbações excêntricas ou estranhas)

- **Perturbação da Personalidade Paranóide:** caracterizada por suspeitas irracionais e desconfiança em relação aos outros.
- **Perturbação da Personalidade Esquizóide:** falta de interesse pelas relações sociais, não vê qual o porquê de passar tempo com os outros, misantropia, introspecção.
- **Perturbação da Personalidade Esquizotípica:** caracterizada por comportamentos ou pensamentos estranhos.

Grupo B (perturbações erráticas, emocionais ou dramáticas)

- **Perturbação da Personalidade Anti-social:** um desrespeito invasivo pela lei e pelos direitos dos outros.

- **Perturbação da Personalidade Borderline (limite)**: pensamento a “preto e branco”, instabilidade nas relações, auto-imagem e comportamento.
- **Perturbação da Personalidade Histrionica**: comportamento invasivo para chamar a atenção, incluindo uma sedução sexual desadequada e fútil ou emoções exageradas.
- **Perturbação da Personalidade Narcisista**: padrão invasivo de grandeza, necessidade de admiração e falta de empatia.

Grupo C (perturbações de ansiedade ou de medo)

- **Perturbação da Personalidade Esquiva**: fobia social, sentimentos de desadequação, sensibilidade extrema a uma avaliação negativa e evitam a interacção social.
- **Perturbação da Personalidade Dependente**: dependência psicológica invasiva em relação a outras pessoas.
- **Perturbação da Personalidade Obsessiva-Compulsiva**: caracterizada por uma rígida conformidade perante as regras, códigos morais e à ordem excessiva.

14.1 Definições de perturbação da personalidade (análise dos critérios estruturada de forma didática)

De acordo com o DSM-TR, o diagnóstico de perturbação de personalidade deve cumprir os seguintes critérios, para além dos critérios mais específicos apresentados em relação à perturbação de personalidade que está a ser analisada.

- A. Um padrão contínuo de experiências e comportamentos interiores que se afastam bastante das expectativas da cultura do indivíduo que os exhibe. Este padrão pode manifestar-se em duas (ou mais) áreas:
1. **PENSAMENTO**: (percepção e interpretação do próprio, dos outros e dos acontecimentos)
 2. **SENTIMENTO** (a abrangência, a intensidade, adaptabilidade, instabilidade e adequação da resposta emocional)
 3. **COMPORTAMENTO** (funcionamento interpessoal e controlo dos impulsos)
- B. O padrão contínuo é inflexível e invasivo num vasto número de situações pessoais e sociais.
- C. O padrão contínuo leva a um stress clinicamente significativo ou incapacidades nas áreas de funcionamento ocupacional, social e outras.
- D. O padrão é estável e de grande duração e o seu início pode remontar à adolescência ou aos primeiros anos da vida adulta.
- E. O padrão contínuo não deve ser visto como uma manifestação ou consequência de outra perturbação mental.
- F. O padrão contínuo não se deve a efeitos psicológicos directos de uma substância (ex., abuso de drogas, medicação) ou a um estado médico geral (ex., lesões cerebrais).

14.2 O impacto de um contexto de perturbação da personalidade na criança (especialmente em relação a pais com perturbações de personalidade borderline)

O impacto das perturbações de personalidade nas crianças depende, em grande parte, do tipo de perturbação (como é descrito em cima). No entanto, o impacto está quase sempre correlacionado com padrão rígido dos problemas de personalidade, ao nível da duração e

situação. Como tal, os riscos, desde os primeiros anos de vida da criança, dependerão do tipo de perturbações da personalidade.

No caso da personalidade borderline, a criança poderá passar por mudanças frequentes de parceiros do pai ou da mãe, de empregos e residência, poderá assistir a reacções emocionais inesperadas e explosivas para depois de deparar com intolerância, castigo ou negligência. A vinculação, bem como a orientação emocional da criança, poderão encontrar-se muito instáveis. Por vezes, os pais “esquecem-se” da verdadeira idade da criança, passando todos os seus problemas de “adultos” para cima das crianças, fazendo delas amigas e parceiros. Os problemas relacionados com o abuso de substâncias ou problemas com a lei constituem parte dos sintomas das perturbações de personalidade. Como tal, a vinculação estável, os sentimentos de segurança e conforto e uma parentalidade responsiva estarão em risco. Por vezes, as crianças sentem que vivem num mundo hostil e inseguro. Desde muito cedo, serão forçadas a tomarem para si a responsabilidade das suas necessidades, a tornarem-se independentes, independência essa que não se adequa ainda às suas tenras idades. Todavia, a ligação ao progenitor poderá ser muito forte, pois o pai/mãe, mesmo que instáveis, poderão ser a única pessoa que, durante muito tempo, esteve disponível.

