

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA



**COMPORTAMENTO PARENTAL E PERTURBAÇÃO
BIPOLAR MATERNA**

NOME DO AUTOR

Rita Trigueiros Serra Ramos Ferreira

**Nº de Aluno
14403**

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor António Pires apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Gravidez e da Parentalidade conforme o despacho da DGES nº 6037/2007 publicado em Diário da República

2ª Série de 23 de Março, 2007

A elaboração deste estudo resulta do esforço, interesse, dedicação e compreensão de um conjunto de pessoas .A todas essas pessoas deixo aqui o meu agradecimento. Não poderia no entanto deixar de expressar manifestamente a minha gratidão:

Ao Professor António Pires pela ajuda na orientação do trabalho e pelo incentivo num ponto do percurso em que a persistência ameaçava ceder à tentação da desistência

Às mães e pais que se disponibilizaram para participar, o meu eterno bem-haja pela acessibilidade e partilha de informação.

Às colegas de seminário, pelo caminho conjunto.

À Dr^a Maria Nogueira, à Dr^a Constança Bentes, à Dr^a Helena Fonseca, à Dr^a Helena Margarido e ao Dr. Sérgio Paixão, sem o apoio dos quais não seria possível a realização do estudo.

À minha família e aos meus amigos pelo interesse e apoio incondicional, e pela ajuda nos momentos de maior stress que acompanharam o trabalho desde o início até ao momento da sua impressão.

Ao Daniel, por compreender como a proximidade pode envolver o sacrifício da distância.

Dedico este trabalho à memória do meu pai e do avô Augusto, que recordo com muito afecto e grande saudade.

ÍNDICE

REVISÃO DE LITERATURA – Comportamento parental e Perturbação	
Bipolar Materna	1
RESUMO.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUÇÃO.....	4
AS PERTURBAÇÕES AFECTIVAS DO HUMOR.....	7
A PERTURBAÇÃO BIPOLAR.....	7
PERTURBAÇÃO BIPOLAR TIPO I.....	11
PERTURBAÇÃO BIPOLAR TIPO II.....	11
PERTURBAÇÃO CICLOTÍMICA.....	11
PERTURBAÇÃO BIPOLAR NA MULHER.....	12
PARENTALIDADE E PERTURBAÇÃO BIPOLAR.....	15
A RELAÇÃO MÃE – CRIANÇA.....	15
PERTURBAÇÃO BIPOLAR E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	19
O PAI E A PERTURBAÇÃO BIPOLAR MATERNA.....	23
CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ARTIGO EMPÍRICO.....	35
RESUMO.....	36
ABSTRACT.....	37
INTRODUÇÃO.....	38
MÉTODO.....	42
PARTICIPANTES.....	42
PROCEDIMENTO.....	42
ANÁLISE DE DADOS.....	43
RESULTADOS.....	44
ESQUEMA DO MODELO TEÓRICO.....	49
DISCUSSÃO.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS.....	57
ANEXO A: ENTREVISTAS.....	58
ENTREVISTA 1.....	59

ENTREVISTA 2.....	69
ENTREVISTA3.....	75
ENTREVISTA4.....	80
ENTREVISTA 5.....	85
ENTREVISTA 6.....	91
ENTREVISTA 7.....	95
ENTREVISTA 8.....	100
ANEXO B: LISTAGEM GERAL DE CATEGORIAS.....	105
ANEXO C: MEMORANDOS.....	112
ANEXO D: CARTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	127
ANEXO E: MÉTODO GROUNDED THEORY.....	129

REVISÃO DE LITERATURA
COMPORTAMENTO PARENTAL E PERTURBAÇÃO BIPOLAR MATERNA

RESUMO

A perturbação bipolar materna reconhecidamente é uma doença que acomete o sujeito mas que afecta toda a família e tem sido considerada uma situação de risco para a parentalidade. Os estudos têm sido direccionados sobretudo para a consequência da perturbação materna no desenvolvimento da criança e pouca importância tem sido dada à experiência de maternidade em si neste contexto, assim como não tem sido muito considerado o papel e vivência do pai, cônjuge de doente bipolar. Com esta revisão de literatura procurámos salientar as contradições e lacunas da investigação e, essencialmente, focar estudos existentes acerca da relação mãe – criança e comportamento materno neste cenário, analisando ainda investigações sobre o pai neste contexto.

Palavras-chave: Perturbação bipolar; Comportamento parental; Relação mãe – criança; Relação pai – criança; Grounded Theory

ABSTRACT

Bipolar disorder affects not only the individual but the whole familial system and has recurrently been considered a risk for parenthood. Investigations regarding the subject traditionally focus mainly on the impact of maternal disorder on child development and little if any enhancement has been given to the motherhood experience in such a scenario. Besides, attempts to grasp both the paternal role and his subjective experience in maternal bipolar disorder situation have been neglected so far.

By reviewing the existing literature on the subject we expect to enhance not only the inconsistencies on prior studies but also its chasms. Moreover, we highlight existing studies on bipolar mother-child relationship and analyse investigations on the paternal experience.

Key-words: Bipolar disorder; Parental behaviour; Mother-child relationship; Father-child relationship, Grounded Theory

INTRODUÇÃO

A perturbação bipolar é uma doença afectiva que atinge não apenas o doente mas também os seus familiares. A literatura sobre perturbação bipolar confirma que as perturbações do humor têm forte repercussão nas relações afectivas (Jara, 2007); existe uma alteração global do funcionamento familiar, sendo comum que o ambiente seja marcado por constantes conflitos (Fernandes, 2007), levando os outros a reagirem à instabilidade do humor, do temperamento e às variadas mudanças de comportamento, nem sempre da forma mais apropriada.

As mudanças do humor e a imprevisibilidade são aspectos com os quais lida toda a família do doente bipolar e podemos então compreender como o exercício da parentalidade pode estar em risco. Esta perturbação do humor não é um entrave à parentalidade, mas traz consigo um risco acrescido em que não apenas os progenitores mas também a criança e a relação diádica são afectados. “Risco é definido aqui como qualquer situação genérica que coloque em stress a relação entre mãe e a criança, e os cuidados parentais inerentes à parentalidade. Risco tanto para a mãe como para a criança.” (Pires, 2001, p. 20).

Mesmo quando o doente entra em recuperação com o tratamento ou, em alguns casos, de forma espontânea, os sintomas quase inevitavelmente irão reaparecer, se não tiver sido implementada a prevenção para evitar o seu agravamento, o que origina a denominação de “a doença que dorme”, levando algumas vezes a que tanto os familiares como o próprio doente minimizem sintomas afectivos importantes por pensarem que tudo será uma questão de autocontrolo. No extremo oposto, poderá existir em alguns casos, uma sobrevalorização de manifestações vulgares do humor, caracterizadas como sintomas de patologia (Fernandes, 2007). Todos estes aspectos são de extrema importância ao considerarmos a parentalidade nestas famílias – reconhecendo a importância do bem-estar materno, afastadas as convicções estritamente geneticistas, a investigação continua e tem vindo a considerar também características do meio (Moura, Ribas Júnior, 2003). Soufre et al.(2005,cit. por Neves, 2007) referem que algum tipo de perturbação psicológica materna põe em risco o exercício da capacidade reflexiva materna, ou seja, a capacidade de imaginar ou pensar acerca do que vai fazer, a capacidade de planeamento. Assim, admite-se que na maternidade em contexto de doença bipolar possa esta capacidade reflexiva estar comprometida, tendo em consideração a indisponibilidade que pode acompanhar as fases depressivas ou os estados maníacos.

No caso das famílias em que um dos progenitores pelo menos é bipolar, alguns estudos parecem indicar por exemplo que quando as necessidades dos pais se tornam extremas, as crianças tendem a assumir o papel de prestador de cuidados na relação com o progenitor emocionalmente frágil, o que vai de encontro à ideia de indisponibilidade da função e estado parental e, portanto, do compromisso da capacidade reflexiva. As oscilações do humor também podem acontecer na criança se esta se envolver demasiado na sintomatologia da doença do seu progenitor (Anthony, 1975, citado por Zahn-Waxler, Cummings Mcknew & Radke-Yarrow, 1984). Numa outra investigação pioneira no estudo do ambiente familiar, em famílias com pelo menos um dos progenitores bipolar, verificou-se que estas famílias diferem das famílias sem patologia por apresentarem uma menor coesão, menos capacidade de organização e de controlo e a existência de maior número de conflitos (Chang, Blasey, Ketter & Steiner, 2001).

Num estudo posterior Chang et al. (2001) compararam o ambiente familiar de famílias com um dos pais com perturbação bipolar e de famílias em que nenhum dos pais tem perturbação bipolar e chegaram a conclusões idênticas, observando ainda menores resultados ao nível da expressão dos sentimentos, sugerindo que os membros das famílias com um paciente bipolar podem ter dificuldades para comunicar entre si. Verificaram outros autores que 71% das famílias com um progenitor com perturbação bipolar tinham pelo menos uma criança com perturbação de humor, enquanto que nas famílias consideradas saudáveis se constatou uma percentagem muito inferior (3.7%) (Romero, DelBello, Soutullo, Stanford & Strakowski, 2005). Estudos relativos ao comportamento parental em famílias com pelo menos um progenitor bipolar são escassos e em Portugal mais ainda. No entanto, um estudo de Santos (2007) com recurso à Grounded Theory obteve como aspecto central no comportamento parental das mães a sua rejeição das crianças, o que se relacionava com a incapacidade sentida pelas mães deste estudo. Compreendemos que todo o quadro próprio desta perturbação do humor envolvendo isolamento, internamento e separações, o periclitante equilíbrio, a dependência ou não adesão à medicação, o eventual adiar da maternidade devido ao receio dos efeitos da medicação no bebé e dúvidas quanto à competência parental, as crenças acerca do impacto da doença nas crianças, a repercussão familiar do diagnóstico e a vivência com a doença a par da enorme lacuna encontrada quanto a estudos sobre esta temática parecem justificar uma investigação.

Esta investigação tem então como objectivo construir uma teoria acerca da parentalidade em famílias em que a mãe apresenta doença bipolar acedendo à

experiência materna e simultaneamente perceber o papel e a vivência do pai nessas famílias, de modo a melhor compreendermos esta realidade e, desejavelmente, contribuirmos para intervenções num contexto considerado de risco como este

AS PERTURBAÇÕES AFECTIVAS DO HUMOR

As Perturbações afectivas do humor são aquelas cuja característica fundamental é uma perturbação sustentada do humor. Sucintamente, o humor pode estar afectado de dois modos: uma elevação anormal do humor acompanhada de mudanças comportamentais -a mania – ou um humor “baixo”, como na depressão (Persad, 1988, cit. por Figueira, 2005).

Os episódios de alteração do humor que servem de critério diagnóstico para a maioria das Perturbações do humor são o Episódio Depressivo Major, o Episódio Maníaco, o Episódio Misto, e o Episódio Hipomaníaco (DSM-IV, 1994).

As Perturbações afectivas do humor subdividem-se em Perturbações Depressivas ou Depressão Unipolar, Perturbações Bipolares, Perturbações Baseadas na Etiologia, e Perturbações do Humor sem outra Especificação (SOE). Dentro das Perturbações Depressivas, pode-se distinguir a Perturbação Depressiva Major, a Perturbação Distímica e a Perturbação Depressiva SOE. Nas Perturbações Bipolares, Distinguimos a perturbação tipo I, a perturbação tipo II, a Perturbação Ciclotímica e a Perturbação Sem Outra Especificação. Quanto às Perturbações Baseadas na Etiologia, diferencia-se a Perturbação do Humor Devida a um Estado Físico Geral e a Perturbação do Humor Induzida por Substância (DSM-IV, 1994). Iremos centrar-nos na Perturbação Bipolar, que é o tema do nosso trabalho.

A Perturbação Bipolar

O humor ou estado de ânimo equivale a um sentimento difuso que fornece colorido a emoções, afectos e todos os fenómenos da vida psíquica como se fosse o seu pano de fundo. Sendo próximo da corporalidade e directamente influenciado pelo sofrimento físico, também não se pode localizar claramente e muito menos corresponde a uma dor e prazer físicos. Em contraste com esta indeterminação própria do estado de ânimo, a vivência do humor é por outro lado bastante explícita (Pio Abreu, 1994).

A perturbação bipolar é uma perturbação do humor que afecta cerca de 2% da população em todas as culturas e que tem impacto na percepção do real, nas emoções e comportamento, situando-se o seu início geralmente entre os 20 e os 30 anos. Nesta perturbação os mecanismos que controlam o estado de ânimo não se encontram a funcionar correctamente, logo o cerne da perturbação é a regulação do humor e

diferentes sintomas podem surgir em diferentes momentos – a forma mais clássica varia entre depressão grave e mania e foi precisamente este decurso que originou a antiga denominação doença maníaco-depressiva. Actualmente designa-se de bipolar porque o estado de humor se desloca para cada um dos pólos opostos de humor.

Relativamente aos estados de humor, a mania será o mais perigoso, embora muitas das pessoas nunca cheguem a ter um episódio maníaco completo, ou seja, o mais extremo da perturbação bipolar. As fases eufóricas costumam cursar com hiperactividade, demasiada confiança em si próprio, irritabilidade, loquacidade. O seu início é progressivo e pode levar semanas até se desenvolver por completo, inicialmente pode ser difícil perceber os sintomas até que estes se tornam evidentemente patológicos. Começam sentimentos agradáveis de exuberância até se atingir um estado de euforia. Paradoxalmente, no início de um episódio é frequente que a pessoa se sinta melhor do que habitualmente.

As mudanças de humor são ainda acompanhadas de mudanças de pensamento, com sentimentos de clareza de ideias e rapidez de raciocínio. O pensamento fica tão acelerado que se chega à “fuga de ideias” e o discurso torna-se verborreico. A excessiva espontaneidade e confiança características dos episódios maníacos repercutem-se no comportamento e na capacidade de tomada de decisões – não são raros comportamentos como esbanjamento, promiscuidade sexual, abuso de substâncias.

O ciclo do sono e os hábitos de alimentação sofrem alterações, a menor necessidade de sono é habitualmente um dos primeiros sintomas. A ingestão alimentar é mais reduzida muitas vezes até porque os sujeitos não têm tempo para comer, distraídos com novas ideias, compelidos a agir, com impacto no peso que pode diminuir dramaticamente.

Uma característica do estado maníaco é a grandiosidade, um entusiasmo, uma alteração ao nível do sentido crítico que pode levar a pessoa a colocar-se em risco; é quando começa a perder o sentido da realidade e crê-se capaz de feitos espantosos.

A fase de bem-estar do episódio maníaco é por vezes de curta duração e rapidamente o humor alegre e a grandiosidade dão lugar à zanga e à irritabilidade, acabando estes por predominar.

Ainda durante a fase maníaca, é possível que se desenvolvam alucinações e delírios – a combinação entre os sintomas graves de mania e o stress físico dessa hiperactividade frenética pode levar ao que Kraepelin designou mania delirante, na qual

existe “profunda turbacão da consciência e alucinações extraordinárias e confusas” (Mondimore, 2003).

Em 1881, Mendel (in Mondimore, 2003) sugeriu que se usasse outro termo para os estados de euforia ligeira e de hiperactividade que não evoluíam para a mania completa – hipomania e que está descrito no DSM-IV. Ainda assim, a hipomania é repleta de consequências potencialmente gravosas na medida em que surge também maior confiança, mais irritabilidade e não há procura espontânea de tratamento. A hipomania pode ser um prelúdio do estado maníaco.

Quanto à depressão da perturbação bipolar, esta é, de acordo com Mondimore (2003), uma experiência muito diferente da depressão normal e na terminologia da psiquiatria actual chama-se a este estado de ânimo depressão major. O humor na depressão bipolar não se encontra reactivo como habitualmente na depressão, mas encontra-se limitado (Mondimore, 2003).

Dominam durante as fases depressivas sentimentos de perda, tristeza, remorso e desespero. Estão presentes ruminações de culpa, de vergonha e de arrependimento. Outro sintoma típico deste tipo de depressão é a perda de interesse em actividades habitualmente agradáveis, provocando uma angústia muito intensa.

Pode estar presente um humor tenso, irritável, infeliz, disfórico. O nível de energia, o pensamento e o humor encontram-se afectados na direcção oposta da polaridade maníaca, experienciando-se lentificação, dificuldades mnésicas e de concentração; o processamento de informação encontra-se mais dificultado e o processo de tomada de decisão comprometido.

Uma vez mais o ciclo do sono e o apetite encontram -se afectados e outro dos sintomas físicos proeminentes é a fadiga, com apatia e falta de vitalidade. Do mesmo modo que num episódio maníaco, durante um episódio depressivo é possível testemunhar distorções do real, com delírios e alucinações e surge por vezes ideação suicida.

Para além da oscilação nestas polaridades, pode por vezes observar-se na perturbação bipolar outro tipo de humor anormal, caracterizado por uma combinação da intensidade frenética da mania com os horrores da depressão profunda, o estado misto (Mondimore, 2003).

Tem-se verificado que em casos em que os pacientes apresentam sintomas de depressão sem qualquer episódio prévio de mania, se torna mais difícil identificar com rigor se esses sujeitos sofrem de perturbação bipolar, uma vez que habitualmente é com

síndrome depressivo que se inicia. Na realidade, a perturbação bipolar não tem simplesmente um começo, nem meio, nem fim (...) talvez seja mais rigoroso dizer que a doença parece ter muitos começos e muitos fins: os sintomas da perturbação bipolar podem surgir num indivíduo e, depois, sem qualquer tratamento, desaparecer durante anos seguidos - um padrão quase único nas doenças que afligem a humanidade (Mondimore, 2003).

Ruiloba (2000) salienta a importância de diagnosticar correctamente para o controlo do transtorno bipolar e alguns dos tratamentos mais adequados para cada caso específico. Não existindo cura actualmente, o tratamento passa pelo controlo das fases agudas, mas também pelas estratégias de prevenção das crises para as quais uma “fase prodromica” identificada por alguns doentes pode ser o primeiro passo. Recorre-se a antidepressivos, estabilizadores do humor, neurolépticos, insiste-se na educação do doente e da família, pode ainda recorrer-se a apoio psicoterapêutico (Sampaio, 2007) e finalmente à terapia electroconvulsivante em casos mais resistentes. Esta perturbação tão diversa e vasta requer um tratamento apropriado para cada um, não há um tratamento eficaz para toda a gente, até porque os sintomas da doença numa determinada pessoa são tão únicos quanto individuais (Mondimore, 2003) A investigação clínica tem destacado o papel do rigoroso diagnóstico e da medicação adequada na medida em que da sua eficácia resulta a diminuição das recidivas e agravamentos súbitos (Mondimore, 2003).

O diagnóstico precoce é de extrema importância para o acompanhamento apropriado e porque esta doença afecta o próprio e a família. É uma doença de longo curso que exige tratamento ao longo de toda a vida, “ distorce o humor e os pensamentos, propicia a que sejam executados comportamentos fora do comum, destrói a base do pensamento lógico e muitas vezes vai promovendo a erosão do desejo e da vontade de viver. Sendo uma doença que tem uma causalidade biológica, é sentida como um transtorno psicológico; é única ao conferir um sentimento de superioridade e prazer mas, contudo, é igualmente capaz de despertar um sofrimento quase insustentável que, frequentemente, pode levar ao suicídio.” (NIHM, 2007).

Pelas suas características, a doença bipolar compromete a existência do sujeito, embora os seus episódios recorrentes possam preceder fases livres de sintomas o seu impacto é grande e duradouro no bem-estar psicológico, profissional, familiar e social.

No plano da sua classificação e com base na intensidade dos sintomas, podemos distinguir a Perturbação bipolar I, a perturbação bipolar II e a perturbação Ciclotímica.

Perturbação bipolar tipo I

A perturbação bipolar I pode iniciar-se quer durante a adolescência quer nas década dos 20 ou 30 anos e o primeiro episódio pode apresentar-se sob a forma de mania, depressão ou episódio misto. A proporção nos sexos parece ser de 1:1 mas os homens sofrem de maior número de episódios maníacos e as mulheres episódios depressivos e mistos. Uma pessoa com perturbação bipolar tipo I sofre de crises de mania ou crises mistas e quase sempre de episódios de depressão e as crises repetem excepto se fizer tratamento de prevenção. Existem fases durante as quais a sintomatologia desaparece mas estas fases tendem a tornar-se mais curtas à medida que progride a doença e em alguns casos pode evoluir para uma deterioração do desempenho intelectual e empobrecimento afectivo (Montgomery e Cassano, 1996, cit. por Figueira, 2005).

Perturbação bipolar tipo II

A perturbação bipolar II, mais comum nas mulheres do que nos homens (Figueira, 2005), apresenta-se num primeiro episódio geralmente com uma tonalidade depressiva e frequentemente com características atípicas. Caracteriza-se comumente por episódios depressivos graves e fases hipomaníacas. A crise hipomaníaca pode não ser mencionada porque a pessoa se sente bem, alegre e com vitalidade. Se o tratamento for exclusivamente com medicação antidepressiva, não irá ocorrer a estabilização do humor, sendo possível que surjam crises frequentes. Muitas vezes estes sujeitos são resistentes à terapêutica e a sintomatologia depressiva arrasta-se durante um período considerável. É neste subtipo que se encontra com maior frequência a variante de ciclos rápidos, ou seja pelo menos quatro episódios por ano, o que se torna muito difícil para o doente e sua família, ocorrendo em 13% a 56% dos doentes bipolares (Kilzieh e cols., 1999, cit. por Figueira, 2005).

Perturbação Ciclotímica

A perturbação ciclotímica apresenta períodos curtos e frequentes de sintomatologia depressiva e de hipomania, separados por períodos de humor normal que também tendem a ser curtos. Os sujeitos não têm por definição episódios depressivos completos ou episódios maníacos e na realidade eles parecem oscilar continuamente uma vez que têm frequentes altos e baixos e poucos períodos de humor “normal”

(Mondimore, 2003), razão pela qual foi considerada durante muito tempo como um problema de personalidade. A sintomatologia faz-se acompanhar pelo isolamento, inadequação e diminuição das faculdades intelectuais assim como um aumento na auto-estima, uma procura excessiva de contactos sociais e percepção do aumento do desempenho cognitivo (Hardy-Bayle, 2001). Afecta entre 5 a 15% dos doentes e pode e pode resultar de uma terapêutica demasiado prolongada e intensiva com antidepressivos.

A Perturbação bipolar na mulher

As mulheres não apresentam um risco maior de sofrer de perturbação bipolar do que os homens, no entanto, os padrões sintomatológicos experienciados mais frequentemente pelas mulheres do que pelos homens, assim como as mudanças trazidas pela gravidez e transição para a maternidade merecem uma especial atenção e desafio aos profissionais que as acompanham.

A gravidez e a transição para a parentalidade têm sido conceptualizadas como momentos de crise, envolvendo a adaptação a novos papéis e responsabilidades (Canavarro, 2005; Figueiredo, 2000). Durante este período normativo do ciclo de vida do casal, surgem novos desafios aos pais, é necessário que estes desenvolvam novas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais com vista a cumprirem com sucesso as exigências que esta fase determina (Canavarro, 2006). O facto da gravidez constituir uma situação crítica, implicando naturalmente uma maior vulnerabilidade e desorganização dos padrões anteriores, modificações fisiológicas e estados emocionais peculiares, justifica a presença normal de um certo grau de ansiedade (Rato, 1998). Porém, Brazelton (1981), menciona que estes níveis de ansiedade normais na gravidez permitem à mulher adaptar-se ao seu novo papel de mãe, mas para isso é preciso a existência de alguma plasticidade psicológica (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005, citado por Cordeiro, 2002).

No caso da mãe, a transição para a maternidade é um período de desenvolvimento complexo e extremamente importante na vida de qualquer mulher. Ter um filho envolve o cuidar, mas implica uma mudança tal que exige adaptações da mãe que nem sempre são fáceis. Se a estas exigências se juntar uma perturbação afectiva, a adaptação poderá estar mais dificultada, razão bastante para planear a gravidez se possível e acompanhar com muita proximidade toda a fase gestacional.

Durante a gravidez da mulher com perturbação bipolar tem sido descrito um relativo período de bem-estar mental, sendo referido por algumas mulheres que nesta fase o seu humor se encontra mais estável e que se sentem mais fortes e calmas do que o habitual. O risco de uma crise depressiva ou menos frequentemente de um episódio maníaco existe ainda assim durante a gravidez, especialmente se tiver havido interrupção da medicação estabilizadora de humor. Mas o aparecimento de estados depressivos ou maníacos trazem riscos para a mãe e o bebé, dado que o mal-estar da mãe causado por sintomas como a insónia, a perda de apetite e a ansiedade podem ser prejudiciais para o desenvolvimento do bebé, sendo importante o reconhecimento precoce destes sintomas a fim de se actuar o mais breve possível. Distinguir entre as alterações do humor próprias da gravidez e sintomas de um estado depressivo nem sempre é fácil e as mulheres, assim como a sua família devem estar alertadas para procurarem tratamento caso se justifique.

Contudo, não é a gravidez o período de maior risco, na realidade, parece que a gravidez tem até um papel protector no desencadear de sintomas psiquiátricos (Kruger, 2005, cit. por Goodwin & Jamison, 2007).

Contrastando com esta fase mais calma, o período que se segue ao parto apresenta-se como de grande vulnerabilidade para um episódio de doença, Leibenluft (1996, cit. por Goodwin & Jamison, 2007) expressa que “ não há outro momento da vida de um homem ou uma mulher com perturbação bipolar em que o risco de um episódio seja maior do que para a doente bipolar no período após o parto”.

Já Emil Kraepelin havia observado que eram frequentes os episódios de mania após o parto e muitos dos estudos clínicos evidenciam que as mulheres com perturbação bipolar têm riscos muito elevados de doença no período pós- parto (Mondimore, 2003). O risco de desenvolver psicose puerperal é mais elevada na mulher com doença bipolar, com a sintomatologia semelhante à da mania a surgir entre o décimo e o décimo quarto dias subsequentes ao parto.

O período pós-parto é então considerado de risco, cerca de 40% a 67% de mães com perturbação bipolar referem um episódio de mania ou depressão pós-parto sobretudo nos primeiros três meses seguintes ao nascimento. As razões para este facto podem residir nas grandes mudanças nos níveis hormonais que acompanham o parto, no stress físico e emocional do parto, sendo que existe um risco grande de recidiva neste período que pode colocar a preocupação com a competência parental.

De modo preventivo, é possível que seja necessário aumentar a dose de medicação ainda no final da gravidez, medicação essa que tem comprovados efeitos iatrogénicos ao nível do tubo neural. As recomendações actuais são evitar a maioria dos medicamentos nos primeiros meses de gestação, retomando logo a seguir ao parto. A amamentação é uma possibilidade se as mães o desejarem e o seu estado de humor o permitir, não há grande contra-indicação para usar estabilizadores de humor, com o lítio o aleitamento materno deverá ser mais controlado.

