



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

LIA KEUCHGUERIAN SILVEIRA CAMPOS

**VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE FILHOS (AS) ADULTOS (AS) DE MÃES COM
TRANSTORNO BIPOLAR ATENDIDAS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNICAMP: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO**

***EMOTIONAL EXPERIENCES OF ADULT OFFSPRING OF MOTHERS WITH
BIPOLAR DISORDER ATTENDED IN THE GENERAL HOSPITAL OF UNICAMP: A
CLINICAL QUALITATIVE STUDY***

CAMPINAS

2017

LIA KEUCHGUERIAN SILVEIRA CAMPOS

VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DE FILHOS (AS) ADULTOS (AS) DE MÃES COM
TRANSTORNO BIPOLAR ATENDIDAS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNICAMP: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO

*EMOTIONAL EXPERIENCES OF ADULT OFFSPRING OF MOTHERS WITH
BIPOLAR DISORDER ATTENDED IN THE GENERAL HOSPITAL OF UNICAMP: A
CLINICAL QUALITATIVE STUDY*

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Doutora em Ciências
Médicas, área de concentração Ciências Biomédicas.

*Thesis presented to the School of Medical Sciences of the
University of Campinas as part of the requirements for obtaining
the PhD grade in Medical Sciences, Biomedical Sciences
concentration area.*

ORIENTADOR: EGBERTO RIBEIRO TURATO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA LIA KEUCHGUERIAN SILVEIRA CAMPOS, E
ORIENTADA PELO PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO.

CAMPINAS
2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, 01-P-4519/2013

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C157v Campos, Lia Keuchguerian Silveira, 1981-
Vivências emocionais de filhos(as) adultos(as) de mães com transtorno bipolar atendidas no Hospital de Clínicas da UNICAMP : um estudo clínico-qualitativo / Lia Keuchguerian Silveira Campos. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Egberto Ribeiro Turato.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Transtorno bipolar. 2. Crianças adultas. 3. Relações mãe-filho. 4. Relações familiares. 5. Pesquisa qualitativa. I. Turato, Egberto Ribeiro, 1954-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Emotional experiences of adult offspring of mothers with bipolar disorder attended in the general hospital of UNICAMP : a clinical qualitative study

Palavras-chave em inglês:

Bipolar disorder

Adult children

Mother-child relations

Family relations

Qualitative research

Área de concentração: Ciências Biomédicas

Titulação: Doutora em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Egberto Ribeiro Turato [Orientador]

Claudio Eduardo Muller Banzato

Manoel Antônio dos Santos

Rosana Teresa Onocko Campos

Maíra Bonafé Sei

Data de defesa: 21-06-2017

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

LIA KEUCHGUERIAN SILVEIRA CAMPOS

ORIENTADOR PROF DR EGBERTO RIBEIRO TURATO

MEMBROS:

1. PROF. DR. CLAUDIO EDUARDO MULLER BANZATO

2. PROF. DR. MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS

3. PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

4. PROFA. DRA. MAÍRA BONAFÉ SEI

4. PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 21 de junho de 2017

“(...) o essencial não é aquilo que se fez do homem, mas sim aquilo que ele fez daquilo que fizeram dele.”

Sartre (1)

**Aos meus filhos, Lucas e Giovana, que me confiaram essa árdua tarefa da maternidade em profundo amor e que me fizeram ter uma empatia tão grande com as mães e suas lutas...
Aos filhos dessas mães por mim estudados, que me confiaram suas histórias e me permitiram testemunhar suas angústias...**

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. **Egberto Ribeiro Turato**, orientador e amigo, pela sua generosidade peculiar e disponibilidade para me orientar nos caminhos da ciência.

Ao Prof. **Cláudio Eduardo Muller Banzato** por ter me apresentado ao tema da presente pesquisa, por todo o incentivo e ensinamentos.

Ao Prof. **Luís Fernando Farah de Tófoli** pelo olhar atento e contribuições diversas

Aos professores **Claudinei José Gomes Campos, Luiz Fernando Pegoraro, Máira Bonafé Sei, Manoel Antônio dos Santos, Rosana Teresa Onocko Campos e Vera Lucia Pereira Alves** pela disponibilidade e interesse no meu trabalho.

Ao meu marido, **Ronis Magdaleno Jr**, pela parceria na vida, fundamental para que eu pudesse me dedicar intensamente à minha profissão.

Aos meus pais, **Ester e Marcelo**, pelo apoio incondicional e por terem me oferecido uma vida repleta de contato com a arte e a ciência, principalmente, a leitura.

Aos meus queridos “anjos da guarda” **Amilton dos Santos Jr, Daniela Dantas Lima, Débora Bicudo Faria-Schützer, Diego Alexandre Rozendo da Silva, Flávia Machado Seidinger-Leibovitz, Máira Esteves Brito e Rodrigo Almeida Bastos**.

Aos colegas do LPCQ, em especial **Carla Maria Vieira e Gabrielle Leite Silveira**.

Ao pessoal do GETA, em especial ao **Celso Garcia Jr** pela compreensão e suporte
À equipe de enfermagem do Ambulatório de Psiquiatria, em especial à **Anadir M. da Silva, Ani Keuchguerian, Celina M. Hori Higa, Nádia Simão e Vanusia Ferreira**.

À **Lilian do Rocio Borba**, minha querida revisora, que se debruçou nos meus textos de forma generosa e criteriosa para a validação de meus achados.

Ao professor e amigo **Roosevelt Moisés Smeke Cassorla** que me presenteou com seu olhar tão interessante sobre meus achados que me ampliaram a compreensão.

À **Marcia Aguiar**, querida Marcinha, pela retaguarda essencial.

Ao **Bruno de Jorge** pelo material audiovisual impecável e criativo.

À **Monica Martins** pela primorosa tradução do meu trabalho para a língua inglesa.

Às queridas amigas **Claudia Marcolini Amaral, Eva de Barros Correia, Gabriela Sampaio Monteiro, Márcia Fonseca Lambert, Renata de Vasconcellos Aquino e Samantha Rodrigues Campos** por todas as trocas intelectuais e afetivas

Aos entrevistados pela confiança e disponibilidade.

À **CAPES** pelo apoio financeiro.

RESUMO

Filhos de pacientes com transtorno afetivo bipolar (TAB) apresentam maior risco de desenvolverem psicopatologias e dificuldades psicossociais tanto pela alta herdabilidade da condição quanto pelas vivências associadas. O TAB é um transtorno do humor e caracteriza-se por estados emocionais com sinais e sintomas persistentes por semanas ou meses, com acentuado desvio do desempenho habitual dos indivíduos e com recorrência periódica ou cíclica. O presente estudo tem como objetivo compreender as vivências emocionais dos filhos adultos cujas mães receberam o diagnóstico de TAB enquanto eles eram crianças e que estão em tratamento no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital de Clínicas da UNICAMP. Trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa, que foi feita por meio de entrevistas semidirigidas em profundidade, em uma amostra intencional, fechada pelo critério de saturação, composta por 21 participantes. As entrevistas foram feitas individualmente no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos Hospital de Clínicas da UNICAMP, após a leitura explicativa e a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cuidados éticos foram tomados seguindo as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde. A técnica de tratamento de dados foi feita por meio da análise de conteúdo das entrevistas transcritas na íntegra, o que gerou uma categorização. Os resultados foram submetidos à validação externa, com dois professores especialistas e junto ao Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativo do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP. Os achados sugerem que o transtorno da mãe é vivenciado pelos filhos como traumático, com consequentes experiências emocionais de desamparo e falta de investimento afetivo. Os entrevistados relatam que há insegurança por assumirem responsabilidade precocemente invertida na necessidade de cuidado com a mãe e em relação à instabilidade do quadro. Desse modo, é possível identificar falta de satisfação pessoal e um abandono de suas próprias vidas para priorizar a função de cuidador. Os resultados também sugerem que os filhos demonstram medo diante da percepção de que tendem a lidar com as dificuldades da vida com alterações de humor semelhantes à de suas mães numa aparente identificação com os sintomas maternos. O presente estudo se propõe a colaborar com a ampliação dos conhecimentos no que se refere aos aspectos psicológicos destes filhos. Ressalta-se a necessidade de atenção psicossocial a esta população.

Palavras-Chave: Transtorno Bipolar. Filhos Adultos. Relações Mãe-Filho. Relações Familiares. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Offspring of patients with bipolar disorder (BD) are at increased risk of developing psychopathology and psychosocial difficulties both because of the high heritability of the condition and the experiences associated to it. BD is a mood disorder, characterized by emotional states of mania, hipomania or depression signs and symptoms, whose persist for weeks or months, with a significant deviation from the usual performance of individuals and periodic or cyclical recurrence. This study aims to understand the emotional experiences of adult children whose mothers were diagnosed with TAB while they were children and who are undergoing treatment in General Psychiatry Outpatient Clinic for Adults at HC/UNICAMP. This is a clinical-qualitative research, which was conducted through semi-structured interviews, in an intentional sample, closed by the saturation criterion, consisting of 21 participants. The interviews were conducted individually at the General Psychiatry Outpatient Clinic for Adults at HC/UNICAMP and after the explanatory reading and signing the Informed Consent Term. Ethical concerns have been taken following the guidelines recommended by the National Health Council. Data processing technique was performed through content analysis of the interviews, which were transcribed and categorized. The results were subjected to external validation by two specialist professors and by members of the Clinical-Qualitative Research Laboratory of the Department of Medical Psychology and Psychiatry at UNICAMP. They suggest that children's experiences are traumatic their mothers disorder, with consequent emotional experiences of helplessness and lack of affective investment. Respondents report that there is insecurity for taking early responsibility for the needed care of their mothers and for the instability of their disorder. Thus, it is possible to identify reports of lack of personal satisfaction and neglect of their own lives to prioritize the caregiver role. The findings also suggest that children show fear on their perceptions of dealing with difficulties of life, with mood changes similar to their mothers, in an apparent identification with their maternal symptoms. The present study intends to collaborate with the expansion of the knowledge regarding the psychological aspects of these children. The findings emphasize the need for psychosocial attention to this population.

Keywords: Bipolar Disorder. Adult Children. Mother-Child Relations. Family Relations. Qualitative Research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TAB Transtorno Afetivo Bipolar ou Transtorno Bipolar

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CID Classificação Internacional de Doenças

CONEP Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DPMP Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria

DSM *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – American Psychiatric Association*

FCM Faculdade de Ciências Médicas

HC Hospital de Clínicas

LPCQ Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa

OMS Organização Mundial de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICAMP Universidade Estadual de Campinas

WHO *World Health Organization*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Questões introdutórias.....	12
1.2 Aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos do transtorno bipolar	12
1.3 Aspectos da relação mãe-filho no transtorno bipolar.....	15
1.4 Aspectos psicodinâmicos da relação mãe-filho no transtorno bipolar.....	18
2. OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo geral.....	22
2.2 Objetivos específicos	22
3. HIPÓTESES.....	23
4. METODOLOGIA	24
4.1 A pesquisa clínico-qualitativa.....	24
4.2 Aplicação do método clínico-qualitativo	25
4.2.1 Contato com o campo de pesquisa.....	25
4.2.2 Aculturação	25
4.2.3 Construção da amostragem e inclusão dos sujeitos	26
4.2.4 Coleta de dados	27
4.3 Técnica de tratamento de dados	28
4.3.1 Validação	29
5. RESULTADOS.....	31
5.1 Artigo 1	31
5.2 Artigo 2	51
6. DISCUSSÃO GERAL.....	63
7. CONCLUSÃO	78
8. REFERÊNCIAS.....	80
9. APÊNDICE.....	89
Tabela 1 – Caracterização da amostra: idade, gênero, situação conjugal e ocupação atual.....	89
10. ANEXOS	90

1. INTRODUÇÃO

1.1 Questões introdutórias

Trata-se de uma pesquisa que teve como objeto de estudo filhos adultos cujas mães receberam o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) quando esses ainda eram crianças (do 0 aos 12 anos de idade). O enfoque foi dado às vivências emocionais desses filhos e aos aspectos psicológicos que são mobilizados na relação com a mãe com TAB.

O estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital de Clínicas da UNICAMP, campo no qual surgiu a demanda para a identificação do impacto do TAB nos filhos. Trata-se de um hospital terciário e que, por essa característica, lida com situações extremas e tem um histórico de implicações familiares do transtorno psiquiátrico de suas mães que se encontram sob seguimento neste ambulatório.

O método empregado na presente pesquisa foi o clínico-qualitativo (2), pois considera-se meio efetivo de apreender o significado das vivências emocionais desses filhos, além de colaborar com a terapêutica e de propor estratégias de abordagem desses familiares que podem sofrer os efeitos de ter uma mãe com TAB. Desse modo, um estudo clínico-qualitativo pode colaborar com novos conhecimentos no que se refere aos aspectos psicológicos dos filhos a fim de auxiliar no acompanhamento desses e expandir os recursos terapêuticos disponíveis para pacientes com TAB.

