



Módulo 3: A Importância de providenciar informação aos Pais e Crianças relacionada com a Vulnerabilidade da Saúde Mental



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.

1. Historial

A informação providenciada aos pais acerca da sua vulnerabilidade e do seus filhos (para além da existência de uma pessoa com vinculação estável) pode ser considerada como um dos factores de apoio mais relevantes para a saúde mental de crianças que crescem em ambientes considerados mentalmente vulneráveis. Contudo, os dados demonstram que a maioria das crianças e jovens adolescentes não possuem informação acerca do estado mental dos seus pais (Küchenhoff 2001) e acerca da forma como lidar com esta situação.

Vergonha por parte dos pais, medo do estigma, medo de perderem o respeito e estima dos filhos, e o tabu geralmente associado às perturbações mentais podem ser consideradas as razões principais pelas quais os alguns pais não informam os seus filhos acerca do que está a acontecer no seio da família. Os pais das crianças pequenas muitas vezes referem que eles pensam que os seus filhos mais pequenos não reconhecem as mudanças significativas de saúde mental nos pais (Küchenhoff 2001) – ou (para as crianças mais velhas) que eles não sofrem por causa do peso de responsabilidade que têm. Isto é apontado como uma das principais razões porque os pais não falam acerca das suas vulnerabilidade. Contudo, baseando-nos na experiência prática de brincar e falar com crianças, podemos colocar a hipótese de que apesar de as crianças não serem capazes de verbalizar as mudanças, elas observam-nas e reconhecem-nas .

2. O que é que as crianças nos dizem se lhes perguntarmos acerca do estado de saúde mental dos seus pais, partindo do princípio que eles sabem que a mãe ou o pai possuem uma doença?

As crianças referem que os seus pais “parecem actuar de forma estranha”. Elas referem que a “mãe ou o pai fica na cama”, eles dizem que a “mãe ou o pai fecha as janelas e não sai de casa”. Por outro lado os profissionais parecem subestimar o impacto que estas mudanças dos pais têm nas crianças (Bauer et al. 1998, Küchenhoff 2001). Por vezes as crianças apresentam as suas próprias explicações : “A mãe não é capaz de se levantar porque eu não me portei bem”. Estas atribuições devem ser cuidadosamente discutidas ou “corrigidas” com as crianças.

2.1 O Primeiro Passo da Informação:

Aumentar o conhecimento dos pais acerca dos sentimentos e observações que os filhos fazem das mudanças operadas nos pais.

Muitas vezes as crianças não são capazes de definir a “doença” ou o diagnóstico, mas são capazes de observar mudanças comportamentais. Tal como foi referido acima, os pais geralmente pensam e sentem - dependentes da doença que as crianças não reconhecem as mudanças no comportamento ou estado de humor. O primeiro passo consiste em providenciar a informação acerca da compreensão das crianças mesmo que não sejam capazes de falar, elas percebem as mudanças de comportamento. Para que as crianças se possam adaptar às mudanças no sistema familiar elas tem que antecipar comportamentos e como consequência desses comportamentos aumentar o controlo e os sentimentos de segurança. Se o comportamento está sempre em mudança e não pode ser antecipado pela criança, esta irá ressentir-se nesse processo. Por vezes neste contexto é uma boa ideia dar exemplos concretos de como as crianças se apercebem do comportamento e das mudanças nos seus pais. Contudo, a falta de consdescendência por parte dos pais em passar informação aos filhos pode induzir conflitos de lealdade nas crianças.

2.2 O Segundo passo da Informação:

Que sabem as crianças acerca da vulnerabilidade de saúde mental e como seremos capazes de passar este conhecimento para as crianças?

A maioria das crianças, tal como mencionamos acima, não sabem nada acerca da possível vulnerabilidade de saúde mental dos seus pais: Apenas 25% das crianças entre os 6 e os 10 anos de idade são informados acerca da perturbação dos seus pais ou do impacto da doença na vida da criança.

- Sentimentos de culpa no que respeita as mudanças comportamentais
- possível atribuição das mudanças comportamentais e problemas na família à sua personalidade e
- a angústia em geral percebida
- sentindo-se inseguro no lidar com o pai/mãe

são factores de maior impacto devido á falta de informação. Os pais habitualmente são capazes de informar os seus filhos, especialmente se houver um internamento hospitalar: “Mãe ou o pai está doente e tem de ir para o hospital”.