Procura-se sempre que possível minimizar ainda antes do parto desequilíbrios na família e na ligação mãe/bebé, processo que sairá perturbado em caso de hospitalização por episódio depressivo ou maníaco. Quando nos referimos à perturbação bipolar há que ter em conta que a mãe pode ter mais episódios depressivos ou mais episódios maníacos e sobretudo que pode ter ciclos mais rápidos, mais característicos das mulheres.

Cada uma destas fases corresponderá a estilos interactivos diferentes com a criança, a uma reciprocidade diversa e eventualmente pouco sintónica, obrigando a sucessivas adaptações e a diferentes representações da maternidade.

A PARENTALIDADE E A PERTURBAÇÃO BIPOLAR

A relação mãe – criança

A perturbação bipolar dos pais tem sido abordada em diversos estudos considerando essencialmente a sua repercussão nas crianças, contudo, a vivência do doente bipolar e o acesso à sua experiência de parentalidade tem sido muito escasso.

O acesso à parentalidade é uma experiência universal e fundadora própria das diversas sociedades. Acompanha esse processo a necessidade de reorganização da representação de si, das relações com os outros, o reestruturar a relação com os pais. O projecto de parentalidade assume um papel de primordial importância no desenvolvimento da dinâmica pais-filhos.

Pressupõe a parentalidade uma organização ao nível psicoafectivo, a fim de que aqueles que serão os pais dêem conta das necessidades físicas e emocionais dos seus filhos, o que se inicia já durante a gravidez. Esta organização pressupõe que sejam dadas à criança respostas contingentes, respostas rápidas e consistentes perante alguns comportamentos e não a todos indiscriminadamente.

Pires (1990, citado por Francisco, Pires, Pingo, Henriques, Esteves e Valada, 2007), acrescenta que uma das maiores razões de menor sensibilidade por parte das mães se pode dever à falta de planeamento. Neste contexto, trata-se de imaginar ou pensar acerca do que vai fazer. Refere ainda que certas características de personalidade podem facilitar ou dificultar a capacidade de planeamento. Fonagy & Target (2000, cit. por Neves, 2007) referem-se a esta aptidão como capacidade reflexiva materna. Na mesma linha de pensamento, Soufre et. al. (2005, citado por Neves, 2007) referem que algum tipo de perturbação psicológica materna põe em risco o exercício desta capacidade reflexiva no contexto da relação mãe/bebé.

Mas se por um lado começou desde há muito a dar-se importância ao papel da mãe na capacidade de auto-regulação emocional da criança, a realidade é que se tem tentado explicar o que determina o favorecimento de uma auto-regulação emocional do bebé.

Como já referido, as mudanças do humor e a imprevisibilidade são aspectos com os quais lida toda a família do doente bipolar e podemos então compreender como o exercício da parentalidade pode estar em risco. Contextos de risco afectam eventualmente o comportamento parental, alterando toda a dinâmica familiar. O risco é

habitualmente conceptualizado em termos de uma causa de stress capaz de afectar de modo desfavorável os padrões de interacção dos quais depende o desenvolvimento da criança (Guralnick, 1997, in Pires, 2001). Na presente investigação referimo-nos ao risco para os pais e para a criança, dado que se trata de mães com doença bipolar. Não nos referimos a uma inaptitude, a uma incompatibilidade para a parentalidade, mas antes a riscos acrescidos.

De acordo com Rutter (citado por Francisco, Pires, Pingo, Henriques, Esteves e Valada, 2007) entende-se por comportamento parental o conjunto de cuidados prestados à criança, devendo ser proporcionado um ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da mesma, responder ao seu desconforto, às interacções sociais pedidos e comportamentos disruptivos, bem como dificuldades interpessoais. Envolve a responsividade e sensibilidade parentais, a capacidade de resolução de problemas, uso de técnicas de disciplina e fazer face a situações stressantes.

Sempre que acontecem situações de ruptura que intervêm nas dinâmicas familiares, tais como situações e contextos de risco, o comportamento parental pode ser afectado, alterando toda a dinâmica familiar (Ferreira, 2005).

Diz Donald Meltzer que é na família que se gera o amor, promove a esperança, contém o sofrimento mental e se ensina a pensar. As mães com doença bipolar, ao terem oscilações no humor que as pode levar ao internamento, ao terem alucinações, ao voltarem-se para si próprias de deprimidas que se encontram ou estarem frenéticas durante os episódios hipomaniacos, eventualmente estarão menos disponíveis para se envolverem numa adequada relação diádica. Acresce nestes pais o stress provocado pelas exigências da parentalidade. Assim, podemos considerar a perturbação bipolar como uma situação de risco para o desempenho da parentalidade.

Os estudos acerca do comportamento parental em famílias com mães bipolares são esparsos, de facto foi efectuada muito menos investigação acerca do comportamento parental de mães com perturbação bipolar do que em mães com depressão unipolar, mas podemos compreender que o comportamento possa diferir em função do estado de humor – enquanto a sintomatologia depressiva pode associar-se a comportamentos maternos desadaptativos não tem sido observado com tanta evidência em mães com predomínio de episódios maníacos ou hipomaniacos um estilo parental disfuncional (Goodwin & Jamison, 2007). Também será importante compreender o comportamento parental durante os períodos em que as mães se encontram compensadas, com melhoria sintomática.

Estudos realizados com mães deprimidas demonstram que elas e os seus filhos partilham menos comportamentos devido à falta de atenção mútua, sendo a depressão um dos aspectos centrais desta patologia podemos procurar um paralelo entre mães deprimidas e mães com perturbação bipolar.

Relativamente aos padrões interactivos em mães deprimidas surgem quer padrões sub-envolvidos quer padrões sobre-envolvidos levando à desorganização do comportamento do bebé (Marques, 2003).

A mesma autora refere que a mãe e o bebé compartilham mais frequentemente os seus estados afectivos negativos (diminuição das interacções pelo sorriso, pelo olhar, pela mímica facial) e que estes padrões interactivos se mantêm mesmo quando o bebé interage com estranhos não-deprimidos. Estas mães têm frequentemente dificuldades em pôr limites à criança de forma adequada, oscilando entre uma grande permissividade e uma grande rigidez. Deste modo, talvez se possa esperar este tipo de interacção durante as fases depressivas nas mães com doença bipolar.

Ainda que as investigações escasseiem, relativamente aos estilos interactivos das mães bipolares têm existido algumas considerações mesmo que advenham de investigações sobre depressão da mãe ou acerca das repercussões da perturbação bipolar materna nas crianças. Outros estudos têm-se centrado no estilo vincutivo da criança, tendo sido associada a desorganização infantil com a perturbação bipolar (Teti, Gelfand, Messinger & Isabella, 1995).

Hay, Vespo & Zahn-waxler (1998) constataram que mães com doença bipolar revelam uma maior tendência para situações de conflito na relação com os seus filhos e isto verifica-se sobretudo se o filho mais velho for do sexo masculino.

Inoff- Germain, Nottelmann e Radke-Yarrow (1992, citado por Santos, 2007) concluíram que as mães com perturbação bipolar demonstram mais reacções negativas com as suas crianças do que as documentadas em mães com depressão ou sem psicopatologia.

Person et al (1984, citado por Lebovici & Rabain-Lebovici, 1999) demonstraram que o contacto visual e as interacções vocais entre estas mães e as suas crianças são pobres e pouco harmoniosos. Por sua vez Lamour (1989, citado por Lebovici & Rabain-Lebovici, 1999) salienta que nesta população não ocorrem interacções de amplitude lúdica, sendo que a criança se encontra num ambiente imprevisível que a impede de antecipar as condutas do adulto e que afecta o estabelecimento de ritmos biológicos.

Gaensbauer, Harmon, Cytryn & McKnew (1984, citado por Santos, 2007) efectuaram um estudo longitudinal observando mães e crianças entre os doze e os dezoito meses, com mães bipolares e um grupo de controlo com mães saudáveis. Concluíram da existência de perturbações na qualidade das vinculações mãe bipolar – criança, assim como destacam a dificuldade de regulação emocional da díade. Ainda este estudo permitiu concluir que tais perturbações se agravaram à medida que aumentava a idade das crianças.

Montgomery, Tompkins, Forchuck & French (2006) recorreram ao método Grounded Theory e concluíram que as mães com doença bipolar escolhem estratégias para esconder a doença dos seus filhos, pretendendo proteger o seu papel materno e as suas crianças – o recurso a um discurso muito crítico, o esconder a doença, a procura de ajuda e a execução de tarefas maternas tinham como finalidade imitar percepções ideais de maternidade e simultaneamente tornar a doença inexistente para os seus filhos. Esta investigação permitiu também concluir que o comportamento materno se ia tornando contraditório e a certo ponto as mães compreendiam que a proximidade com as suas crianças não era obtida por essa via mas, procurando tratamento, esperavam aprender a relacionar-se com elas de modo autêntico.

No único estudo efectuado em Portugal que encontrámos na nossa revisão de literatura sobre comportamento parental em mães com perturbação bipolar, Santos (2007), com recurso ao método grounded theory apurou que as mães do seu estudo consideram as fases maníacas preferíveis às depressivas porque nestas últimas rejeitam qualquer contacto com os outros, não sentindo desejo nem capacidade para exercer o seu papel materno. O isolamento podia também segundo a autora estar associado a maior falta de paciência e irritabilidade, chegando as mães nessas alturas a rejeitar as suas crianças. As mães deste estudo frequentemente apresentavam ainda dificuldade no cumprimento do papel de mãe desde os cuidados mais básicos até à não participação em actividades lúdicas e tinham dificuldade em expressar carinho.

Como aspecto central do estudo a autora encontrou a rejeição para com as crianças. Esta investigação permitiu retirar mais ilações relativamente ao comportamento parental destas mães – eram muito dependentes dos seus filhos; dependentes dos familiares nos períodos de crise para cuidarem das crianças, referindo não saberem como propiciar um desenvolvimento normal aos seus filhos sem esse recurso; eram por vezes ausentes ou delegavam em familiares os cuidados aos filhos; algumas mães mantinham uma relação simbiótica com os seus filhos.

Perturbação bipolar e desenvolvimento infantil

Apesar da escassa literatura acerca do comportamento parental em famílias com doença bipolar, os estudos envolvendo estas famílias têm-se centrado sobretudo no desenvolvimento de filhos de pais bipolares, partindo do pressuposto que a perturbação bipolar é uma situação de risco que envolve também o comportamento parental. Muito embora a maioria dos estudos apontem para alterações comportamentais e instabilidade emocional destas crianças, a realidade é que os resultados não são consensuais e foi possível encontrar na revisão de literatura alguns resultados contraditórios que passamos a apresentar. Os estudos acerca do impacto da perturbação bipolar parental nos filhos referem-se muito à repercussão da depressão e raramente ao comportamento parental durante episódios maníacos ou hipomaníacos e quase não foi possível encontrar literatura discriminando diferenças no comportamento parental entre estes episódios e as fases em que os progenitores ou progenitor se encontram compensados. Assim, os estudos encontrados referem-se ao desenvolvimento das crianças sem abordar aqueles aspectos, facto que nos parece importante e que, eventualmente, pode ter influência nas discrepâncias encontradas.

Encontrámos também investigações destacando a relação entre perturbações psiquiátricas dos progenitores e o desenvolvimento das crianças ou o modo como estes percebem o comportamento parental. Chang, Blasey, Ketter & Steiner (2001) concluíram que a interacção entre uma criança e uma mãe ou pai com doença psiquiátrica que, de forma periódica, se pode tornar psicótico, disfuncional ou ausente se pode considerar uma influência negativa no desenvolvimento da criança. Alguns estudos empíricos estabelecem a influência da perturbação emocional parental no desenvolvimento infantil, concluindo que as crianças têm um risco acrescido de institucionalização ou delegação da função parental noutros familiares (Oyserman, Benbenisthy & Bem Rabi, 1992, cit. por Mowbray et al., 2002).

Embora seja possível que alguma associação entre a perturbação materna e a da criança reflecta a hereditariedade – estimada em 80% na perturbação bipolar, 34% a 48% na depressão unipolar e 75% para a esquizofrenia – o risco acrescido de problemas comportamentais e de perturbação mental na criança tem sido também relacionado com o comportamento parental das mães (Masten, Best & garmezy, 1990, cit. por Mowbray et al., 2002).

A depressão materna tem sido considerada como um factor de risco para o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança – as mães deprimidas apresentam quer um padrão interactivo sub-envolvido com pouca expressividade emocional, respostas pouco contingentes e sub-estimulação da criança quer um padrão de sobre-envolvimento, com interacções intrusivas e dessincronizadas da criança. Tem sido sugerido na literatura que a depressão materna pode influenciar relatos de perturbação de comportamento nas crianças e que estes mesmos sintomas maternos podem levar a mãe a perceber a criança como de temperamento difícil (Whiffen, 1990).

Um grande número de estudos empíricos sobre a depressão materna foi levado a cabo e os eventuais efeitos adversos desta perturbação foram observados ao longo dos diversos anos dos estudos quer no desenvolvimento cognitivo (Murray, Hipwell, Hooper, Stein & Cooper, 1996) quer no desenvolvimento emocional (Caplan, Cogill, Alexandra, Robson, Katz & Kumar, 1996).

Simultaneamente, nas díades de mães deprimidas há maior partilha de estados afectivos negativos e dificuldade no estabelecimento de limites, com oscilação entre grande rigidez e grande permissividade (Marques, 2003).

Os primeiros estudos sobre o impacto da depressão ou de sintomatologia psicótica parental nas crianças reportam aos anos 70 do século passado, quando foi comparada uma população de filhos com pais esquizofrénicos e filhos de pais com doença afectiva, constatando-se que os filhos de pais com doença afectiva tinham um grau de perturbação tão acentuado senão maior, que os filhos de pais com esquizofrenia (Fisher et al., cit.por Marques, 2003).

Cummings & Davis, (1994), consideram que uma exposição contínua à falta de disponibilidade emocional e sensibilidade de mães deprimidas pode constituir um factor de risco para a criança ao longo da primeira infância. A disponibilidade emocional é um construto teórico que se propõe avaliar a qualidade das interacções entre a figura parental e a criança através da análise da qualidade do diálogo emocional entre as partes (Easterbrooks & Biringen, 2005, cit. por Neves, 2007) ; a sensibilidade materna é uma terminologia que diz respeito à capacidade da mãe em guiar a sua interacção com o bebé de acordo com os sinais e comunicações que este fornece acerca dos seus estados internos, necessidades e, à medida que cresce, dos seus desejos e planos (Ainsworth et al., 1978). Estes construtos são normalmente analisados em investigações com mães deprimidas.

Num estudo de Marques (2003), encontram-se alterações como birras, hetero-agressividade e dificuldade em tolerar a frustração num grupo de 10 crianças entre os 9 e os 30 meses comparativamente a um grupo de 11 crianças com mães não deprimidas. Alguns estudos destacaram o papel fulcral da sintonia diádica com um prestador de cuidados emocionalmente disponível e sensível, no desenvolvimento das capacidades cognitivas e capacidade de regulação emocional da criança (Cohn & Tronick; 1989; Stern, 1985, cit. por Hipwell, Goossens, Melhuish & Kumar, 2000).

No caso das mães bipolares, podemos questionar-nos acerca do que se passa relativamente à sensibilidade e responsividade tendo em consideração as particularidades da patologia, caracterizada por oscilações no estado de humor. No entanto e como já referimos atrás, investigações recentes atribuem um papel mais activo às características da criança no estabelecimento e manutenção do diálogo interactivo, na vinculação, do que acontecia nos estudos pioneiros, daí que se possa considerar a possibilidade de que para algumas crianças a maior ou menor sensibilidade materna, por exemplo, não revele grande impacto na segurança da vinculação, havendo algum suporte empírico para tais considerações (Van der Boom, 1994; Velderman e tal., 2006, cit. por Neves 2007). Deste modo, as variáveis maternas poderiam ter impacto diferente no desenvolvimento infantil consoante características da própria criança, outra dimensão que pode ajudar a explicar discrepâncias em estudos com crianças de pais bipolares.

As alterações significativas no estilo parental, talvez resultantes de variações no humor podem reflectir-se de modo decisivo no desenvolvimento das crianças.

Numa investigação em que foram observadas crianças de pais bipolares, concluiu-se que as mesmas revelavam dificuldades de adaptação que se prolongaram durante quatro anos podendo ser classificadas com um diagnóstico psiquiátrico, (Zahn-Waxler, Mayfield, Radke-Yarrow, McKnew, Cytryn & Davenportt, 1988, citados por Santos, 2007). O risco destas crianças desenvolverem uma perturbação do humor, comparativamente com filhos de pais sem transtorno mental é de acordo com outro estudo posterior quatro vezes superior (Lapalme, Hodgins & laRoche, 1997, citados por Chang, Blasey, Ketter & Steiner, 2001).

Estão igualmente descritas elevadas taxas de ciclotimia nos filhos de pacientes bipolares e parece associar-se nestas condições um risco aumentado de desenvolver formas mais graves do distúrbio afectivo (Akiskal, Djendererjian; Rosenthal & Khani, 1977; Klein, Depue, 1984, citado por Santos, 2007). A prevalência de perturbação bipolar em

filhos de bipolares foi analisada num estudo longitudinal de 5 anos constatando-se uma elevação da sua frequência de 3% para 5%, aumento de perturbação do humor de 27% para 40% e sintomas psicopatológicos de 44% para 59% (Hillegers, Reichart,Wals, Verhulst, Ormel & Nolen, 2005). No mesmo ano, Wals, Reichart, Hillegers, Nolen, Van Os; Ormel & Verhulst realizam um estudo de follow-up de 140 filhos de pacientes bipolares, durante 14 meses, concluindo que a perturbação familiar dos progenitores é preditora do aumento de perturbações comportamentais e emocionais na amostra.

Findling et al. (2005) nas suas observações de crianças e adolescentes filhos de pais bipolares concluíram que existe nestes uma maior tendência para revelar sintomas de hipomania e mania do que em crianças e jovens de pais sem psicopatologia, sendo a irritabilidade e rápida polarização do humor as características principais destas crianças e adolescentes.

Petresco et al. (2009) verificaram numa investigação comparando filhos de mães bipolares com filhos de mães com transtornos psiquiátricos leves a moderados e crianças de mães sem transtorno psiquiátrico que as do primeiro grupo apresentaram 2 vezes mais diagnósticos do Eixo I e 2,8 vezes mais risco de perturbação de ansiedade. Por seu turno, outros estudos parecem sugerir que não há uma influência negativa ou tão gravosa da perturbação bipolar materna nas crianças, Anderson & Hammen (1993, cit. por Goodwin & Jamison, 2007) relatam que crianças de mães bipolares revelavam melhor ajustamento social e melhor desempenho escolar do que crianças de mães com depressão unipolar. Os mesmos resultados são corroborados por Klein et al. (1996).

Um dos poucos estudos sobre interacção mãe – criança de mães bipolares comparou a qualidade das interacções da díade no decurso de hospitalização das mães em mulheres com perturbação bipolar, mulheres com esquizofrenia e mães com depressão unipolar. Embora as interacções fossem desadequadas em todos grupos inicialmente, todos os grupos melhoraram ao longo do tempo e no caso das mães bipolares a inadequação assemelhava-se no início à do grupo de mães esquizofrénicas, apresentando melhorias substanciais durante a hospitalização e 77% dessas mães apresentavam uma interacção adequada à data da alta. A melhoria sintomática parece ter desempenhado um papel determinante para a interacção mãe – criança (Hipwell & Kumar, 1996).

O humor depressivo parece ser um forte preditor do comportamento parental e do comportamento das crianças, sendo que quanto mais severa a sintomatologia depressiva pior a qualidade da interacção mãe – criança e mais alterações comportamentais apresenta a criança (Hammen, 1991, cit. por Goodwin & Jamison, 2007). Este pode ser

mais um factor importante para a variabilidade do impacto da perturbação bipolar materna no desenvolvimento infantil.

Segundo Reichart et al. (2007), numa amostra de filhos de mães bipolares, as mães são percebidas como menos rejeitantes e mais calorosas do que na população em geral, estando a rejeição percebida relacionada com a existência de psicopatologia no descendente. Na globalidade, o comportamento parental não foi percebido como mais disfuncional.

Goodwin & Jamison (2007) referem que a escassa literatura acerca do comportamento parental de mães e pais bipolares sugerem no geral bom ajustamento das crianças excepto se elas próprias forem sintomáticas para esta perturbação e sublinham que não há indicadores de problemáticas na parentalidade excepto se o progenitor sofrer de depressão crónica.

Esta diversidade nos resultados leva-nos a concluir da necessidade de mais aprofundada investigação acerca do comportamento parental em famílias com mães bipolares.

O pai no contexto da perturbação bipolar materna

Nas sociedades ocidentais, os papéis assumidos por pais e mães têm sido tradicionalmente diferentes. A mãe possui o papel de cuidadora primária e o pai, o de provedor das necessidades materiais da família, apoiando indirectamente a díade mãe - bebé (Levy-Shiff & Israelashvili, 1988).

Além do apoio material, o suporte emocional à gestante também se constitui como uma importante função atribuída ao pai (Klaus & Kennell, 1992). Neste sentido, segundo os autores, a aceitação do bebé pelo companheiro é um factor significativo para o desenvolvimento do apego materno ao bebé.

Recentemente, autores como Parke (1996) assinalaram que os pais têm vindo a assumir outras tarefas em relação aos filhos, sendo que o estereótipo do pai incompetente e desinteressado em relação aos cuidados primários não vem sendo confirmado por muitos estudos recentes. Segundo o autor, o grande envolvimento das mulheres no campo profissional e o novo papel social do trabalho feminino, dentre outros factores socio-económicos, vêm abrindo espaço para a participação dos pais nos cuidados com seus filhos. Desta forma, os pais estariam mais activos na sua parentalidade, exercendo influências directas sobre o desenvolvimento de seus filhos.

A transição para a paternidade, ou seja, o período que medeia entre o início da gravidez e os primeiros meses de vida do bebé, é um período durante o qual os pais dos nossos dias se começam a interessar pela função paterna. Se esse tempo é vivenciado com sentimento de sucesso e competência relativamente ao papel paternal, tal resulta num sadio ajustamento à parentalidade, se pelo contrário estiver associado a sentimentos de falha e incompetência pode levar a um ajustamento pobre e deficiente ao papel parental (Higgins, Klein & Strauman, 1987; Lawton & Coleman, 1983, citados por Martins, 2009).

Conforme Brazelton (1988), existe uma nova consciência de que criar um filho é também função do pai, mas ainda não há clareza quanto a este novo papel, e aqueles homens que assumem esta responsabilidade nem sempre recebem apoio social. A literatura também indica que o envolvimento do pai já na gestação parece ter importantes implicações para o desenvolvimento das primeiras relações pai -bebé (Brazelton & Cramer, 1992) e mãe -bebé (Brazelton, 1988).

Se durante muito tempo a adaptação à paternidade foi negligenciada a favor do estudo da adaptação à maternidade, actualmente começa a surgir um maior número de investigações dedicadas ao tema da adaptação paterna na transição para a parentalidade (Feldman, 1987). Sabe-se que nesta época do ciclo de vida, tanto os pais como as mães experienciam mudanças emocionais e também funcionais, nomeadamente na divisão das tarefas domésticas (Cowan & Cowan, 1988, cit. por Martins, 2009), e na percepção da relação conjugal. Porém, apesar das mudanças nestes domínios se verificarem para ambos, a forma como ocorrem e se concretizam parece ser diferentes entre o pai e a mãe (Jordan, 1997, cit. por Moura-Ramos et. al, 2004).

Miller & Sollie (1980, cit. por Moura-Ramos et. al, 2004) encontraram diferenças significativas nos níveis de stress e bem-estar entre o pós-parto e 8 meses mais tarde, diferenças que apontam para um aumento do stress percebido e para uma diminuição do bem-estar ao fim de oitos meses após o nascimento da criança, para a mãe. Os resultados da percepção materna de stress materno foram sempre superiores aos registados para os pais. Moura-Ramos, Oliveira, Monteiro, Pedrosa, & Canavarro (2004) concluíram que a adaptação paterna à transição para a parentalidade é mais positiva que a adaptação materna, no momento do pós-parto. Verificaram, nesse estudo, que o pai apresenta valores de stress e de psicopatologia inferiores ao da mãe, mas apresenta valores mais elevados de felicidade e valores mais baixos na tristeza.

Na transição para a parentalidade, o companheiro que habitualmente era percebido fundamentalmente como parceiro romântico, passa também a ser investido da identidade de “pai do filho”, aquele com quem a mulher vai partilhar grandes responsabilidades – cuidar e educar uma criança

A chegada de novos papéis e funções, implica a sua integração num todo já existente, com a conseqüente reestruturação dos mais antigos. Deste modo, o relacionamento conjugal vai ser desafiado. As mudanças conjugais necessárias à chegada de uma criança na família dependem da forma de organização prévia do casal. O modo como vivenciam a gravidez e o nascimento do bebé é muito particular em cada casal, mas implica sempre um reajustamento da relação, no plano afectivo, de rotina e de relacionamento sexual. Apesar de haver muitas formas concretas de o fazer, na globalidade é essencial flexibilizar a aliança conjugal, para formar a aliança parental. Esta aliança deve permitir a partilha e a articulação do desempenho de tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão sobre aspectos importantes da vida e sobretudo permitir o suporte emocional.

O maior factor protector da aliança conjugal, face às grandes mudanças e à necessidade de reajustamentos diversos, é a existência de comunicação sobre as necessidades sentidas, a partilha de experiências, dúvidas e muitas vezes ansiedade, conjuntamente com a sensibilidade às necessidades do outro. Significa que um dos factores que tem sido considerado na transição para a parentalidade é a qualidade do ajustamento marital. Sendo que a transição para a parentalidade é um momento de crise normativa do ciclo de vida, a coesão entre o casal pode ser fragilizada ou pelo contrário sair reforçada após o nascimento de uma criança.

Feldman (2000) sublinha que quando nasce um bebé, especialmente o primeiro, há um declínio na satisfação conjugal, mas o envolvimento e apoio por parte do pai proporcionam um efeito protector importante contra essa insatisfação marital e contra o stress materno durante esse período. Alguma investigação veio comprovar a importância da qualidade da relação conjugal, por exemplo do apoio paterno à figura materna na prestação de cuidados ou do nível de conflitualidade do casal, no desenvolvimento de segurança dos membros da família e, portanto, dos filhos (Byng-Hall, 1999, cit. por Neves, 2007).

Até ao momento, a investigação sobre o ajustamento marital está menos desenvolvido na população com doença bipolar do que para a depressão unipolar, mas o tumulto associado à relação com alguém com mudanças severas e imprevisíveis de

humor é causador de stress e põe à prova as estratégias de coping do companheiro. As próprias atitudes expressas numa relação afectiva podem influenciar o decurso da perturbação bipolar.