A pesquisadora, psicóloga, psicanalista, especialista em psicoterapias na infância e mestra em ciências médicas, tem experiência no estudo da relação mãe-filho e seus desdobramentos na vida mental dos indivíduos. Dessa forma, segue uma trajetória no estudo dessa complexa inter-relação, conduziu as entrevistas e buscou aplicar esses conhecimentos na presente pesquisa a fim de compreender as implicações dessa relação nessa população.

1.2 Aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos do transtorno bipolar

O TAB é um transtorno do humor caracterizado por alterações afetivas persistentes por semanas ou meses, com acentuado desvio do desempenho habitual dos indivíduos e com recorrência periódica ou cíclica (3). Há dois padrões

básicos de sintomas nos transtornos do humor, sendo um a depressão, com humor depressivo e a perda de interesses ou de prazer (3) e redução da energia e da atividade (4); e o outro a mania, com estado de humor elevado expansivo ou irritável (3) e aumento da energia e da atividade (4).

De acordo com o DSM-5 (5) o TAB é dividido em: Tipo I, caracterizado por um ou mais episódios maníacos ao longo da vida. Também pode ser acompanhado por hipomania ou episódios depressivos maiores, contudo não são necessários para este diagnóstico; Tipo II, que se caracteriza pela ocorrência de um ou mais episódios de depressão maior e pelo menos um episódio de hipomania ao invés de mania.

A Classificação Internacional de Doenças – décima edição (CID-10) (4) descreve o TAB como um transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados. Os pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares. São descritos dez conjuntos distintos de critérios diagnósticos: episódio atual hipomaníaco; episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos; episódio atual maníaco com sintomas psicóticos; episódio atual depressivo leve ou moderado; episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos; episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos; episódio atual misto, atualmente em remissão; outros transtornos afetivos bipolares; e transtorno afetivo bipolar não especificado. Exclui ciclotimia e episódio maníaco isolado.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde o TAB acomete entre 1 e 3 % da população mundial (6) e é identificado como uma das condições mais incapacitantes (6). Esses dados poderiam ser ainda maiores se considerado o espectro bipolar (7,8). Sendo assim, trata-se de um problema de saúde pública importante.

O TAB I tem prevalência igual entre homens e mulheres com episódios maníacos mais comuns em homens. As mulheres costumam apresentar mais episódios depressivos e nos casos de episódios maníacos têm mais probabilidade de apresentarem um quadro misto (3). A idade média de início do TAB I é de 30 anos, podendo ocorrer na infância, aos 5 ou 6 anos de idade, até os 50 anos, com raros casos de início tardio (3). Trata-se do transtorno psiquiátrico com maior risco, ao longo da vida, para tentativas de suicídio e suicídio completo (9).

É um transtorno crônico que necessita de cuidados de longo prazo cujo tratamento é baseado principalmente na medicação psicotrópica para reduzir a gravidade dos sintomas, estabilizar o humor e prevenir recaídas (10). Para prevenção de crises, recomendam-se intervenções psicológicas juntamente com a intervenção psicofarmacológica (4,10). Importante ressaltar o estudo de Clatworthy et al. (11) que fornece evidências sobre a relevância de elucidar e abordar as percepções dos pacientes sobre o TAB e seu tratamento a fim de facilitar a aderência à medicação e a uma melhor gestão do transtorno.

A hospitalização pode ser indicada aos pacientes com TAB caso haja risco de suicídio ou homicídio, pela necessidade de procedimentos diagnósticos, devido à capacidade acentuadamente reduzida do paciente em conseguir alimento e abrigo e por história de sintomas progressivos. Também é indicada para os casos em que há ruptura do sistema de apoio habitual (3).

De acordo com o DSM-5 (5), o histórico familiar é um dos mais importantes e consistentes fatores de risco para o TAB, com risco 10 vezes maior para parentes de primeiro grau adultos. Schulze (12) identificou alto índice de herdabilidade, variando entre 80% e 90%. Os achados de Lapalme et al. (13) demonstram que filhos de pais com TAB são 2,7 vezes mais propensos a desenvolver algum transtorno mental e têm 4,0 vezes mais chances de desenvolver um transtorno do humor em comparação com filhos de pais sem transtornos mentais. O TAB é uma condição complexa que envolve a presença de genes de vulnerabilidade e a interação destes com influências ambientais (14).

Em um dos maiores estudos com a prole de pacientes com TAB, The Dutch Bipolar Offspring Study (15), feito nos Países Baixos com doze anos de seguimento (da adolescência à vida adulta) de cento e oito filhos, os autores encontraram que 72% do coorte desenvolveu, ao longo da vida, um transtorno psiquiátrico do Eixo I de acordo com o DSM-IV e com vinte e oito anos de idade, em média, mais da metade desenvolveu um transtorno de humor.

De acordo com Birmaher et al. (16) o maior estudo com os filhos foi o Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS), cuja amostra foi composta por trezentos e oitenta e oito filhos de duzentos e trinta e três pais com TAB e duzentos e cinquenta e um descendentes de cento e quarenta e três pais do grupo controle demograficamente pareados. Os achados deste estudo mostram que, na

comparação com filhos do grupo controle, filhos de pais com TAB apresentaram um aumento de catorze vezes nas taxas de transtornos do espectro bipolar, um aumento de aproximadamente 2 a 3 vezes em quaisquer transtornos de humor e de ansiedade e um aumento de 4 a 6 vezes nas taxas de quaisquer transtornos do Eixo I. Mais de 75,0% dos filhos que desenvolveram TAB tiveram seu primeiro episódio de humor antes dos doze anos de idade, com a maioria desses episódios que preencheram os critérios para TAB não anteriormente especificados e, em menor grau, depressão maior (16).

Em relação a risco de suicídio, os filhos de pacientes com depressão maior demonstram um início mais precoce e mais persistente de pensamentos e comportamentos suicidas do que os filhos de pacientes com TAB, mas quando adultos jovens, os índices de suicídio tornam-se comparáveis. As avaliações longitudinais revelam um padrão de maior risco suicida em filhos de pessoas com depressão maior, mais risco intermediário na prole de pais com TAB e menor risco nos filhos de pais saudáveis (17). De acordo com Goldstein et al. (18), os filhos de pais com TAB apresentam elevado risco de ideação suicida em relação ao grupo controle, 33% versus 20%, e os fatores fortemente associados são transtornos de humor nos filhos também, hostilidade, abuso sexual recente e conflitos familiares.

O suporte psicológico aos familiares e cuidadores de pacientes com TAB é indicado (4,10), e, a não ser que seja excluído pelo paciente, os cuidadores e familiares devem ter a oportunidade de se envolverem nas decisões de tratamento e acompanhamento (10). O envolvimento de familiares para ajudar os pacientes a reconhecer os sinais precoces de mania ou depressão é um complemento útil para tratamento farmacológico e uma abordagem eficaz para a prevenção de recaídas (10,19).

1.3 Aspectos da relação mãe-filho no transtorno bipolar

Filhos de pacientes com TAB apresentam maior risco de desenvolverem psicopatologias e dificuldades psicossociais (13,15,16,20-35). Estudo conduzido no Brasil confirma que dados da literatura internacional que sugerem mais problemas psiquiátricos em filhos de mães com TAB coincidem com dados brasileiros (36).

Em uma revisão para estudo do perfil psicopatológico dos filhos de pacientes com TAB (37), foram encontradas maiores taxas de transtornos de humor

quando comparadas com a prole de outros pacientes psiquiátricos ou a prole de controles saudáveis. Além disso, há alta prevalência de transtornos de ansiedade, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade e transtornos de comportamento disruptivo nesta população, o que sugere que tais transtornos poderiam ser considerados pródromos de transtornos de humor (37).

De acordo com Gutt (38), os filhos de mulheres com TAB apresentaram maior prevalência de problemas comportamentais na comparação com os filhos de mães com esquizofrenia e controles saudáveis. Seus achados também indicaram maior prevalência de diagnósticos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e transtornos de conduta. Segundo Cullen et al. (39), a prole de mães com TAB apresentou sintomas elevados em transtornos de personalidade em todos os grupos além de risco aumentado para o diagnóstico em meados da adolescência e no início da idade adulta comparando-se aos filhos de mães com depressão ou controles saudáveis.

No que se refere ao temperamento dos filhos de pacientes com TAB, Farchione et al. (40) identificaram na comparação com grupo controle maior hostilidade e irritabilidade. Chang et al. (23) encontraram diminuição da capacidade de adaptar-se a novas situações e de realizar muitas atividades, com dificuldade em manter-se nas tarefas e ainda humor triste. Duffy et al. (41) observaram nesses filhos maior predisposição a apresentarem-se facilmente angustiados, aflitos ou preocupados.

Em relação aos aspectos neuropsicológicos, em um estudo de Klimes-Dougan et al. (27), os filhos de mães com TAB apresentaram déficits no funcionamento neuropsicológico em relação ao funcionamento executivo, à memória espacial e à atenção em comparação aos filhos de mães saudáveis.

Para os pais com TAB entrevistados por Wilson e Crowe (42), tornar-se bons pais foi algo considerado difícil e dependente da autovigilância e do autocontrole. Manejar tensões em relação às expectativas sociais de que eles pudessem monitorar e regular como eles seriam como pais pareceu ser uma parte muito significativa no processo de construção de suas identidades como pais adequados.

Nesse estudo, os pais com TAB ressaltam a sensação de necessidade de autovigilância, com a tentativa de ensinar aos seus filhos, durante o seu

desenvolvimento, a moderar as emoções. Eles relatam que o desafio para as pessoas que trabalham com os pais que foram diagnosticados com TAB é de apoiá-los a sentirem-se confiantes na gestão de seu transtorno e na sua capacidade de efetivamente serem pais (42).

Famílias com um dos pais com TAB apresentam menos coesão e organização, e mais conflitos do que famílias de indivíduos sem o transtorno (20). Moreno et al. (33) afirmam que o cuidado materno dado por mulheres com TAB é disfuncional, e que essa psicopatologia pode levar a um cuidado materno deficiente, o que deve ser considerado como importante fator de risco ambiental para os filhos. Além disso, esses autores ressaltam que ter um dos pais com TAB promove um ambiente muito estressante para a infância e que, devido aos sintomas, 33,3% dos filhos sofreram abuso físico e/ou psicológico. Por outro lado, o estudo de Reichart et al. (43) em relação à educação parental percebida pelos seus descendentes, sugere que as famílias com um dos pais com TAB não são mais disfuncionais do que as famílias da população em geral. Ellenbogen e Hodgins (44) sugerem que o alto neuroticismo em pais com transtornos de humor está associado a práticas parentais inadequadas e à criação de um ambiente familiar estressante, o que posteriormente se relaciona com problemas psicossociais nos filhos.

De acordo com Freed et al. (45) maior conflito familiar e menor coesão estão associados a sintomas mais intensos de problemas de internalização (ansiedade e depressão, retraimento e depressão, queixas somáticas) e problemas de externalização (agressividade, violação de regras) nos filhos. A coesão familiar mais baixa também foi associada a distúrbios de humor atual nos descendentes. Esses autores encontraram que os problemas de internalização e de externalização são maiores para filhos cujas mães têm TAB na comparação com filhos nos quais o transtorno é paterno.

De acordo com o estudo de Bin et al. (46), os pacientes com TAB tendem a apresentar autocrítica muito intensa geradora de angústia e podem projetá-la nas pessoas com as quais convivem. Assim estes pacientes relataram sentirem-se julgados, rotulados e rejeitados. O que se associa aos achados de Tonelli (47) em relação à existência de possíveis prejuízos nos pacientes com TAB em compreender, afetiva e cognitivamente, as outras pessoas quanto à tomada de perspectiva sobre crenças, desejos e intenções. Essa deficitária percepção de

estados mentais facilitaria a criação de falsas crenças sobre as reais intenções, pensamentos e desejos dos outros, repercutindo na forma como estabelecem seus relacionamentos interpessoais (48). Pacientes com TAB relatam associação entre problemas nas relações interpessoais e o desencadeamento de episódios maníacos (46,49).

No estudo de Doucette et al. (50), os achados apontam para o fato de que a exposição ao TAB parental no início da vida pode aumentar o risco de desenvolver um transtorno do humor. Esses autores observaram que a percepção da negligência da mãe na infância foi preditor significativo de transtornos de humor e de ansiedade nesses filhos, além de estar associada à alta emotividade da prole. Doucette et al. (50) ressaltam a importância do ambiente precoce e, em particular, das precoces interações mãe-filho no desenvolvimento de consequências psiquiátricas a longo prazo.

O estudo de Johnson et al. (51), encontrou um possível marcador endofenotípico de risco psicopatológico evidente muito cedo no desenvolvimento dos filhos de mães com TAB, antes de quaisquer sinais ou sintomas clínicos. Esses autores estudaram a arritmia sinusal respiratória (RSA) de lactentes de 6 meses em um paradigma estressor de laboratório para avaliar a reatividade fisiológica ao estresse, e evidenciaram aumentos na RSA em comparação aos lactentes de mães com depressão maior e do grupo controle sem transtornos psiquiátricos. Os bebês de mães com TAB apresentaram um padrão desajustado de regulação psicofisiológica em resposta ao estresse que não foi explicado pelo resultado perinatal, sintomas depressivos maternos ou eventos estressantes de vida (51).