14.3 Estratégia geral para os sistemas de apoio

- a. O estar em contacto com pessoas vulneráveis, em termos de perturbação da personalidade, constitui um grande desafio para os profissionais. Fazer cumprir as regras, estabelecer contactos constitui um investimento contínuo por parte dos profissionais, que exige uma elevada tolerância à frustração e metas/estratégias bem delineadas. **Neste contexto, a maioria dos pais não irá cumprir nem aceitar a informação de que a sua personalidade constitui um risco para criança. Tendo isto em mente, a instabilidade emocional dos pais “incapacita” grandemente as estratégias a longo-prazo.** Numa primeira instância, o objectivo do profissional tem de ser a segurança e o conforto da criança em termos de satisfação de necessidades.
- b. No entanto, sabe-se que as estruturas profissionais de apoio parecem estar sempre um passo atrás daquilo que as famílias precisam. Como tal, se possível, é necessário providenciar uma estabilidade relacional aos próprios pais. **No entanto, para que isso seja possível, é necessária muita paciência ao aplicar a “estratégia dos passos de bebé” – fomentar confiança por parte dos pais, bem como por parte dos sistemas de apoio.**

- c. Deve ser feita uma análise detalhada dos recursos constantes no sistema para avaliar se as estruturas externas, com os avós ou o jardim-de-infância, são capazes de proporcionar à criança perspectivas novas sobre o mundo.
- d. A inclusão de adultos mentalmente saudáveis nas estruturas diárias da criança é vista como um poderoso factor preventivo (do mesmo modo para todas as outras doenças).

15. Crianças no contexto de pais com dependência e abuso de substâncias

15.1. Síntese da sintomatologia

O DSM-IV-TR define situações de dependência de substâncias “quando um indivíduo persiste no consumo de álcool ou drogas apesar dos problemas relacionados com a utilização de substâncias, a dependência de substâncias poderá ser diagnosticada “seguindo os critérios para o diagnóstico”.

DSM-IV-TR define abuso de substâncias como:

Um padrão inadaptado de utilização de substâncias levando a uma incapacidade clinicamente significativa ou distress, tal como se vê pela manifestação de um (ou mais) dos seguintes sintomas, desde que ocorram num período de 12 meses:

COMPORTAMENTO

- o A utilização recorrente de substâncias tem como resultado um insucesso no cumprimento das principais obrigações no emprego, na escola ou em casa (ex., ausências constantes ou fraco desempenho laboral, ausências relacionadas com a dependência, suspensões ou expulsões da escola; negligência da criança ou do lar);
- o Consumo recorrente de substâncias em situações nas quais é fisicamente muito perigoso (ex., conduzir ou manobrar máquinas quando se está incapacitado devido a drogas);
- o Problemas com a justiça, relacionados com o abuso recorrente de substâncias (e.x., prisão por condutas desordeiras);
- o Abuso contínuo de substâncias apesar da persistência de vários problemas sociais e interpessoais causados, ou exarcebados, pelos efeitos do consumo (ex., discussões com o cônjuge sobre as consequências da dependência, violência física).

B. Os sintomas nunca cumpriram os critérios para a Dependência de Substâncias neste grupo de substâncias.

15.2 O impacto da dependência e abuso de substâncias no bem-estar da criança

Para além das perturbações de personalidade, o abuso de substâncias pode ser assumido como um importante factor de risco para o desenvolvimento e satisfação de necessidades de crianças pequenas.