Num dos maiores estudos de follow-up acerca do ajustamento marital nesta população, Coryel et al. (1993, cit. por Goodwin & Jamison, 2007) concluíram que dos 148 casais estudados, apenas metade destes se mantinham casados ao fim dos 5 anos de follow-up. Radke – Yarrow (1998) num estudo relativo à satisfação conjugal, encontrou relatos de insatisfação providenciados pelas mulheres bipolares. Hoover & Fitzgerald (1981, cit. por Goodwin & Jamison, 2007) encontraram resultados respeitantes à conflitualidade no casal, sendo que o conflito é mais expresso em casais em que a mulher é bipolar do que num grupo de controlo com mulheres sem perturbações do humor. Estes resultados apresentam ainda diferenças conforme se trate de perturbação bipolar tipo I – mais conflito entre o casal – ou perturbação bipolar tipo II, mas estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Uma boa relação de casal será um facilitador do exercício da parentalidade e propiciará à criança o contacto apropriado com ambas as figuras parentais, exercendo um factor protector relativamente ao seu desenvolvimento. Belsky (1981, citado por Pires, 1990) considera de extrema importância o papel desempenhado pelas relações conjugais, visto servirem como principal sistema de apoio para as relações parentais.

Algumas investigações têm revelado que nos casos em que o pai está presente, o seu papel é de grande relevância para a família, uma vez que a sua participação como mediador da interacção mãe – bebé pode ter uma influência directa sobre o desenvolvimento da criança (Brazelton & Cramer, 1992). A presença e a disponibilidade de um pai saudável e apoiante propiciam crianças mais sadias numa família em que a mãe tem uma doença mental (Musick, Stott, Spencer, Goldman & Cohler, 1987; Puckering, 1989; Tannenbaum & Forehand, 1994; Webster, 1992, citados por Shankoff & Meisells,). Por seu turno, a instabilidade emocional do marido pode acentuar o impacto negativo da doença mental materna na criança directa e indirectamente, aumentando o stress e a disfunção familiar (Downey & Coyne, 1990; Warner et al., 1995, cit. por Stein & Wilkinson,).

No caso da perturbação bipolar materna em particular e na revisão de literatura efectuada não encontramos praticamente estudos sobre o papel do pai ou a sua vivência enquanto pai, daí que mencionemos alguns estudos sobre depressão, extrapolando alguns dos resultados mas considerando as limitações dadas as características da doença

bipolar. Assim, durante os períodos de depressão materna o pai pode exercer um papel protector para o desenvolvimento infantil (Hossain et al., 1994), amenizando os possíveis efeitos da depressão da mãe. Segundo Hops, Biglan, Sherman, Arthur, Friedman & Osteen (1987) quando há um bom relacionamento conjugal, os pais das famílias em que a mãe se encontrava deprimida, apresentavam um maior envolvimento com as crianças do que as mães. Parece que os pais, ao proporcionarem um modelo de interacção sensível e adequada às necessidades do bebé, compensam parcialmente a interacção negativa ou insuficientemente boa da mãe (Parke, 1996). Neste contexto, o pai pode fornecer um modelo positivo quer aumentando os cuidados aos seus filhos, quer apoiando a mãe deprimida.

Mas se o pai estiver também deprimido, o risco de perturbação na criança encontra-se aumentado, um estudo de Ramchadani et al. (2005, cit. por Shankoff & Meisells) encontrou uma duplicação do risco de perturbação emocional e do comportamento em crianças de 3 anos e meio se os seus pais estivessem também deprimidos às 8 semanas pós-parto. No caso de ambos os pais se encontrarem deprimidos, actividades de interacção positiva como o cantar, ler à criança, brincar, encontram-se comprometidas e os possíveis efeitos nefastos no desenvolvimento da criança encontram-se exacerbados (Paulson, Dauber & Leiferman, 2006). No fundo, a disponibilidade emocional e a responsividade diminuídas dos dois progenitores tem consequências mais negativas para a criança do que se essas dimensões estiverem preservadas num dos elementos do casal. Estes mesmos autores defendem a perspectiva supracitada de que um pai saudável pode ter um efeito compensador da interacção com uma mãe deprimida e que tal sucede quando não há conflito conjugal.

A literatura descreve efeitos adversos da perturbação bipolar materna para o padrão de vinculação mãe – filho mas destaca também o papel do pai como amortecedor dos potenciais efeitos negativos na vinculação (Stein & Wilkinson, 2007). Os autores referem-se ao efeito protector do pai tanto durante as fases depressivas como nos episódios maníacos. Não foi especificado o tipo de perturbação bipolar nem tão pouco há referência às fases sem sintomas.

Lamb, Hops & Ester (1987, citado por Shankoff & Meisells, 2003) sublinham que os pais podem envolver-se na função paterna em três componentes – no domínio interactivo partilhando com a criança actividades específicas e rotinas de cuidados, na componente de disponibilidade, ou seja, tornando-se acessível para a criança e finalmente na componente de responsabilidade, assumindo a função de providenciar as

necessidades básicas da criança. Parece-nos que quer a mãe sofra de depressão unipolar, quer sofra de perturbação bipolar ou outra patologia mental, o mais importante e que actuará como protector será então um bom ajustamento marital, a presença de um pai que se faça presente no interior da criança e a capacidade de envolvimento suficientemente boa nas três componentes supracitadas.

Pela diminuta existência de investigações em redor do tema, parece-nos importante compreender melhor esta dinâmica e contribuir para uma abordagem mais abrangente e compreensiva do comportamento parental na perturbação bipolar.

CONCLUSÃO

A investigação relativa à perturbação bipolar é vasta mas os estudos acerca da parentalidade neste contexto têm focado sobretudo as consequências da perturbação parental no desenvolvimento infantil. Interessou-nos salientar como a maioria dos estudos se centram nas repercussões para os filhos, não tendo merecido a mesma atenção a experiência parental e quer os estudos sobre o impacto nos filhos quer os poucos existentes sobre a parentalidade revelaram algumas contradições que parecem legitimar o aprofundamento da investigação.

Como vimos, os poucos estudos sobre comportamento parental têm recorrido sobretudo a metodologias de observação da relação mãe – criança e embora indiquem um comportamento parental com menos partilha de estados afectivos positivos, menor recurso a actividades lúdicas e procura de esconder a doença das crianças por parte das mães, parece haver alguns estudos que salientaram o risco das fases depressivas mas alguns evidenciam até um certo aspecto protector dos episódios maníacos, quando comparados com a depressão unipolar.

As investigações parecem ressaltar a imprevisibilidade do comportamento mas relativamente ao comportamento parental durante os estados maníacos a literatura é ainda mais rara. Por outro lado, os estudos que se referem ao comportamento parental e que encontramos na nossa revisão de literatura não fazem habitualmente distinção entre os tipos de perturbação bipolar, são de certo modo heterogéneos, o que nos parece poder explicar algumas discrepâncias nos resultados obtidos e justificar a continuidade nas investigações. Também não há muita literatura sobre o comportamento parental incidindo na melhoria sintomática, ou seja, parece-nos fundamental uma perspectiva mais inclusiva da experiência da parentalidade neste contexto e não apenas nos períodos agudos da doença.

A compreensão da vivência materna não tem sido privilegiada nem tão pouco se tem procurado aceder à experiência paterna, tal como se constata pela revisão de literatura que procurámos aliás que fosse tão exaustiva quanto possível. Assim é possível retirar algumas semelhanças a partir da doença depressiva, mas tem de ser considerada esta limitação. Encontrámos na literatura referência à importância do ajustamento marital no exercício da parentalidade e sobre o papel protector do pai para o desenvolvimento da criança nas famílias em que a mãe tem uma doença mental mas, efectivamente, estudos sobre o comportamento paterno em contexto de perturbação bipolar materna não têm sido desenvolvidos. Foi no sentido de contribuir para uma

compreensão mais abrangente desta problemática e na tentativa de colmatar lacunas sobre a experiência da parentalidade em contexto de perturbação bipolar, compreendendo a vivência materna e paterna, as dificuldades com que se deparam os pais, compreender quais os aspectos que os pais consideram positivos na sua experiência, as estratégias de adaptação ao desafio da parentalidade e que intervenção é necessária ou possível nestas famílias, que desenvolvemos o nosso estudo, iniciando -o com uma revisão da literatura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brazelton, T.B. (1988) *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Artes Médicas. Porto Alegre
- Brazelton, T.B. & Cramer, B.G. (1992) *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Canavarro, M.C. (2005) *Transição para a parentalidade – Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas*. In Leal, I. (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Canavarro, M.C. (2006). *Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento*. In Canavarro, M.C. (coord.), *Psicologia da Gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Caplan, H.L., Cogill, S.R., Alexandra, H., Robson, K.M., Katz, R. & Kumar, R. (1989). *Maternal depression and the emotional development of the child*. *British Journal of Psychiatry*, 154, 818-822
- Chang, K., Blasey, T., Ketter, C. & Steiner, H. (2001) *Family environment of children and adolescents with bipolar parents*. *Bipolar Disorders*, 3(2), 73-78.
- Cohn, J.F. & Tronick, E. (1989). *Specificity of infant's response to mother's affective behaviour*. *Journal Am. Academic Child Adolescent Psychiatry*, 28 (2): 242-8.
- Cummings, M.E. & Davis, P.T. (1994). *Maternal depression and child development*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- DSM-IV (1994). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ª Ed.). American Psychiatric Association.
- Feldman, R. (2000). *Parent's convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement and parent-child relationship at the transition to parenthood*. *Infant Mental Health Journal*, 21, 176-191.
- Fernandes, M. (2007) *Perturbação bipolar: Impacto nas relações familiares*. *Bipolar*, 32, 11-13.
- Ferreira, L. (2005) *Parentalidade e problemas de comportamento*. Dissertação de mestrado em Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Figueira, M.L. (2005). O espectro da doença bipolar. In *Doença Bipolar: Da Etiologia Clínica às Questões Sociais*. Vaz Serra, A. & Figueira, M.L (coord.). Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental.

Findling R., Youngstrom, E., McNamara, N., Stansbrey, R., Demeter, C., Bedoya, D., Kahana, S., & Calabrese, J. (2005). Early symptoms of mania and the role of parental risk. *Bipolar Disorders*, 7(6), 623-634.

Francisco, V.L, Pires, A., Pingo, S; Henriques,R, Esteves, M.A. e Valada,M .J. (2007), A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicológica*, 2 (XXV):229-239.

Gaensbauer, T. Harmon,R. Cytryn,L. & Mcknew,D.(1984) Social and affective development in infants with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry*, 141 (2), 223-229.

Goodwin & Jamison, (2007) *Manic-depressive Illness: Bipolar Disorders And Recurrent Depression*.Oxford University Press.USA.

Hardy-Bayle, M.C. (2001).Ciclotimia. In Doron, R., & Parot, F. (Eds.), *Dicionário de Psicologia* (p.658). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1991).

Hay, D. F., Vespo, J. E., & Zahn-Waxler, C. (1998). Young children's quarrels with their siblings and mothers: Links with maternal depression and bipolar illness. *British Journal of Developmental Psychology*, 16(4), 519-538.

Hillegers, M.; Reichart, C; Wals,M.; Verhulst,F.; Ormel,J. & Nolen,W. (2005). Five-year prospective outcome of psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 7(4), 344-350

Hipwell,A. & Kumar,R. (1996) Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother- infant interaction ratings (BMIS).The British Journal of Psychiatry 169: 655-661 (1996)

Hops,H,, Biglan,A., Sherman,L., Arthur,J., Friedman, L. & Osteen,V. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 341-346.

Hossain, Z., Field,T,Gonzalez,J., Malphurs, J., Del Valle, C. & Pickens, J. (1994). Infants of "depressed" mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal*, 15, 348-357

Jara, J.M. (2007) Problemas afetivos na Perturbação Bipolar. *Bipolar*, 32, 3-4.

Klaus,M. & Kennell, J.(1992). Pais/bebé, a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas.

Klein, D., Depue, R., & Slater, J. (1996). Cyclothymia in the adolescent offspring of parents with bipolar affective disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(2), 115-127.

- Lander, H.S.,Anthony,E.J. Cass,L. Franklin,L. & Bass,L. (1982) Mesure de la vulnérabilité au risque engendré par une psychose parentale. In E. J. Anthony, C. Chiland, & C. Koupernik (Eds.), *L'enfant vulnérable* (Vol. 4, pp. 287-296). Paris : Presses Universitaires de France.
- Lebovici, S. & Rabain-Lebovici,M. (1999) Psychopathologie des enfants provenant de familles psychotiques ou dépressives. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Eds.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Vol. 4, pp. 2777-2791). Paris: Quadrige/Presses Universitaires de France.
- Levy-Shiff,R. & Israelashvili,R.(1988) Antecedents of fathering: some further exploration. *Developmental Psychology*, 24 (3): 434-440.
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, 1 (XX), 85-94.
- Mondimore, F.M. (2003) *Perturbação Bipolar: Guia para doentes e suas famílias*. Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2002)
- Montgomery,P Tompkins,C., Forchuck, C. & French,S. (2006). Keeping close: mothering with serious mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 20-28.
- Moura, M.L. & Ribas Júnior (2003). Responsividade materna: Levantamento bibliográfico e discussão conceitual. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 16(1),137-145.
- Moura-Ramos, Oliveira, Monteiro, Pedrosa, & Canavarro (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho : comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre mãe e pais nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 25 (3), 399-413.
- Mowbray, C.; Kahng, S., Bybee, D. & Oyserman, D.(2008). Mothers with serious mental illness: when symptoms decline does parenting improve? *Journal of Family Psychology*, 22(1), 162-166.
- Neves, I.L.(2007). Vinculação pré-natal: estudo da ligação emocional ao bebé em mulheres e homens grávidos. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.Lisboa.
- Parke, R. (1996). *Fatherhood*. London: Harvard University press.
- Petresco, S., Gutt, E., Krelling, R., Lotufo-Neto, F., Rohde, I., Moreno, R. (2009) Prevalência de psicopatologia em filhos de mulheres bipolares. *Revista Brasileira de psiquiatria*, 31 (3), 240-246.
- Pio Abreu, J.L (2007). *Como tornar-se doente mental* (16ª ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Pires, A. (2001). Introdução à Grounded Theory. In A. Pires (Ed). *Crianças (e pais) em risco* (pp 41-63). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Rato P. I. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica* N°3, Série XVI, (pp. 405-413). Lisboa: Ispa.

Romero, S., DelBello, M., Soutullo, C., Stanford, K., & Strakowski, S. (2005, December). Family environment in families with versus families without parental bipolar disorder: A preliminary comparison study. *Bipolar Disorders*, 7(6), 617-622. Retrieved from PsycINFO database

Ruiloba, J. V. (2000). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed.). Barcelona: Masson.

Sampaio, A. (2005). O papel das famílias na doença bipolar. In *Doença Bipolar: Da Etiologia Clínica às Questões Sociais*. Vaz Serra, A. & Figueira, M.L (coord.). Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental.

Santos, A (2007) Mães com perturbação bipolar e comportamento parental. Monografia de licenciatura apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Shankoff,W.& Meisels,J. (2003). Handbook of early childhood intervention. Cambridge University Press. London.

Stein,J.& Wilkinson, J.(2007) Seminars in General Adult Psychiatry. Stein & Wilkinson(eds.). Royal College of psychiatrists.London

Teti, D.M., Gelfand,D.M., Messinger, D.S. & Isabella,R. (1995).Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 363-376

Whiffen,V. (1990). Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychology Review*, 12 (5), 485-508.

Zahn-Waxler,C, Cummings, D. Mcknew ,E. & Radke-Yarrow,M. (1984) Altruism, aggression, and social interactions in young children with a manic-depressive parent. *Child Development*, 55(1), 112-122

ARTIGO EMPÍRICO

Comportamento Parental e Perturbação Bipolar Materna
Regulação da Proximidade e interdependência de papéis

RESUMO

Pretendeu – se desenvolver um modelo acerca do comportamento parental em famílias com doença bipolar materna. Os participantes foram 4 mães e 4 pais com idades compreendidas entre os 22 e os 37 anos, com filhos entre os 6 meses e os 9 anos.

Foram realizadas entrevistas semi-estuturadas, audiogravadas e posteriormente transcritas ou anotadas de acordo com o método “ Grounded Theory”. Salientamos o cariz inovador desta investigação por procurar não apenas compreender a vivência da mãe com perturbação bipolar mas pela tentativa de aceder também à experiência paterna no cenário de doença bipolar materna.

Apurámos com esta investigação que a dinâmica do comportamento parental se centra na regulação da proximidade e que nesse registo os papéis parentais se encontram bem definidos. A regulação ou ajuste da proximidade nas mães e pais do nosso estudo faz-se de modo diferente, mas em interdependência e constatámos ainda que há factores que se afiguram como moderadores nesse processo, nomeadamente o ajustamento marital, a expressão sintomática e a severidade da doença.

Palavras-chave: Perturbação bipolar; Comportamento parental; Regulação da proximidade; Ajustamento marital; Expressão sintomática; Severidade da doença; Grounded Theory

ABSTRACT

The purpose of the study was to develop a theoretical model regarding parental behaviour in families dealing with maternal bipolar disorder. The participants were 4 mothers and 4 fathers aged between 22 and 37 years old with children ranging from 6 months to 9 years of age. The proceeding involved semi-structured interviews which were audiotaped, noted and afterwards analysed according to the Grounded Theory method.

We enhance the innovative nature of the study considering the attempt to grasp not only the experience of the mother suffering from bipolar disorder but also the effort to submit the paternal experience in such a scenario.

The most relevant finding concerning the parental behaviour dynamics behoooves the regulation of closeness. The parental roles are well delimited and the regulation of closeness although achieved differently by both the mothers and fathers, works in constant interdependence. Furthermore, we found some moderator factors, namely marital adjustment, symptomatic expression of the illness and harshness of the disorder.

Key-Words: Bipolar disorder; Parental behaviour; Regulation of closeness; Symptomatic expression; harshness of the disorder; Grounded Theory

INTRODUÇÃO

A perturbação bipolar afecta cerca de 2% da população mundial e tem impacto na percepção do real, nas emoções e comportamento, situando-se o seu início geralmente entre os 20 e os 30 anos. É uma perturbação afectiva do humor caracterizada por depressões profundas e paralisantes, “A depressão é a ausência de esperança, com retirada para o mundo da memória (...) Nada ou pouco interessa e dá prazer no presente real e pouco ou quase nada é imaginado como bom ou apetecível no amanhã.” (Matos, 2001) e por crises de mania “É a altura das grandes realizações, de pôr em acção as mais escondidas fantasias.” (Pio Abreu, 2007).

O cerne da perturbação é a regulação do humor e os diferentes sintomas surgem em diferentes momentos, de modo relativamente imprevisível, por um lado a depressão traz consigo uma angústia intensa, por vezes avassaladora, capaz de causar danos irreversíveis como o suicídio, por outro lado a mania é causadora de sentimentos de inexplicável alegria na pessoa que sofre desta patologia. Com este carácter camaleónico, por vezes rapidamente oscilante da doença, é necessário aprender a viver com essa realidade.

No plano da sua classificação e com base na intensidade dos sintomas, podemos distinguir a Perturbação bipolar I, a Perturbação bipolar II e a Perturbação Ciclotímica.

A Perturbação bipolar I pode iniciar-se quer durante a adolescência quer nas décadas dos 20 ou 30 anos e o primeiro episódio pode apresentar-se sob a forma de mania, depressão ou episódio misto. Alguém com perturbação bipolar tipo I sofre de crises de mania ou crises mistas e quase sempre de episódios de depressão e as crises repetem excepto se fizer tratamento de prevenção. Existem fases durante as quais a sintomatologia desaparece mas estas fases tendem a tornar-se mais curtas à medida que progride a doença e em alguns casos pode evoluir para uma deterioração do desempenho intelectual e empobrecimento afectivo (Montgomery e Cassano, 1996, cit. por Figueira, 2005).

A Perturbação bipolar II, mais comum nas mulheres do que nos homens (Figueira, 2005), apresenta-se num primeiro episódio geralmente com uma tonalidade depressiva e frequentemente com características atípicas. Caracteriza-se comumente por episódios depressivos graves e fases hipomaniacas. A crise hipomaniaca pode não ser mencionada porque a pessoa se sente bem, alegre e com vitalidade. Se o tratamento for exclusivamente com medicação antidepressiva, não irá ocorrer a estabilização do humor, sendo possível que surjam crises frequentes. Muitas vezes estes sujeitos são

resistentes à terapêutica e a sintomatologia depressiva arrasta-se durante um período considerável. É neste subtipo que se encontra com maior frequência a variante de ciclos rápidos, ou seja pelo menos quatro episódios por ano, o que se torna muito difícil para o doente e sua família, ocorrendo em 13% a 56% dos doentes bipolares (Kilzieh e cols., 1999, cit. por Figueira, 2005).

A Perturbação ciclotímica apresenta períodos curtos e frequentes de sintomatologia depressiva e de hipomania, separados por períodos de humor normal que também tendem a ser curtos. Os sujeitos não têm por definição episódios depressivos completos ou episódios maníacos e na realidade eles parecem oscilar continuamente uma vez que têm frequentes altos e baixos e poucos períodos de humor “normal” (Mondimore, 2003), razão pela qual foi considerada durante muito tempo como um problema de personalidade.

Ruiloba (2000) salienta a importância de diagnosticar correctamente para o controlo da doença e alguns dos tratamentos mais adequados para cada caso específico. Não existindo cura actualmente, o tratamento passa pelo controlo das fases agudas, mas também pelas estratégias de prevenção das crises para as quais uma “fase prodrómica” identificada por alguns doentes pode ser o primeiro passo. Recorre-se a antidepressivos, estabilizadores do humor, neurolépticos, insiste-se na educação do doente e da família (Sampaio, 2005), pode ainda recorrer-se a apoio psicoterapêutico e finalmente à terapia electroconvulsivante em casos mais resistentes. Esta perturbação tão diversa e vasta requer um tratamento apropriado para cada um, não há um tratamento eficaz para toda a gente, até porque os sintomas da doença numa determinada pessoa são tão únicos quanto individuais (Mondimore, 2003) A investigação clínica tem destacado o papel do rigoroso diagnóstico e da medicação adequada na medida em que da sua eficácia resulta a diminuição das recidivas e agravamentos súbitos (Mondimore, 2003).

Esta é uma doença afectiva que acomete não apenas o doente mas também os seus familiares. A literatura sobre a perturbação bipolar confirma que as perturbações do humor têm forte repercussão nas relações afectivas (Jara, 2007); existe uma alteração global do funcionamento familiar, sendo comum que o ambiente seja marcado por constantes conflitos (Fernandes, 2007), levando os outros a reagirem à instabilidade do humor, do temperamento e às variadas mudanças de comportamento, nem sempre da forma mais apropriada. Pelas suas características, a doença bipolar compromete a existência do sujeito, embora os seus episódios recorrentes possam preceder fases livres

de sintomas o seu impacto é grande e duradouro no bem-estar psicológico, profissional, familiar e social.

As investigações sobre a temática são extensas, mas sendo geralmente considerada uma situação de risco para a parentalidade, paradoxalmente estudos nesse sentido são escassos. Alguns estudos indicam que as crianças que têm um dos pais depressivos ou psicóticos correm grandes riscos (Lebovici & Rabain-Lebovici, 1999); as limitações dos pais bipolares podem constituir risco para o desenvolvimento da criança (Anthony, 1975, citado por Zahn-Waxler, Cummings Mcknew & Radke-Yarrow, 1984); filhos de pais bipolares têm dificuldades na partilha com os seus pares, em lidar com a hostilidade, evidenciando, por vezes, comportamentos agressivos e dificuldade em sentir empatia e em lidar com a perda (Zahn-Waxler, Cummings, Mcknew & Radke-Yarrow, 1984); a relação com um progenitor que sofre desta perturbação que, de forma periódica, apresenta comportamentos psicóticos, disfuncionais, negligentes ou ausentes, pode ser considerada uma influência determinante no desenvolvimento da criança (Chang, Blasey, Ketter & Steiner, 2001); as mães com perturbação bipolar demonstram reacções negativas com as suas crianças (Inoff-Germain, Nottelman & Radke-Yarrow, 1992, citado por Santos, 2007)

Pela pesquisa realizada, constatou-se que alguns estudos salientam que os filhos de mães que sofrem de perturbação bipolar estão sujeitos a possíveis problemáticas que não os afecta somente enquanto crianças, mas que muito provavelmente os acompanhará durante a sua vida, devido a um comportamento parental não adequado, motivado por toda uma sintomatologia que afecta o papel da maternidade. Por outro lado, outros estudos parecem sugerir que não há uma influência negativa ou tão gravosa da perturbação bipolar materna nas crianças, Anderson & Hammen (1993, cit. por Goodwin & Jamison, 2007) relatam que crianças de mães bipolares revelavam melhor ajustamento social e melhor desempenho escolar do que crianças de mães com depressão unipolar.

Goodwin & Jamison (2007) referem que a escassa literatura acerca do comportamento parental de mães e pais bipolares sugerem no geral bom ajustamento das crianças excepto se elas próprias forem sintomáticas para esta perturbação e sublinham que não há indicadores de problemáticas na parentalidade excepto se o progenitor sofrer de depressão crónica. Na globalidade os estudos acerca do impacto da perturbação bipolar parental nos filhos referem-se muito à repercussão da depressão e raramente ao comportamento parental durante episódios maníacos ou hipomaníacos e

ainda mais raramente focam diferenças no comportamento parental entre estes episódios e as fases em que os progenitores ou progenitor se encontram compensados. A literatura centra-se muito nas repercussões para as crianças e pouco na vivência dos pais. A vivência da mãe com perturbação bipolar tem sido pouco relatada e tem havido muito poucas tentativas de compreender o papel e a experiência do pai em tal contexto.

Parece deste modo ser pertinente aceder directamente à experiência de mãe e pais num contexto como a perturbação bipolar materna. O desafio de investigar a perturbação bipolar a nível do comportamento parental, prende-se com as inconsistências e lacunas encontradas na revisão de literatura. O objectivo deste estudo é então a construção de um modelo teórico sobre a parentalidade na perturbação bipolar materna, compreendendo igualmente o papel e experiência paternas, com recurso à Grounded Theory.

MÉTODO

Participantes

Neste estudo participaram oito sujeitos – quatro mães com perturbação bipolar e quatro pais sem perturbação bipolar, com idades entre os 22 e os 37 anos. Três pais eram cônjuges das entrevistadas e outro era ex- marido de uma mãe, não tendo nenhum destes refeito a vida conjugal com outra pessoa à data da entrevista. Os filhos dos entrevistados tinham idades entre os 6 meses e os 11 anos, dois casais tinham dois filhos e os outros participantes tinham um filho.

As habilitações literárias variavam entre o 12º ano e a licenciatura, quer nas mães quer nos pais. Todas as mães trabalhavam, duas com vínculo a meio – tempo e outras duas a tempo completo; todos os pais tinham vínculo laboral.