1.4 Aspectos psicodinâmicos da relação mãe-filho no transtorno bipolar

Na perspectiva da teoria Winnicotiana (52), o papel da mãe no desenvolvimento emocional da primeira infância é de auxiliar o bebê na percepção de si mesmo. Ele precisa se ver espelhado no rosto da mãe e esse reconhecimento, juntamente com o acolhimento de seus gestos espontâneos, confirma a sua própria existência. O bebê depende do rosto da mãe, de suas respostas faciais, para que possa formar seu próprio sentimento de *self* (52).

Para Winnicott (53) o *self* é a apreensão do sentido de sentir-se real, ou seja, como um indivíduo se percebe subjetivamente. Para esse autor, a essência da experiência do bebê está ligada à sua dependência ao cuidado materno. Considera-

se que exista uma mãe em preocupação materna primária, que seria um estado especial de intensa sensibilidade no qual ela é capaz de ingressar e de sair e no qual ela pode se identificar com seu bebê em dependência absoluta, pela lembrança de ter sido cuidada (54).

É em função dessa identificação com o bebê que a mãe pode tornar-se preocupada e devotada e que o filho que é sadio pode desenvolver um sentimento de *self* e de continuidade de ser, no qual experimenta movimentos espontâneos. A preocupação materna primária constitui o primeiro ambiente facilitador no qual o bebê consegue ser e crescer (54).

“When I look I am seen, so I exist; I can now afford and see. I now look for creatively and what I apperceive I also perceive. In fact I take care not to see what is not there to be seen (unless I am tired)” (51 p.157).

Por meio dessa frase, Winnicott (52) propõe a compreensão da função especular da mãe. Apercepção significa, para o autor, a relação do bebê com um objeto subjetivamente concebido e a percepção é entendida como uma relação com um objeto objetivamente percebido, resultado da capacidade crescente de estabelecer uma diferenciação entre o eu e o não-eu. Se ocorrer um surgimento prematuro da percepção devido à falha na função especular da mãe, o bebê terá um desenvolvimento psíquico prematuro em detrimento de seu sentimento de *self*.

Winnicott (52) descreve a situação patológica na qual o bebê vê no rosto de sua mãe o reflexo do humor dela, ou a rigidez de suas próprias defesas, ao invés da percepção de si próprio que aconteceria quando de uma mãe envolvida emocionalmente com seus cuidados. Esse autor descreve alguns bebês que especialmente se associam aos filhos das mulheres com TAB no ímpeto de estudar as variáveis feições maternas, aprendem a fazer uma previsão de quando podem se sentir seguros para mostrarem-se espontâneos a uma mãe que pode recebê-los e de momentos em que o humor dela dominará a cena ou o rosto dela se fixará naquela rigidez defensiva e as necessidades pessoais deste bebê devem então ser afastadas para preservar seu *self*. Porém, essa previsibilidade é precária e força o bebê aos limites de sua capacidade psíquica que pode acarretar na produção de defesas, atrapalhando o desenvolvimento do seu *self* (52).

Ao se esforçar para se proteger, o indivíduo passa a funcionar de forma adaptável ao ambiente, torna-se comportado, polido e por vezes intelectualizado, numa submissão às exigências desse ambiente, desistindo de seus desejos reais. Nesse processo, um *falso self* é construído por identificações (53).

As identificações podem ser construtivas se ampliam possibilidades, se a internalização do ambiente ajuda a alcançar satisfação genuína, contudo uma identificação pode causar um *falso self* se o ambiente obrigar o indivíduo a renunciar à onipotência, às satisfações genuínas, para alcançar o lugar na sociedade que não poderia ser alcançado com o verdadeiro *self* (53). A mãe suficientemente boa é aquela que consegue sustentar a onipotência de seu bebê ao responder aos seus gestos espontâneos, isto é, ao ter suas necessidades correspondidas, o lactente começa a acreditar que a realidade externa funciona de acordo com o que ele precisa e dessa forma ele tem uma ilusão onipotente a qual pode gradualmente reconhecer o elemento ilusório, brincar e imaginar, e renunciar a ele (53).

No caso de uma mãe que não é suficientemente boa, que não pode se adaptar suficientemente bem, que falha em satisfazer o gesto do bebê e, ao invés disso, ela o substitui por seu próprio gesto que deve ser validado pela submissão do lactente, tem-se o primeiro estágio na formação de um *falso self* submisso às exigências do ambiente. O bebê constrói um conjunto de relacionamentos falsos e por meio de introjeções pode chegar até a uma aparência de ser real, de modo que a criança pode se tornar exatamente aquilo que sua mãe quer (53).

Deste modo, o *falso self* é uma defesa contra o que seria inimaginável, o aniquilamento do *self* verdadeiro. Enquanto o *self* verdadeiro em ação traz o gesto espontâneo e a possibilidade de criatividade e de sentir-se real, o *falso self* resulta em uma sensação de irrealidade e em um sentimento de futilidade. Winnicott (53) ressalta que se observa nessas pessoas extrema inquietação com incapacidade de se concentrar e uma necessidade de colecionar ilusões da realidade externa o que faz com que esses indivíduos apresentem reações a essas ilusões por toda a vida.

Freud, em “Luto e Melancolia” (55), ressalta as características do melancólico, dentre elas, a perda da capacidade de amar e a ambivalência. Há o medo de que o ódio seja maior que o amor e, por consequência, aparece o sentimento de culpa.

Segundo Freud (55), o melancólico degrada-se perante todos e sente comiseração por seus próprios parentes por estarem ligados a uma pessoa tão desprezível, devido ao comprometimento da autoestima revelada por essas expressões de auto-recriminação e auto-envilescimento. Em outros momentos, análogos à mania, Freud (55) destaca o sentimento de superioridade, inclusive no que se refere à repercussão de seus pensamentos e sentimentos como se fossem responsáveis por todo o mal que há no mundo, ressaltando o aspecto narcísico da melancolia. Dessa forma, pode-se inferir que os filhos de mães com TAB são expostos a momentos de intensas projeções e de desligamento emocional maternos.

Green (56) descreve uma interação mãe-filho particular cujo aspecto central é a ausência de investimento libidinal do objeto primário materno. O autor denomina “mãe morta” uma mãe que está viva, no entanto morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem ela cuida. Desse modo, essa criança carregaria consigo “buracos psíquicos”, vazios mentais originados desses momentos de desinvestimento massivo, radical e temporário. Esses buracos nos filhos seriam subjacentes aos sintomas de fracasso de uma vida afetiva amorosa ou profissional, insatisfação profunda e impotência na resolução de conflitos (56).

Para lidar com os desdobramentos da falta de investimento afetivo, segundo Green (56), essas crianças produziriam defesas como o desinvestimento do objeto materno, afetivo e representativo. O que resultaria em uma falha na trama das relações objetais com a mãe e a identificação inconsciente com a “mãe morta”, em que a criança não podendo mais ter o objeto mãe, torna-se o objeto, num mimetismo. A intelectualidade também apareceria como uma defesa, uma vez que, diante da experiência de dependência das variações de humor da mãe, o filho desenvolveria o ímpeto por adivinhar ou antecipar, numa tentativa de dominar a situação traumática.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender as vivências emocionais dos filhos adultos cujas mães receberam o diagnóstico de transtorno bipolar enquanto eles eram crianças e que estão em tratamento no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital de Clínicas da UNICAMP.

2.2 Objetivos específicos

- Compreender o significado emocional da experiência de ter uma mãe com TAB.
- Compreender as vivências emocionais dos filhos em relação a sua infância e adolescência com uma mãe com TAB.
- Compreender a forma como os filhos lidaram com as experiências da infância e da adolescência na relação com a mãe.

3. HIPÓTESES

A hipótese deste estudo é a de que há especificidades em ser filho(a) de uma mulher com TAB devido às vivências emocionais terem sido marcadas pela instabilidade emocional de suas mães, com sentimentos de abandono, raiva, culpa, vergonha e medo. Dessa forma, essas pessoas desenvolveram estratégias de negação e de racionalização desses sentimentos e independência precoce a fim de lidar com essas mães.

São pessoas que, desde muito cedo, são chamadas a exercer a função de cuidadoras. Precisam utilizar recursos psicológicos ainda precários para lidar com os episódios de crise de suas mães e com a precoce sensação de responsabilidade.

4. METODOLOGIA

“A lembrança da vida da gente se guarda em trechos diversos, cada um com seu signo e sentimento...”

Grande sertão: veredas - Guimarães Rosa (57)

4.1 A pesquisa clínico-qualitativa

Para se alcançar os objetivos da presente pesquisa, foi utilizado o método clínico-qualitativo, que é o método qualitativo aplicado ao campo da saúde e que se propõe a investigar e a interpretar os fenômenos desse campo (2). A pesquisa qualitativa na atenção à saúde é uma fonte de respostas aos profissionais dessa área acerca das questões sobre a interação humana e sobre como as pessoas interpretam essa interação (58). Trata-se, portanto, de um estudo exploratório e não experimental.

Os pesquisadores que empregam o método qualitativo procuram desenvolver um panorama complexo do problema em estudo. Trata-se de relatar múltiplas perspectivas, identificando os muitos fatores envolvidos em uma situação, esboçando assim o retrato maior que emerge. Os pesquisadores não se limitam às estreitas relações de causa e efeito entre os fatores, mas se interessam pela identificação das complexas interações de fatores em qualquer situação (59).

Nos *settings* de saúde, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição, promover maior adesão de pacientes e da população a tratamentos individuais e de medidas implementadas coletivamente (60). Além de possibilitar uma compreensão mais profunda das vivências, dos sentimentos, das ideias e dos comportamentos dos acometidos por doenças, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde envolvida (2).

4.2 Aplicação do método clínico-qualitativo

4.2.1 Contato com o campo de pesquisa

A aplicação do método clínico-qualitativo iniciou-se com a ambientação da pesquisadora no campo de trabalho no qual se desenvolveu a pesquisa, no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

Este ambulatório funciona às terças-feiras e quintas-feiras, no período da tarde, e conta com uma equipe multiprofissional, incluindo cinco psiquiatras, sendo quatro destes docentes da universidade; residentes em psiquiatria, sendo seis de primeiro ano, seis de segundo ano e cinco de terceiro ano; um residente de medicina da família; um residente de neurologia; um psicólogo; três estagiários de psicologia; um enfermeiro; e três técnicos de enfermagem. Reuniões de equipe são feitas semanalmente, às terças-feiras das 10:30 às 12:00 horas, para discussões clínicas e científicas.

4.2.2 Aculturação

Após a ambientação, para um estudo qualitativo faz-se necessário que o pesquisador vivencie um processo de aculturação, de assimilação das ideias e costumes do ambiente de estudo. Acontece a partir de uma relação contínua entre a cultura do pesquisador e a cultura do lugar onde acontece a pesquisa, por meio da imersão temporária do pesquisador nesse campo.

Com o propósito de efetivar essa aculturação, a pesquisadora frequentou a sala de espera e participou, como observadora, das atividades do ambulatório, assim como de discussões de caso e supervisões dos residentes, convivendo com a equipe multiprofissional envolvida durante o período de agosto de 2012 a dezembro de 2015. Participou, também, das reuniões de equipe.

Em junho de 2015 iniciou-se no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos, um grupo de apoio aos familiares e cuidadores dos pacientes psiquiátricos conduzido por uma enfermeira, uma psiquiatra, um residente em psiquiatria e uma psicóloga em treinamento. A pesquisadora compôs esse grupo durante um semestre, como observadora participante, a fim de auxiliar na análise de conteúdo, garantindo o contato com diferentes cuidadores e, dessa forma, somado ao quadro

teórico, a possibilidade de um recorte mais fidedigno do que é específico da relação mãe-filho no TAB, diante do que não aparece nos relatos de outros tipos de cuidadores, como maridos, irmãos, pais, assim como com outros diagnósticos psiquiátricos.

As informações provenientes desta fase de aculturação foram anotadas em diário de campo e foram utilizadas inicialmente para avaliar o roteiro de perguntas para as entrevistas, e até mesmo para a formulação de alguns objetivos específicos da pesquisa. O diário de campo também é uma ferramenta importante na análise de conteúdo, por apresentar as impressões do pesquisador acerca do ambiente de estudo.

4.2.3 Construção da amostragem e inclusão dos sujeitos

A amostra da presente pesquisa foi construída a partir do critério de homogeneidade ampla, que corresponde à soma de características/variáveis em comum a todos os indivíduos que compõem a amostra (2).

Os critérios de inclusão dos sujeitos da presente pesquisa foram os seguintes:

- Ser filho adulto de mãe que recebeu o diagnóstico de TAB quando este era criança.
- Ter a mãe em tratamento no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da UNICAMP
- Apresentar concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II)

O critério de exclusão foi aplicado para casos em que o entrevistado apresentou condições clínicas e intelectuais que pudessem interferir em uma entrevista psicológica, para que pudesse trazer informações consistentes sobre o tema.