Contudo, explicar “que tipo de doença a tem mãe ou o pai” é difícil para os pais. Por vezes os pais utilizam termos médicos tais como “depressão” ou “esquizofrenia”. Contudo, com excepção da depressão, que é mais comum, estes termos não ajudam a compreensão das crianças, particularmente no que se refere à esquizofrenia, e os pais também tem dificuldades

em explicar os seus próprios sintomas. Por outro lado é importante que a situação obtenha um “nome” (em termos de atribuição externa).

Por vezes, no que se refere ao abuso de substâncias químicas ou à psicose aguda, o pai ou mãe vulnerável pode não ser capaz, ou não estar motivado, para dizer às crianças ou a si próprio que se passa com ele/ela. Neste contexto o outro elemento (pai ou mãe) desempenha um papel decisivo no que diz respeito à forma como irá informar e como falar às crianças. Se os pais forem capazes de falar da sua situação mais tarde, de qualquer modo deverão fazer o seguinte: Um rapaz de 15 anos perguntou directamente ao seu pai, porque é que este não lhe explicou o que estava a acontecer (1 ano antes), porque este conscientemente viu, que algo “estava a acontecer”. Mais tarde o pai explicou que pensava que ninguém podia aperceber-se das mudanças que estava a vivenciar.

Em muitas situações também é reconfortante para os pais se a discussão acerca do diagnóstico é feita na presença de profissionais, porque os pais nesse contexto sentem-se mais seguros e esperam que os profissionais possam explicar às crianças o que é que está a acontecer. Podemos também envolver os avós. Contudo, aqui mais uma vez, esta árdua tarefa cabe às mães (considerando um aumento do rácio de pais solteiros).

Geralmente, a criança tem o direito de saber acerca do estado de saúde mental do seu pai/mãe.

Este estado de saúde mental tem um impacto importante na vida da criança. Contudo, a informação tem que ser dada

- a. Baseada num **consentimento informado por parte dos pais e**
- b. Numa forma que seja apropriada à criança (apropriada ao seu desenvolvimento).
- c. Considerando aspectos da **privacidade e protecção de dados**, por exemplo, se os pais por um lado não autorizam a informação e se por outro lado na perspectiva do sistema social isso é necessário . Torna-se necessário - nestas situações- aconselhamento legal aos profissionais. (O que é que eu poderei fazer como profissional?)
- d. Considerando aspectos que se prendem com a **vulnerabilidade do próprio** (por vezes pode ser útil informar as crianças mais velhas que – baseado na vulnerabilidade existente dos pais- o abuso de substâncias químicas pode desencadear perturbações psicológicas).

2.3 O Terceiro Passo da Informação:

Quem e como informar as crianças de uma forma apropriada ao seu desenvolvimento?

Idealmente, os pais falam directamente com os seus filhos. Contudo, algumas vezes, os pais pedem aos profissionais que os ajudem neste processo. A menos que exista perigo para a criança, os pais devem dar o seu consentimento, para que a criança seja informada acerca forma como os profissionais percebem a situação. Se os pais não quiserem dar esse consentimento, a situação torna-se difícil para os profissionais, porque a criança pode vivenciar um conflito de lealdade (em quem acreditar?).

A. Quando iniciamos uma conversa com a criança devemos ter em consideração os seguintes princípios:

- **O princípio de se sentir seguro:** Sempre que iniciarmos o diálogo com a criança ou a família acerca da vulnerabilidade de saúde mental do pai/mãe, um princípio básico é de que ambos os pais e a criança se sintam seguros para o fazer. Isto significa que, a não ser que haja um perigo para a criança, os pais devem dar o seu consentimento para falar com a criança, que o ambiente seja amigável e que os pais estejam totalmente informados acerca da situação e.g. que não haja riscos de perder a custódia da criança etc.
- **O Princípio da compreensão da linguagem:** A informação que é providenciada á criança deve ser dada numa linguagem apropriada para crianças, dependendo da sua idade de desenvolvimento. Às crianças com menos de 4 anos de idade devemos dar informação recorrendo ao uso de metáforas ou analogias, tais como:

“O pai tem uma doença que lhe provoca muito sono. Ele precisa de dormir muito e tem muita dificuldade em acordar e levantar-se; a mãe tem uma doença que a faz chorar muito (ambos têm depressão). O pai tem uma doença que faz com ele beba e fume muito (Abuso de substâncias químicas); A mãe tem uma doença que faz com que ela esteja sempre a saltar em pensamentos (esquizofrenia); O pai tem uma doença que o obriga a estar sempre a fazer coisas todo o tempo (doença bi-polar); A mãe tem uma doença que a faz ficar má de repente (perturbação da personalidade)”

Neste contexto também é importante entrar em diálogo com a criança para nos inteirarmos da forma como ela percebe os sintomas, ou por vezes, também como as crianças ou os profissionais podem perceber esses sintomas.

- **O Princípio da cura:** é importante que depois da informação acerca da possível doença, a criança obtenha imediatamente a informação de que (se possível e verdadeiro) esta doença pode ser curada, que existem médicos que podem ajudar a Mãe ou o Pai a reduzirem os seus sintomas. Neste caso a criança pode ser orientada com questões (O que fazes quando estás doente? e.g. Eu fico na cama e tomo remédios, eu vou ao médico). Se o pai/mãe não se mostrar condescendente pode ser explicado que a sua doença o faz sentir como se não “estivesse doente”.
- **O Princípio da atribuição externa** Este passo consite em informar a criança de que a doença do pai ou da mãe não tem nada a ver com a criança, sublinhando o aspecto do amor e vinculação subjacente, apesar de que a discussão deste tópico suscite ainda alguma controvérsia: Algumas crianças podem experienciar “falsas” definições de amor, e.g. as fronteiras pessoais podem ter sido colocadas em perigo, ou as necessidades básicas não satisfeitas. Elas podem não ter sentido “amor”, mas eles escutaram de fora, que isto era “amor”. Se os pais não forem condescendentes e não forem capazes ou quiserem aceitar a ajuda, isto não pode ser visto como sinais de amor. Este aspecto tem que ser analisado com muito cuidado, porque este mito de “amor” pode criar conflitos de lealdade na criança: “A minha mãe deve amar-me, então, como pode ela querer “matar-se”. Pode ser útil se a criança, para além de outras emoções, fôr capaz de reconhecer também “aspectos positivos” nos seus pais,. Neste contexto poderá ser importante informar a criança de que ele/ela não é responsável pelo tratamento, e.g. pela medicação; chamar o médico para os pais. O pai ou mãe, avós ou os médicos podem ser responsáveis pela medicação.
- **O princípio da auto-ajuda:** Este significa que informar a criança deve também incluir o aspecto “O que posso fazer se a Mãe/o Pai não se sente bem?” Neste contexto, a criança deve, igualmente, criar estratégias de auto-ajuda ou “planos de crise”: ir para casa da avó, ir brincar para casa de vizinhos, para casa do tio, etc., de modo a poder sentir-se segura.

- **O princípio da orientação para o futuro:** Conhecer os detalhes da patologia ou da biologia da doença mental não é uma ajuda para as crianças (muito pequenas). Aquilo que é importante para as crianças é o prognóstico e a informação concreta sobre o que pode ser feito relativamente ao tratamento da Mãe/Pai amada/o. Neste contexto, mencionar que existem médicos especiais que podem dar medicamentos e tratar os seus pais, que há hospitais onde estes podem ser curados e onde as crianças podem visitá-los (se for esse o desejo dos pais e dos seus filhos), que existem remédios especiais que ajudam a minorar a doença, revela-se de grande utilidade.
- **O princípio da autonomia emocional:** De forma a reduzir o risco de uma imputação externa à criança, é igualmente importante falar com ela acerca dos seus sentimentos relativamente a possíveis sintomas. O objectivo de informar as crianças não consiste em deixar que elas aceitem ou desculpem os possíveis sintomas apresentados pelos seus pais, por exemplo, no campo do abuso ou dependência das drogas. Às crianças deve ser permitido também expressarem a sua revolta acerca, por exemplo, de um possível abuso de bebidas alcoólicas e do desapontamento que lhes causa, por exemplo, a ineficácia dos remédios ou novos internamentos dos pais. É importante distinguir entre os aspectos informativos e os aspectos emocionais da criança. No que diz respeito à auto-ajuda, pode aqui ser discutido, também, aquilo que a criança, ela mesma, pode fazer para lidar com, por exemplo, emoções negativas.