O diagnóstico de perturbação bipolar havia sido feito por psiquiatras de Hospitais do SNS na área de Lisboa e Vale do Tejo, entre 11 meses e 4, 5 anos antes da entrevista.

Procedimento

O objectivo do estudo é construir uma teoria acerca da parentalidade em famílias em que a mãe apresenta doença bipolar acedendo à experiência materna e simultaneamente perceber o papel e a vivência do pai nessas famílias, de modo a melhor compreendermos esta realidade e, desejavelmente, contribuirmos para intervenções num contexto considerado de risco como este.

Para a recolha dos dados recorreremos a entrevistas semi-estruturadas, das quais algumas foram gravadas e posteriormente transcritas e outras anotadas, não havendo lugar a gravação por não permissão da médica assistente. Os nomes encontram-se modificados.

As entrevistas realizaram-se na sede da ADEB em Lisboa, no centro de Saúde do Barreiro, na Clínica ÁLEA no Barreiro e na residência de um dos casais.

Iniciaram-se as entrevistas com uma questão aberta sobre a experiência da parentalidade – “Gostaria que me falasse da sua experiência enquanto mãe/pai do (...) no contexto da perturbação bipolar”. As entrevistas foram decorrendo e sempre que nos pareceu pertinente foram sendo colocadas questões com o intuito de aprofundar determinados aspectos da vivência destes pais.

Adoptámos uma atitude de escuta empática, dando às mães e aos pais espaço de elaboração das suas ideias e sentimentos, o que resultou em tempos diversos na duração de cada entrevista, entre os 52´ e os 103´.

Análise dos Dados

Depois da realização de cada um das entrevistas, foram elaboradas notas de entrevista para permitir uma posterior análise dos dados segundo o método Grounded Theory, desenvolvido por Glaser & Strauss (1967). Em alguns casos foram analisadas as entrevistas transcritas após audição e nos casos em que não foi permitida a gravação recorremos às notas de entrevista, esperando ainda assim uma maior identificação com a metodologia utilizada, isto é, tentando obter uma maior precisão dos conceitos importantes e da sua compreensão, relacionar os conceitos com uma maior sensibilidade com o intuito de construir uma teoria que reflectisse a realidade dos fenómenos da nossa investigação.

Iniciámos a codificação aberta com o objectivo de encontrar incidentes e colocámo-los à margem dando-lhes um nome representativo do fenómeno, isto é, categorizando. Cada incidente que foi surgindo ao longo da análise dos dados de cada entrevista foi comparado com os incidentes codificados anteriormente, permitindo perceber de que modo cada categoria se relacionava com as outras encontradas. A codificação foi sendo feita até se considerar que a categoria se encontrava saturada. Quando surgiam dois ou mais incidentes idênticos procedemos à comparação e elaboração de memorandos que permitem reflectir, sistematizar as ideias e perceber as semelhanças e diferenças entre os incidentes na mesma categoria. A análise sistemática de categorias, assim como a elaboração e análise dos memorandos permitiu esboçar e construir o modelo teórico do nosso estudo, dando-nos indicações sobre a vivência das mães e o papel e vivência dos pais no contexto da perturbação bipolar materna.

RESULTADOS

A análise dos dados das entrevistas das mães e dos pais permitiu elaborar um modelo teórico acerca do comportamento parental em contexto de perturbação bipolar materna, modelo esse que apresentamos sob a forma de esquema. (**Figura 1**).

Encontrámos na nossa amostra mães com predomínio de sintomatologia depressiva e outras mães com oscilações de humor mais frequentes mas quer umas quer outras se referiram aos períodos agudos da doença e embora o discurso fique marcado pela referência à depressão e aos estados maníacos, são também mencionados os períodos, muito valorizados, sem sintomatologia. As mães sobretudo mas alguns pais também referiram-se ainda ao período da gravidez, quase todos o vivenciaram com grande alegria e uma mãe vivenciou com uma grande angústia ambas as gravidezes, o que a inquietou e gerou culpabilidade.

A **diversidade da doença** apresentada pelas nossas mães conduz a alguns pontos semelhantes mas também a diferenças substanciais e apurámos que nestas mães a sintomatologia depressiva foi responsável por alguns internamentos e por tentativas de suicídio. Algumas mães fizeram mais do que uma tentativa de suicídio relativamente às quais sentem actualmente arrependimento, culpabilidade e receio das marcas que essas situações possam ter deixado nos filhos, dado que em algumas vezes os filhos assistiram. Esta é uma das situações em que a tentativa de proteger as crianças não se verificou nem as mães pensaram isso nessas circunstâncias, contudo, a referência à protecção dos filhos é frequente porquanto tentavam esconder das crianças o seu sofrimento, nomeadamente durante as fases de depressão. A tendência para proteger assim as crianças foi designada por algumas mães como “uso de máscara” e a máscara foi deixada cair por estas mulheres por acharem que era o caminho indicado para se **relacionarem** de modo mais verdadeiro com as crianças, sentindo que era mais benéfico para elas se conseguissem dar sentido e contextualizar a sintomatologia e **comportamento maternos**.

As fases depressivas podem trazer o isolamento e este é descrito de uma forma peculiar – não têm vontade para nada nem para ninguém, mas a sua vontade de se relacionarem, a **sua disponibilidade mantém-se para as crianças**. Aliás, mesmo quando a depressão é menos ligeira, as mães procuram preservar alguma **disponibilidade** e manter pelo menos o que parecem considerar o cerne da identidade materna e que é a satisfação das necessidades básicas dos filhos, instalando-se nessas

alturas uma **maternidade funcional**, até à melhoria dos sintomas. Contudo, reconhecem haver um limite e como algumas depressões são sentidas como mais incapacitantes impedindo até esta **maternidade funcional**, algumas mães crêem haver um limite para o que podem dar de si aos filhos.

Para a melhoria sintomática as mães referem que contam com os seus filhos, como que enaltecem a potencialidade destes para lhes trazerem vitalidade e revelam então uma **relação adesiva**, com uma dependência das crianças, dizem serem **os filhos quem lhes dá ânimo** e que são tudo para si, a sua razão de viver. Os pais acentuam o seu **apoio às mães** e por exemplo nas fases depressivas, consideram que dão muito **ânimo às suas mulheres**, referindo que as incentivam e que procuram contrariar a tendência ao isolamento. Apesar da **adesividade da relação com as crianças**, o **apoio fornecido pelos pais é** reconhecido pelas mães, algumas das quais aludem à dependência que têm dos maridos. Esta dependência, ao invés de gerar afastamento das crianças ajuda-as a sentirem-se **mais próximas**, na medida em que os pais têm uma **função securizante** para as mães e portanto **os pais fornecem suporte para o exercício da maternidade**. Assim, nos momentos em que as mães duvidam das suas qualidades maternas e da capacidade de prover algo de positivo aos filhos, os pais desempenham um papel fundamental **elogiando – as ou levando-as a centrarem-se nas características positivas e boa adaptação** que as suas crianças, na opinião dos pais, revelam.

A depressão nos casos mais graves trouxe a estas famílias a experiência do internamento, se bem que para algumas tenha sido ainda antes do nascimento das crianças ou da relação com o marido, para outras tal experiência ocorreu já após o nascimento dos filhos mas é por todas as mães descrita como “horrrível” e não querem voltar a passar por semelhante situação. A **separação das crianças** é-lhes difícil e uma vez mais nessas alturas consideram que **as crianças são um apoio fundamental para a sua recuperação**. Durante os períodos de internamento as mães contam com o **apoio dos pais** e em alguns casos de familiares e uma vez mais **dependem dos pais**, mas aqui para manterem o **contacto com as suas crianças**.

O internamento é fonte de preocupação para as mães porquanto receiam pelo impacto que poderá ter nas crianças e na sua relação com elas, ainda que as crianças estejam a par da presença da doença. Uma mãe fugiu a fim de evitar o internamento que os seus pais achavam necessário, tendo a sua filha ficado ao cuidado dos avós maternos e desde então, operou-se uma **mudança na relação mãe-filha** que a mãe não desejava e

que tenta transformar com **apoio do marido**, até agora sem o sucesso desejado. A mãe sente ser acusada de abandonada por alguns familiares, o que vivência como injusto.

Apesar das dificuldades encontradas durante os períodos de depressão, estes são preferidos pelas mães e não os períodos maníacos; o bem-estar típico destes últimos é efêmero e rapidamente as mães se tornam demasiado centradas em si, incapazes de ouvir os outros e de possuir por vezes adequado sentido crítico face a algumas situações. Tipicamente, estas mães descreveram o início da sintomatologia maníaca como um **dinamizador de maior proximidade das crianças**, apresentam uma grande **disponibilidade e maior expressividade emocional** e a energia adveniente da sintomatologia proporciona-lhes mais **momentos lúdicos de interacção**, mas estes episódios acabam num efeito antagónico ao inicial, pautado por maior permissividade, mais irritabilidade e conduzindo as mães a uma excessiva centralização em si próprias, deslocando o envolvimento com as crianças para si e é durante estas fases que ocorre **um afastamento**. Este **afastamento** não corresponde a uma rejeição efectiva mas a uma **retirada da relação decorrente do episódio agudo**, embora possam surgir momentos de menor paciência na interacção o que se passa não é uma rejeição activa, as mães é que **não estão disponíveis** para uma relação porque os afectos e pensamentos são vivenciados como muito rápidos e auto-centrados. As mães mencionaram o receio de virem a afastar as crianças, o que se relaciona com a culpabilidade e a imagem vulnerável que têm de si enquanto mães, expressando **necessidade da securização dos pais** em algumas ocasiões, quando afinal descrevem uma **relação adesiva** com os filhos na maioria dos casos.

As fases maníacas são causadoras de maior perturbação familiar, havendo inconsistência no **comportamento materno** e exigindo maior **capacidade de adaptação** não só por parte dos pais como por parte das crianças. Em quase todas as famílias **é o pai que fica com a criança nestas fases**, após o afastamento da mãe. Os pais mobilizam-se e alegam **assumir cumulativamente o papel materno**, há uma metamorfose de papéis, aqui os pais cumprem também as **tarefas maternas do cuidar** na medida em que as mães não se encontram tão **disponíveis**, contrariamente ao que se passa durante a depressão. Este assumir de papéis e tarefas parece ser esperado tanto pelos pais como pelas mães e no fundo parece que ambos fazem **movimentos de aproximação e recuo**, apenas com **desinvestimento temporário das mães** enquanto duram as fases maníacas.

Os pais são muito apoiantes, procuram incentivar as mães e, atentos às variações da doença, tentam evitar o agravamento dos sintomas através de estratégias muito práticas como fazê-las sair de casa perante o risco de **depressão** e dando espaço mas mantendo-se atentos nas **fases maníacas**. Outra estratégia a que recorrem é elogiar a sua melhoria sintomática e como isso se reflecte em **melhoria na relação com os filhos**.

Estes pais não são cuidadores no sentido de administrarem e vigiarem a medicação, mas cuidam indirectamente quando se ocupam das crianças nos períodos críticos, aliviando a preocupação das mães. Cumprem um **papel de suporte para a mãe** na medida em que as **securizam** e reforçam as suas qualidades maternas, sem deixarem de se tornar **presentes** para as crianças. A representação da doença como algo controlável permite aos pais o espaço que dão às mães, não lhes retiram o seu papel mas movimentam-se pelos **papéis parentais em função do comportamento materno**.

Encontrámos na maioria dos casais um bom ajustamento marital, o que nos parece influir na percepção que as mães têm da doença, na auto-imagem materna e expectativa de auto-eficácia ao longo das fases maníacas, depressivas ou nos períodos de remissão e permitirá às mães pedirem ajuda no agravamento dos episódios, partilhando a vulnerabilidade sentida. O ajustamento marital é um dos factores que influi na **regulação da proximidade**, que apurámos como a categoria central.

Pudemos perceber que as mães **desejam a presença dos pais** e estes **desejam estar disponíveis** para os filhos e a relação de casal parece aliar-se a este desejo, o que conduz a uma **parentalidade mais partilhada nos períodos de estabilidade**, ainda que as mães e os pais tenham mencionado uma **relação mãe – filho muito próxima** mesmo neste cenário. Deste modo, os **papéis estão bem definidos** nestas fases, sem sobreposições, mas a **regulação da proximidade** faz-se de maneira diferente e mantendo-se o **comportamento parental paterno dependente do comportamento materno**. Os pais não parecem exigir mais espaço com os filhos, mas revelaram como a estabilidade das mães possibilita conciliar a identidade paterna com identidade masculina e realmente a fonte de stress familiar parece ser as fases maníacas.

Neste registo de **comportamento parental**, as mães não se sentem expropriadas do seu lugar quando os pais assumem o **papel materno**, significando que sentem os pais como compreensivos e tolerantes e não competitivos e ficam tranquilas por exemplo nas fases depressivas mais incapacitantes por as crianças estarem muito **próximas do pai**. A questão central do **comportamento parental** parece ser a

regulação da proximidade, o cerne da dinâmica gerada é o movimento de **aproximação relacional**, que nas mães parece **sobre-envolvida** nos períodos depressivos e nas fases de remissão, com as crianças a possuir uma função anaclítica e uma **maternidade sub-envolvida** nas fases maníacas; por seu turno o **registro comportamental materno influi no comportamento paterno**, que se pauta por uma **regulação da proximidade** decorrente da estabilidade ou instabilidade da mãe e que se repercute no **assumir de novos papéis**, no caso o **assumir do papel materno**. Os pais são **próximos** mas reservando as **distâncias** que as mães parecem impôr em períodos assintomáticos e depressivos e são **sobre-envolvidos** nas fases maníacas maternas, em virtude de sentirem que a mãe tem um comportamento desadequado mas decorrente da doença. Assim, as mães e pais parecem ir **regulando a sua presença e qualidade relacional** com **avanços e recuos** que parecem perpetuar-se **ciclicamente** e cada um deles tem uma temporalidade delimitada pela manifestação da doença; como aspecto que parece contribuir para a resiliência familiar encontramos a expectativa do casal parental face à regulação da proximidade.

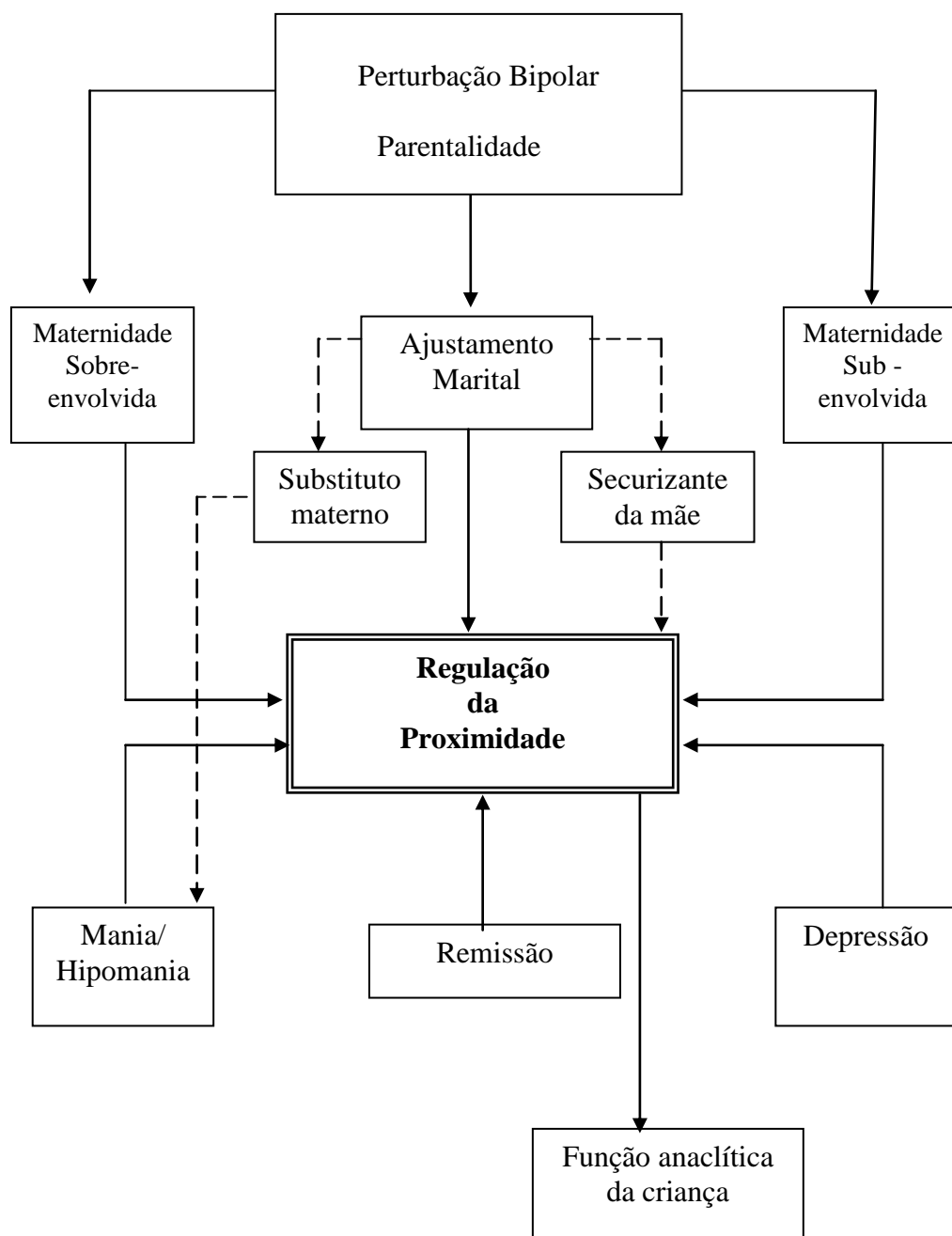


Figura 1 – Esquema do Comportamento Parental em contexto de Perturbação Bipolar Materna

DISCUSSÃO

Os estudos relativos à perturbação bipolar são vastos, mas apenas alguns se dedicaram à parentalidade. Desses, a maioria foca as consequências para a criança da perturbação bipolar materna e alguns baseiam-se na observação da relação mãe-criança, não tendo sido muito direccionada a atenção a fim de desenvolver estudos que contemplem a experiência dos progenitores em toda a sua amplitude e são especialmente dedicados às fases depressivas. Assim, salientamos o cariz inovador desta investigação por procurar compreender não apenas a vivência da mãe com perturbação bipolar mas pela tentativa de aceder também à experiência paterna no cenário de doença bipolar materna. Procurámos com este estudo a construção de um modelo teórico acerca do comportamento parental em contexto de perturbação bipolar materna, tentando compreender quais as dificuldades inerentes ou que aspectos estas mães e pais salientam como positivos na sua vivência, tentando contribuir para colmatar a lacuna encontrada neste campo, identificando fragilidades e factores de resiliência e eventualmente lançando pontes para futuras investigações.

Há alguns aspectos que nos parecem importantes salientar, nomeadamente no que diz respeito à categoria central apurada, ou seja, a regulação da proximidade. Apurámos com esta investigação que a dinâmica do comportamento parental se centra na regulação da proximidade e que nesse registo os papéis parentais se encontram delimitados, bem definidos. A regulação ou ajuste da proximidade nas mães e pais do nosso estudo faz-se de modo diferente, mas em interdependência e constatámos ainda que há factores que se afiguram como moderadores nesse processo. Estes aspectos parecem-nos importantes de realçar porquanto a literatura sobre a parentalidade na perturbação bipolar é escassa; a literatura sobre o comportamento paterno em contexto de doença bipolar materna é praticamente inexistente; investigações anteriores revelam resultados contraditórios principalmente quanto ao comportamento materno; na literatura um dos factores moderadores, o ajustamento marital, encontra-se descrito mas outros têm sido negligenciados.

Assim, contrariando o único estudo efectuado anteriormente em Portugal com recurso ao método da Grounded Theory, o que se salientou na nossa investigação quanto ao comportamento materno não foi a rejeição mas antes a adesividade e isto quer nos períodos de remissão quer nos períodos depressivos e ainda nas fases iniciais dos estados maníacos. Contudo, nesse estudo a autora encontrou algumas mães também

com relação simbiótica com as suas crianças mas não adianta quaisquer aspectos que possam concorrer para esta disparidade.

Não encontramos também o sentimento generalizado de incapacidade nas nossas mães, procuram uma proximidade mesmo em fases agudas da depressão, ainda que seja à custa de uma maternidade funcional em que se mantêm responsáveis pelo banho, alimentação, no fundo o cuidar mais instrumental. É uma realidade que algumas mães descrevem momentos de depressão grave, alguns com internamento, em que não conseguem cuidar ou estar próximas dos filhos, mas esses momentos parecem ser muito menos valorizados no discurso das mães pois parecem não ser os mais frequentes. Nos períodos mais críticos as crianças são sentidas pelas mães como um elemento crucial na recuperação, as mães atribuem-lhes uma função de apoio e um papel revitalizante. O apoio dos filhos foi também encontrado no estudo de Santos (2007) mas parece adquirir contornos um pouco diferentes, pois no nosso estudo fica patente uma função anaclítica das crianças para as mães bipolares.

A relação sobre-envolvida tem sido referida na literatura sobre depressão unipolar mas não tem sido citada para a perturbação bipolar, o que nos parece ser merecedor de atenção em futuros estudos e em intervenções nestas famílias, pois embora a rejeição seja preocupante, uma relação baseada em excessiva proximidade é igualmente sinónimo de interacção dessincronizada e inapropriada e supõe uma distância relacional pela não criação de um espaço eu-outro suficientemente adequado. Podemos então compreender o risco presente na vivência adaptada da maternidade e para o desenvolvimento da criança.

Os factores moderadores expressão da doença e severidade da doença, tradicionalmente pouco explorados nas investigações e que têm no nosso modelo uma grande influência na regulação da proximidade permitiram-nos algumas ilações que consideramos interessantes e arriscamos a dizer, acrescentam algo de novo à compreensão das vivências parentais.

Assim, Goodwin & Jamison (2007) mencionam que enquanto a sintomatologia depressiva pode associar-se a comportamentos maternos desadaptativos não tem sido observado com tanta evidência um estilo parental disfuncional em mães com predomínio de episódios maníacos ou hipomaníacos. Na nossa amostra, contudo, o estilo parental em estados maníacos acaba por ser disfuncional na medida em que as mães se tornam inacessíveis, excepto no início dos episódios, reconhecendo as mães que ficam então mais próximas. Quando comparadas crianças de mães bipolares e mães

com depressão unipolar, as primeiras costumam ser consideradas como tendo melhor prognóstico, talvez porque os momentos iniciais de estados maníacos acabem, por estranho que pareça à primeira vista, por ter um papel protector pela proximidade e qualidade da interacção, ainda que tal ocorra só ocasionalmente.

A sintomatologia depressiva parece propiciar nas mães do nosso estudo um sobre-envolvimento, o qual é de facto desadaptativo mas não se trata da indisponibilidade habitualmente associada à depressão. Lamour (1989, citado por Lebovici & Rabain-Lebovici, 1999) realça que não há nas mães bipolares interacções de amplitude lúdica, facto que não encontramos de todo no nosso estudo, mais uma vez excepto no culminar dos estados maníacos. É nestas fases maníacas que observamos uma proximidade maior dos pais, em que emerge um papel de substituto materno.

Inoff-Germain, Nottelmann e Radke-Yarrow (1992, citado por Santos 2007) concluíram que mães com doença bipolar revelam mais reacções negativas com as suas crianças do que as relatadas em mães deprimidas ou sem psicopatologia, no entanto, apesar de o nosso estudo não recorrer à observação da interacção não há no discurso das mães ou dos pais participantes indicações de que tal suceda. Não encontramos igualmente indícios de que as mães sejam mais conflituosas na relação sobretudo se o filho mais velho for do sexo masculino (Hay, Vespo & Zahn-Waxler, 1998), o género da criança parece não ser no nosso estudo qualquer determinante para a qualidade da interacção.

Na literatura sobre perturbação bipolar os estudos citam sobretudo as fases depressivas e alguns mencionam as fases maníacas como já referido, mas não encontramos referência aos períodos de remissão. O recurso a um método qualitativo como a Grounded Theory revela-se uma mais-valia para aceder directamente à experiência da parentalidade na perturbação bipolar, pois trouxe-nos também este aspecto novo de elucidar sobre fases assintomáticas e esmiuçar a vivência tendencialmente tão pouco explorada dos estados maníacos.

O factor severidade da doença parece desempenhar um papel preponderante, no estudo de Santos (2007) os episódios agudos parecem revestir-se de maior severidade e talvez decorra daí o sentimento de incapacidade que aquelas mães partilhavam, talvez as nossas mães tenham habitualmente episódios menos severos que lhes permitem pelo menos a funcionalidade na maioria dos casos.

Finalmente, relativamente ao ajustamento marital os nossos resultados estão na sua maioria em concordância com a literatura – um bom ajustamento marital é

facilitador do exercício da parentalidade. Belsky (1981, citado por Neves, 2007) considera de extrema importância o papel das relações conjugais, dado servirem como principal sistema de apoio para as relações parentais. Webster (1992, cit. por Goodwin & Jamison, 2007) observou que a presença e a disponibilidade de um pai saudável e apoiante propiciam crianças mais saudáveis numa família em que a mãe tem doença mental; no nosso estudo não é possível aferir o equilíbrio da criança mas compreendemos como a boa relação de casal concorre para evitar uma atitude de retirada da mãe e aumentar a percepção de auto-eficácia materna. Apesar de Chang, Blasey, Ketter & Steiner (2001) terem concluído que as famílias com doentes bipolares apresentam menor coesão, menor capacidade de organização e controlo e maior número de conflitos, nenhum destes aspectos sobressai na nossa investigação, o que relacionamos com a boa relação de casal existente. Na generalidade é conhecido o papel benéfico que um bom relacionamento de casal tem na parentalidade e nestes pais ficou patente a influência do ajustamento marital – permite uma regulação da proximidade de acordo com as variações sintomáticas da doença, cumprindo os pais um papel de suporte e securização das mães na sua função.

Deste modo, o ajustamento marital destas mães e pais parece permitir a delimitação de papéis parentais e o seu exercício em interdependência, aspecto que a nossa investigação veio acrescentar. Surgiu-nos como é elaborada a triangulação nestas famílias, se com esta dinâmica de proximidade e uma relação próxima mães – filhos apesar da presença do pai tal como é descrita, o processo se encontra obstaculizado ou não. Colocámos como hipótese que talvez a proximidade com as mães seja possível deste modo porque talvez a representação de mãe suficientemente boa que os pais tenham seja a descrita. Possivelmente as mães mantêm essa proximidade até em momentos difíceis da doença por ser essa também a sua idealização de maternidade, a qual podem exercer com o reforço dos pais. Este aspecto parece-nos merecedor de maior aprofundamento, pois cremos que o nosso estudo não lhe dá resposta.