Em princípio, a composição da amostra foi indiferente quanto: ao tempo de diagnóstico da mãe; a tratar-se de TAB I ou II; a ter havido internação; e a certos dados biodemográficos dos entrevistados, tais como: estado civil, escolaridade, nível socioeconômico ou religião. No entanto, tais condições foram constantemente analisadas a fim de buscar identificar se eram significativas para a discussão e,

desse modo, consideradas para que suas influências não se constituíssem em vieses da pesquisa na construção dos conhecimentos.

A amostra (Tabela 1) foi fechada pelo critério de saturação (61,62), quando, após um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta, surgiu um momento em que pouco de substancialmente novo apareceu. Para isso, considerou-se cada um dos tópicos abordados ou identificados durante a análise e o conjunto dos entrevistados. Turato (2) ressalta que esse momento de saturação deve ser avaliado não apenas pelo pesquisador, mas também por seus supervisores e pelos pares acadêmicos.

Foram feitas 21 entrevistas, totalizando, aproximadamente, 15 horas de gravação. Os participantes, em sua maioria mulheres, tinham entre 18 e 43 anos de idade. Todos tinham alguma ocupação e um relacionamento afetivo, embora alguns se declarassem solteiros, nos relatos aparecia a existência de namoros.

4.2.4 Coleta de dados

A abordagem para a condução da presente pesquisa foi feita a partir da apresentação de seus participantes, pelos médicos responsáveis do Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos. Os dados foram coletados pela própria pesquisadora por meio das etapas, em acordo com os critérios sugeridos pelo Método Clínico-Qualitativo (2). Inicialmente houve o estabelecimento do *rappor*t, momento em que pesquisador e entrevistado buscam desenvolver um sentimento de empatia, confiança e responsividade mútua. Em seguida foram coletados os dados de identificação e a abordagem inicial com o participante (Anexo II), apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo II) e feita a solicitação da permissão para o uso de gravador. Cuidados éticos foram tomados seguindo as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde (63). Foi, então, aplicada a entrevista semidirigida em profundidade.

A entrevista semidirigida tem a característica de ser semi-estruturada, ou seja, é conduzida com base em uma estrutura flexível, consistindo em questões abertas sobre a área a ser explorada inicialmente e a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia em maiores detalhes (59). Fontanella et al. (64) apontam para a característica da entrevista semidirigida na qual o pesquisador utiliza de seu conhecimento técnico (sua

competência sobre o assunto pesquisado e também sobre o universo cultural do indivíduo pesquisado) para permitir a manifestação, o mais livre possível, do entrevistado para explorar o seu tema-problema e também possibilitando os achados de serendipidade, aqueles que são encontrados por acaso.

McCracken (65) ressalta que a técnica da entrevista longa e em profundidade oferece a oportunidade de revelar o mundo mental do indivíduo para alcançar as categorias e a lógica pela qual o entrevistado apreende o mundo, seus conteúdos e padrões mentais de como são vivenciadas as suas experiências diárias. De acordo com este autor, a entrevista em profundidade é a mais poderosa técnica dentro do método qualitativo.

Desse modo, foi preparado um roteiro com um conjunto de questões abertas (Anexo II) para todos os entrevistados. Os aspectos observados sobre o comportamento do participante, assim como as reações emocionais da pesquisadora, foram registrados no diário de campo. As entrevistas foram transcritas posteriormente, na íntegra, formando o chamado *corpus* transcrito. O local dos encontros para coleta de dados foram os consultórios disponíveis no HC/UNICAMP.

4.3 Técnica de tratamento de dados

As entrevistas transcritas na íntegra, o *corpus* transcrito, e os dados anotados pela pesquisadora no diário de campo foram lidos e analisados em busca do conteúdo latente para a compreensão dos significados dos fenômenos vividos pelos participantes da pesquisa. Para obter uma interpretação mais profunda, a análise dos dados foi realizada utilizando-se da técnica de análise de conteúdo, com o objetivo de compreender os significados no contexto da fala, de modo a ultrapassar o nível meramente descritivo da mensagem e também ancorá-las em um quadro de referenciais teóricos, segundo o contexto histórico e social de sua produção (66).

A interpretação foi feita sob a perspectiva dos indivíduos estudados e não na cosmovisão do cientista (67), por meio do princípio êmico da pesquisa (66), na qual o pesquisador busca a perspectiva subjetiva dos indivíduos em estudo, interpretando os resultados de acordo com a própria lógica deles, considerando as relações de significado que estabelecem (64).

A análise qualitativa dos dados foi realizada por meio de um rigoroso processo de reflexão e de associação com teorias e técnicas consagradas na

literatura, em que o pesquisador agrupa em categorias os significados psicológicos das falas que podem ser associáveis entre si de acordo com significados da mesma ordem. Estas categorias são derivadas indutivamente, isto é, obtidas gradualmente a partir dos dados e não a partir da frequência das unidades de análise para quantificar dados uma vez que a análise qualitativa utiliza categorias analíticas para descrever e explicar o fenômeno social (68).

Moraes (69) ressalta que a categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. No caso da presente pesquisa foi utilizado o critério semântico, originando categorias temáticas. Esse autor (69) explica que quando se trata de uma pesquisa numa abordagem qualitativa a descrição das categorias é feita por meio de um texto síntese em que se expresse o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise incluídas em cada uma delas e recomenda que se faça uso intensivo de citações diretas dos dados originais. Os fenômenos assim identificados puderam, então, ser interpretados de forma a gerar conceitos capazes de serem generalizados. No caso da presente pesquisa utilizou-se a teoria psicanalítica e seus autores.

4.3.1 Validação

Um aspecto muito importante em pesquisas qualitativas é a validação externa, a revisão pelos pares. Validação externa é um processo que envolve o pesquisador com os achados da pesquisa e seus interlocutores acadêmicos em uma interação/debate afetivo-intelectual da/o qual depreenderão considerações favoráveis ou adversas ao atributo de verdade dos achados da pesquisa (2). A validação externa é feita pela interação com os pares, pela supervisão feita pelo orientador e pesquisadores seniores, reconhecidos pela experiência com o uso do método, e dos referenciais teóricos utilizados.

O rigor metodológico da validação do presente estudo foi feito pela contínua supervisão do professor orientador, bem como pelos pares do grupo de pesquisa ao qual está filiado, o Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/UNICAMP, credenciado junto à Plataforma Lattes, composto por pesquisadores do método, dentre eles, mestrandos, doutorandos, pós-doutorandos e pesquisadores seniores.

Foi feita validação externa com a Professora Doutora em Linguística, na área de Sociolinguística, Lilian do Rocio Borba e com o Professor Titular Colaborador da UNICAMP e Analista Didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo Roosevelt Moises Smeke Cassorla. Além do fato de que os resultados deste estudo foram apresentados em congressos nacionais e internacionais (Anexo III).

Foi aplicado o *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), em busca de se atender aos critérios estabelecidos (Anexo IV) para rigor metodológico.

5. RESULTADOS

5.1 Artigo 1

Understanding the life experiences of offspring of mothers with bipolar disorder: a qualitative study in Brazil (submetido)

Introduction

Family history is one of the most important and consistent risk factors for bipolar disorder (BD), and this risk is ten times higher to adult first-degree relatives of patients with BD (DSM-5).¹ BD is a complex condition that comprises the presence of vulnerability genes and their interaction with environmental influences.² Children of patients with BD are significantly more likely to develop psychiatric disorders and psychosocial difficulties both as a result of the high heritability of this condition and of the experiences associated to it.³⁻¹⁷ A study carried out in Brazil corroborates data from the international literature that suggest more psychiatric problems in children of mothers with BD.¹⁸

Families in which one parent has BD are less cohesive and organized and more conflictual than families without this disorder.¹⁹ Moreno et al.¹⁴ state that infant care provided by women with BD is dysfunctional and should be considered an important environmental risk factor for their children. Moreover, these authors emphasize that having one parent with BD creates a very stressful environment for children and that, as a consequence of the parent's symptoms, 33.3% of these children suffer physical and/or psychological abuse.

BD and family mutually influence each other: family attitudes can affect the course of the disorder and the disorder has a great impact on a family's functioning and distress.²⁰ Consequently, it is possible to understand the influence of the disorder on the quality of a family environment and on the interaction with the patient. This study aims to understand the emotional experiences of adults whose mothers have been diagnosed with BD when they were children in order to clarify the impact of BD after they reframe their experience of growing up with mothers with BD.

Method

Qualitative research in health care has been used to investigate and interpret psychological phenomena in this particular area, in an attempt to understand the meanings that individuals' life experiences acquire in their natural settings.^{21,22} Qualitative researchers try to develop a complex picture of the problem under study, which includes reporting multiple perspectives, identifying the many factors at play in a situation, and sketching the larger picture that emerges. Researchers are bound not by tight cause-and-effect relationships among factors, but rather by identifying the complex interactions of factors in any situation.²³ In health settings, qualitative research allows to grasp the meanings of phenomena associated with health-illness processes and improve the quality of the relationship professional-patients-family-institution.²²

This research was conducted in the General Psychiatry Outpatient Clinic for Adults at HC/UNICAMP (the teaching hospital of the State University of Campinas), a tertiary hospital in southeastern Brazil. The sample was intentional and selected from contacts with the physicians in charge of the psychiatric clinic. The first author collected data using in-depth semi-structured interviews²⁴ after an explanatory reading for the participants, who signed an informed consent form. The participants have been encouraged to express spontaneously their ideas about the topic under study, so that the researcher could obtain a report of their emotional experiences and the psychological meanings they attribute to the experience of having a mother with BD. This technique of a long interview gives the researcher the opportunity to step into the mental world of the individual and glimpse the categories and logic by which they see the world, to understand the content and pattern of daily experiences as participants themselves do.²⁵

The sample size was determined by saturation²⁶ and validated by peer-review in the Clinical Qualitative Research Laboratory of the Department of Medical Psychology and Psychiatry of the School of Medical Sciences of UNICAMP, totaling 21 interviews with children of women with BD (Table 1). These interviews were recorded and transcribed in their entirety.

Data have been treated by a content analysis²⁷ of the transcribed material, aiming to categorize it to be discussed according to the units of meaning that emerged from the participants' speeches. By means of a rigorous process of

reflection and associations with theories published in the literature, respecting their emic character, the researchers tried to reach the subjective perspective of the respondents and interpret the results according to these respondents' own logic, considering the relationships of meaning they established.²⁴

The methodological rigor of validation was ensured by the continuous supervision of senior researchers from the Clinical Qualitative Research Laboratory of UNICAMP and by presentations at scientific meetings. The categories reported in this article followed this process and, before their final formulation, underwent an external validation process by both a speech analysis expert and an experienced psychoanalyst.

This research has been approved without restrictions by the Ethics Committee of the School of Medical Sciences of UNICAMP on June 10, 2013.

Results

During data interpretation, three key themes have been defined, for being representative – as units of meaning found in the participants' speeches – of the emotional experiences of children of women with BD. They are: trauma and subjection; cyclicity of time and maternal eye gaze; and identification and its vicissitudes. These three themes are developed below.

Theme 1: Trauma and subjection

One of the aspects that emerged from the participants' speeches relates to the invisibility of children of mothers with BD. The participants reported they did not receive the attention they needed, neither from their families, nor from the healthcare services that provided treatment for their mothers, nor from the several social environments in which they were engaged, such as schools.

“I was touched from the moment I entered [the interview room], because nobody has ever asked me... All my life... I'm the eldest son (...) I was moved as soon as I get here, because nobody has ever asked me: 'What about you?'" (P20)

The participants report an experience of invisibility in face of the issues to which they have been exposed. They also say that, although distressed, they were

not helped nor had resources to seek for help. This invisibility is the ground where other consequences unfold, such as helplessness, but especially trauma.

“The first time she got ill, I was ten... oh boy, my world fell down at that time!” (P1)

“Her figure is there, but at the same time she is not (...), I have a mother, and I don’t have her.” (P6)

“(...) when she was not well, oh my goodness, then you are an orphan. I guess you feel like an orphan. It even seems your mother died.” (P20)

Based on the participants’ speeches, one can apprehend a constantly reported emotional experience of helplessness, a traumatic situation, from a certain moment in their lives. It is as if, when confronted with difficulties in their lives, they lacked both emotional support and someone’s presence, consequently not only psychological pain, but reaction movements emerged. Trauma is determined by how this helplessness is generated: in the silence.

“It was a terrible shock. I had no idea about what that was, then, I remember it had a strong impression on me (...) That image is still present... It didn’t go away! Very sad! [crying] God, you see your mother in a lunatic asylum...” (P6)

A certain life experience repeats with regard to the mother’s disorder, as in an attempt of rudimentary elaboration, which fails, making that specific moment come back to the mind again and again and cause distress. The participants report a specific traumatic experience that ended up being the north of each interview.