Alguns números (<http://www.oas.samhsa.gov/2k7state/2k7State.pdf>):

- Em 2006-2007, 8,1 por cento de jovens norte-americanos com 12 anos, ou mais, tinham consumido uma droga ilícita no último mês;
- Nos EUA, quase um quarto (23,2%) da população com 12 anos, ou mais, participou num *binge drinking**, no último mês, em 2006-2007.
- O tabaco é a segunda substância mais consumida nos EUA, a seguir ao álcool. Entre jovens com 12 anos, ou mais velhos, os números de consumo de tabaco, em 2006-2007, rondavam os 29,1%.
- Em 2006-2007, nos EUA, 7,6 por cento da população com 12 anos, ou mais, foi classificada, a nível nacional, como sofrendo de dependência ou abuso de álcool.

As crianças que vivem num contexto de alcoolismo ou dependência de drogas poderão chegar a ver os pais alcoolizados no chão, incapazes de articular, poderão assistir a brigas e a uma elevada activação durante os períodos de abstinência, poderão **simplesmente ser esquecidos pelo pai/mãe, deixados sozinhos durante uma noite inteira**. Poderão ser entregues a um amigo da família ou vizinho, se o pai/mãe precisar de ir beber um copo. **Organizar o seu “copinho” diário é a grande prioridade do pai/mãe** e, como tal, não estará disponível para a criança:

- Fisicamente;
- Em termos de prestação de cuidados;
- Ou em termos de responsividade parental.

Para além das indicações somáticas e genéticas, como por exemplo, o Síndrome Alcoólico Fetal ou o Síndrome de Ansiedade Pós-Natal no contexto de consumo de substâncias, a vinculação também é feita de forma desorganizada devido ao vício.

Devido, sobretudo, à contante mudança de cuidadores e à falta de uma estimulação contínua, as crianças apresentam défices nas rotinas e competências do dia-a-dia. Por outro lado, a parentalidade mostra-se ambivalente e as crianças rapidamente aprendem que as necessidades não são satisfeitas de imediato, e devido à disponibilidade ambivalente da pessoa de vinculação, as suas necessidades não serão satisfeitas. Aprendem, desde muito cedo, a

assumir as responsabilidades, tal como as crianças que vivem num contexto de vulnerabilidade de saúde mental dos pais.

*N.T.: *Binge Drinking* caracteriza-se pelo consumo de grandes quantidades de álcool em pequenos períodos de tempo.

Os problemas com as autoridades e com os papéis sociais, que terão lugar mais à frente, não se ficarão a dever a uma “base biológica”, mas serão uma consequência desta experiência de vida. O desemprego, a pobreza e a agressão física representam as maiores ameaças à segurança da criança. No entanto, o impacto do alcoolismo nas crianças parece ser subestimado nas culturas ocidentais. Por outro lado, o risco de reincidência é bastante elevado. Durante o tratamento, mesmo durante as recaídas, os pais relatam que os filhos são a única razão que os impede de beber ou cometer suicídio, especialmente ao nível do consumo de drogas. Do ponto de vista do sistema de apoio deve esclarecer-se que as crianças nunca deverão ser usadas como forma de tratamento para os pais.

15.3 Estratégia geral para os sistemas de apoio

- a. Criar uma base minimamente segura que garanta a segurança e a resposta às necessidades da criança;
- b. Garantir a presença de pessoas mentalmente saudáveis, com as quais a criança possa falar sobre o que a preocupa, possa aprender estratégias saudáveis que aumentem a sua resistência e auto-eficácia e pessoas em relação às quais seja capaz de prever o comportamento.
- c. Poderá ser necessária uma família/instituição de acolhimento temporária se as necessidades básicas das crianças estiverem em perigo (necessidades que se prendem com a alimentação, estruturas diárias, rotinas diárias).
- d. Estabelecer limites claros (também muito importante noutros contextos de doença/vulnerabilidade mental).

16. Observações finais

Existe ainda uma discussão contínua à volta dos termos “vulnerabilidade mental” e “doença mental”. Decidimos utilizar ambos os termos nos nossos módulos:

- “Vulnerabilidade”, pois poderá ser um termo que reduz o estigma;
- “Doença mental”, pois trata-se de um termo conhecido e engloba modelos de explicação biológicos fáceis de explicar às crianças.

As crianças que vivem num contexto de vulnerabilidade mental parental relatam que “os pais continuam a ser pais”. Como já foi referido, a “vulnerabilidade mental” ou a “doença mental” não estão, regra geral, relacionadas com a falta de motivação para que a pessoa seja um pai “bom o suficiente”. Para além das estratégias de apoio para a criança, a perspectiva parental deve ser tida em conta no que concerne o:

- aumentar a responsividade parental;
- manter um cumprimento básico das indicações;
- comunicar de forma respeitosa e
- estabelecer regras claras.