Como factor de resiliência, encontramos a expectativa face ao desenrolar da doença, isto é, o facto de haver por parte do sistema familiar uma expectativa de como iria evoluir a doença parece evitar que esta seja um factor de stress familiar.

Tendo noção das limitações do nosso estudo, nomeadamente tendo em conta o muito reduzido número de participantes e portanto a impossibilidade de generalizar conclusões, esperamos ainda assim, ter dado um contributo para a compreensão da vivência da mãe e da experiência e papel paternos no contexto da doença bipolar

materna. O facto de termos um número muito limitado de participantes e tendo surgido alguns aspectos díspares da literatura levam-nos a considerar que será necessário e também uma mais-valia a realização de mais estudos dedicados a esta temática.

Considerar a possibilidade das diferentes expressões da doença parece apropriado, porquanto na nossa investigação as diferentes fases da doença revelam variedade no modo como as mães interagem com as crianças. Direcção futuramente estudos para a perturbação bipolar I, bipolar II e perturbação ciclotímica se aparentemente corresponde a espartilhar, parece-nos permitir conhecer mais profundamente a vivência familiar da doença em toda a sua dimensão. A discrepância de resultados na literatura e na nossa investigação no que se refere ao comportamento parental e a oposição rejeição/adesividade pode ser eventualmente fundada na diversidade da doença. Uma boa relação de casal poderá ter um efeito protector para a parentalidade e por seu turno, um difícil ajustamento marital parece-nos conduzir a uma maternidade com mais insegurança, menor percepção de auto-eficácia, com mais exclusividade e insatisfação e portanto com mais risco tanto para a parentalidade como para o desenvolvimento infantil. cremos que estes aspectos devem ser tidos em conta na investigação futura, permitindo planificar intervenções no sistema familiar mais ajustadas a cada caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chang, K. Blasey, T. Ketter, C. & Steiner, H. (2001) Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 3(2), 73-78.
- Fernandes, M. (2007) Perturbação bipolar: Impacto nas relações familiares. *Bipolar*, 32, 11-13
- Figueira, M.L. (2005). O espectro da doença bipolar. In *Doença Bipolar: Da Etiologia Clínica às Questões Sociais*. Vaz Serra, A. & Figueira, M.L (coord.). Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Goodwin & Jamison, (2007) *Manic-depressive Illness: Bipolar Disorders And Recurrent Depression*. Oxford University Press. USA.
- Hay, D. F., Vespo, J. E., & Zahn-Waxler, C. (1998). Young children's quarrels with their siblings and mothers: Links with maternal depression and bipolar illness. *British Journal of Developmental Psychology*, 16(4), 519-538.
- Jara, J.M. (2007) Problemas afectivos na Perturbação Bipolar. *Bipolar*, 32, 3-4.
- Lebovici, S. & Rabain-Lebovici, M. (1999) Psychopathologie des enfants provenant de familles psychotiques ou dépressives. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Eds.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Vol. 4, pp. 2777-2791). Paris: Quadrige/Presses Universitaires de France.
- Matos, A. C. (2001). *A Depressão: Episódios de um Percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mondimore, F.M. (2003) *Perturbação Bipolar: Guia para doentes e suas famílias*. Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2002)
- Neves, I.L. (2007) *Vinculação pré-natal: estudo da ligação emocional ao bebé em mulheres e homens grávidos*. Dissertação de Mestrado apresentado ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa
- Pio Abreu, J.L (2007). *Como tornar-se doente mental* (16ª ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Ruiloba, J. V. (2000). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Sampaio, A. (2005). O papel das famílias na doença bipolar. In *Doença Bipolar: Da Etiologia Clínica às Questões Sociais*. Vaz Serra, A. & Figueira, M.L (coord.). Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental.
- Santos, A (2007) *Mães com perturbação bipolar e comportamento parental*. Monografia de licenciatura apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Zahn-Waxler,C, Cummings, D. Mcknew ,E. & Radke-Yarrow,M. (1984) Altruism, aggression, and social interactions in young children with a manic-depressive parent. *Child Development*, 55(1), 112-122

ANEXOS

ANEXO A

ENTREVISTAS

ENTREVISTA 1

Entrevista 1

Data da entrevista: 26/06/2009

Duração da Entrevista: 103 minutos

Local onde foi realizada: ADEB

Entrevistadora: Rita Ferreira

Nome- Ema

Idade- 24 anos

Profissão – operária

Habilitações literárias -12^a ano

Estado Civil – casada

Filhas- 2 (1 de 9 anos; 1 de 6 meses)

Diagnóstico há 3 anos

Transcrição da entrevista após audição

A experiência enquanto mãe...vejo alguma diferença no facto de nós bipolares explodirmos mais depressa, com a minha filha mais velha eu depois fico pior que ela.

Penso que há diferença no modo como lido com as minhas duas meninas porque a minha outra mais velha está mais habituada aos meus pais.

Fui diagnosticada aos 21 anos numa fase de euforia, a única que tive até agora e a médica disse aos meus pais que eu era bipolar, nós não sabíamos o que era isso e fui internada no Júlio de Matos durante 27 dias. Estive 1 ano bem com medicação e fui novamente internada, dessa vez por depressão na Idanha durante um mês mais ou menos e não tive mais internamentos desde então.

Mas concordo que esta é uma doença um pouco difícil de compreender. Levei cerca de um ano para aceitar a minha doença e tenho aprendido com ela, todos os dias aprendo e já sei reconhecer quando não estou bem. Nesta altura estou um pouquinho em baixo e a precisar de um empurrão, já a minha mãe não percebe como é apesar de eu tentar explicar. Quando tive a minha pequenina deixei a medicação para amamentar porque acho que é uma parte essencial para nós mães, a médica disse que se eu quisesse podia optar e eu quis dar nem que fosse por pouco tempo. Ao fim de 2 semanas já a minha mãe me estava a dizer que eu estava com uma depressão, tanto me chateou que ao fim de dois meses eu deixei de amamentar e comecei a ficar em baixo, ela estava habituada à mama e é uma tortura muito grande ter leite e não amamentar, era mais fácil se não tivesse.... Voltei ao normal e agora estou um pouquinho em baixo outra vez, mas isto vai passar. Nos primeiros 2 meses depois do parto da pequenina eu tive muito medo de ter uma depressão pós-parto porque foi nessa altura que tive com a mais velha e a minha mãe dizia-me para não amamentar para tomar os comprimidos e eu então chorava por medo de não poder dar-lhe o meu leite, para mim foi muito importante porque se não formos nós não é mais ninguém e é uma ligação espantosa, eles estão nos nossos braços e olham para nós e é um gesto tão carinhoso que não faz sentido perder isso, apesar de ter sido só durante 2 meses e a carinha de satisfeitos com que ficam a beber o leite sabe tão bem.

A minha pequenina é muito risonha, a mais velha não era nada assim, pouco se ria.

Diferença no comportamento materno

Diferença na relação com as filhas

Diagnóstico

Internamento

Aceitação da doença

Importância de cuidados maternos

Críticas à mãe

Impacto de não poder cuidar

Medo de Depressão pós-parto

Importância dos cuidados maternos

Relação com a criança

Características da filha

Na primeira gravidez eu estive muito assustada porque tinha 15 anos, ainda não estava diagnosticada nessa altura, mas tive uma depressão pós-parto e não tratei e acho que já não fiquei bem. Eu ficava desesperada quando ela chorava e com esta tem sido diferente, a minha pequenina veio trazer-me uma calma e eu já aproveitei melhor, sei aproveitar os momentos, as risadas e passo o dia a falar com ela, com a outra eu não falava, esta já anima mais a mãe. A outra no início tinha ciúmes desta mas agora já não tem tanto.

Para as pessoas que têm doença bipolar, a família tem que nos saber ouvir porque por vezes dizem que estamos numa fase qualquer e nós nunca temos razão, mas nós sabemos também como nos sentimos e ao explicarmos eles têm que nos saber perceber, eu sempre me senti incompreendida e com a doença ainda pior. Os meus pais não sabem ouvir – acham sempre que por qualquer coisa tenho de ir ao psiquiatra ou preciso de internamento e não têm tempo de vir aqui à Associação e era fundamental para perceberem, acho que não sou dos casos piores, não gasto muito dinheiro, não me entrego ao álcool. O meu marido compreende-me mas acho que o apoio familiar é fundamental, ser compreendida pelos pais e isso eu não tenho.

A minha filha mais velha dorme em casa dos avós desde há 2 anos porque na altura eu fugi para não ser internada quando os meus pais diziam que eu estava numa fase de mania. Esta noite tentei levá-la para a nossa casa como faço às vezes, mas tive de telefonar durante a noite para a minha mãe a ir buscar porque a minha mãe habituou-a assim a adormecer com ela e isso também me deita um pouco abaixo.

Houve uma altura, muito pouco tempo, em que vivia sozinha e perguntava o que andava cá a fazer aqui se a minha menina nem sequer queria estar comigo. Estas coisas levam-nos a fazer algumas coisas menos boas, já tive 3 tentativas de suicídio – uma vez cortei os pulsos e 2 vezes tomei comprimidos mas já vejo que não é isso que quero, tenho de lutar pelo que quero.

Noto que sou muito diferente do que era, eu antes era muito alegre e animava muito os outros e depois consoante os problemas que existem...

A minha primeira bebé era difícil, nos primeiros 2 meses não dormia à noite e o pai dela batia-me, não tinha ajuda nenhuma em casa e não dormia nem me alimentava bem e tudo isto ajudou a ficar deprimida. Não tinha nenhum

Depressão pós-parto

Relação com a criança

Sentimento de incompreensão

Apoio do marido

Distância da filha

Mágoa

Tentativa de suicídio

Diferença no comportamento

Falta de apoio

carinho nem compreensão em casa e acho que isso pode desencadear uma crise.

Este meu marido estou com ele há 2 anos, juntámo-nos e fiquei logo grávida, namorei pouco tempo e juntei-me logo e estamos bem, há muito apoio. Se ele vê que não estou bem ele sabe como me animar e isso é importante para evitar as depressões.

Quando estou deprimida fecho-me em casa e fico desleixada, não posso nem ver-me ao espelho e sei que tenho de evitar o mar porque parece que nessas alturas o mar nos chama. Até a bebé desta vez é calminha, a gravidez decorreu bem e ela é muito calma e isso ajuda a estar melhor. Durante a gravidez eu cantava muito e agora quando ela está menos calma eu canto para a acalmar e resulta. Acho que quando somos mães ajuda para nos agarrarmos à vida e gostamos mais deles do que de nós próprios e faz-nos completamente diferentes, de resto somos mães iguais às outras mas eu sou um pouco mãe – galinha.

Como damos tanto valor ao que temos, protegemos muito. Mas com a mais velha ela chegou a assistir a situações que não devia, não a protegi tanto nessa altura, em depressões que tive e em que caía para o chão e também cortei os pulsos uma vez à frente dela e viu-me muito mal.

Eu fugia umas horas quando deprimida porque queria refugiar-me de mim mesma e não queria que me vissem e aí sei que magoei muito a minha filha e se pudesse voltar atrás eu passava uma borracha por cima. Ela não me culpa por nada, eu já lhe expliquei porque o fazia mas em fases depressivas eu isolo-me e magoo as pessoas.

Acho que a mais pequenina não me vai ver nessas crises e a minha maneira de ser ela vai aproveitar melhor, eu também aproveito muito mais, se eu estiver bem comigo o comportamento é diferente. Se por exemplo estiver irritada é natural que grite mais facilmente, ou tenho menos paciência, até a outra está a aproveitar muito mais agora por eu estar melhor.

Na altura eu fugi por um mês para não ser internada e eu sentia-me bem e os meus pais achavam que se eu fugia devia ser internada, mas o pior que se pode fazer a um bipolar é internarem porque ficamos dopados. Nessa altura fugi e levei uns três dias sem dizer nada porque tinha medo que me descobrissem e depois liguei para falar com a minha filha mas os meus pais

Apoio do marido

Depressão

Gravidez

Comparação com outras mães

Falta de protecção da criança

Isolamento

Culpabilidade

Melhoria sintomática

Recusa do internamento

não me deixavam falar com ela para verem se eu voltava, mas eu disse que se estivesse doente assumia, assim não me iam internar se eu estava bem. Tirarem-nos aquilo de que mais gostamos e que é a razão para cá estarmos não é solução, não se faz. Questionava o que faço aqui se nem a minha filha posso ver e foi o meu actual marido quem me apoiou.

Não me lembro bem do primeiro internamento mas na Idanha, o segundo, lembro-me dos meus pais me irem lá ver e de estar cheio de pessoas piores do que eu, aquilo era uma prisão e é horroroso, se pudesse fazer a medicação em casa junto de quem gostamos é melhor, 1 hora de visita não chega por dia. No Júlio de Matos a imagem que tenho é a de estar com a minha filha cá fora do pavilhão e eu só andava porque aquilo tinha tanto espaço e eu cheia de aceleração. Com os internamentos, é o pior, perdemos tanta coisa...

Espero que as minhas filhas saibam aproveitar ao máximo todos os momentos porque as crianças crescem muito depressa e se não aproveitarmos todos os momentos nós perdemos muita coisa e acho que não é por ser bipolar que não posso ser mãe e ser feliz, tenho os mesmos direitos e sabemos cuidar deles tão bem quanto as outras mães.

Eu vou apoiá-las muito em todos os momentos, são elas quem dão força para eu estar bem.

Com a mais velha, eu tentava esconder como me sentia mas gritava muito quando não estava bem porque queria estar sozinha às vezes e qualquer coisa que me dissessem eu não aceitava e tudo me ofendia. Ela via-me a chorar e não percebia nada e perguntava-me e eu nunca lhe dizia porquê, dizia que estava bem para ver se ela não se apercebia e foi assim até ela saber o que eu tinha. Os meus pais disseram-lhe que eu tinha uma doença e foi só e um dia pareceu-me importante explicar-lhe que tinha uma doença com altos e baixos e depois era ela mesma quem me dizia primeiro que começava a ficar doente nas fases depressivas.

Até aos 2 anos dela eu vivi com o pai e depois separei-me e fui viver para casa dos meus pais e depois saímos por pouco tempo as duas e ela portanto tem sido criada sem pai e os meus pais tentaram dar-lhe sempre tudo o que ela quer e eu agradeço mas é angustiante porque sinto que eles acabam por me substituir a mim e deviam ouvir-me porque as crianças ficam confusas –

Apoio do marido

Internamento

Expectativa para as crianças

Comparação com outras mães

Apoio das crianças

Proteger a criança

Explicar a doença à criança

Substitutos maternos

se um diz uma coisa e outro diz outra, não sabem já o q é certo ou errado ou gostam mais de quem lhes dá mais coisas.

A minha filha não me vê como autoridade e isso custa-me um bocado e digo aos meus pais que ela de vez em quando tem de ouvir “não” mas eles não seguem muito a minha opinião e desde que eu fiquei doente as primeiras vezes foi o suficiente para eles e como saí um mês de casa quando me juntei com o meu marido, ele, o meu pai, atira-me isso à cara a dizer “és tão boa mãe que até deixaste a tua filha” mas eu fugi para não ser internada, não abandonei a minha filha e como tal não me culpo por isso. O meu pai disse sempre que compreendia a doença e que me ia ajudar mas não faz nada do que disse.

A minha experiência de ser mãe logo que fui diagnosticada foi muito partilhada com os meus pais e preferia não ter estudado e não ter ido para casa dos meus pais para não haver esta mistura de autoridades e ter tido uma vida diferente. Ontem à noite quando o meu pai foi buscá-la à minha casa em vez de lhe dizer que devia ficar na minha casa disse “ela gosta é de ficar na nossa casa”, não a incentiva a ficar comigo, eu bem tento puxá-la mas não consigo, eu até lhe disse que a adormecia mas mesmo assim ela quis foi a minha mãe, pode ser que com o passar do tempo ela queira ficar a dormir na minha casa.

Durante o dia ela fica lá e nós damo-nos perfeitamente, nós brincamos e temos uma relação muito boa mas depois é cada uma para o seu lado e isso magoa um bocadinho. Arranjei o quatinho para ela, está muito bonito, eu sinto que tento dar e não há retorno, ela diz-me que gosta de mim mas que gosta de dormir com a avó. Cada vez que insisto parece que me parto toda cá dentro, eu já não insisto mais. Os filhos são nossos e não quero dizer que ela não esteja bem com os meus pais mas faço de tudo para estar bem comigo e para se sentir bem em casa e depois os filhos viram-nos as costas e eu não me sinto preparada para levar estes encontrões assim e gostava de ver lá as duas em casa.

Ela dá-se bem com o meu marido, ele por vezes ralha-lhe mas é pelas respostas que ela me dá a dizer que quer dormir em casa da avó. Isto dela preferir ficar com a minha mãe dá-me vontade de chorar.

Falta de autoridade

Crítica ao pai

Partilha da maternidade

Criança rejeitante

Relação com a criança

Mágoa

Eu não gosto de chorar ao pé de ninguém, tento esconder e quando me deprimi depois dela, a mais velha, nascer era horroroso quando ela chorava, era um desespero e eu fazia tudo a chorar e achava que não sabia fazer o que era preciso e ela andava sempre ao meu colo porque não sabia bem como lidar com a situação. Sentia-me sozinha e pensava porque é que ninguém me liga, que falta fazia eu, eram muitos porquês e muito choro.

Mas relação que tínhamos até aos 6 anos dela era muito próxima e quando comecei a ser internada e desde aquela vez que fugi 1 mês e antes ela começou a ficar sozinha com os meus pais, eu ainda vivi sozinha com ela e ela dormia sozinha, mas depois com as oscilações e internamentos a relação mudou. Ela antes dizia-me todos os dias que gostava muito de mim, agora só me diz de vez em quando. Eles fazem todas as vontades e na minha casa sai da escola e tem de estudar, nos meus pais vê televisão, não há regras nenhuma. Tenho pena de não ter a mesma relação que tínhamos antes, ela era preocupada comigo e dava-me muito ânimo, gostava de colaborar nas tarefas da casa e andávamos sempre juntas. O meu pai diz que eu falhei, que deixei a minha filha mas eu não a deixei e diz isso à frente dela mas ela sabe que eu fugi para não ser internada porque isso para mim era o pior, eu já lhe disse várias vezes.

Eu tento dialogar com os meus pais sobre o modo como acho que se deve educar, mas eles não respeitam e houve uma altura em que não me sentia mãe dela, sentia-me uma amiga e já disse à minha mãe que me deixe a mim ser a mãe.

A minha mãe chegou a falar com a psiquiatra para tentar convencer-me a abortar quando soube da gravidez da mais nova, eu fazia medicação e havia preocupação dela nascer com problemas mas eu decidi continuar a gravidez. Com a pequenina não tentam retirar-me a autoridade nem eu deixava que fizessem o mesmo com essa.

Os meus pais, por eu ser bipolar acho que pensam que não tenho as mesmas capacidades que as outras pessoas mas eu já mostrei que consigo fazer as mesmas coisa e consigo ser boa mãe, nunca tratei mal as minhas filhas e trato-me, por isso acho que não tem de haver dúvidas.

Às vezes tenho medo de não lhes conseguir transmitir bem as coisas, por exemplo se estiver numa fase depressiva e não estiver a ver bem as coisas

Depressão pós-parto

Proximidade da criança

Desvalorização de si

Relação com a criança

Mudança na relação

Regras

Apoio da criança

Substitutos maternos

Assumir a maternidade

Ser boa mãe

Medos

como são e não conseguir compreendê-las e tenho receio de quando elas crescerem não conseguir ouvi-las no momento em que precisam porque há momentos em que não oiço ninguém se estou deprimida. De resto tenho conseguido até hoje fazer tudo como deve ser. Bom, também tenho medo que elas venham a ser bipolares.

Quando eu estava eufórica a mais velha assistiu e estava com mais medo do que eu e com um olhar desesperado e só dizia “mãe tem calma”, nas fases depressivas ela assoma-se e pergunta-me o que se passa, fala muito comigo e dá-me muito apoio. Nas fases de euforia é como se tivéssemos o rei na barriga e que nós é que sabemos tudo e acho que a minha filha tinha medo porque eu não dava ouvidos, as fases depressivas são preferíveis porque pelo menos estamos mais disponíveis para ouvir. Eu, eufórica, saía e cheguei a beber de mais na discoteca e tinha o raciocínio muito rápido, sei que magoei alguns amigos com coisas que disse.

Como neste relacionamento me dou bem, acho que também me ajuda a estar mais equilibrada e não ter crises como tinha e acho que andar nestes altos e baixos também faz sofrer as minhas filhas, é difícil para nós mas é difícil também para que está de fora. Não quero que vejam alguma vez mais o que a mais velha já viu ou que não tenha paciência para as ouvir ou que me vejam a chorar sem perceberem porquê, eu às vezes chorava sem saber porquê, não gostava que elas me vissem nisso. Mas neste momento não tenho muito receio porque o meu marido consegue ajudar-me muito, se em qualquer momento me sinto em baixo ele sabe como apoiar-me para dar a volta à situação e incentiva-me e nesta altura tenho mais medo dos estados eufóricos do que na fase depressiva, na fase de euforia eu cheguei a largá-la, quer dizer, a deixá-la com a minha mãe e o meu pai e sem lhe dar muita atenção.

Mas acho que não noto grande diferença com as minhas filhas por estar um pouco em baixo agora, quer dizer, choro à noite e vêm pensamentos tristes por vezes sobre se serei capaz ou não, mas consigo não chorar muito à frente delas e se chorar a mais velha já sabe porquê, já não é tudo tão confuso para ela e acho que ela saber que tenho doença bipolar e o que é isso faz uma grande diferença e acho que consigo cuidar delas da mesma maneira. De dia estou com elas e sinto-me capaz e à noite quando a mais velha está nos meus

Mania

*Apoio da
criança*

Mania

Depressão

Mania

Apoio do marido

Medos

Insegurança

Máscara

pais e a pequenina a dormir é que me ponho a pensar se consigo, eu tenho muito medo porque como a mais velha está com os meus pais, tenho medo de afastar as pessoas, principalmente as minhas filhas. Mas o meu marido apoia-me imenso nesses momentos, tem sido muito importante e é isso que nós precisamos, ele tenta que eu seja mais positiva e faz-me sentir que eu faço falta.

Medo de afastar

Apoio do marido

ENTREVISTA 2

ENTREVISTA 2

Data da entrevista: 11/07/2009

Duração da Entrevista: 67 minutos

Local onde foi realizada: ADEB

Entrevistadora: Rita Ferreira

Nome- Ruben (marido da Ema)

Idade- 22 anos

Profissão – operário

Habilitações literárias -12ª ano

Estado Civil – casado

Filhas- 1 (6 meses)

Transcrição da entrevista após audição

Nós conhecemo-nos numa saída à noite e a minha mulher foi-me dizendo sobre a sua doença, fomos-nos conhecendo um ao outro melhor e no início ela teve medo do modo como eu iria reagir, pensou que eu talvez me afastasse, que já não quisesse estar com ela mas para mim não foi problemático.

Nós namorámos pouco tempo e como em casa da minha mulher o ambiente não estava muito bom porque o pai não se dava muito bem com ela, ela veio viver para minha casa e dos meus pais. Ficámos lá algum tempo até arranjarmos a nossa casa, aquela onde vivemos agora.

Passado pouco tempo ela pensou que poderia estar grávida e foi fazer o teste, que deu positivo, ficámos muito contentes. Nós queríamos uma menina e veio mesmo uma menina, mas tivemos desde logo medo de que a nossa filha viesse a ter o mesmo problema que a mãe.

Nós damo-nos bem os três, dou-me bem com a minha mulher e com a minha filha e dou muito apoio à minha mulher. Se ela está naquelas fases em que se sente em baixo, ela diz-me e eu dou-lhe apoio, tento sempre dar-lhe força nessas alturas para ela não se sentir assim e não se ir mais abaixo. Nessas alturas sou ainda mais carinhoso e estou ali para falar com ela sempre que ela precisa e não a deixo ficar em casa sozinha enfiada na cama, puxo-a para sair e combinamos algum programa porque se ela fica em casa o tempo todo vai ficar ainda pior, mais triste e sem vontade de fazer nada.

Os pais dela não a compreendem e já a quiseram internar muitas vezes, mas para mim ela é uma pessoa normal, tem aqueles momentos mas eu consigo lidar bem com isso e vejo-a como uma boa pessoa, é boa mãe.

Para ela é a segunda vez que é mãe mas eu fui pai pela primeira vez e tem sido uma experiência extraordinária e temos alguém ali dependente de nós, que precisa de comer a certas horas e que é uma menina nossa, é muito bom.

A experiência de ser pai é muito boa, mas também é difícil ser pai, é uma grande responsabilidade e ela até é calminha mas há uma ou outra vez em que está a chorar muito e tento acalmá-la e parece muito difícil, às vezes tenho medo de não conseguir acalmá-la e que ela não esteja bem.

Partilhar diagnóstico

Medo do afastamento

Dificuldade na relação familiar

Mudanças no sistema familiar

Reacção à gravidez

Medo transmissão doença

Apoio do marido

Estratégias para evitar pioras

Incompreensão dos pais

Valorização como mãe

Ressonância ao ser pai

Medos

Eu espero que ela não venha a ter a doença da mãe porque sei que isso dá momentos em que eles se sentem muito mal, mas se ela vier a ter eu cá estarei para a apoiar e para tudo o que ela precisar.

Antes eu achava que não queria ser pai, até conhecer a minha mulher nunca tinha pensado nisso mas depois pensei em ter filhos com ela, e apesar dela não ter sido planeada, eu não tive dúvidas de que a queria muito. A minha mulher, quando falávamos disso perguntava-me se eu tinha a certeza, se eu queria mesmo por ela ser bipolar e termos algum medo que a bebé também viesse a ter mais tarde ou porque ela fazia medicação e havia algum risco de não vir bem, mas eu soube que queria.

Mudei muito a minha vida para construir a minha família e construí uma família muito boa, maravilhosa. A minha filha, todos os dias, tem muito afecto, é muito risonha quando acorda e dou-lhe muitos beijinhos, acho que dependendo de nós ela vai ser uma criança muito mimada.

Se sairmos ao fim-de-semana deixamo-la com os meus pais ou com a madrinha e sei que ela está bem, mas não deixo de pensar nela, mantenho sempre alguma preocupação.

A mãe também é muito próxima dela e nos momentos em que está mais em baixo, o que noto é que fica um pouco mais irritável mas continua muito pegada à nossa bebé. Quando está deprimida o que noto é que mesmo que esteja muito metida com ela e sem vontade de nada, continua sempre próxima da nossa filha, já a vi com uma depressão um bocado pior, em que nem se queria mexer para quase nada mas ficava muito junto da nossa filha e dava-lhe banho, preparava o comer, a ela não a deixava.