“I don’t know what happened. About me... I know nothing about me before the poisoning [the mother’s suicide attempt]. I don’t remember who that child was.” (P4)

From the children’s perspective, especially during their mother’s manic or depressive episodes, the concern is about having to assume a too-early responsibility for their mothers. A rudimentary responsibility, without enough

resources to deal with the situation, eventually makes these children put their own lives aside; it remains for them only an apparent resignation to their caregiving role.

“(...) I have to live around her; I must live around her.” (P15)

“I dropped school at the eighth grade, because... It was either studying or taking care of her: I dropped school!” (P4)

“It seems I’m the mother and she is the daughter, you know, when roles reverse (...) but I really miss my mother as she was before... But I have to accept it, right?” (P7)

“I never came first in my life, someone would always come before me. I can always sacrifice myself, someone always comes before me, you see...” (P16)

An experience of subjection can be identified; they abandon themselves to give priority to caring for their mothers. These children cannot find a solution other than forgoing their own lives, they fail at school, change jobs often, become socially isolated, and have difficulties to find partners and establish affective relationships. This helplessness eventually acquires a significant internal perspective, a subjection produced by themselves, and a resulting feeling of emptiness and impossible personal satisfaction.

“I used to think that if I didn’t do it [taking care of her mother], I would feel guilty. (...) I had to do it; that was my role in this world. If I didn’t do it, the world would fall down on me.” (P1)

“I feel guilty sometimes for not having done my best. But, at the same time, I think that I was not even able to take care of myself!” (P10)

Based on these reports, it can be perceived that a feeling of guilt exists and keeps the participants captive of both the traumatic situation that cannot be elaborated and the subjection to the excessive care for their mothers. Therefore, they also seem to feel accountable for their own invisibility.

“I thought that everything was about her, because I couldn’t do anything else if she was not well... If she was sick (...). While she wouldn’t get well, I couldn’t live.” (P1)

“This is what happens: she [the interviewee’s daughter] has a dream, and I couldn’t have a dream when I was her age. Then, I’ve never had a dream. If I said ‘oh, my dream is this and that’, I would be lying to you. It was the same when I started college, ‘I don’t know why I’m going to start!’... ‘Oh, but what do you like?’ I had no time! (P10)

In the reports, there are descriptions of the feeling that their lives were always at the margin of their mother’s, as if the participants had never been given priority, since their mothers’ lives often depended on their care and a feeling of guilt permeated the situation. Here, one should think of reports about feelings of rejection, about how these individuals missed their mothers’ affective investment during mood disturbance periods, so much so that their lives became marked by instability.

“I’m very insecure, but I don’t know if this is the cause, it might be. I can’t blame my mother. I don’t know if I could. (...) But, suddenly, I look back and my career is a patchwork of jobs, and sometimes I think if it was not influenced by my parents’ background, you know... I lacked stability...” (P20)

“Always helpless, oh boy! My mother is daydreaming. One day she’s fine, the other day she’s not. And now, who am I going to depend on? Who is going to support me?” (P8)

Theme 2: Cyclicity of time and maternal eye gaze

The participants’ reports are marked with a particular form of apprehending time: it is through the cyclicity of both their mothers’ episodes and their life histories, constantly exposed to anguish and its effects over time.

“At twelve, I was already working, but always self-employed, because I had to run with mum [help her]... In general, she has crises in June, July and August!” (P17)

“I was expecting it. It seems it would happen one year later exactly. It seems I was expecting that she would fall ill again, and I would have to come back, I would have to hospitalize her. For me, my goodness, that was really, really bad.” (P1)

“We go on... I’ll be 21 already, and in the very few of my birthdays we managed... she was well. It is hard for her to feel good for a whole year, twelve months. She is fine for five, six, and even seven months, but then she falls ill and is hospitalized for almost two or three months. Then, she is discharged, and gets well, and gets ill again.” (P4)

A no-longer linear perception of time was observed, with stories from childhood to adulthood, but marked by the experience of the mother’s repeated episodes. However, despite the participants’ desire for predictability, the episodes frighten them, reinforcing their feeling of helplessness. These children report an attempt to control the situation, in a fantasy of omnipotence that covers the opposing feeling in face of their mothers’ disorder. They try to delimitate a periodicity that would govern the unstable reality to which they belong, and often turn to their mothers’ eye gaze as a cue.

“One of the signs for us to diagnose her disorder is her eye gaze. It would move to and fro, it was strange (...) she wasn’t looking at you, her gaze was void and not very clear... It was a reference point for us, you see, when her eyes had no direction.” (P8)

“We always pay attention to her eye gaze, we’ve been doing the same until today...” (P3)

The participants tell about the importance of their mothers’ eye gaze; they try to find something in their gaze to define, to function as a limiting element to frame the unstable condition in which they live. This behavior can be understood as an attempt to predict periods of mood disturbance, as well as to find some security in their relationship with their mothers, which is eventually frustrated and generates feelings of guilt.

“You can’t stay put, because out of the blue she may change. Indeed, I know when she is not well. (...) her eye gaze changes... But what is the use of identifying it if I can’t do anything?” (P12)

The cyclic and unpredictable characteristic of the mother’s disorder imposes on her children experiences of vulnerability. Such experiences, with their correlated feelings of impotence, make the participants seek for limits to protect the mental spaces that may contain feelings resulting from an early exposure to scenes of suicidal behavior, psychiatric hospitalizations, absences from home routine, and close contact with madness.

Theme 3: Identification and its vicissitudes

The delimitation attempts pointed out above emerge in the interviews as a reaction to other aspects perceived in the reports: the identification with the mother and the search for individuality. Children experience a mental state in which their anguishes are confused with their mothers’ condition, as if they had been captured by their mothers’ symptoms, which pervades the constitution of these children’s individuality.

A double movement can be identified, in which the mother disengages emotionally from her children, but ends up carrying them. On the other hand, children become mothers of their mothers, in a mimetic identification, an attempt to reconstruct the emotional bond.

“As if it was only one body, as if she was inside me.” (P4)

“She introverts and absorbs.” (P20)

“(...) it’s inside my mother and it ends up coming inside us. It’s difficult.” (P20)

“I guess that, with the disease, the bond gets even stronger, because we need each other. It’s not just her, because she’s ill and I’m her daughter. (...) When she was hospitalized, I saw how bad I needed her.” (P11)

“I felt in myself, if one day she goes, I’ll lose my zest for life. I feel like that (...) if one of us is well, she encourages the other; if one of us falls down, the other also falls down, because we are mother and daughter, you see...” (P4)

The daughters’ reports, especially, suggest conflicting issues concerning feminine identification and the mother’s disorder. The fact that femininity brings them closer may impair the formation of the daughters’ individuality and function as a protective factor for the sons, who would not identify with femininity. The reports suggest that men, inversely, try to keep a necessary distance to preserve their individuality.

“I fear to become mad too (...) my goodness, my mother was 54 when she had it [the first episode of BD], then, I think, oh boy, when I reach this age I’ll have it too (...) Sometimes, my sisters also feel like that; we think ‘oh boy, I’m like mom’... Fear of becoming ill...” (P7)

“My brother has never been much attached, you know, ‘cause he’s a man. Men don’t stay near.” (P1)

“My brother would help within his limits, but a boy is always more distant. (...) I used to experience too much of her pain.” (P13)

“Even being so young... because my sister would go to work, my brother couldn’t care less, and the other even less (...) then it fell to me [to take care of the mother]...” (P9)

The apparent maturity the reports suggest can be understood as a defense to escape the double movement illustrated above, to escape the risk of being absorbed by the mother’s madness. The reports denote the children’s need to establish some kind of break to create a possible individualization.

“I guess I grew up early. I think I had to mature fast at that time. I think I could have enjoyed much more my childhood, my adolescence. (...) When I thought of detaching a bit from her [the mother], it would happen again, and I had to go through all that again, and that was difficult, it was not normal.” (P1)

In this opposition between identifying with the mother and trying to individualize themselves, the children report their suicide attempts.

“Listen, I tried suicide several times when I was depressed. (...) My siblings say that I have the same problem our mom has.” (P3)

“(...) when, at some moments, I would get a little overexcited, I feared a lot to be like her [the mother], so much so that I’ve already tried to kill myself too, because I couldn’t stand it (...) I’m not feeling able to stand it.” (P13)

The female participants show fear when they face the fact that they tend to deal with life difficulties with mood swings similar to their mothers’. They say they feel vulnerable to these behaviors, uncontrolled, in an identification with the mother’s symptom. It is in this context that reports of suicidal ideations throughout their life histories emerge, as if acknowledging a similarity with the mother figure.

Discussion

The meanings attributed to the children’s emotional experiences in their relationship with their mothers with BD reveal some specificity. The participants reported traumatic experiences linked to their mothers’ disorder and the resulting impairments in their lives.

Family background and traumatic experiences are connected to BD.²⁸⁻³⁰ According to Jansen et al.,³¹ trauma in childhood is connected, to some extent, with the effect of family background in the diagnosis of BD.

This study proposes to develop the understanding of the influence of traumatic situations on BD by stressing the idea that primary traumatic experiences, undergone in emotional detachment from the mother in the first childhood, are experiences connected with BD. Secondary traumatic experiences are factors that

put children in contact with the same emotional experience undergone at that first traumatic moment of the emotional detachment from their mothers. It is worth emphasizing that the use of the word detachment presupposes that there was an attachment, that trauma is precisely in the characteristic instability of BD.

Méndez et al.³² stress that a mother's hospitalization is a traumatic experience for her child, especially in childhood. Our findings point to traumatic experiences connected with a situation in which the mother's condition exceeded the child's mental capacity for elaboration. Among these experiences, the children mentioned hospitalizations, suicide attempts, and sudden changes in their mothers' behavior during mania and/or depression episodes, resulting in an emotional detachment from the children that recalls that of their first childhood.

Besides traumatic experiences, the children also report that they were not cared for in the healthcare services where their mothers had been treated or hospitalized. Even when they were young, visibly frightened by the unfolding of their mothers' psychopathology, they did not feel sheltered or cared for in healthcare services. This finding corroborates Gladstone et al.'s³³, who highlight the invisibility of children of mothers with severe mental disorders for those mental health professionals who treat their parents. Moreover, the authors point out that research based on these children's resilience or on the fact that they are a population at risk of developing psychiatric disorders reinforces the invisibility related to what really affects them.

Menezes³⁴ asserts that silencing causes trauma. According to the author, if what happened to the subject could be recognized by another person, who would give testimony of the fact before the subject itself, the fact would lose its traumatic character and acquire meaning, and elaboration would be possible. Mészáros³⁵ also points out that it is important that trauma does not become a secret or a taboo, and defends that the presence or absence of a trusted person will define the extent to which a traumatic experience affects individuals and influences their lives on the long run. The author stresses the importance of a social environment that provides emotional and intellectual help to offer an opportunity for processing the trauma and assuaging the feelings of anxiety, guilt, shame, and helplessness.

The participants reported feeling that their lives had never been a priority and that they have memories of helpless moments in their personal histories,

including feeling rejected by their mothers. For Rusner et al.,³⁶ in a qualitative study with people closely related to patients with BD that included children, the paradox of feeling both needed and rejected is recurrent. This result opposes to those found by Reichart et al.,³⁷ for whom children felt less rejected in contact with their mothers with BD when compared to the control group. However, these authors stress that the other group they studied, composed of children with psychiatric disorders, felt their mothers with BD were more rejecting.

The findings point to the feeling of helplessness as a complex experience that constantly emerges from in-depth interviews. Besides the real lack of daily childcare, as a consequence of the mother's episodes and hospitalizations, this research reveals another aspect of the issue: that of subjection as an abandonment produced by children themselves when they sacrifice aspects of their own lives for taking care of their mothers. This finding agrees with those by Ostiguy et al.,³⁸ for whom children of patients with BD showed more interpersonal difficulties and reported higher chronic stress when compared with the control group in topics such as family relationships, finances, family members' health and their own health. Similarly, the mothers with BD studied by Mowbray et al.³⁹ reported perceiving that their disorder was an important predictor of the problems their adult children would go through.

Bauer et al.⁴⁰ found a high level of emotional burden in their patients, a specific suffering caregiving children experienced as a psychosocial effect of their parents' disorder. According to these authors, the children reported missing emotional support, but experiencing the care they had to provide to their parents with BD as rewarding, in the sense that it represented self-enrichment and learning life skills. This understanding can be developed by the analysis of a different perspective on this fact: these children rate their desires as less important than caring for their mothers, leaving to them only resignation to the role of caregivers, to the detriment of the emotions of personal achievements.

Given it was impossible for them, in their childhood, to experience psychological pain supported by an adult who would contain them and help them in their elaboration, these children demonstrated they have used their mental resources early and impulsively, in a lonely attempt for compromise formation at the frightening moment when they faced their mothers' situation. Considering that the participants

lived with their mothers' instability, they could not find a stable and dependable form of emotional support either.

Concerning the psychodynamic aspects, a mother's role in child development is to help the baby in the perception of himself, mirroring in her own face the way she sees her baby. Winnicott⁴¹ discusses a pathological situation in which babies see in the mother's face the reflection of her mood, instead of perceiving themselves, which makes them study the mother's face in an attempt to predict her mood, just as it happens in natural studies to understand time. Thinking about the association with time in the babies' life history, that is marked by the mother's episodes, so the perception of time and the mother's mood would be connected.