Não obstante, existe um risco, o de as crianças desculparem tudo, se souberem que os seus pais estão “doentes”. Eles podem, igualmente, sentir-se culpadas, se estão zangadas, tendo em conta que a minha mãe está “doente”. Mesmo quando os pais não procuram ajuda e se comportam, por exemplo, de uma forma “rude”, se os pais, mais tarde, se arrependem dos seus comportamentos e explicam aos seus filhos as suas “exacerbações”, isso representa uma grande ajuda para as crianças. Este aspecto é especialmente importante no que se refere a futuros sentimentos de culpa.

3. Como explicar a vulnerabilidade de saúde mental às crianças com base na sua idade desenvolvimental:

- **Grupo etário dos 0-2 anos:** Neste grupo etário, é importante descrever possíveis sintomas tendo como base a experiência da criança

“A Mãe está doente, possivelmente dói-lhe a cabeça, como dói, por vezes, aos adultos e ela vai ao médico. Se a Mãe/o Pai está doente, está doente, tu não podes ajudar o Dr. X. Podes brincar com o outro (pai/mãe) ou ir para casa dos avós.”

- **Grupo etário dos 2-4 anos:** Neste grupo etário, a informação pode ser fornecida pela acima mencionada “doença do sono”, pela “doença do choro”, ou pela “doença da raiva”, tendo em conta que esta doença não tem nada a ver com a própria criança.

“Esta doença está na sua cabeça e o Dr. Y pode ajudá-la. Agora ela tem de ir ao médico, para este a ajudar – da mesma forma que o Dr. A te ajudou, quando estavas com febre. Isto significa que a Mãe/o Pai sente-se, por vezes, zangado, que ele/ela vêem coisas que não existem (como num sonho, mas sem a mãe estar a dormir. Ou que ele/ela está muito triste e tem de chorar ou está muito cansado/a. A Mãe/o Pai tem medicamentos e médicos para esta doença. Se a Mãe/o Pai não está a sentir-se bem, eu posso ir ao jardim-de-infância ou posso brincar com crianças minhas vizinhas, com os meus avós ou com o outro (Mãe/Pai). Se a Mãe/o Pai bebe demasiada cerveja e depois se comporta de uma forma estranha, eu também lhe posso dizer que não gosto que ela/ele beba. Se a Mãe/o Pai ficar zangado por causa disso, eu também posso falar sobre isto com o meu/a minha educador/a...”

- **Grupo etário dos 4-6 anos:** Neste grupo etário, as crianças geralmente notam alterações no comportamento e são capazes de as descreverem. Relativamente a possíveis sintomas, pode perguntar-se às crianças de que forma é que elas observam que o pai ou a mãe não se sentem bem e como interpretam isso.

Podem ser introduzidos termos técnicos, como “depressão”, acompanhados de uma explicação sobre a sensação de cansaço, sobre os sintomas de não quererem levantar-se da cama, de, às vezes, se mostrarem irritados (como uma possível descompensação relativamente a necessidades que as crianças expressam). Além disso, pode usar-se a metáfora “a Mãe/o Pai parecem estar num mau “filme” ou sonho”. Com frequência, as crianças fazem uma descrição de “peças de um puzzle” que não se encaixam na cabeça da Mãe/do Pai. Geralmente, nestas idades, com base no conhecimento que as crianças possuem acerca das suas funções corporais (por exemplo, com base em informações extraídas de livros sobre o corpo humano), pode igualmente ser-lhes explicado que a

doença é uma doença dos nervos, e que a Mãe/o Pai está a sentir-se de uma forma diferente porque os seus nervos estão diferentes. Com as crianças em idade de frequência do infantário, é, às vezes, usada uma imagem de uma mochila, para se avaliar o seu grau de perturbação: “Que tipo de preocupações é que tu tens no teu mochila?”.