Mas apesar de ficar com um pouco menos de paciência, a minha mulher tenta sempre disfarçar que não está bem. Eu incentivo-a sempre a estar ocupada, a estar comigo ou com outras pessoas nesses momentos e sei que se não fizer nada ela não quer levantar-se e não quer fazer nada e aí eu sei que mesmo para a nossa bebé é mais difícil porque ela fica sempre em cima, é um bocadinho esquisito até porque se ela estiver mais em baixo parece que fica distante de tudo menos da filha, é com ela que tem muita preocupação. Quando ela está melhor eu acho que as coisas são mais divididas entre os dois, estamos mais presentes os dois para tudo,

Expectativa para a criança

Projecto de ser pai

Criança desejada

Medo da transmissão da doença

Valorização da família

Relação com a criança

Apoio familiar

Relação próxima mãe-criança

Relação mãe-criança na depressão

Maternidade funcional

Máscara

Apoio do marido

Relação mãe-criança na depressão

Papéis parentais na remissão

no carinho, no tomar conta, cuidar dela e brincar mas se calhar a mãe é um bocadinho mais apegada, mesmo assim.

Quando a minha filha nasceu fui o primeiro a pegar nela e foi um sentimento maravilhoso e por ela mudei muito o meu comportamento, no início acho que não tinha uma participação tão grande, um envolvimento como agora com a minha filha mas se não me aproximasse tanto dela talvez também enquanto casal não partilhávamos tanto. Nas primeiras três semanas eu era assim pouco participativo, mas depois fui mudando e passei a estar mais junto dela e a brincar mais com ela. Acho que a minha mulher teve um papel importante porque me foi assim puxando para a minha filha e não estava sempre tão pegada a ela. Quer dizer, estava muito pegada mas não daquela maneira que eu disse como quando está mais em baixo, que eu acho que é esquisito mas é quase mais ainda. Acho que se a minha mulher está melhor nós partilhamos mais e se ela está deprimida fica muito pegada à bebé e às vezes eu sinto que perco espaço mas volta sempre quando ela está melhor, é como se tudo voltasse ao lugar quando ela melhora, não sei explicar melhor do que isto.

Eu acho que o dever de um pai é ser próximo logo desde o início mas eu não consegui fazer isso porque ainda queria ter tempo livre para os meus amigos, e quando penso nisso não me sinto bem com isso, mas já construí uma relação próxima com a minha filha. Agora consigo ter tempo também para os amigos, é menos mas acho que é o normal para quem é pai e tem outras coisas importantes na sua vida. Se a minha mulher estiver muito, muito deprimida é que eu fico menos disponível para os amigos porque tenho de estar mais presente, agora então com a bebé. Se ela está bem, o que eu acho que é diferente é que consigo ter um pouco mais de tempo para mim mesmo.

Com a outra filha da minha mulher eu tenho também uma relação boa e sei que ela goste que participe das coisas dela, por exemplo festas da escola e às vezes tenho de lhe pôr algumas regras e chamá-la a atenção devido à maneira como fala com a mãe, porque acho que a mãe deixa que ela faça coisas que devia dizer-lhe que não. O pai não lhe liga e sou

Reacção ao nascimento da criança

Mudança no comportamento paterno

Criança unificadora

Mãe impulsionadora da relação

Relação mãe-criança na depressão

Perda de espaço

Partilha da proximidade

Representação do papel de pai

Relação próxima com a criança

Disponibilidade

Relação com enteada

Regras

eu quem faz o papel de pai e ela própria vê-me assim, ela diz isso mesmo.

Com a pequenina eu quero dar uma educação também com regras definidas, é importante pôr limites. Acho que enquanto pai devo estar disponível para dar conselhos e para ouvi-las, ser atencioso, paciente, estar sempre presente para os momentos maus em que precisarem e para partilharem os momentos bons.

Papel de pai

Regras

*Representação
papel de pai*

ENTREVISTA 3

ENTREVISTA 3

Data da entrevista: 11/08/2009

Duração da Entrevista: 62 minutos

Local onde foi realizada: Centro de Saúde do Barreiro

Entrevistadora: Rita Ferreira

Nome- Cristina

Idade - 28 anos

Profissão – Assistente administrativa

Habilitações literárias -12ª ano

Estado Civil – divorciada

Filhos - 1 (5 anos)

Diagnóstico há 3,5 anos

Transcrição da entrevista após audição

A experiência como mãe acho que tem sido enriquecedora mas agora mais difícil porque eu e o pai estamos separados, acho que antes era mais fácil porque sentia mais apoio e isso é muito importante.

Eu acho que sou muito alerta e hiperprotectora mas se ele não existisse nada fazia sentido, é ele quem dá sentido à minha vida. Eu choro facilmente mas tenho reprimido muita coisa para ele não ver, como uma máscara para parecer bem. Eu tenho tido alguns internamentos e tenho andado a pensar em explicar-lhe melhor a doença mas ele ainda só tem 5 anos, mas ele sabe que eu tenho uma doença e é só, às vezes as perguntas se calhar ficavam mais, como dizer, ele podia perceber melhor, acho que dar mais sentido.

Fui internada há relativamente pouco tempo pela 4ª vez, saí há 1 mês e meio por depressão e estive lá 18 dias. Com este internamento foi sempre a negociar com a médica a data da entrada porque eu tinha de ter a certeza de que ele ficava bem e precisava de tudo organizado, as rotinas dele e ver se ele não sentia tanto a separação.

Quando estive internada no Miguel Bombarda, foi o 3º internamento, ele tinha feito 4 anos não há muito e eu dava-me ainda bem com o pai e eles iam lá ver-me, o pai levava-o lá e ele não tinha muita noção mas desta vez já tem mais noção do que se passa, do que é ser internada. Houve uma fase muito complicada antes desse internamento no Miguel Bombarda e que foi por isso que me internaram, eu cortei os pulsos e tentei suicidar-me. Foi um internamento mais longo e foi horrível estar assim separada do meu filho, eu sentia-me tão mal mas depois ver-me ali e quando via o meu filho... doía pensar que tinha tentado e tinha o meu filho que é a razão do meu viver.

Depois disso uma vez estava a dar-lhe banho e ele viu as marcas e perguntou-me e eu acho que satisfiz a curiosidade porque disse que eu tinha feito um dói-dói mas que já estava boa e eu espero que ele nunca se lembre disso, nunca mais falou e espero mesmo que não se lembre, que não esteja traumatizado. Acho que também por isso sou mais protectora e alerta para os comportamentos dele, tenho medo que ele também venha a ser bipolar porque eu sinto que também fui uma criança com problemas e

Falta de apoio do pai

*Comportamento materno
Protecção da criança*

Internamento

Internamento

Tentativa de suicídio

Marcas na criança

Proteger a criança

nunca tive o apoio dos meus pais e não quero ter essa lacuna com o meu filho.

Às vezes ele se me diz alguma coisa que me magoa, eu acho que tudo isso é compensado só pela existência dele ou quando ele me diz que eu sou fofinha ou que me adora e sempre que me abraça. Eu quis muito o meu filho e ele foi muito lutador porque aos 2 meses tive uma ameaça de aborto e eu desejei-o muito.

Fui diagnosticada já ele tinha nascido e era pequenininho, acho que tinha 17 meses. Eu era seguida em gastroenterologia e o médico mandou-me fazer psicoterapia e a minha psicoterapeuta mandou-me ao psiquiatra porque achou que eu era bipolar e que precisava e foi assim o diagnóstico, o psiquiatra despendeu muito tempo comigo, quis saber quem eu era.

Eu experimentei já muitos medicamentos e durante muito tempo estive sempre a mudar e a certa altura nos primeiros 2 anos eu acho que oscilava com facilidade e o resultado eram baixas e 2 internamentos mas agora por vezes eu estou com muita energia mas acho também que se relaciona com a minha personalidade porque eu sou muito alegre e brincalhona.

Quando me deprimos eu vou mesmo ao fundo, na verdade eu acho que durante a gravidez eu estava contente porque o desejei muito mas depois tive bastantes dificuldades na recuperação do parto, sentia-me triste e aí não sentia o apoio do pai mas depois ele foi participando mas não sei bem se foi uma depressão pós-parto. Acho que o apoio do pai é muito importante, quando na minha relação estava bem eu podia sentir-me em baixo ou até um pouco mais eufórica, mas havia uma espécie de travão acho eu, ajudava a ficar mais compensada e não tinha de ser internada sempre que me sentia em baixo ou eufórica.

Eu tenho tido mais fases depressivas ultimamente mas faço ainda estados maníacos acho que menos acentuados mas agora não oscilo tanto e tenho momentos em que estou bem mas acho que o meu filho nas fases maníacas aproveita mais porque eu brinco mais com ele, tenho mais energia mas isso é no começo porque depois não ligo nada a ninguém a certa altura e já estive internada por isso, em estado maníaco. Mas no início eu sei que tenho mais tempo, arranjo ainda mais espaço para o meu filho. Nas fases depressivas é muito difícil porque eu vou mesmo ao

Criança desejada

Diagnóstico

Medicação

Personalidade

Depressão

Falta apoio do pai

Importância do apoio do pai

Oscilações de humor

Comportamento materno na fase maníaca

fundo e eu não quero que ele saiba, não quero ser uma mãe perfeita mas quero conseguir ser boa mãe.

Eu acho que consigo fazer as coisas como as outras mães mas quando estou deprimida fico muito inactiva e lenta, preocupo-me com o meu filho e ele dá-me ânimo para voltar a estar bem, eu se penso nele penso que tenho que me recuperar e eu sei que até agora tenho tentado pôr uma máscara e não devia. O meu filho é o meu apoio, apesar de tentar esconder dele, ele nem sabe como é o mais importante de tudo para mim e a minha razão para cá estar.

Os meus pais dão-me apoio ou tentam dar-me apoio com o meu filho, especialmente agora com a separação, mas eu sou um pouco permissiva, sei que é importante pôr regras mas eu acho que não ponho tanto quanto devia e isso quer numa fase quer noutra e zango-me porque os meus pais não põem regras nenhuma e isso não é bom para ele, eu tento pôr mas sei que sou mais permissiva do que devia porque às vezes quero sentir-me mais próxima e sou mais tolerante e assim se calhar ele não sente tanto quando eu não estou com ele porque já tive alguns internamentos. Os internamentos para mim são horríveis mas também são uma maneira de protegê-lo. Se estou em estado maníaco é mais fácil no início estar mais presente, depois é que é difícil e aí somos muito tolerantes até connosco quando não devíamos, mas quando noto que estou a deprimir-me já o protejo pedindo internamento ou ajuda aos meus pais e também ao pai dele. Eu não quero afastar o meu filho, é um medo que eu tenho, mas quando não consigo usar a máscara, se cheguei ao meu limite aí peço ajuda exterior para ele não ter noção disto.

Eu já sei reconhecer como estou e preocupo-me com o que passo de mim ao meu filho porque me sinto culpabilizada.

Pergunto-me muitas vezes se estou a protegê-lo da melhor forma e por isso é que tenho pensado em explicar-lhe ao certo o que tenho, de uma forma que ele pudesse entender. Se fizesse isso, acho que se calhar também era menos permissiva às vezes porque já tive os internamentos mas ele assim podia dar outro entendimento e se calhar assim é que era mesmo uma maneira mais verdadeira de estar mais próxima do meu filho e é muito bom vê-lo crescer e poder dizer-lhe que estou orgulhosa dele.

Idealização como mãe

Comparação com outras mães

Apoio da criança

Regras

Desejo de proximidade

Proteger a criança

Estado maníaco

Medo de afastar a criança

Reconhecer doença

Proximidade verdadeira

ENTREVISTA 4

ENTREVISTA 4

Data da entrevista: 28/08/2009

Duração da Entrevista: 58 minutos

Local onde foi realizada: Centro de Saúde do Barreiro

Entrevistadora: Rita Ferreira

Nome – Pedro (Ex-marido da Cristina)

Idade – 37 anos

Profissão – metalomecânico

Habilitações literárias -12ª ano

Estado Civil – divorciado

Filhos – 1 (5 anos)

Transcrição da entrevista após audição

Bom, agora nós, pais, estamos separados, mas temos a capacidade de separar os nossos problemas do sermos pais do B. e mantemos um contacto próximo, até porque como a minha ex-mulher tem doença bipolar em certas ocasiões o apoio que preciso de dar é um bocado diferente, acho, do que se ela não fosse bipolar. Eu sempre a apoiei muito, pelo menos durante grande parte do nosso casamento, e agora continuo mas de uma maneira diferente, só enquanto pai do B.

Agora estou com o meu filho ao fim-de-semana cada 15 dias e continuo a achar que comparativamente com a mãe, por exemplo eu ponho mais regras, acho que ela continua um pouco mais permissiva do que devia e nisso nós estamos de acordo, mas uma coisa é estarmos de acordo teoricamente outra é o que fazemos.

Quando o B. nasceu, foi muito mágico e quando ele me viu e ouviu a minha voz pela primeira vez parece que me reconheceu, lembro-me de eu e a mãe termos comentado isto na altura.

Houve alturas em que foi tudo uma grande preocupação porque a mãe tinha sido internada e havia hesitação, se devia levá-lo a vê-la ou não e se ele se lembrava e aquela tentativa de suicídio que ele viu as marcas nos pulsos e pensar se ele também virá a ter a doença e apesar de conseguirmos algum apoio dos avós, ele ficava comigo nos tempos mais difíceis e nessas alturas eu era pai e era mãe também. Aliás, eu era um bocado mãe, fazia o papel de mãe também se ela estava por exemplo eufórica.

Acho que a mãe nunca compreendeu muito bem, ainda hoje não compreende o impacto por exemplo que tinham as fases maníacas, que começavam muito bem e era divertida, ela era muito divertida, bem-disposta e sentia-a como muito capaz e brincava imenso com o B. e era muito bom vê-los junto e depois vinha o descalabro, aquele movimento todo e coisas sem sentido, houve vezes difíceis de suportar e foi difícil dar tanto e sentir que o que era dado de volta era muito inconstante, talvez o problema também seja meu, mas comecei a precisar de outra coisa para mim... mas como estava a dizer, quando a minha ex-mulher estava eufórica depois o que acontecia era que deixava de ligar, era tipo saía para outro universo e não interessava nada, o B. ficava completamente

Separação do casal

Manutenção da parentalidade

Apoio do ex-marido

Regras

Acordo na educação

Reacção ao nascimento da criança

*Tempos difíceis
Internamento
Tentativa de suicídio*

Apoio familiar

Substituto materno

Impacto das fases maníacas

Valorização como mãe

Tempos difíceis

Mania

comigo e eu era também a mãe, se é que se pode ser ao mesmo tempo pai e mãe.

Durante algum tempo eu até mais ou menos levei bem as coisas, quando a mãe estava bem nós conseguíamos estar bem e até era tudo se calhar um pouco mais dividido mas acho que a mãe sempre foi se calhar um pouco hiperprotectora e mesmo quando está deprimida o que sempre notei foi que a mãe era muito protectora, muito próxima dele mesmo não tendo espaço para mais nada, mais ninguém, lá nisso o nosso filho estava sempre em primeiro lugar e acho que ele não passou por uma experiência como se calhar alguns de terem as mães deprimidas que não estão lá para eles.

Eu sempre a incentivei quando notava que ela estava a ir-se abaixo, tentava que ela não fosse e tirava-a de casa para fazermos coisas em conjunto, para passear, ver pessoas, mesmo desconhecidos, só ver pessoas na rua para não haver aquele isolamento e ela reconhece que eu lhe dava muito apoio. Mas realmente com o B. sempre foi muito disponível e acho que eu mais ou menos quando estávamos juntos o que acontecia era que eu era pai um bocadinho a depender de como ela era mãe porque ela era muito protectora mesmo quando estava bem e eu sentia que eu estava lá para o meu filho conforme fosse preciso, a doença teve um papel grande na nossa vida, não posso dizer o contrário porque houve um tempo em que a mãe do meu filho não andava estável e eu já mais ou menos sabia o que tinha de fazer conforme a fase da doença e era só se ela estava pior e precisava de internamento que mudava um bocadinho mais, mas acho que tive capacidade de me adaptar e era como se tudo voltasse a estar bem quando a mãe estava bem e eu conseguia mais tempo para mim também e isto foi assim muito tempo, mas como já disse, eu comecei a querer outra coisa pessoalmente. A nossa relação começou a piorar e a maneira como eu sou pai agora talvez seja um bocadinho diferente porque a mãe não está connosco no fim-de-semana e nas férias e se há alguma coisa com ela, a minha ex-mulher sabe que pode contar comigo que eu estou lá para o B. mas realmente a minha envolvência com o meu filho é mais entre os dois agora, se calhar só é dependente da mãe se houver alguma coisa do tipo ela piorar, o que mais me preocupa são as fases maníacas ou mudar

Substituto materno

Partilha da parentalidade na remissão

Hiperprotecção

Mãe presente

Apoio do marido

Estratégias para evitar pioras

Disponibilidade materna

Interdependência de papéis

Impacto da doença

Expectativas face doença

Adaptação á doença

Estabiliadde

Diferença no comportameno paterno

Relação menos dependente da mãe

Apoio do ex-marido

muito rápido porque se ela estiver entre episódios ou com uma depressão ela é disponível para o filho, mas agora ela tem estado mais estável e acho que tudo corre bem.

A experiência como pai tem sido fantástica apesar destas coisas todas, o meu filho é a pessoa mais importante para mim e espero que eu e a mãe consigamos sempre manter a lucidez de não misturarmos os nossos problemas com o sermos pais, porque isso também será um bom exemplo para o B. e espero continuar a ser próximo dele, a ser presente.

*Experiência
como pai*

*Expectativas
para o futuro*

ENTREVISTA 5

ENTREVISTA 5

Data da entrevista: 16/10/2009

Duração da Entrevista: 78 minutos

Local onde foi realizada: Domicílio

Entrevistadora: Rita Ferreira

Nome – Vanessa

Idade – 34 anos

Profissão – empregada de balcão

Habilitações literárias -12ª ano

Estado Civil – casada

Filhos – 2 (6 anos; 11 meses)

Diagnóstico há 12 meses

Notas da Entrevista

A V. refere que em ambas as gravidezes fingiu estar feliz e que esperava mudar a sua vivência de pois do bebé nascer.

Quando nasceu o primeiro filho o bebé ficou internado por icterícia e a V. necessitou de uma transfusão.

Teve uma depressão pós-parto não tratada porque recusou ir às consultas de psiquiatria e acrescenta que ficou pior porque não sentiu o que era esperado quando viu o bebé ou quando estava com ele e disse que era também um bebé difícil, muito chorão, difícil de sossegar.

Na altura o casamento estava num período difícil e em certas alturas ela não podia nem pensar que tinha um filho. De vez em quando achava-o fofinho mas não sentia uma grande ligação com ele e sentia-se culpada, referiu.

Ia buscar o filho ao infantário, cuidava dele mas nunca lhe apetecia estar com ele e considera que estabeleceu com ele uma relação de amor aos dois anos de idade segundo a V. porque ele foi fazendo coisas giras, foram partilhando experiências novas e quando pensa acha que perdeu muita coisa do desenvolvimento do filho. Diz não fazer ideia do que se passava com ela, mas desde que se lembra que se sente diferente das outras pessoas e descreve que tem alturas de depressão e outras que já sabe que são estados maníacos mas que sempre chamou de histeria. Acha que o filho mais velho se apercebia que se passava alguma coisa.

Quando engravidou pela segunda vez uma vez mais não quis o bebé e não interrompeu a gravidez por medo de que lhe acontecesse alguma coisa e pensava então o que seria do filho mais velho. A gravidez foi péssima para ela, com o marido muito feliz a contrastar com o sentimento dela e o medo que a acompanhava de perder o espaço que já tinha com o filho mais velho. Achava que aquele era um filho tão importante que não iria talvez gostar deste do mesmo modo.

V. refere ter uma relação muito próxima com o filho mais velho e tentar sempre compensá-lo por aquilo que acha que não lhe deu enquanto bebé. Nesta segunda gravidez estava com medicação psiquiátrica e dormia muito e então diz que não deu tanta atenção ao filho mais velho e acha que ele esteve muito sozinho.

Máscara

Depressão pós-parto

Falça de ligação ao filho

Culpabilidade

Maternidade funcional

Depressão Mania

Reacção à gravidez

Tristeza na gravidez

Medo

Proximidade à criança

Relação mãe-criança

Diz não ter tanto tempo disponível como gostava para os dois filhos agora que já regressou ao trabalho e gerir o tempo com cada um é difícil porque interrompe actividades com o mais velho por causa do mais novo e sente-se culpada.

Tudo o que faz com o mais novo lhe dá grande prazer, ainda assim.

Nesta última gravidez partilhou logo com o marido o que estava a sentir e logo que descobriu que estava grávida a sua reacção foi chorar muito e não se conformava como havia deixado isso acontecer. Começou então a ter crises de pânico e foi assim que foi encaminhada para as consultas de Psicologia e depois para a Psiquiatria e as crises de pânico mantiveram-se durante toda a gravidez. Foi então medicada e dormia muito e pensava “ agora dormes e depois logo vês” (sic)

Já no pós-parto houve uma melhoria, o marido reparou e foi muito elogiada por ele, diz que lhe deu muita força e confiança nesse momento. O marido nunca a queria acompanhar às consultas de psiquiatria mas depois do parto valorizou-a bastante.

Entre amigos e família a V. não esconde a doença e referiu que anteriormente não era compreendida e que diziam que tinha mau feitio, mas desde que foi diagnosticada tem sentido apoio e maior compreensão.

Quando o bebé nasceu não aceitou que lhe telefonassem e pediu aos amigos que lhe dessem espaço na primeira e segunda semanas, no primeiro filho não fez esse pedido e julga que deveria ter colocado limites porque foi muito difícil confrontar-se com as visitas e o desejo dos outros conhecerem o bebé quando ela não estava feliz.

Refere que tem efectivamente mais fases depressivas mas a sua experiência tem-se pautado por vezes por oscilações rápidas, de dias. No entanto, com esta medicação encontra-se mais estabilizada.

Para si, nos momentos depressivos graves sente que grita muito com o filho mais velho, o que a deixa sentir-se culpada e infeliz porque não acha justo para ele.

Também já várias vezes passou dos limites do habitual em fases de euforia e agitação e segundo diz, as pessoas acham-na despropositada e ela toma consciência mas parece-lhe que o filho mais velho não a acha despropositada no início das fases maníacas.

Culpabilidade

Partilha de sentimentos com o marido
Reacção á gravidez

Acompanhamento em Saúde mental

Melhoria sintomática

Apoio do marido

Sentimento de incompreensão

Isolamento

Depressão

Oscilação do humor

Depressão

Mania

Quando está deprimida não tem disponibilidade para nada nem ninguém e faz um esforço grande porque não tem vontade de estar com os filhos, mas vai fingindo. Nessas alturas não se sente próxima de ninguém, tem de fazer por estar próxima. Nos momentos de euforia, o filho mais velho gosta mais, na parte inicial, porque tem muita disponibilidade e brinca muito com ele e é muito divertida.

O marido pensou durante muito tempo que a V. fingia e que tinha birras e que tinha tendência a tornar tudo mais difícil e a ser pessimista, o diagnóstico veio reforçar ainda mais a relação deles.

Os momentos em que está bem descreve de maravilhosos porque não se preocupa se é normal ou não e se é diferente dos outros e refere que o que distingue esses momentos das fases maníacas ou depressivas é a sua disponibilidade para os filhos sobretudo e a sua capacidade de impôr regras. Já sabe reconhecer o início dos episódios e durante uma altura em que se esquecia de tomar a medicação e fazia uma toma muito irregular, já ia então à psicóloga, imaginava “coisas estranhas” (sic) e que descreveu como assustadoras relacionadas com magoar o filho mais velho, afogá-lo e assustou-a que pudesse perder a noção da realidade e chegar mesmo a realizar o que pensava, achou que estava a tomar proporções desmedidas e procurou ajuda. Este foi talvez o episódio que mais a preocupou.

A V. referiu ser muito dependente do marido, do que acha, pensa ou faz e acha que devia ser mais independente, embora não seja submissa. Refere que espera demasiado do que ele lhe pode dar e o facto de o marido se mostrar sempre tão estável torna-a mais dependente.

Conta muito com o apoio, com a colaboração do marido nas fases maníacas e depressivas referindo que deixa tudo nas mãos dele e cobra que dê mais atenção aos filhos. Nessas alturas ela faz a parte mais funcional o máximo de tempo que consegue, como o dar banho e o marido tem uma disponibilidade diferente. Felizmente segundo a V. ele mantém a disponibilidade e assim pensa não afectar tanto os filhos. Refere que durante a segunda gravidez a saúde mental do filho mais velho dependeu do marido, que tudo fez para que ele estivesse bem emocionalmente.

Isolamento

Disponibilidade

Reforço da relação conjugal

Remissão

Regras

Alteração do pensamento

Medo de perda da realidade

Dependência do marido

Apoio do marido

Maternidade funcional

Marido disponível

Marido protector da criança

A V. refere não ter expectativas para os filhos além de esperar que sejam felizes e esperar que eles saibam que caminhos escolher. Para ela não faz sentido criar muitas expectativas mas culpa-se das suas crises e acha que há um limite para o que lhes pode dar de si. Embora seja disponível nos períodos assintomáticos, sempre tentou esconder a tristeza do filho mais velho principalmente e procurava que ele não se apercebesse da sua tristeza mas havia um limite e depois já não conseguia dar muito dela, é nesse sentido que diz haver um limite para o que lhes pode dar de si.

Culpabilidade

Máscara

*Limite para a
disponibilidade*

ENTREVISTA 6

ENTREVISTA 6

Data da entrevista: 21/10/2009

Duração da Entrevista: 83 minutos

Local onde foi realizada: Centro de Saúde do Barreiro

Entrevistadora: Rita Ferreira

Nome – Gabriel (marido da Vanessa)

Idade – 34 anos

Profissão – Motorista

Habilitações literárias -9º ano

Estado Civil – casado

Filhos – 2 (6 anos; 11 meses)

Notas da entrevista

Nos últimos tempos houve uma melhoria com a nova medicação e referiu notar se a mulher não a toma porque fica mais agressiva, sobretudo com os filhos. Relativamente à doença pensou durante muito tempo pensou que era feitio mas aquela agressividade tão frequente, ainda assim, levava-o a pensar se haveria alguma coisa.

Quanto à experiência de pai, refere ter uma disponibilidade horária que o preocupa devido à profissão e com o pequenino que têm agora por vezes é-lhe difícil descansar. A irmã da mulher sempre apoiou muito, refere quando ele tem menos disponibilidade horária e a mulher está pior. Acha que uma diferença substancial entre ele a mulher está na imposição de regras, tem os limites bem definidos mas também é capaz de flexibilizar as regras, a mulher, disse, não põe tanto os limites mas acha que ela está melhor nisso também. Acha que está melhor na generalidade e diz isso à mulher, acha bastante importante que ela se sinta mais confiante e se sinta apreciada. G. sublinhou que nos momentos em que a sua mulher está bem estão praticamente de acordo relativamente às regras, ao modo de educar mas quando não está bem é mais permissiva e aí ele próprio sente mais necessidade de se impôr, porque o filho mais velho percebe que lado lhe é mais favorável e vai pôr-se desse lado.