This is how the baby learns to predict how much the mother allows him to be spontaneous until he needs to withdraw his needs to preserve the self. However, this predictability is precarious and strains the baby to the limit of his capacity, which may produce defenses, hindering the development of the baby's identity. When individuals struggle to protect themselves, they try to adapt to the environment, they become well behaved, polite and, sometimes, intellectualized, submitting to the demands of the environment, giving up on their real desires. In this process, a *false self* is built on identifications⁴².

Intellectuality would emerge as a defense⁴³, because, when facing the experience of being dependent on the mother's mood swings, the child would develop a drive to predict them, trying to control a traumatic situation, as observed in the participants' reports.

The findings propose an association of the mother's eye gaze with the participants' search for predictability in the mother's episodes and even in the way she will receive the child with her gaze. It is understood that the fright experienced during the mother's episodes and the resulting emotional detachment affect children's identity formation. Therefore, it is understood that experiencing emotionally the instability of a mother's disorder affects the mental life of her children.

Along this line of reasoning, this study's findings about the affective disinvestment of mothers connect with those by Chang et al.¹⁹, in which, from the children's perspective, parents with BD are seen as less promoting of independence and less encouraging of personal achievements.

In the interviews, the participants are seriously worried about the risk of developing the same symptoms, especially through the identification of daughters with mothers. The children studied by Bauer et al.⁴⁰ also report fearing to develop BD.

The participants in this study, as well as those in Bauer et al.'s,⁴⁰ tell about suicidal ideations and behaviors similar to their mothers'. This perception is a worrisome factor for mental health providers, given the high rate of BD heritability⁴⁴ and other axis-1 psychiatric diagnoses,¹⁰ as observed in this population. Moreover, Johnson and Fristad's⁴⁵ study demonstrates a high rate of suicidal behavior in a population of patients with BD. For this reason, these authors state that it is important to work on these issues with the patients and take care of the offspring, who may suffer the consequences of having parents with BD. The authors emphasize that the children were also at an increased risk for suicide when compared with children of parents with no serious mental disorders.

Offspring of parent with BD are at elevated risk for suicidal ideation as compared with offspring of controls.⁴⁶ Suicidal ideation may be considered as an attempt to kill that part of the psyche that is identified with the mother in order to preserve the healthy part, the individuality. This agrees with Winnicott's proposition⁴² about the defensive function of the *false self* and the search for conditions that allow the true *self* to emerge.

Before considering the clinical implications of these findings, it is important to discuss the limitations of this study. The analysis presented here is related to the researchers' interpretation of the participants' reports about their emotional experiences. Another point that should be taken into account is the comprehensiveness of the topics to be discussed, which can also be understood as a limitation. Thus, we suggest further research with more specific themes, such as participants separated by gender, since a peculiarity was found in the daughters' reports as to feminine identification. Such aspects might be investigated considering cultural factors as well.

Our results highlight important issues for mental health providers to know about dealing with these families. For Bauer et al.⁴⁰, it is urgent to offer professional support for these children, which corroborates our findings, because the longer it

takes for this support to happen, the more these children will neglect aspects of their own lives in order to care for their mothers.

Moreover, considering the traumatic character of the experience, a third person is needed to legitimize the experience and help its elaboration,^{34,35} a professional trained in the concept of user embracement to hold children when their mothers go through emergency moments, suicide attempts, severe episodes, or hospitalizations.

A healthcare team should use more adequate tools, based on the understanding of the emotional experiences of children of women with BD detailed in this study. Mental health professionals can offer help in support groups, through psychoeducational guidelines concerning the management of daily contact with these mothers, and also provide emotional support for children's anguishes and facilitate an early identification of the need for individualized monitoring.

Acknowledgements

The authors thank the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) for the PhD scholarship granted to the first author, and Lilian do Rocio Borba and Roosevelt Moisés Smeke Cassorla for validating the findings.

All authors declare they have no conflict of interest.

References

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
2. Michelon L, Vallada HP. Genética do transtorno bipolar. Rev. Bras. Psiqu. 2004; 26(3):12-6.
3. Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. Can J Psychiatry 1997; 42(6):623-31.
4. Mrazek DA, Agathen JM. Psychiatric Disturbances in Children of Parents with Bipolar Disorder. Journal of Psychiatric Practice 2002; 8(4):196-204.
5. Post RM, Leverich GS, Fergus E, Miller R, Luckenbaugh D. Parental attitudes towards early intervention in children at high risk for affective disorders. J Affect Disord. 2002; 70(2):117-24.
6. Chang K, Steiner H, Dienes K, Adleman N, Ketter T. Bipolar offspring: A window into bipolar disorder evolution. Biol Psychiatry 2003; 53:945–951.
7. Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, Walshaw PD, Nusslock R, Neeren AM. The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. Clinical Psychology Review 2005; 25, 1043-1075. <http://dx.doi.Org/10.1016/j.cpr.2005.06 .006>.
8. Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A, Faraone SV, Dowd ST, De Petrillo LA, Markowitz SM, Rosenbaum JF. Psychopathology in the young offspring of parents with bipolar disorder: a controlled pilot study. Psychiatry Research 2006; 145(2):155-67.
9. Klimes-Dougan B, Ronsaville D, Wiggs EA, Martinez PE. Neuropsychological Functioning in Adolescent Children of Mothers with a History of Bipolar or Major Depressive Disorders. Biological Psychiatry 2006; 60(9):957-65. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.031.
10. Singh MK, DelBello MP, Stanford KE, Soutullo C, McDonough-Ryan P, McElroy SL, Strakowski SM. Psychopathology in children of bipolar parents. Journal of Affective Disorders 2007; 102(1),131-36.
11. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, et al. Psychiatric Disorders in Preschool Offspring of Parents with Bipolar Disorder: The Pittsburgh Bipolar Offspring Study

- (BIOS). *The American journal of psychiatry* 2010; 167(3):321-30. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09070977.
12. Bella T, Goldstein T, Axelson D, et al. Psychosocial functioning in offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders* 2011; 133(1-2):204-11. doi:10.1016/j.jad.2011.03.022.
13. Diler RS, Birmaher B, Axelson D, et al. Dimensional psychopathology in offspring of parents with bipolar disorder. *Bipolar disorders* 2011; 13(7-8):670-8. doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00966.x.
14. Moreno DH, Bio DS, Petresco S, Petresco D, Gutt EK, Soeiro-de-Souza MG, Moreno RA. Burden of maternal bipolar disorder on at-risk offspring: A controlled study on family planning and maternal care. *Journal of Affective Disorders* 2012; 143,1-3,172.
15. Villa EU, Briceño PG, Palacio JD, García J. Psychopathological profiles of offspring of subjects with bipolar disorder. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2012; 41(1):15-25.
16. Birmaher B, Goldstein BI, Axelson DA, et al. Mood lability among offspring of parents with bipolar disorder and community controls. *Bipolar disorders* 2013; 15(3):253-63. doi:10.1111/bdi.12060.
17. Axelson D., Goldstein B., Goldstein T., et al. Diagnostic Precursors to Bipolar Disorder among Offspring of Parents with Bipolar Disorder: A Longitudinal Study. *The American Journal of Psychiatry* 2015; 172(7):638-46. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14010035.
18. Petresco S, Gutt EK, Krelling R, Lotufo Neto F, Rohde LAP, Moreno RA. The prevalence of psychopathology in offspring of bipolar women from a Brazilian tertiary center. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009; 31(3):240-6.
19. Chang KD, Blasey C, Ketter TA, Steiner H. Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disord.* 2001; 3:73-8. doi: 10.1034/j.1399-5618.2001.030205.x.
20. Reinares M, Vieta E. The burden on the family of bipolar patients. *Clin Approaches Bipolar Disord.* 2004; 3(1):17-23.
21. Pope C., Mays N. 2006. *Qualitative research in health care.* 3th ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

22. Turato ER. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(3):507-14. doi: 10.1590/S0034-89102005000300025.
23. Creswell J.W. 2007. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
24. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006; 14(5):812-20.
25. McCracken G. 1988. *The long interview*. Newbury Park, CA: Sage.
26. Glaser BG, Strauss AL. 1999. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New Brunswick: Aldine Transaction.
27. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ: British Medical Journal* 2000; 320(7227):114-6.
28. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2008; 10: 867–76.
29. Barbosa LP, Quevedo L, Silva GDG, Jansen K, Magalhães P, Pinheiro RT et al. Relationship between maternal depression as a risk factor for childhood trauma and mood disorders in young adults. *Rev. psiquiatr. clín.* 2014; 72-6. doi: 10.1590/0101-60830000000014.
30. Boeira MV, Berni G, Passos IC, Kauer-Sant'Anna M, Kapczinski F. Virginia Woolf, neuroprogression, and bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2016. doi: 10.1590/1516-4446-2016-1962.
31. Jansen K, Cardoso TA, Fries GR, Branco JC, Silva RA, Kauer-Sant'Anna M, et al. Childhood trauma, family history, and their association with mood disorders in early adulthood. *Acta Psychiatr Scand*. 2016; 30. doi: 10.1111/acps.12551.
32. Méndez JA, Albornoz-Salas O, Pérez-Olmos I. Percepción de la enfermedad mental materna por los niños. *Rev.Colomb.Psiquiatr.* 2010; 39(1):110-33.
33. Gladstone BM, Boydell KM, McKeever P. Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social Science & Medicine* 2006; 62(10):2540-50. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.10.038.
34. Menezes, LC. A clínica psicanalítica do trauma. *Revista Brasileira de Psicanálise* 2005; 39(1):131-8.

35. Mészáros J. Building blocks toward contemporary trauma theory: Ferenczi's paradigm shift. *Am J Psychoanal.* 2010; 70(4):328-40. doi: 10.1057/ajp.2010.29.
36. Rusner M, Carlsson G, Brunt DA, Nyström M. The paradox of being both needed and rejected: the existential meaning of being closely related to a person with bipolar disorder. *Issues in Mental Health Nursing* 2012; 33(4):200-8. doi: 10.3109/01612840.2011.653037.
37. Reichart CG, Van Der Ende J, Hillegers MHJ, Wals M, Bongers IL, Nolen WA, Ormel J, Verhulst FC. Perceived parental rearing of bipolar offspring. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007; 115:21–8. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00838.x.
38. Ostiguy CS, Ellenbogen MA, Linnen AM, Walker EF, Hammen C, Hodgins S. Chronic stress and stressful life events in the offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders* 2009; 114:74-84. doi: 10.1016/j.jad.2008.08.006.
39. Mowbray CT, Bybee D, Oyserman D, MacFarlane P, Bowersox N. Psychosocial outcomes for adult children of parents with severe mental illnesses: demographic and clinical history predictors. *Health Soc Work.* 2006; 31(2):99-108.
40. Bauer R, Spiessl H, Helmbrecht MJ. Burden, reward, and coping of adult offspring of patients with depression and bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders* 2015; 3(2):1-7.
41. Winnicott, DW. 2005 *Mirror-role of mother and family in child development* (1971). In: *Playing and reality*, (pp. 149-59). London: Routledge.
42. Winnicott, DW. 1990. *Ego Distortion in Terms of True and False Self* (1960). In: *The maturational processes and the facilitating environment*, (pp. 140-52). London: Karnac Books.
43. Green, A. 1980. *The dead mother*. In Green, A. 2001. *Life narcissism, death narcissism*, (pp. 239-273). London: Free Association Books.
44. Schulze, TG. Genetic research into bipolar disorder: the need for a research framework that integrates sophisticated molecular biology and clinically informed phenotype characterization. *Psychiatric Clinics of North America* 2010; 33(1):67-82.
45. Johnson SL, Fristad M. Bipolar disorders across the lifespan. *J. Clin. Psychol.* 2008; 64:365-7. doi: 10.1002/jclp.20469
46. Goldstein TR, Obreja M, Shamseddeen W, Iyengar S, Axelson DA, Goldstein BI, Monk K, Hickey MB, Sakolsky D, Kupfer DJ, Brent DA, Birmaher B. Risk for suicidal

ideation among the offspring of bipolar parents: results from the Bipolar Offspring Study (BIOS). Arch Suicide Res. 2011; 15(3):207-22. doi: 10.1080/13811118.2011.589699.