No entanto, deve destacar-se que a maioria dos profissionais das áreas sociais ou educacionais não se tornarão, nem se devem tornar, “terapeutas” dos pais. No decurso do trabalho com pais doentes/ mentalmente vulneráveis, os profissionais poderão atingir os seus próprios limites. Desta forma, o trabalho em rede, com outros profissionais, será necessário.

Na maioria dos casos, os apoios e as intervenções são capazes de garantir a segurança e o conforto da criança, a previsibilidade comportamental e a vinculação, os cuidados diários e informações adequadas ao desenvolvimento, socialização correcta dentro de regras e condutas socialmente aceites e garantir que a criança continue a rir. No entanto, o facto de a criança viver nestes contextos, em que os pais estão mentalmente instáveis, significa que, por vezes, a sua segurança poderá estar em perigo. **O sistema (parceiro mentalmente saudável do pai/mãe doente, avós, vizinhos, amigos ou estruturas da Segurança Social) não deverá esquecer os possíveis riscos e perigos, agindo prontamente para assegurar o bem-estar da criança**. Como tal, é crucial a existência de uma pessoa com a qual a criança possa ter uma ligação estável.

Se os pais não se sentem bem, a criança deve ser informada e deve compreender as coisas de acordo com a sua idade. Deve haver uma explicação de base biológica para parte dos comportamentos do pai/mãe e ser-lhe dito que os comportamentos apresentados pelos pais nada têm a ver com ela, mas que por vezes não estão muito bem e precisam de tratamento. Se isto for feito, **a criança num contexto de doença/vulnerabilidade mental parental tem hipóteses de se tornar mais forte e resiliente**.

17 Referências

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th Edition Text Revision
- Antonovsky, A. (1987): Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco
- Boggarts, B., Lußez, H. (1999). Hirnbiologische Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen – Was ist therapeutisch machbar? *Psychiatrische Praxis*, 26, 7-11
- Chaudron, L.H., Kitzman, H, Szilagy, P, Sidora-Arcoleo K., Anson, E (2006). Changes in Maternal Depressive Symptoms Across the Postpartum Year at Well Child Care Visits *Ambulatory Pediatrics*, 6, 4, 221-224
- Field, T., Estroff, D.B., Yando, R., del Valle, C., Malphurs., J., Hart, s. (1996). „Depressed“ mothers’ perception of infant vulnerability are related to later development. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O, Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62.6, 617-27.
- Laucht, M. (2009) Die Mannheimer Längsschnittstudie. Was wir von Mannheimer Risikokindern lernen können. Vortrag am 16. Kölner Kinderpsychiatrie Kolleg. Köln, 16.-17.5.2009
- Liberman, P. (2007). Recovery from Schizophrenia. Retrieved 8.1.2010
http://www.jhsph.edu/bin/s/w/Libermen_Recovery_from_Schizophrenia_Nov_2007.pdf
- Liberman, P, (2008) Recovery From Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing
- Marsh D. T., Dickens R.M (1997): Troubled journey. Putnam Pinguin, o. O.
- Mattejat, F., Lisofsky, B. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In: F. Mattejat, B. Lisofsky (Eds.), ...nicht von schlechten Eltern, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 66-78
- Milgrom, J., Westley, D.T., McCloud, P.I. (1996): Do infants of depressed mothers cry more than other infants? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 31, 218-221
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., Meesters, C. (1996): Parental modelling and fearfulness in middle childhood. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 263-267
- Perälä, J. et al. (2007) Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population *Arch Gen Psychiatry*;64,1,19-28.
- Pretis, M., Dimova, A. (2004). Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern
- Soltanus, T (2009). Effective Child and Family Programme. Paper presented at the EUFAMI Conference, 26-27.11.2009, Vilnius
- Wagenblass, S. (2001): Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 513-524
- WHO 2008 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf
- WHO (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability—A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 2, 103-124
- http://www.eufami.org/index.php?option=com_content&task=view&id=814&Itemid=223?language=
- <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/16parentalmentalillness.aspx>
- <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/parentalmentalillness/susiestory.aspx>