G. diz não se colocar no papel de cuidador da mulher no sentido de ser ele a dar-lhe a medicação ou perguntar-lhe se já tomou a medicação, mas repara quando ela está mais agressiva e se for consecutivo, pode questioná-la.

Quando a mulher não está bem, G. procura dar-lhe força e que ela seja mais positiva e refere que lhe expressa muito esta ideia de querer vê-la bem e de estar disponível para a apoiar. Quando há inseguranças da mulher relativamente ao seu papel de mãe, diz-lhe que é só olhar para os filhos e ver o que eles têm de bom

Sabe que durante a segunda gravidez, quando a mulher estava muito deprimida, o filho mais velho ficava muito por si só e apenas a ver televisão no seu quarto porque a mãe dormia muito mas quando o G. estava em casa era tudo muito diferente, os dois estavam juntos e acha que assumia o papel de mãe e pai, porque é diferente quando a mãe está melhor e tem mais disponibilidade. Quando ela está muito deprimida é o

Melhoria sintomática

Percepção errónea da doença

Apoio familiar

Diferenças no comportamento parental

Comportamento paterno

Acordo entre o casal

Apoio do marido

Securizante do papel materno

Isolamento materno

Substituto materno

pai quem passa mais tempo com ele, envolvido no cuidar e no mimar. Tenta desdobrar-se, diz, quando a mãe está nas fases depressivas mais graves ou nas fases maníacas.

Não sente grandes diferenças no modo de ser pai relativamente ao mais velho e ao bebé, embora se sinta desta vez mais seguro e com mais capacidade de acalmar o bebé, quaisquer diferenças têm na sua opinião a ver com o modo como está a sua mulher, ou seja, mais ou menos disponível.

Apesar de tudo, o que mais lhe faz confusão são as fases depressivas graves da sua mulher porque se considera mais optimista e com capacidade de adaptação às situações e custa-lhe que a mulher assim não seja. Apesar disso, acha que já passou o tempo em que queria fazer da mulher tão positiva quanto ele e crê que o diagnóstico e os acompanhamentos iniciados o ajudaram a mudar de opinião, ou a colocar-se melhor no lugar da sua mulher.

Quando a mulher está assintomática o prazer de G. no envolvimento com os filhos é o mesmo, mas consegue mais tempo para si próprio, isto porque o cuidar é partilhado e não é exclusivamente seu, assim como os momentos lúdicos. Referiu que por vezes também necessita do seu espaço e não estar com as crianças e acha que o consegue através da ajuda da cunhada quando a mulher está pior, quando a mulher está bem tem mais tempo só para si. No entanto, achou importante referir que as crianças são a sua razão de viver.

Tem preocupação em tentar fazer sempre o melhor pelos filhos, no futuro tem alguma preocupação quanto ao seu modo de ser pai porque acha que o trabalho lhe retira algum tempo que gostaria de passar com eles.

Comportamento paterno

Importância do diagnóstico

Parentalidade partilhada na remissão

Partilha de momentos lúdicos

Medo da falta de disponibilidade

ENTREVISTA 7

ENTREVISTA 7

Data da entrevista: 19/10/2009

Duração da Entrevista: 52 minutos

Local onde foi realizada: Clínica Álea

Entrevistadora: Rita Ferreira

Nome – Beatriz

Idade – 32 anos

Profissão – Arquitecta

Habilitações literárias -licenciatura

Estado Civil – casada

Filhas – 1 (4 anos)

Diagnóstico há 2,5 anos

Notas da entrevista

Refere que o diagnóstico foi feito há 2,5 anos, mas há cerca de 6 anos que acha que está doente, lembra-se a partir do final da adolescência ter tendência para ter depressões e era só isso, era seguida no médico e o diagnóstico era só de depressão. Só depois do nascimento da filha é que chegaram ao diagnóstico, a filha foi muito desejada por ela e pelo marido e na gravidez decorreu tudo bem, a Beatriz sentiu-se sempre muito bem mas depois teve uma depressão pós-parto e de seguida foi ficando pior porque fez um episódio maníaco e descreve-o como horrível porque de início achava que estavam muito bem, recuperada mas depois não parava e dizia coisas que não devia, refere que é como se tivesse pilhas e com aquela energia não estava para ninguém, “era só eu, eu, eu”(sic.). De seguida fez outra depressão e crê que essa foi a pior porque teve de ser internada na sequência de uma tentativa de suicídio. Foi há cerca de 2,5 anos e a filha era muito pequena e a Beatriz diz não saber o que a filha percebeu na altura mas ela sabe que foi uma depressão muito grave tanto que nem saía da cama para cuidar da filha e isso ela faz sempre, pode não ter paciência para ninguém nem vontade de nada mas não esquece a filha, que é a sua razão de viver. O internamento descreve como horrível, tentou suicidar-se com comprimidos e fez uma lavagem ao estômago que descreve como muito dolorosa e pensa que não vai tentar suicidar-se outra vez, pensa como seria para a sua filha, que é o mais importante para si.

O marido esteve sempre presente, sempre a seu lado e apoiou-a muito, foi ele quem ficou com a menina. Podem contar com o apoio dos pais e dos sogros mas acha que com o marido é que ela ficou bem porque é o pai e ele cuida muito bem da filha. Ficar longe da filha um pouco mais de 3 semanas durante a hospitalização foi o mais difícil e o marido ia lá e às vezes levava a filha para manterem o contacto e ela acha que foi bom ser só às vezes porque não queria que a filha a visse tão fragilizada mas ao mesmo tempo é importante manterem-se em contacto e a filha dá-lhe muita força, era muito pequenina mas animava-a muito. Esta depressão foi a pior até agora e pensa se a filha se lembra de alguma coisa e tem medo, sente-se culpabilizada porque acha que a pode ter traumatizado.

Diagnóstico

Depressão

Diagnóstico

Depressão pós-parto

Mania

Indisponibilidade e

Tentativa de suicídio

Apoio do marido

Apoio familiar

Valorização como pai

Internamento

Proximidade da criança

Apoio da criança

Culpabilidade

Tem também medo que a filha venha a ser bipolar. Apesar desta depressão, prefere as fases depressivas porque se acha mais disponível. O marido diz-lhe que é boa mãe, há alturas em que acha que pode não ser boa influência por ter ficado mais eufórica e distante e já ter estado internada e quer um dia contar-lhe o que se passa para ela perceber bem. Quando se sente mais insegura e com dúvidas o marido diz-lhe que é boa mãe e isso fá-la sentir que é importante para a filha. Tem medo de mais fases maníacas e afastar a filha, porque de resto, diz, é muito próxima da filha, têm uma relação especial

A Beatriz acha importante a presença do pai e da mãe e nas fases em que está bem, que diz serem muito boas, é tudo diferente porque conseguem os dois estar mais coordenados até em relação á educação da menina. Diz-se mãe-galinha e muito protectora quando está bem mas o marido também participa e ela gosta que assim seja mas acha que ela é muito mais apegada. O marido, diz, põe mais as regras e ela é geralmente mais branda, especialmente quando não está bem e se estiver eufórica diz que está muito próxima primeiro mas a certa altura não liga nada e deixa de fazer tudo e aí é o pai que põe as regras e que, aliás, é um pouco mãe porque na verdade é como se não estivesse lá. A Beatriz neste momento trabalha a meio-tempo e consegue trabalhar a partir de casa, o que lhe dá mais tempo para a filha quando regressa do infantário e ela acha que é bom para brincar com a filha, que ela considera importante mas quando está mais deprimida acha que o marido se dedica mais ao brincar e ela às vezes fica mais junta mesmo que não lhe apeteça brincar, é só estar junta mas é uma coisa que a anima.

Quando foi diagnosticada, pensou que o marido iria querer afastar-se, mas acha que não mudou nada, ele continua muito próximo e por exemplo quando há coisas em que discordam como ela deixar a filha fazer alguma coisa e não devia, o marido conversa com ela e não a desautoriza à frente dela, é importante para a Beatriz que também não o faça nas costas dela e assim sente-se valorizada. Sente desta maneira que é importante para o marido e para a filha. O marido apoia-a muito e acha que se calhar fosse outro não aguentava o facto de ela se deprimir tantas

*Medo**Valorização pelo marido**Securização**Proximidade com criança**Papéis parentais**Pai presente**Regras**Indisponibilidade**Tempo para a criança**Papéis parentais**Apoio da criança**Medo do afastamento marital**Valorização pelo marido**Apoio do marido*

vezes, mas ele insiste para ela sair e tenta que não se vá abaixo quando nota que está a ficar pior.

Também conta algumas vezes com o apoio dos pais e dos sogros e acha que por isso é que consegue algum tempo com o marido e acha que tem muita sorte por poder contar com as pessoas.

Acha que a filha vai ser feliz, tem medo de que também venha a ser bipolar, tem medo de vir a ser internada porque a distância é horrível e acha que pode marcar a filha e tem medo de voltar a ficar eufórica porque diz e faz coisas disparatadas e desliga de tudo, acha que só pensa nela e é cansativo pensar tanto e sempre ocupada com coisas que não fazem falta. Mas refere que a filha lhe dá muito ânimo e o marido é bom pai e dá-lhe muito apoio e todos os dias espera que consigam levar as coisas e viver bem.

Apoio familiar

*Expectativas
para a criança*

Medos

*Indisponibilida
de*

*Apoio da
criança*

*Apoio do
marido*

ENTREVISTA 8

ENTREVISTA 8

Data da entrevista: 2/11/2009

Duração da Entrevista: 78 minutos

Local onde foi realizada: Clínica Álea

Entrevistadora: Rita Ferreira

Nome – Daniel (marido da Beatriz)

Idade – 35 anos

Profissão – Empresário em nome individual

Habilitações literárias -licenciatura

Estado Civil – casado

Filhas – 1 (4 anos)

Notas da entrevista

O Sr. D. começou por referir que o diagnóstico da mulher foi há mais ou menos dois anos e meio e que têm à altura da entrevista um casamento de 6 anos, portanto o Sr. D. lembra-se da mulher ter tido sempre um percurso pelos médicos e que o diagnóstico era apenas depressão, mas acha que talvez a mulher tenha ido a vários porque muitas vezes não estava bem e talvez ela não estivesse convencida de que fosse mesmo isso. Diz que ninguém pensou que fosse doença bipolar, certas coisas pensavam ser do feitio dela e se pensarem agora, diz, realmente talvez fossem já da doença.

A filha de ambos foi muito desejada e ficaram os dois muito felizes quando souberam e o Sr. D. recorda que pensou na altura que com a felicidade que a mulher tinha e sentia-se bem, se calhar aquilo até ia melhorar mas foi depois da filha nascer que ela fez uma depressão pós-parto, aí começou uma fase mais difícil. Depois ela continuou a ser seguida na psiquiatria mas fez um episódio maníaco e isso foi a primeira vez que viu, porque quando a mulher não estava em baixo era até uma pessoa bem-disposta, espirituosa e de convívio fácil, mas diz que daquela maneira nunca tinha visto e designa de indescritível. O casal fala sobre essa fase e para ambos foi mais assustador do que as fases depressivas porque, disse o Sr. D.,” não se é razoável e parece que nos foge tudo do controlo”

Para o Sr. D, o mais difícil foi mesmo esta fase mas a tentativa de suicídio deixou-o muito preocupado e a equipa médica foi muito boa nessa altura, conta, porque foi muito acessível e ajudou-o a ter mais confiança em si para também apoiar a mulher. O internamento significou ficar ele com a filha e acha que fez de pai e mãe e o que os preocupou foi o que a filha assistia e se ela se iria lembrar porque tentam que não haja coisas negativas para ela se lembrar. Ver a mãe menos bem não era coisa que eles quisessem mas ele levava-a por vezes, para elas manterem o contacto, acha que não devia perder o contacto e sabe que para a mãe era difícil mas que a filha era uma alegria.

Já depois do internamento e do diagnóstico, notou que a mulher ficou mais insegura como mãe e acha natural porque foi uma altura difícil para todos mas foi pior para a mulher e ela tinha medo de não conseguir fazer

Diagnóstico

Depressão

Percepção errónea da doença

Reacção à gravidez

Vivência da gravidez

Depressão pós-parto

Mania

Personalidade

Diálogo entre o casal

Tempos difíceis

Apoio Médico

Internamento

Substituto materno

Medo de deixar marcas

Apoio da criança

Insegurança materna

Tempos difíceis

as coisas, de falhar como mãe e o Sr. D. já lhe disse que ela ser bipolar não muda nada porque ela continua a ser a mesma pessoa e sabe que ela é boa mãe porque é muito pegada à filha, mesmo se estiver deprimida e não está a falar de precisar de internamento, se tiver daquelas depressões mesmo que não lhe apeteça nada ele diz que a preocupação é com a filha e é como se houvesse sempre um espaço para ela, nem que seja só para estar junto dela e vê-la a brincar ou dar-lhe banho e ser ela a penteá-la, a vesti-la, acha que a trata sempre bem e não se esquece dela. O Sr. D. menciona que é importante dar confiança à mulher porque se ela não se sentir bem como mãe vai ser pior para a pequenita e para a mãe também. O Sr. D. diz que toda a gente erra mas isso não quer dizer não ser boa mãe ou bom pai, por exemplo a mulher às vezes deixa a miúda fazer coisas que lhe devia ensinar que não pode ou compra-lhe tudo o que ela quer e devia ser mais rigorosa e mesmo assim ele sabe que ela é boa mãe. Como pai ele acha que é mais fácil se a mulher estiver bem e se tomar a medicação “direitinha” porque assim estão os dois mais próximos, mais de acordo e essas fases ele gostava que durassem sempre porque não sente preocupação nenhuma para além das que acha que os pais têm com os filhos e que é dar-lhes bem-estar, carinho e que estejam seguros. Nessas alturas acha que também aproveitam melhor o tempo que estão juntos e como casal arranjam mais tempo. O Sr. D. acha que ainda assim vai-se aprendendo a viver com a doença e o seu medo maior é de que haja outro episódio maníaco porque acha que a mulher fica praticamente irreconhecível e aí sabe que ela se afasta e quem vai ficar inteiramente com a filha será ele e acha que a mãe faz falta. De resto, acha que não desvaloriza a doença mas não lhe dá importância de mais, diz, ela é a mesma pessoa e mais ou menos ele diz que ao longo destes 2,5 anos aprendeu como há-de reagir conforme a mulher piora ou melhora, sabe que há vezes em que os dois estão mais presentes embora reconheça que a mulher é mais apegada até se estiver deprimida mas acha que isso é próprio das mães e acha que talvez venha a haver outras vezes em que faz de mãe também embora espere não ser preciso. Se a mulher estiver deprimida vai continuar a dar-lhe apoio, faz com que ela se arranje para sair de casa nem que seja para ir ao pão ou

Insegurança materna

Valorização como mãe

Proximidade da criança

Valorização como mãe

Regras

Diferenças de na remissão

Tempo para o casal

Adaptação à doença
Medos

Substituto materno

Adaptação à doença

Representação do papel materno

Apoio do marido

Estratégia para lidar com doença

dar um pequeno passeio porque se preocupa que a mulher fique ainda pior.

Como pai diz preocupar-se se a filha virá a ter a doença, se será feliz e acha que ele e a mãe, em conjunto porque é importante a família unida e até com a ajuda dos pais quando preciso, vão educá-la bem de modo a ser boa pessoa e ele vai estar sempre presente para ela.

Estratégia para lidar com doença

Preocupações para o futuro

Apoio do pai

ANEXO
LISTAGEM DE CATEGORIAS
(Número da entrevista; Número da página)

Aceitação da doença (1:1)

Acompanhamento em saúde mental (5:2)

Acordo no modo de educar (4:1)

Adaptação à doença (4:2; 8:2)

Alteração de pensamento (5:2)

Apoio das crianças (1:4; 1:6; 3:2;7:1; 7:2; 7:3; 8:1)

Apoio do ex-marido (4:1; 4:3)

Apoio familiar (2:2, 2:3; 3:3; 4:1, 6:1; 6:2,7:1;7:3)

Apoio do marido (1.2; 1:3;1:6; 1:7;5:2;5.3; 1:2 1; 4:2;6:1,7:1; 7:2; 7:3; 8:2)

Apoio médico (8:1)

Apoio do pai (8:3)

Assumir a maternidade (1:6)

Comparação com outras mães (3:3)

Comportamento materno (3.1; 3.2;6.2;6.3)

Comportamento materno funcional (5:1,6:3)

Comportamento materno na fase maníaca (3:2)

Comportamento paterno (6:1; 6:2)

Criança desejada (2:2; 3:2)

Criança unificadora (2:3)

Criança rejeitante (1:5)

Críticas á mãe (1:1)

Crítica do pai (1:4)

Culpabilidade (1.3;6:1; 6:3; 7:1)

Dependência do marido (5:2)

Depressão (1:3; 1:6; 3:1; 4:2;5:1; 6:1; 7:1; 8:1)

Depressão pós-parto (1:5;5:1;7:1, 8:1)

Desejo de proximidade (3:3)

Desvalorização de si (1:6)

Diálogo entre o casal (8:1)

Diagnóstico (1:1; 3:1;3:2,5:2; 7:1; 8:1)

Diferença na relação com os filhos (1:1)

Diferença no comportamento materno (1:1; 1:3; 1:4; 3:2)

Diferença no comportamento paterno (4:2)

Diferença no comportamento parental (6:1)

Diferença no comportamento na remissão (8:2)

Dificuldades na relação familiar (2:1)

Disponibilidade (5:2)

Disponibilidade materna (4:2)

Distância da criança (1:2)

Dúvidas (1:7)

Esconder o sofrimento -Máscara (1:7; 2:2, 5:3)

Estabilidade (4:2)

Estabilidade na remissão (4:3)

Estado maníaco (1:6;3:3)

Estratégias para lidar com a doença (2: 1; 4:2; 8:2; 8:3)

Expectativas para a criança (1:4; 1:2 2; 7:2; 7:3)

Expectativas para o futuro (4:3)

Expectativas perante a doença (4: 2)

Experiência como pai (4:3)

Explicar a doença (1:4; 3:1)

Falta de apoio (1:2)

Falta de apoio do marido (3:1; 3:2)

Falta de apoio do pai (3:1)

Falta de autoridade (1:5)

Falta de ligação ao filho (5:1)

Falta de protecção da criança (1:3)

Filho desejado (2: 1;2:2;3:2)

Filha rejeitante (1:4)

Gravidez (1:3)

Hiperprotecção (4: 2)

Idealização como mãe (3:39)

Impacto da doença (4:2)

Impacto das fases maníacas (4:1)

Impacto do cuidar (1:1)

Impacto do estado materno no papel paterno (6:2)

Importância do cuidar (1:1)

Importância do apoio do pai (3:2)

Importância do diagnóstico (6:2)

Indisponibilidade (7:1; 7:2; 7:3)

Insegurança materna (1:7;6:1; 8:1; 8:2)

Interdependência de papéis (4:2)

Interdependência de papéis parentais (4:2)

Internamento (1:4; 3:1; 4:1;7:1; 8:1)

Isolamento (1:3,6:1)

Limites para a disponibilidade (5:3)

Mãe impulsionadora da relação pai – filha (2:3)

Mãe presente (4:2)

Mágoa (1:2; 1:5)

Mania (3:3; 4:2; 7:1, 8:1)

Manutenção da parentalidade (4:1)

Marcas na criança (3:1)

Marido disponível (5:2)

Marido protector da criança (5:2)

Maternidade funcional (5:2)

Medicação (3:2)

Medo de deixar marcas (8:1)

Medo da depressão pós-parto (1:1)

Medo da doença bipolar nos filhos (2:1; 2: 2; 4:1; 6:2)

Medo da falta de disponibilidade (6:2)

Medo de afastar a criança (1:8; 3:3)

Medo de perda da realidade (5:2)

Medo do afastamento marital (7:2)

Medo do efeito da medicação no bebé (2:2)

Medos (1:6; 1:7; 2:1;4:3; 7:2; 7.3; 8:2)

Melhoria sintomática (1:3;5:2; 6:1)

Mudanças no comportamento paterno (2:3)

Mudança na relação (1:6; 2: 3)

Oscilações do humor (3:2; 5:2)

Pai presente (7:2)

Papéis parentais (7:2)

Papéis parentais na remissão (2:2)

Papel de pai (2:4)

Parentalidade partilhada na remissão (2:2,4:2; 6:2)

Partilha da maternidade (1:5)

Partilha da proximidade (2:3)

Partilha de momentos lúdicos (2:2; 6:2)

Partilhar o diagnóstico (2:1)

Percepção errónea da doença (6:1; 8:1)

Perda de espaço (2:3)

Personalidade (3:2, 8:1)

Preocupação com o futuro (8:3)

Projecto de ser pai (2:2)

Proteger as crianças (1:4; 3:1; 3:2)

Proximidade da criança (1:6; 3:3; 4:2; 5:1, 7:1,7:2; 8:2)

Proximidade do marido (7: 2)

Proximidade verdadeira (3:3)

Reacção à gravidez (2:1; 5:2, 8:1)

Reacção ao nascimento da criança (2:3; 4:1)

Reconhecimento da doença (3:3;5:2)

Reforço da relação conjugal (5:2)

Recusa do internamento (1:3)

Regras (1:6;2:3; 2:4; 3:3; 7:2; 8:2)

Relação com a enteada (2:3)

Relação mãe –criança na depressão (2:2, 2:3)

Relação menos dependente da doença (4:3)

Relação próxima mãe –criança (1:1; 1:2, 1:5; 1:6, 2: 2; 2:3; 7:1;7:2)

Representação do papel materno (8:2)

Representação do papel de pai (2: 3, 2:4)

Ressonância ao ser pai (2:1)

Securização do papel materno (6:1, 7:2)

Sentimento de incompreensão (1:2; 5:2;2: 1)

Separação do casal (4: 1)

Substituto materno (1:4; 1:6; 4:1; 4:2; 6:1; 8:1; 8:2)

Tempos difíceis (4:1;4:2; 8:1)

Tempo para a criança (7:2)

Tempo para o casal (8:2)

Tentativa de suicídio (1:4; 3:1; 4:1;7:1)

Tristeza na gravidez (5:1)

Valorização como mãe, pelo pai (2:1; 4:1;7:2; 8:2)

Valorização como pai, pela mãe (7:1)

Valorização da família (2:2)

Vivência da gravidez (8:1)

ANEXO C
MEMORANDOS

MEMORANDOS

1) Ajustamento marital

Ao longo do nosso estudo foi possível compreender que a maioria destes pais e mães apresenta um bom ajustamento marital, compreensão e reconhecimento mútuo. Os elementos do casal parecem conseguir conciliar a identidade parental com a identidade feminina e masculina e parecem conseguir uma aliança suficientemente resiliente perante as singularidades da doença bipolar e as exigências e desafios da parentalidade. Este aspecto, segundo a literatura consultada, é facilitador do exercício da parentalidade e, portanto, confere uma certa protecção para o desenvolvimento da criança. O ajustamento marital poderá determinar mais concordância no caminho a tomar na educação e cuidado às crianças, embora os pais e mães da nossa investigação refiram diferenças entre eles mais no plano da execução do que no plano do pensamento. Nos períodos mais críticos da doença materna, a boa relação de casal poderá ser um dos fundamentos para a facilidade com que os pais se aproximam e se fazem presentes incondicionalmente para as suas crianças.

2) Apoio dos filhos

Para as mães do nosso estudo os filhos acabam por ser um apoio na sua vida e são descritos como promotores do desejo de melhoria, crianças com uma relação próxima que as mães consideram “a razão de viver”, “são eles que dão ânimo” e parecem assumir uma função anaclítica. Para os pais, eles são também descritos como “razão de viver” mas não parecem cumprir esta função, esta afirmação nos pais parece antes expressar o afecto que sentem por eles e mais adaptada do que nas mães

3) Apoio do marido

Todas estas mulheres referem a importância do apoio do marido, o que se revela congruente com a literatura sobre a importância do ajustamento marital. Para estas mães a presença e apoio do marido influem na estabilização da sintomatologia e, portanto, nos comportamentos maternos adoptados. Também os maridos são securizantes do seu papel de mães. Todas as participantes do nosso estudo referem que o apoio do marido se reveste da maior importância na medida em que eles as incentivam, securizam, têm

disponibilidade para elas, fazem-nas sentir bem enquanto mães e mulheres, ajudando-as no exercício da maternidade. Por outro lado, nos momentos em que a sintomatologia depressiva ou as fases maníacas são suficientemente severas para tornar as mães menos disponíveis, os pais parecem providenciar apoio e a parentalidade é quase exclusivamente delegada neles; pese embora a culpabilidade que se gera nas mães, o apoio dos pais parece simultaneamente tranquilizar estas mães.

4) Apoio familiar

Para os sujeitos da nossa investigação, o apoio familiar revela-se muito importante não só relativamente aos filhos mas também relativamente a si próprio, ao seu espaço. Assim, os pais podem contar com os avós e um casal referiu contar com o apoio de uma irmã da mãe -este apoio permite aos pais tentarem gerir a sua vida de modo mais tranquilo tendo em conta algumas restrições, nomeadamente os horários de trabalho ou o desejo de saírem em conjunto. Se a mãe estiver em período de crise, embora sejam geralmente os pais a assumir a parentalidade, por motivos de horário laboral podem ter de recorrer à ajuda de elementos da família. O mesmo se passa em períodos de internamento e, na mãe divorciada do nosso estudo os seus pais eram o grande apoio nessas alturas, apesar do ex-marido continuar presente na vida do filho. Outras vezes, estes pais desejam sair sozinhos, enquanto casal e o apoio familiar é dado nessas alturas, o que parece contribuir também para o bom ajustamento marital que parece existir nestes casais.

As mães descrevem ainda o apoio familiar a um outro nível – a compreensão da sua doença. Quando não havia diagnóstico algumas mães eram vistas como tendo mau-feitio ou como difíceis ou vulneráveis, mas a família na generalidade parece lidar bem com o diagnóstico e devolver às mães uma outra imagem, mais adaptada, de si. Uma das mães referiu contudo que embora os sogros compreendessem a doença, o pai não lhe devolvia uma imagem mais positiva, contudo, quer a sua mãe quer o seu pai eram um grande apoio no cuidado à filha, podemos hipotetizar que assim é por se considerarem melhores cuidadores.

5) Assumir a maternidade

Para as mães do nosso estudo o assumir a maternidade é muito valorizado e uma das mães referiu que tenta restabelecer o assumir da maternidade de uma das filhas mas

até agora sem o sucesso desejado. A sua filha ficou com os avós e a relação privilegiada é com a avó, apesar do esforço da mãe em reatar a relação que mantinha com a menina. Se por um lado o apoio da família é valorizado, por outro as mães querem manter o seu lugar e não se demitir da função materna. Contando com o apoio dos pais, estas mães esperam, após a melhoria das crises, assumir parte do papel que os pais assumiram durante os períodos mais difíceis da doença.