Table 1 – Sample Characteristics

Participants	Age	Gender	Marital Status	Current Occupation
P1	25	F	Engaged	Public Servant
P2	40	F	Married	Homemaker
P3	31	F	Married	Student
P4	20	F	Single	Homemaker
P5	22	M	Engaged	Technologist
P6	36	F	Married	Homemaker
P7	43	F	Married	Saleswoman
P8	32	M	Married	Logistics Professional
P9	18	F	Single	Homemaker
P10	35	F	Married	Logistics Professional
P11	18	F	Single	Student
P12	18	F	Single	Student
P13	29	F	Single	Lawyer
P14	19	F	Single	Student
P15	28	M	Single	Mechanic
P16	34	F	Married	Accountant
P17	38	M	Married	Construction worker
P18	25	M	Single	Student
P19	22	M	Married	Driver
P20	42	M	Married	Nursing Technician
P21	23	M	Single	Unemployed

5.2 Artigo 2

O transtorno bipolar como experiência: a perspectiva dos filhos (submetido)

Bipolar disorder as experience: the perspective of children

Resumo

OBJETIVO: Compreender o transtorno afetivo bipolar (TAB) e suas implicações pela perspectiva dos filhos adultos de mães que receberam o diagnóstico quando eles eram crianças. **MÉTODO:** Pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas de questões abertas em profundidade com 21 filhos de pacientes do Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos HC/UNICAMP. A técnica de tratamento de dados foi feita por meio da análise de conteúdo das entrevistas transcritas na íntegra e categorização. **RESULTADOS:** Os significados psicológicos atribuídos pelos filhos à experiência de ter uma mãe com TAB possibilitaram a elaboração de um esquema da infância, adolescência à vida adulta. Os achados revelam que na infância a instabilidade da mãe, característica do TAB, gera sentimentos de culpa e desamparo nos filhos, pela percepção da introspecção materna nos períodos dos episódios em contraste com os momentos de remissão nos quais percebem envolvimento emocional e disponibilidade para a maternidade. Na adolescência, os filhos contestam as demandas de suas mães. Demonstram identificação com os sintomas maternos. Na vida adulta, há percepção de melhora na relação mãe-filho diante da abdicação das escolhas pessoais para dedicação aos cuidados a mãe. Os achados revelam que a compreensão do TAB feita por meio da experiência dos filhos com suas mães fica apenas na racionalidade, não conseguem manejá-la de forma efetiva e sentem-se aprisionados. **CONCLUSÕES:** A equipe de saúde pode auxiliar os filhos desde o manejo de questões cotidianas até o diagnóstico precoce de psicopatologias ao se dedicar ao acolhimento deles quando da vinda de suas mães ao tratamento.

Palavras-chave: Transtorno bipolar; relação mãe-filho; relações familiares; acolhimento; pesquisa qualitativa.

Abstract

OBJECTIVE: To understand bipolar disorder (BD) from the perspective of the adult children of mothers who received the diagnosis when they were children and their implications. **METHOD:** Qualitative research conducted through in-depth semistructured interviews with 21 children of patients of the General Psychiatry Outpatient Clinic for Adults at HC/UNICAMP. The technical data processing was done through qualitative content analysis of the transcribed interviews and categorization. **RESULTS:** The psychological meanings attributed by the offspring to the experience of having a mother with BD enabled the elaboration of a schematic from childhood, adolescence to adulthood. The findings reveal that in childhood the instability of the mother, characteristic of BD, generates feelings of guilt and helplessness in the children, by the perception of maternal introspection in the periods of the episodes in contrast to moments of remission in which they perceive emotional involvement and availability for motherhood. In adolescence, the children challenge the demands of their mothers. Demonstrate identification with maternal symptoms. In adulthood, there is perception of improvement in the mother-child relationship due to the abdication of personal choices for dedication to the mother's care. The findings reveal that the understanding of BD made through the experience of the offspring with their mothers is only in reasonability, they can not handle it effectively and they feel trapped. **CONCLUSIONS:** The health team involved can help these children from management of daily issues to the early diagnosis of psychopathologies by dedicating themselves to receiving these children when their mothers come to the treatment.

Keywords: Bipolar Disorder. Mother Child Relations. Family Relations. User Embrace; Qualitative Research.

Introdução

As implicações dos aspectos genéticos e ambientais em filhos(as) de mães com transtorno afetivo bipolar (TAB) têm sido amplamente discutidas, com achados que enfatizam tratar-se de uma população de risco para psicopatologias e dificuldades psicossociais^{1,2}. Filhos de pacientes com TAB apresentam maiores

taxas de transtornos de humor, transtornos de ansiedade, de déficit de atenção e hiperatividade e de comportamento disruptivo que proles de pacientes com outros transtornos psiquiátricos ou de controles saudáveis³. Assim, os filhos compõem o grupo de estudo ideal para avaliar a história natural da doença e seus sintomas prodrômicos³.

Estudos sobre as experiências subjetivas do conviver com uma mãe com transtornos mentais são, todavia, escassos^{4,5}. Entende-se que muitos são os motivos para se estudar os filhos de mulheres com TAB. A presente pesquisa visa compreender as implicações do transtorno a partir da perspectiva destes indivíduos.

Método

Utilizou-se o método qualitativo aplicado à área da saúde⁶, por não se tratar de investigação sobre relações de causalidade, mas por procurar identificar as complexas interações de fatores envolvidas⁷, compreender vivências, sentimentos, ideias e comportamentos dos sujeitos estudados⁸.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, com questões abertas em profundidade, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra (tabela 1) foi intencional e fechada pelo critério de saturação. Os participantes da pesquisa foram filhos(as) adultos(as) de mães atendidas no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - HC/UNICAMP que receberam o diagnóstico de TAB quando os sujeitos do estudo eram crianças.

A técnica de tratamento de dados consistiu da análise de conteúdo⁹ do conjunto do material das gravações das entrevistas transcritas na íntegra, para categorização segundo núcleos de significado emergentes das falas, em um rigoroso processo de reflexão e associações com teorias já publicadas na literatura. As categorias relatadas neste artigo passaram por validação externa com especialistas, além da supervisão por pares acadêmicos do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, UNICAMP.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP (CAAE: 12593713.7.0000.5404).

Resultados

No processo de interpretação dos dados, foi escolhido apresentar um esquema formado por meio da resignificação das experiências emocionais da infância, adolescência e vida adulta feita pelos filhos(as) para descrever como entendem e vivenciam o TAB de suas mães e suas implicações. Tais categorias emergiram da compreensão de que a percepção do TAB e os comportamentos subsequentes sofriam influências das características particulares de cada uma dessas fases da vida desses indivíduos.

Categoria 1: Infância

Os entrevistados referem recordações da infância permeadas pela insegurança na relação com suas mães e a percepção de que havia algo com que elas próprias não conseguiam lidar, que eles se sentiam culpados e impelidos a se adaptar. Esta insegurança se dava pela instabilidade característica do quadro psiquiátrico e também pela apreensão rudimentar de que elas ora pareciam envolvidas emocionalmente, ora introspectivas com desligamento emocional dos filhos. Contam sobre um receio em relação a poderem se mostrar espontâneos, ou terem que se apresentar apenas obedientes.

“(...) sempre fui muito preocupada. Quando notava que ela estava um pouco esquisita, um pouco estranha de comportamento, eu já percebia. Eu era a primeira que percebia, mesmo sendo criança, já tinha isso.” (P1)

Os filhos relatam preocupação precoce quanto à capacidade das mães de entenderem as intenções das pessoas que as cercam e de potenciais reações agressivas.

“Quando ela estava em crise... Aí que era pior, porque ela ficava agressiva, batia na gente, não reconhecia que a gente era filha dela. Nossa foi terrível mesmo...” (P7)

Também foi relatada a percepção de momentos em que as mães ficavam ensimesmadas, sendo impossível acessá-las, e as apreensões decorrentes dessas ocasiões.

“(...) eu tinha que viver atrás da minha mãe vinte e quatro horas. Para mim, qualquer segundo longe, eu achava que ela ia morrer” (P14)

Em um processo de ressignificação, os participantes relatam que apenas na vida adulta perceberam o quanto foram depositários das angústias maternas. Sentiam-se, inclusive, culpados por suas alterações de humor.

“A vida inteira eu cresci ouvindo, porque tudo desencadeou depois que eu nasci. Foi no parto (...) cresci ouvindo que sou a culpada (...). Por outro lado, sou a única, no momento de crise, que ela aceita (...) tipo: o motivo e a cura sabe, a causa e a cura.” (P16)

Os filhos relatam que a instabilidade é a característica mais marcante do quadro de suas mães, com envolvimento e disponibilidade em períodos de remissão, mas gerando neles sentimentos de desamparo durante os episódios. Diante da necessidade de cuidado a elas devido ao TAB, contam sobre um amadurecimento precoce sustentado pelo sentimento de culpa. Como se eles precisassem cuidar de suas mães para reparar o que pensam que fizeram com elas.

Categoria 2: Adolescência

Na adolescência, os filhos identificam em suas mães movimentos de rejeição, que agora percebem associados ao quadro clínico. Não referem sentir mais culpa, porém vergonha diante do quadro clínico materno.

“Estou falando isso agora com certa maturidade, mas na época [da adolescência], era difícil entender. Não queria saber da minha mãe, pelo amor de Deus ela era louca, tinha raiva dela entendeu!” (P8)

As demandas de suas mães são sentidas como invasivas. Aparecem movimentos reativos, com a finalidade de se contraporem ao que identificam como projeções de ciúmes e competição.

“Adolescência acho que foi a parte pior da doença dela, ela era muito agressiva (...). Até hoje, nunca tive oportunidade de conversar com o médico (...) ela tentava me imitar, nas crises dela, então ela queria vestir... Pegar as minhas roupas para vestir... E ela ficava às vezes com... Eu percebia... com ciúmes ou raiva de mim junto com o meu pai, não sei o que ela imaginava que era...” (P6)

Os movimentos reativos são acompanhados de agressividade comparável àquela das mães nos conflitos presenciados na infância. A percepção da semelhança entre seus comportamentos de adolescentes e os episódios de suas mães faz com que sintam identificação com os sintomas maternos.

“(...) na época da adolescência, a gente achava que a nossa mãe era louca. (...) sair com ela na rua, puxa vida! Puxado! Às vezes ela não se cuidava, não arrumava o cabelo, não colocava uma roupa, ou queria colocar uma roupa indecente para a idade (...). Então a gente ficava... É o rebu da adolescência (...). Várias vezes ela saiu com camisa de força, na ambulância, sem conhecimento do problema me sentia envergonhado (...). Ela não estava conseguindo entender a cabeça dela. Você não sabe se ela está bem, porque ela oscilava de amor e raiva.” (P8)

Relatam que, envergonhados, buscam isolamento social e acabam por renunciar à adolescência.

“(...) adolescência, nem sei o que é isso! Eu tive que ser... Adulta nova!” (P4)

Categoria 3: Vida adulta

Na vida adulta, os dados sugerem a percepção de melhora na relação mãe-filho ao abdicarem de escolhas pessoais para se dedicarem aos cuidados com a mãe. Os participantes referem a criação de estratégias para prever os episódios, administrar medicação e poder lidar com o TAB, invertendo-se os papéis de provisão de cuidados.

“(...) a gente sempre fica em torno dela (...) tem que ter bastante paciência, autocontrole, porque senão é difícil. Às vezes eu quero fazer coisas, tomar decisões para o futuro próximo para minha vida, só que eu não posso fazer por conta dela.” (P15)

“(...) acabo sendo mais mãe dela do que ela minha mãe... querendo sempre o bem-estar dela... procuro não deixá-la nervosa, porque quando ela tem muitas emoções, sejam boas ou ruins, desencadeia a crise. Então, procuro levar o mínimo de preocupação possível para ela.” (P13)

Percebem suas mães progressivamente dependentes de seus cuidados. Sentem-se sobrecarregados, mas também recompensados pela proximidade e pelo aprendizado pessoal.

“(...) antes eu via muito negativo, mas hoje acho que tem um lado positivo... eu sou quem eu sou hoje, porque tive esta experiência. Não daria valor para as coisas que dou hoje, se não tivesse passado por isso. Hoje eu dou valor para as coisas bem mais simples, um dia em paz, um dia quando ela está bem... eu dou valor já nesse dia” (P1)

Os entrevistados relatam que suas mães demonstram uma afinidade com a morte:

“(...) ela pegou chumbinho e colocou na comida (...) a intenção dela era nós três morrermos juntos” (P4)

“... tenho uma cicatriz... minha mãe tentou me matar (...) Foi quando eu nasci. Ela não me aceitava. Estava numa crise e tentou me matar com uma facada, oito meses de idade.” (P5)

Os filhos referem que o tema da morte faz parte de suas vidas e associam ao transtorno. Colocam-se, porém, como responsáveis pela manutenção da vida de suas mães, o que se torna mais um motivo para lhes dedicar cuidados.

Discussão

Os achados revelam a perspectiva dos filhos acerca do TAB e as implicações em suas vidas, destacando especificidades da relação mãe-filho, inclusive análogas aos achados de Méndez et al.¹⁰ sobre a percepção da presença da enfermidade materna desde muito cedo e sentimentos de culpa.

A percepção dos filhos de que há algo com que suas mães não conseguem lidar e que eles precisam se adaptar mostra-se relacionada ao que foi descrito no estudo de Bin et al.¹¹ sobre a tendência do paciente com TAB de apresentar intensa autocrítica, geradora de angústia e possível de ser projetada nas pessoas com quem convivem. Dessa forma, aos filhos resta uma postura obediente a fim de evitar conflitos. Como depositários dessas projeções, sentem-se também cobrados ao amadurecimento precoce e rejeitados em seus atos espontâneos.