- No grupo etário das crianças em idade escolar, podem fornecer-se descrições biológicas de índole geral para transmitir a actividade, o aumento ou o défice de certos transmissores, que, subsequentemente, produz os sintomas. Muitas crianças compreendem o conceito de nervos, de transmissão de sinais, e as funções dos transmissores. As crianças também compreendem que os transmissores podem ser aumentados ou diminuídos, e que essa falta de equilíbrio pode causar sintomas comportamentais ou emocionais. Podem discutir-se exemplos, para determinar neles se há demasiados transmissores “entre” os nervos ou um número muito baixo.
- *No grupo etário dos 10-14 anos*, a descrição pode geralmente ser baseada em explicações biológicas (se adequado). No entanto, deve ter-se em consideração que os adolescentes são muito sensíveis em relação a uma possível estigmatização e, por isso, também deve ser discutido aquilo que o diagnóstico significa e o impacto que tem nas suas vidas diárias de estudantes ou no seio dos seus grupos de pares. Do mesmo modo, deve ter-se em conta a questão da sua própria vulnerabilidade (Posso também ficar doente?): As crianças têm o direito a ouvir a verdade: sobretudo, as crianças estão numa situação de maior vulnerabilidade. Porém, um diálogo cuidadoso relativamente às diferenças de personalidade (mas também às semelhanças em relação à personalidade dos seus pais), e aos próprios recursos que as crianças possuem (o que posso fazer para permanecer saudável), é capaz de despertar pensamentos, emoções e acções que aumentem a sua própria resiliência.

4. O impacto do diagnóstico e da informação

A informação fornecida às crianças acerca da vulnerabilidade de saúde mental dos seus pais cria uma nova estrutura de atribuição e de interpretação para a criança: Se a Mãe/o Pai está zangado, não é por minha causa, é por causa dos nervos que funcionam de maneira diferente na cabeça dela/dele. Se a criança não tem a certeza de a mãe/o pai estar zangado devido ao comportamento da criança ou devido ao estado mental deles, é importante que exista outra

pessoa de referência saudável: Esta pode ajudar a criança a fazer a “verificação” da sua “realidade” e das suas percepções.

Esta primeira reestruturação diminui a perturbação da criança, à medida que ela compreende melhor aquilo que se passa na família. No entanto, observa-se, por vezes, que as crianças, especialmente as crianças pequenas, não parecem mostrar muito interesse por esta informação, por exemplo, não fazendo perguntas adicionais. Esta aparente “não-reacção” não significa que as crianças não captem a informação, mas pode representar uma acção de protecção da parte da criança: as crianças pequenas, em especial, podem ter medo que a doença (pelo simples facto de se falar nela) se torne “real”. As crianças mais velhas tentam, por vezes, “reprimir” a observação dos sintomas. Elas não querem falar sobre isso, porque o que elas querem é ter pais “normais”. Nestes casos, é importante fazer perguntas à criança, durante as unidades ou sessões seguintes, acerca daquilo que foi discutido, por exemplo, na sessão anterior, sem, no entanto, se insistir demasiado, por exemplo, para que a criança, ela própria, o repita.

É importante fornecer informação à criança, mas, por si só, isso não é suficiente. A informação tem de ser seguida

- A. de perguntas sobre o que eu posso fazer para lidar com os meus sentimentos relativamente aos meus pais (por exemplo, se eles não têm tempo, se bebem demasiado, se mostram zangados, se não saem comigo). Tem sido realçado que estas emoções podem estar presentes e que as crianças têm o direito de expressarem estas emoções. As crianças não devem ser “julgadas” pelas emoções que sentem. Elas têm o direito de exprimirem fronteiras claras relativamente às explosões emocionais dos seus pais. Para serem capazes de não fazer julgamentos sobre as emoções negativas das crianças, é útil, por vezes, que os pais sejam capazes de ver o mundo através dos olhos dos seus filhos (como nos sentiríamos, se os nossos pais se comportassem deste modo).
- B. Para as crianças, é importante saber distinguir se as reacções dos pais se devem aos sintomas destes ou se são devidos a detonadores “compreensíveis”: A criança – no contexto de um diálogo – pode aprender a fazer a distinção: Que comportamento me agrada nos meus pais, que comportamento me perturba?
- C. de perguntas sobre a forma como podem exprimir e satisfazer as necessidades próprias, mesmo se, por exemplo, a situação pode ser desafiadora: o que posso fazer

para satisfazer as minhas necessidades mesmo que os meus pais estejam zangados, mesmo que não saiam, onde posso ir, quem me pode ajudar. Neste contexto, planos de apoio (por exemplo, informação sobre um vizinho, números de telefone, etc.), devem estar à disposição da criança.