Em alguns casos e em alguns períodos há uma substituição da maternidade, mas as mães não desejam que esta se perpetue procuram recuperar o seu lugar quando melhoram; os pais parecem revelar uma adaptação às circunstâncias e conhecer com clareza a sua função e a da mãe, podendo assimilar o papel materno ou exercer estritamente o papel paterno consoante creiam necessário.

6) Comportamento materno

O comportamento materno é descrito diferentemente pelas mães da nossa investigação associado a diferentes momentos – estados depressivos, estados maníacos e fases assintomáticas. Curiosamente, não encontramos referência aos estados mistos. As mães do estudo referem-se ao seu comportamento com as crianças sempre como muito próximo e até com alguma dependência dos seus filhos, reforçando a ideia de que se mantêm muito envolvidas nos períodos depressivos embora reconheçam que há um limite quando a depressão é muito acentuada e incapacitante. Ainda assim, as mães procuram manter nessas alturas uma maternidade funcional, sob pena de vivenciarem com culpabilidade o papel de mães. Quando entram na fase maníaca as mães descrevem o seu comportamento também como muito envolvido mas esta proximidade esbate-se com o agravamento da sintomatologia, adoptando as mães um comportamento mais distante e centrado em si próprias, com pouca disponibilidade interna para a interacção com as crianças. Relativamente às fases assintomáticas, as mães referiram que permanece a proximidade entre elas e as crianças, mas a relação é mais partilhada com os pais. As mães parecem adoptar uma relação de grande adesividade com as suas crianças e podemos questionar como fica a triangulação nestas famílias, uma vez que as mães parecem demasiado próximas. No entanto, um dos pais relatou que foi a mãe quem procurou nos primeiros tempos que ele construísse uma relação de maior proximidade com a filha bebé, mãe que também tinha uma relação muito próxima com a sua bebé. As mães, apesar da relação sobre-envolvida parecem esperar que os pais mantenham disponibilidade e se mobilizem um pouco “ao seu sabor”, tranquilizando-se

quando os maridos assumem também o papel materno nos momentos em que elas não podem por particularidades da doença.

7) Criança desejada

Quer os pais quer as mães na sua maioria desejaram as suas crianças e mencionam-no ao longo das entrevistas. Para alguns a gravidez foi planeada mas mesmo não o sendo o desejo é muito grande e o filho parece um elemento de união do casal, no sentido em que partilham do sentimento de estarem a caminhar em conjunto e terem construído algo juntos.

Uma mãe, no entanto, referiu não ter desejado nenhum dos filhos, vivenciando a primeira gravidez deprimida e com muita culpabilidade por não sentir a alegria que acha que devia e com dificuldade em partilhar com o marido a sua angústia. Na segunda gravidez partilhou com o marido o seu sentimento e, ao invés de uma posição crítica, o pai teve uma atitude compreensiva mas tentando que ela partilhasse a sua alegria. Apesar de nenhum dos filhos ter sido desejado, a parentalidade nesta família não parece diferir muito das outras famílias, parece haver outros factores mais importantes e mediadores do comportamento parental. Todas as crianças são denominadas desejadas por todos os pais e mães no sentido de serem muito preciosas para si.

8) Culpabilidade

A culpabilidade surge no discurso das mães principalmente ao pensarem que podem afectar o desenvolvimento dos seus filhos de forma negativa. Nas mães em que houve tentativa de suicídio a culpabilidade parece acompanhá-las muito, com receio das marcas que podem ter ficado nas crianças. Mesmo nas mães que não tentaram o suicídio, a culpabilidade surge associada à dúvida sobre se são boas mães e reside nelas o medo de que as crianças assistirem aos períodos críticos da sua doença tenha nos filhos um efeito negativo que se perpetue vida fora.

9) Depressão

As mães com perturbação bipolar recorrem nas entrevistas à categoria depressão, o que faz todo o sentido uma vez que este é um dos pólos da doença. A depressão tem para cada uma destas mulheres um impacto diferente na sua vida, consoante a

severidade da sintomatologia, mas tende a repercutir-se em todos os domínios das suas vidas. Relativamente à doença bipolar, para algumas mães os episódios depressivos são muito severos, comprometendo o interesse pelo meio, acompanhado de grande desvalorização de si e tentativa de suicídio. Outras mães não têm episódios depressivos tão graves mas todas as mães parecem apresentar nas fases depressivas um padrão de sobre-envolvimento com as suas crianças. Contudo, algumas mulheres do nosso estudo referiram que a partir de certo ponto do episódio depressivo sentem que chegaram a um limite e não conseguem dar tanto de si, embora mantenham uma maternidade funcional e não se isolem das crianças. Nesses momentos, as crianças são consideradas como o motor da recuperação.

As mulheres do nosso estudo referiram ainda que os maridos as apoiam e isso mesmo é corroborado pelos pais, que procuram incentivá-las e evitar que elas se deprimam ou que a sua depressão se agrave, estando ao lado delas e adoptando algumas estratégias para lidar com a depressão. As mães parecem também saber quando começam a ficar deprimidas tal reveste-se de grande importância na medida em que permite actuar precocemente e procurar evitar ou minimizar o impacto na família.

10) Depressão pós – parto

A experiência da gravidez para a larga maioria das nossas mães foi muito positiva, com sentimento de bem-estar, o momento pós-parto, para algumas delas, pelo contrário foi caracterizado por tempos menos bons e com a instalação de uma depressão pós-parto. A vulnerabilidade das mães bipolares à depressão pós-parto, segundo descrito na literatura, é mais elevada do que nas mulheres sem perturbação bipolar e para algumas dessas mães essa vulnerabilidade acabou por confirmar-se, sendo até o ponto de partida para o diagnóstico da doença.

11) Diagnóstico

Apesar da existência de historial de depressão recorrente ou de frequentes oscilações do humor, quando são diagnosticadas estas mulheres sentem dificuldade em aceitar a sua patologia. O diagnóstico de doença bipolar em algumas mulheres demora muito tempo e a ausência de diagnóstico leva a que não estejam devidamente medicadas ou à incompreensão da família. Algumas mulheres sublinham que para a família ou para

os outros sempre foram consideradas com tendo mau-feitio, caracterizadas como mulheres instáveis e o diagnóstico veio trazer um certo alívio porque permitiu a compreensão dos outros. Ainda assim, para algumas mulheres aceitar a doença não foi um processo fácil e uma mãe referiu ter levado cerca de um ano após o diagnóstico para o conseguir aceitar. Para outras, o diagnóstico surge como um alívio por dar sentido ao sentimento que sempre as acompanhou de serem diferentes e por ajudar na relação com a família, pois também esta pode dar um sentido ajustado ao real aos sentimentos e comportamentos destas mulheres.

12) Diferença no comportamento materno

Algumas mães referiram-se a diferenças no comportamento materno por se compararem com outras mães, mencionaram particularidades na interação com as suas crianças que lhes parecem justificadas pela sua doença, como por exemplo alguma irritabilidade; outras mães referem-se a diferenças no seu comportamento com as suas duas crianças, crêem que há diferenças no modo como se relacionam com cada uma delas; um pai relacionou também as diferenças no comportamento materno com o ajustamento da medicação e melhoria dos sintomas.

13) Dificuldade em identificar a doença

Pareceu-nos importante este aspecto mencionado pelos pais e também pelas mães. Enquanto os pais se referiam à dificuldade deles próprios em atribuir à patologia algumas características das suas mulheres, as mães revelaram que principalmente a família alargada sempre confundiu algumas características da doença com mau-feitio e partilharam que elas próprias sempre se sentiram diferentes mas não sabiam identificar de que modo ou porquê. O diagnóstico veio dar sentido ao comportamento e às emoções e permitiu mais tolerância dos pais e da família alargada e um sentimento de maior compreensão de si próprias às mães e talvez até um certo alívio, apesar do diagnóstico darem sentido ao que se passa consigo é mais tranquilizante

14) Esconder o sofrimento

Na nossa investigação as mães descreveram que durante as fases depressivas tentavam esconder o seu sofrimento como forma de proteger os seus filhos. Numa relação que as mães consideram de grande proximidade, tentavam a todo o custo evitar que as crianças tivessem noção do que se passava com elas com o intuito de as pouparem à preocupação e sofrimento, para não lhes deixarem “marcas” relacionadas com a sua doença e, finalmente, para não lhes transmitirem uma ideia de vulnerabilidade, uma imagem de mãe frágil. No entanto, a maioria das mães referiu também que sentia não se estar a relacionar genuinamente, pelo que, a certa altura decidiam contar às crianças o que se passava com elas – deste modo as mães procuravam dar um sentido a comportamentos que elas sentiam como difíceis de ser compreendidos pelas crianças sem os contextualizarem e, assim, relacionarem-se com elas mais autenticamente. Podemos também questionar até que ponto o pai contribuirá para ajudar a contextualizar as mudanças apresentadas pelas mães.

No caso de uma das mães, embora ela estivesse mais tranquila por ter partilhado com a filha, parece a criança ter-se colocado no papel de cuidadora ao avisar a mãe algumas vezes de que ela não estava bem, de que começava a deprimir-se.

15) Indisponibilidade

A indisponibilidade é mencionada pelos participantes e refere-se normalmente às fases maníacas da doença, em que embora geralmente as mães se sintam muito bem na fase inicial, à medida que o episódio evolui, tornam-se indisponíveis para as crianças e para os outros, um dos pais ilustrou o estado maníaco com recurso à expressão” (...) o descabro, aquele movimento todo e coisas sem sentido (...)”

16) Internamento

A maioria das mães com doença bipolar referiu aos seus internamentos, embora nem todas elas tenham historial de internamento. O tempo de internamento é variável e normalmente ocorre por depressão grave até com tentativa de suicídio, embora tenha havido referência às fases de mania em algumas mães. Para algumas mães o diagnóstico

ocorre durante os internamentos e para a maioria destas mães o internamento repete-se mais do que uma vez ao longo das suas vidas.

Nessas alturas são os maridos ou os pais os familiares que levam os filhos a visitá-las. Para as mães do nosso estudo a experiência de hospitalização é descrita como horrível, como uma experiência pela qual não querem voltar a passar, a separação dos filhos é sentida como muito penosa e mencionam que os filhos são nessas alturas como que os dinamizadores da sua melhoria. Durante os internamentos, pela ausência da mãe, os pais assumem as tarefas maternas.

17) Isolamento

O isolamento é referido como uma necessidade pelas mães com perturbação bipolar, evitando o contacto com os outros. Esta situação é mais própria da fase depressiva da patologia e numa das mães surgiu logo após o parto.

As mães do nosso estudo referem manifestar essa necessidade de isolamento em relação a outras pessoas mas afirmam não a sentir relativamente aos seus filhos, parecendo estabelecer uma relação de dependência, sobre-envolvida, simbiótica.

18) Mania

Esta é uma das fases da doença bipolar que pode estar mais ou menos presente, ser mais ou menos acentuada, consoante os sujeitos que sofrem da patologia. Algumas mães referem que nas suas vidas têm-se sucedido fases de mania e de depressão com internamentos e alguns intervalos de relativa estabilidade.

As mães referem que têm mais receio desses momentos por se começarem a aperceber que durante essas fases têm uma grande dificuldade em ouvir os outros e pensam que só elas têm razão, o que pode gerar comportamentos mais despropositados. No entanto, salientam que no início dessas fases se sentem muito bem e têm uma grande disponibilidade para os filhos, não têm um cuidar funcional e brincam muito com eles, sentem um grande envolvimento e proximidade. Contudo, o culminar do estado maníaco acaba por ser penoso até no que diz respeito à interacção e paradoxalmente leva ao isolamento no sentido em que as mães se sentem muito bem, capazes de fazer muitas coisas mas distantes dos outros por não os ouvirem e estarem centradas em si próprias.

19) Medo da doença bipolar nos filhos

Ao longo de quase todas as entrevistas a expressão deste medo foi uma constante pelas mães e pais. A maioria das gravidezes foi desejada e a par da alegria da descoberta da gravidez encontramos o medo da transgeracionalidade da doença, baseado no facto de haver reconhecidamente um factor de hereditariedade ligado à perturbação bipolar. Apesar deste receio, tal não parece constituir uma limitação para a parentalidade e embora o casal apresente algum medo não se deixa invadir pelo mesmo e, quando imaginam que os seus filhos possam vir a sofrer da doença revelam estar disponíveis para os vir a apoiar se necessário.

20) Medos

Ao longo de todo o discurso das mães e pais está presente a referência a medos, que são medos de natureza diferente mas todos relacionados com a doença, de algum modo. Assim, surge o medo da reacção que os cônjuges pudessem ter à doença, medo de afastar os filhos, medo do afastamento do casal, uma das mães teve medo de perder o contacto com o real, medo do efeito da medicação na criança, medo do internamento, medo de novo episódio maníaco.

21) Melhoria sintomática

A melhoria sintomática ou os períodos de remissão são relatados pelas mães e pais associando-os à descrição da proximidade com as crianças e à definição de papéis nesses períodos. Estas são fases muito valorizadas pelo casal parental, que de acordo com as suas afirmações trazem benefícios enquanto pais e na vivência da sua individualidade.

22) Pai presente

Estes pais são presentes não só fisicamente como emocionalmente, mesmo o pai separado do nosso estudo. Envolvem-se com os seus filhos mas a proximidade parece ser mediada pela mãe, ou melhor, pelas flutuações na doença da mãe. São pais que acabam por dar apoio às mães e tranquilizam-nas na medida em que nos períodos mais críticos da doença procuram colmatar uma eventual lacuna deixada pela mãe. Alguns

pais mencionam não estar tão presentes quanto desejariam, condicionados pela sua actividade profissional mas ainda assim a disponibilidade interna revelada é grande. O bom relacionamento conjugal entre estes pais e estas mães poderá, como descrito na literatura contribuir para a presença dos pais, acrescentando a vontade manifesta das mães de que os pais estejam presentes.

23) Proximidade dos filhos

As mães e os pais entrevistados quando falam da sua relação com as crianças referem-se à proximidade que têm com elas e encontramos a regulação da proximidade como categoria central. A proximidade parece ser gerida em consonância com a sintomatologia materna, se as mães estão deprimidas ou no início da fase maníaca e a sua doença se caracteriza predominantemente por estes sintomas surge o sobreenvolvimento, se predomina a mania, é referido pelas mães que estão muito disponíveis e próximas, mas o desenrolar do episódio traz uma retracção à proximidade, um subenvolvimento. Quando as mães estão assintomáticas a proximidade é descrita como muito grande entre elas e as suas crianças mas é mediada pelos pais. Os pais partilham a proximidade nesses momentos e tornam-se mais próximos no sentido de mais acessíveis quando necessitam assumir também a função materna.

24) Reacção à Gravidez

Para a maioria destas mães a gravidez parece ser vivenciada com prazer; sejam os bebés planeados ou não parece que o sentimento ao longo da gravidez é o de criança desejada e sobre a qual recai uma grande esperança e expectativa. Estes resultados parecem ser consistentes com a literatura, pois este é um tempo vivenciado com tranquilidade e sem agravamento da sintomatologia. No entanto, para uma das mães as suas gravidezes foram vivenciadas com muita angústia, sem desejo de ter o bebé e corresponderam a episódios depressivos – aqui gravidez relaciona-se com as categorias depressão e comportamento paterno, a mãe muito deprimida durante a segunda gravidez e com menor disponibilidade interna para o filho levou o pai a assumir o tradicional papel materno, conciliando-o com o seu habitual papel paterno.

A gravidez relaciona-se também com a categoria diferença, pois as mães referiram que a gravidez e o nascimento dos filhos marcaram a diferença para elas, sentindo que as crianças são a sua razão para viver e a razão para enfrentarem a doença.

Alguns pais referem-se também à reacção à notícia da gravidez, sendo que partilharam de uma grande alegria.

25) Reconhecimento da doença

Viver com a doença bipolar envolve que se vá reconhecendo as várias faces da doença e as mães vão reconhecendo o início dos seus episódios, já sabem perceber se estão a ficar deprimidas ou se começaram um episódio maníaco e os pais podem também perceber a partir de alguns indicadores comportamentais quando se inicia um período agudo. Para as crianças que têm conhecimento da doença, uma das mães relatou que a sua filha já se apercebia das recaídas e que era ela quem avisava por vezes do agravamento da doença, tarefa que não deve ser delegada na criança. O reconhecimento da doença tem o lado positivo de poderem pedir ajuda profissional e na família antes de se instalar um agravamento marcado da perturbação bipolar, há um aspecto profilático no reconhecer os aspectos da doença.

26) Regras

A imposição de regras é muito referida quer pelas mães quer pelos pais e é perspectivada de modo diferente consoante sobretudo a melhoria ou agravamento sintomáticos. Assim, as mães são descritas pelos pais e por si próprias como mais permissivas nas fases em que estão deprimidas ou maníacas mas na globalidade parece haver concordância entre mães e pais nos momentos assintomáticos. Os pais parecem ter expectativas e ideia das regras e limites que devem ser colocados, assim como as mães, no entanto estas têm dificuldade em fazer cumprir essas regras com consistência nos momentos em que estão piores.

Em algumas famílias, há desacordo nas regras ou no fazer cumprir a regra e esta situação verifica-se essencialmente entre as mães e os seus próprios pais, com estes a serem mais permissivos. Assim, algumas crianças vivem com um maior lastro relativamente às regras quando estão com os avós e as mães, na tentativa de assumirem em pleno a maternidade, tentam ser mais firmes, não havendo verdadeira consistência na imposição de limites. No entanto, se as mães pioram tornam-se mais permissivas e,

se não houver nestas famílias um pai que ajude na imposição de regras, é expectável que as crianças cresçam com dificuldades a este nível.

27) Relação com os filhos

Tanto as mães como os pais se referiram muito à sua relação com os filhos e constatámos que orientavam o seu discurso para a caracterização da interacção tendo com referencial a sintomatologia materna, ou seja, a doença parece assumir um papel central na relação que estabelecem com a criança. Assim, as mães descrevem uma relação muito apegada, próxima, sobre-envolvida com as suas crianças nos períodos assintomáticos e depressivos e sub-envolvida, distante nas fases agudas de mania. A relação paterna parece ser mediada pela sintomatologia ou pela ausência da mesma, isto é, embora os pais tenham uma relação mais partilhada com as mães nos períodos assintomáticos e as mães revelem desejo de um pai presente, ainda assim a relação materna parece ser tendencialmente adesiva; nas fases depressivas os pais têm uma relação muito próxima das crianças, acabando, segundo referem, por fazer o papel de pai e de mãe. Os pais parecem ter a percepção de que mais do que tarefas cumprem papéis diferentes. Nas fases de mania, os pais parecem ter o mesmo tipo de envolvimento mas, enquanto nas fases depressivas as mães se esforçam por manter a instrumentalidade e mesmo em casos piores mantêm pelo menos uma relação funcional, tal não sucede nas fases de mania e nessas, o que leva o pai a assumir o papel e as tarefas maternas. Sendo assim, o pai parece estabelecer uma relação com a criança que considera positiva mas que nos parece dependente não só do espaço que a mãe lhe dá para exercer a parentalidade como também da manifestação da perturbação bipolar materna.

28) Sentimento de incompreensão

A maioria das mães da nossa investigação sente-se incompreendida por alguém, sejam os seus pais ou os amigos. O sentimento de serem diferentes acompanhou-as sempre e, mesmo após o diagnóstico nem toda a sua rede de relações mais próxima entende ao certo a doença, atribuindo um significado às suas acções que não se fundamentam na doença bipolar mas são antes consideradas como pessoas difíceis, de mau-feitio, que fazem tempestades num copo de água, vulneráveis. Alguns familiares

não se dispõem a fazer parte de grupos psicoeducativos para as famílias, embora pelo menos uma das mães considerasse que seria uma mais-valia. O sentimento de incompreensão não se estende aos maridos ou ex-companheiros e tal poderá relacionar-se com características pessoais dos entrevistados.

29) Severidade dos sintomas/manifestação sintomática

Ao longo da investigação foi possível perceber que as mães possuem manifestações diferentes no que se refere à sua sintomatologia, o que se traduz em diferenças no exercício da parentalidade. Não só estas diferenças parecem ter efeitos desiguais no comportamento das mães como parecem influir no comportamento paterno. Assim, a maioria das mães refere que as fases maníacas são de grande disponibilidade no início, mas assustadoras à medida que progridem, e as fases depressivas embora sejam muito acentuadas em algumas mães são por elas preferidas por sentirem que o limiar de disponibilidade é maior. Caso a doença se esteja a manifestar de modo muito acentuado e comprometendo a disponibilidade materna, os pais assumem o papel materno. Se as mães estiverem assintomáticas ou a sintomatologia for mais ligeira o comportamento paterno é também diferente, cumprindo os pais papéis mais tradicionais atribuídos ao homem e, simultaneamente, permite mais disponibilidade para si próprios, mais capacidade de conciliar a identidade paterna com a identidade masculina. A diferente manifestação da doença nas mães, caracterizada por predomínio de sintomatologia depressiva ou predomínio de fases maníacas, diferente severidade parecem ser um importante factor para o comportamento quer materno quer paterno.

30) Substituto do papel materno

Relacionado com a regulação da proximidade, surgiu no discurso dos pais e também de algumas mães este tema de substituto do papel materno, o que se passa é que as mães, com o agravamento dos episódios da doença, se tornam temporariamente menos disponíveis e não assumem o seu papel habitual, ocorrendo por parte dos pais um assumir desse papel materno por sentirem que as suas crianças necessitam. Assim, os pais referiram que cumulativamente têm um papel de pai e de mãe e esta realidade ocorre durante os episódios de mania, que é quando ocorre sub-envolvimento no

exercício da maternidade. A substituição do papel materno corresponde para estes pais a uma maior proximidade dos seus filhos comparativamente com outros períodos da doença materna.

31) Tentativa de suicídio

Em fases depressivas graves, algumas mães fizeram mais do que uma tentativa de suicídio que nos dias de hoje criticam e relativamente às quais sentem actualmente arrependimento, culpabilidade e receio das marcas que eventualmente possam ter deixado nos filhos, dado que em algumas vezes os filhos assistiram. Esta é uma das situações em que a tentativa de proteger as crianças não se verificou nem as mães pensaram nisso nessas circunstâncias, contudo, a referência à protecção dos filhos é frequente porquanto tentavam esconder das crianças o seu sofrimento, nomeadamente durante as fases de depressão.

32) Valorização como mães

Alguns pais referiram que elogiam as mães no seu comportamento materno e que consideram muito importante que o façam. Algumas mães têm por vezes dúvidas, insegurança relativas à sua competência materna e os pais admitem que transmitir-lhes é não apenas merecido como benéfico.

ANEXO D

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Se concordar em participar neste estudo por favor faça uma rubrica no espaço abaixo.

Tomei conhecimento de que o objectivo do estudo consiste em procurar compreender as vivências dos pais e mães em famílias em que a mãe tem doença bipolar e fui informado(a) do que tenho de fazer para participar no estudo. Fui esclarecido(a) sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui ainda informado(a) de que tenho direito a recusar participar e que tal não terá consequências para mim.

Assim, declaro que aceito participar nesta investigação.

Obrigada por aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

RUBRICA _____

DATA _____

ANEXO E
GROUNDING THEORY

Grounded Theory

A Grounded Theory é uma metodologia de investigação qualitativa que surgiu do interaccionismo simbólico e foi desenvolvida por Glaser e Strauss em 1967. De cariz indutivo, este modelo foi desenvolvido com o objectivo de criar uma ligação mais estreita entre a teoria e a realidade estudada e implica o envolvimento do investigador ou grounded theorist no processo de investigação.

Glaser (1999) defende que esta metodologia revela características diferentes de outras metodologias qualitativas, nomeadamente quanto ao papel da descrição e interpretação dos resultados. Uma diferença que podemos encontrar refere-se ao facto de os procedimentos grounded theory poderem combinar técnicas qualitativas e quantitativas, outra relaciona-se com o contexto de descoberta (Fernandes & Maia, 2001).

Pires (2001) menciona que o método assenta num contexto de descoberta por oposição ao contexto de verificação, uma vez que o investigador não tem hipóteses *a priori*, apenas uma área de investigação definida por uma questão de âmbito geral.

O objectivo da Grounded Theory é criar uma teoria construída a partir da recolha e análise sistemática dos dados e na orientação dos investigadores através de um processo indutivo de produção de conhecimento (Fernandes & Maia, 2001). Gerar uma teoria a partir de dados significa não só que as hipóteses e conceitos surgem dos dados mas também que são sistematicamente trabalhados em relação aos dados no decurso da investigação. É utilizado o método de comparação constante, que combina um procedimento de codificação explícita com um estilo utilizado no desenvolvimento de teorias. O método desenvolve-se em quatro etapas: comparação de incidentes, através de uma codificação aberta e cujo objectivo é a passagem da descrição à conceptualização, ou seja, criação de categorias; integração das categorias e suas propriedades; delimitar a teoria, através de uma codificação selectiva em que esta codificação se limita a aspectos da categoria central e às categorias associadas a ela de modo significativo; escrever a teoria (Pires, 2001).

A análise dos dados inicia-se com a codificação, linha a linha de cada incidente existente nos dados e enquanto lê cada linha, notas ou transcrições de entrevistas o investigador deve constantemente colocar a questão “ que categoria indica este incidente?”. Ao longo do processo de codificação cada incidente deve ser comparado com os incidentes anteriores da mesma categoria, sejam do mesmo grupo ou de outros grupos estudados. A comparação constante começa rapidamente a elaborar propriedades

teóricas da categoria. Após a codificação da categoria por três ou quatro vezes deve-se parar de codificar e escrever um memorando, ou seja, ideias, teorizações acerca das codificações já efectuadas e a sua relação com aquilo que o investigador pensa aquando da codificação. Mesmo que numa primeira fase não seja fácil separar descrição de interpretação, deve começar-se por uma fase mais descritiva e gradualmente pensar sobre as descrições, passando depois para a interpretação. O investigador deve questionar-se sobre a principal preocupação do sujeito, sendo esta a principal linha orientadora para a elaboração dos memorandos. Através da recolha, codificação e análise desses dados é escolhido outro grupo a ser estudado em função da categoria emergente. O critério para decidir quando parar de estudar novos grupos para determinada categoria é a saturação teórica da mesma. A saturação significa que não são encontrados novos dados que proporcionem mais propriedades a uma categoria (Pires, 2001).

Finalmente, é encontrada a categoria central e que explica grande parte da variação do fenómeno em estudo, a qual deverá ser saturada o mais rapidamente possível (Glaser & Strauss, 1967). Após todo este processo o investigador encontra-se em condições de formular uma teoria emergente da análise rigorosa e sistemática, fundada nos dados.