D. de estratégias centradas na criança: Nem todas as crianças têm as mesmas necessidades: As crianças podem reagir de formas diferentes quando confrontadas com factores de stresse ou situações desafiadoras (por exemplo, informação sobre a vulnerabilidade mental de um progenitor). Pode descrever-se uma forma heurística para tipos gerais de conduta, por exemplo, para lidar com a dependência (Kolitzus, 1997):

- a. **O herói:** Ele ou ela tentam proteger os pais de possíveis danos, assumem a responsabilidade de tomar conta dos pais e, muito frequentemente, reagem de uma forma muito adulta. Confrontar o herói com informação pode aumentar o sentimento de responsabilidade da criança. A informação, portanto, tem de ser combinada com passos concretos que conduzam à diminuição desse sentido de responsabilidade: Eu não sou responsável por os meus pais não se sentirem bem e eu tenho o direito de “permanecer criança” (por muito difícil que seja, para o herói, ceder a sua posição).
- b. **O bebé amoroso:** Algumas crianças reagem sob a forma de regressão, quando são confrontadas com desafios de perturbação. Para os pais (sobretudo quando são adolescentes), esta regressão representa um alívio, já que podem evitar possíveis tarefas desenvolvimentais adequadas à idade actual dos filhos e podem evitar responsabilidades parentais. Neste caso, a criança, ela própria, pode satisfazer os desejos da sua mãe/do seu pai de terem um bebé sem problemas e de se sentirem pais “verdadeiros”. O “bebé regressivo” pode não estar interessado em receber informação, uma vez que ele/ela pode perder muita atenção “secundária”. Informar o “bebé regressivo” significa fazer a distinção, de forma clara, entre a idade da criança e a forma de a informar e o seu desejo de escapar a esta perturbação. A assim designada “regressão controlada” (Vamos brincar aos bebés durante 15 minutos e depois voltas a ser uma menina de 4 anos) pode ser adequada para cobrir ambas as necessidades da criança: em primeiro lugar para reagir de uma forma adequada ao seu

desenvolvimento e em segundo lugar para satisfazer as suas necessidades básicas em termos de regressão.

- c. ***O bode expiatório:*** A criança que apresenta desafios de comportamento (por exemplo, através de comportamentos delinquentes) tenta mostrar sintomas mais fortes do que os dos seus pais, de modo a obter pelo menos alguma atenção. A informação pode não ser suficiente para dar início a alterações comportamentais, neste grupo de crianças. Se a informação não for seguida de processos de apoio concretos (para a criança), as probabilidades de o distúrbio continuar a manifestar-se são muito elevadas.
- d. ***O palhaço:*** A criança tenta sobre-compensar os factores de stresse no sistema familiar através de um comportamento que – à superfície – se aparenta com o humor.
- e. ***A criança abandonada:*** A criança abandonada efectua a representação de uma regressão interior em termos de fantasias (por exemplo, a fantasia de uma família feliz). As necessidades pessoais deste grupo de crianças estão em grave risco, uma vez que elas se identificam a si mesmas como vítimas (e também obtêm a sua força dessa posição). Para a criança abandonada, fornecer informação representa também dar atenção às suas necessidades.

A estas crianças deve ser fornecida orientação acerca das suas necessidades, e contactos, para se criar uma ligação e uma auto-consciencialização das suas (potencialmente) necessidades, de criança também dependentes da doença diagnosticada.

5. References

- Bauer, M. et al. (1998). Psychotische Frauen und ihre Kinder. Psychiatrische Praxis, 25, 191-195
- Küchenhoff, B. (2001): Kinder psychisch kranker Eltern. Psychiatrie, 2, 1-4
- Kolitzus, H. (1997): Die Liebe und der Suff... Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie. Kösel, München