Segundo Tonelli¹², o prejuízo na percepção de estados mentais compromete as habilidades dos pacientes com TAB de estabelecerem relacionamentos interpessoais saudáveis, gerando tensão repercutindo no quadro clínico. Pode-se pensar que os filhos percebem essas limitações de suas mães e procuram lidar com esse aspecto de forma a poupá-la, adaptando-se a essa condição na infância e rebelando-se contra ela na adolescência, motivados pelo peculiar sentimento de incompreensão desta fase.

De acordo com Maoz et al.¹³, a agressividade é uma característica marcante em pré-escolares filhos de pais com TAB. Os achados da presente pesquisa apontam para agressividade também na adolescência, o que corrobora com Narayan et al.¹⁴. Para esses autores, as mães com TAB cometiam violência interparental o que contribuiria para a agressividade nessa fase¹⁴.

Na vida adulta, os achados apontam para um sentimento predominante de sobrecarga, assim como foi encontrado no estudo de Bauer et al.¹⁵. A responsabilidade, vivenciada como um fardo, é identificada por um sofrimento específico dos filhos cuidadores como efeito psicossocial do transtorno materno. Também ocorre impacto do TAB na família e há prejuízos correlatos, enfrentados pelos filhos, no seu funcionamento no trabalho ou escola¹⁵.

Esses autores¹⁵ também identificaram a percepção de que as vivências tiveram um aspecto recompensador. Os entrevistados do presente estudo relatam

experiências emocionais permeadas de desamparo e rejeição, entretanto, conseguem encontrar sentido na dedicação aos cuidados com suas mães.

Os participantes referem estratégias para lidar com o transtorno, porém sentem-se sobrecarregados e frustrados. Segundo Bauer et al.¹⁵ haveria uma tendência dos filhos em utilizar formas depressivas de enfrentamento. Os achados revelam que embora tenham uma compreensão em relação ao transtorno de suas mães e suas implicações, essa compreensão permanece no plano da racionalidade/intelectualidade e eles demonstram não conseguir manejá-las de forma efetiva, sentindo-se aprisionados.

A presente pesquisa sugere que os filhos de mulheres com TAB precisam ser avaliados em singularidade. Gladstone et al.³ ressaltam a importância de ver além da resiliência e também do fato de serem uma população de risco para assim identificar suas reais necessidades.

Conclusões

Os achados da presente pesquisa demonstram como as vivências dos filhos das mulheres com TAB podem ser complexas e demandar apoio emocional. Dessa forma, a equipe de saúde mental envolvida pode auxiliar os filhos desde o acolhimento, suporte emocional e manejo de questões cotidianas até o diagnóstico precoce de psicopatologias. Ao se dedicar a receber esses filhos, quando da vinda de suas mães ao tratamento, a equipe pode abarcar maior número de fatores envolvidos na evolução do TAB, assim como protegê-los das implicações e oferecer um tratamento mais completo.

Contribuições Individuais

Lia Keuchguerian Silveira Campos – Contribuiu na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e na revisão crítica de todo o conteúdo intelectual.

Flávia Seidinger-Leibovitz – Contribuiu na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e na revisão crítica de todo o conteúdo intelectual.

Amilton dos Santos Junior – Contribuiu na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e na revisão crítica de todo o conteúdo intelectual.

Egberto Ribeiro Turato – Contribuiu na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados e na revisão crítica de todo o conteúdo intelectual.

A versão final foi aprovada por todos os autores

Não há conflitos de Interesses

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutorado e aos professores: Lilian do Rocio Borba e Roosevelt Moisés Smeke Cassorla pela validação dos achados.

Referências

1. Bella T, Goldstein T, Axelson D, et al. Psychosocial functioning in offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2011;133(1-2):204-211. doi:10.1016/j.jad.2011.03.022.
2. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, et al. Psychiatric Disorders in Preschool Offspring of Parents with Bipolar Disorder: The Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS). *The American journal of psychiatry*. 2010;167(3):321-330. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09070977.
3. Villa EU, Briceño PG, Palacio JD, García J. Psychopathological profiles of offspring of subjects with bipolar disorder. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, Jan 2012;41(1):15-25.
4. Gladstone BM, Boydell KM, McKeever P. Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social Science & Medicine* 2006;62 (10):2540-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.038>.
5. Leverton T. Parental psychiatric illness: the implications for children. *Current Opin Psychiatry* 2003; 16(4):395-402.
6. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care*. 3th ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2006.
7. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc, 2007.
8. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
9. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ: British Medical Journal* 2000;320(7227):114-6.
10. Méndez JA, Albornoz-Salas O, Pérez-Olmos I. Percepción de la enfermedad mental materna por los niños. *Rev.Colomb.Psiquiatr*. 2010;39(1):110-33.
11. Bin LCP, Campos LKS, Santos Jr A, Turato ER. Significados dos episódios maníacos para pacientes com transtorno bipolar em remissão: um estudo qualitativo. *J. bras. psiquiatr*. 2014 Jul;63(2):142-8. doi: 10.1590/0047-2085000000018
12. Tonelli HA. Empatia no transtorno afetivo bipolar. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2011;38(5):207-8.

13. Maoz, H., Goldstein, T., Axelson, D. A., Goldstein, B. I., Fan, J., Hickey, M. B et al. Dimensional psychopathology in preschool offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of child psychology and psychiatry* 2014;55(2).144-153.
14. Narayan, A. J., Chen, M., Martinez, P. P., Gold, P. W., & Klimes-Dougan, B. Interparental violence and maternal mood disorders as predictors of adolescent physical aggression within the family. *Aggressive behavior* 2015; 41:253–266
15. Bauer R, Spiessl H, Helmbrecht MJ Burden, reward, and coping of adult offspring of patients with depression and bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*. 2015;3(2):1-7.

Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo idade, gênero, situação conjugal e ocupação atual.

• Participante 01:	25 anos,	mulher,	noiva,	funcionária pública.
• Participante 02:	40 anos,	mulher,	casada,	do lar.
• Participante 03:	31 anos,	mulher,	casada,	estudante.
• Participante 04:	20 anos,	mulher,	solteira,	do lar.
• Participante 05:	22 anos,	homem,	noivo,	tecnólogo.
• Participante 06:	36 anos,	mulher,	casada,	do lar.
• Participante 07:	43 anos,	mulher,	casada,	vendedora.
• Participante 08:	32 anos,	homem,	casado,	profissional de logística.
• Participante 09:	18 anos,	mulher,	solteira,	do lar.
• Participante 10:	35 anos,	mulher,	casada,	profissional de logística.
• Participante 11:	18 anos,	mulher,	solteira,	estudante.
• Participante 12:	18 anos,	mulher,	solteira,	estudante.
• Participante 13:	29 anos,	mulher,	solteira,	advogada.
• Participante 14:	19 anos,	mulher,	solteira,	estudante.
• Participante 15:	28 anos,	homem,	solteiro,	mecânico.
• Participante 16:	34 anos,	mulher,	casada,	contadora.
• Participante 17:	38 anos,	homem,	casado,	pedreiro.
• Participante 18:	25 anos,	homem,	solteiro,	estudante.
• Participante 19:	22 anos,	homem,	casado,	motorista.
• Participante 20:	42 anos,	homem,	casado,	técnico em enfermagem.
• Participante 21:	23 anos,	homem,	solteiro,	desempregado.

6. DISCUSSÃO GERAL

“(...) Then the mere consciousness of existence, without thought – a condition which lasted long. Then, very suddenly, thought, and shuddering terror, and earnest endeavour to comprehend my true state. Then a strong desire to lapse into insensibility. Then a rushing revival of soul and a successful effort to move. And now a full memory of the trial, of the judges, of the sable draperies, of the sentence, of the sickness, of the swoon. Then entire forgetfulness of all that followed; of all that a later day and much earnestness of endeavour have enabled me vaguely recall.”

The Pit and the Pendulum - Edgar Allan Poe (70 p. 247)

A discussão geral da presente pesquisa se inicia com um trecho do conto de Edgar Allan Poe (70) numa tentativa de, por meio da arte, colocar em palavras o tom da fala dos entrevistados e o clima no qual as entrevistas aconteceram. O material coletado carrega significados psicológicos de intensas e complexas vivências emocionais desses indivíduos no contato com o transtorno de suas mães. Sentimentos de sobressalto, medo, desamparo e resistência foram descritos, assim como no trecho acima. O movimento pendular simboliza as vivências em relação à bipolaridade e à instabilidade do quadro que gera apreensão pelo próximo momento de crise, acompanhada de dor psíquica.

Foram encontradas especificidades reveladas por meio dos significados atribuídos às experiências emocionais dos filhos na relação com suas mães com TAB. Relatos de vivências marcadas pela relação com o transtorno, que muitas vezes se sobreponha às vivências da relação mãe-filho. Dessa forma, a hipótese da presente pesquisa é confirmada. As vivências emocionais foram de fato marcadas pela instabilidade emocional de suas mães, com sentimentos de abandono, raiva, culpa, vergonha e medo. Contudo, uma outra vivência emocional apareceu de forma acentuada nos relatos dos filhos: o sobressalto frente aos desligamentos emocionais de suas mães e suas marcas traumáticas no psiquismo dessas pessoas.

Os achados da presente pesquisa apontam para vivências traumáticas relacionadas com essa situação em relação à mãe de um desligamento emocional que excedeu a capacidade mental de elaboração pelo filho. Para Freud (71), um trauma acontece quando há uma experiência que, em um curto período de tempo, aporta à mente um acréscimo de estímulo excessivamente poderoso para ser manejado ou elaborado de maneira normal.

A associação entre histórico familiar e experiências traumáticas como fator de risco para TAB tem sido discutida na literatura científica (72-74), e seus achados apontam para o fato de que o trauma na infância estaria relacionado ao efeito da história familiar no diagnóstico de TAB (75). Os achados da presente pesquisa propõem uma ampliação dessa compreensão acerca das situações traumáticas no TAB, lançando luz à ideia de que o transtorno da mãe é a origem do trauma, ou seja, de que as experiências traumáticas primárias, vividas com suas mães na primeira infância em relação ao desligamento emocional destas, é que estariam relacionadas ao TAB. Dessa forma, as experiências traumáticas secundárias seriam fatores que colocariam essas pessoas em contato com a mesma experiência emocional daquele primeiro momento traumático do desligamento emocional de suas mães. Ressaltando que o uso da palavra 'desligamento' pressupõe que houve ligação, que o trauma está justamente na instabilidade.

Nos relatos dos entrevistados, a instabilidade aparece como a característica mais marcante do quadro de suas mães, com envolvimento e disponibilidade em períodos de remissão, mas gerando sentimentos de desamparo durante os episódios. Desamparo este que aparece não apenas nas apreensões subjetivas frente às alterações bruscas de comportamento da mãe nos episódios de mania e/ou depressão, mas também na realidade objetivamente percebida nas ausências devido a hospitalizações, por exemplo. Méndez et al. (76) ressaltam que a hospitalização da mãe é vivida como traumática para o filho, principalmente na infância.

Associadas às vivências traumáticas, também aparece nas entrevistas o relato de que os filhos não receberam cuidados nos serviços nos quais suas mães faziam acompanhamento ou foram internadas. Mesmo quando crianças, perceptivelmente assustados frente aos desdobramentos da psicopatologia materna, essas pessoas não sentiram que foram acolhidas ou até mesmo olhadas nos

serviços de saúde. Achado este que corrobora com o de Gladstone et al. (77) que evidenciam a invisibilidade dos filhos de mães com transtornos mentais graves para os profissionais de saúde mental que tratam dos pais. Além disso, as autoras assinalam que as pesquisas que se baseiam na resiliência dessas crianças ou no fato de serem uma população de risco de desenvolverem psicopatologias apenas reforçam essa invisibilidade em relação ao que realmente as afeta.

Menezes (78) ressalta que a característica do trauma diz respeito ao não-dito, ao silenciamento daquilo que foi feito ao sujeito. De acordo com esse autor, se o acontecimento pudesse ser reconhecido diante do próprio sujeito, perderia seu caráter traumático, ganharia sentido e seria possível a elaboração. Do mesmo modo, Mészáros (79) defende que o trauma não se torne um segredo ou um tabu e alerta que a presença ou ausência de uma pessoa de confiança é o que define a medida em que a experiência traumática afetará a pessoa e influenciará o seu destino a longo prazo. O autor ressalta a importância da situação social de ajuda emocional e intelectual que oferece uma oportunidade para processar o trauma e diminuir os sentimentos de ansiedade, culpa, vergonha e a experiência de estar tão impotente e indefeso.

Observou-se que os entrevistados ficaram surpresos ao receberem o convite para uma pesquisa que tinha como objetivo compreendê-los. Demonstraram-se emocionados pelo interesse neles e em suas histórias. Dessa forma, os achados da presente pesquisa sugerem que a angústia diante da invisibilidade nos serviços de saúde também pode ser secundária, devido ao fato de que esses filhos já experienciam invisibilidade nos momentos de desligamento emocional de suas mães e possivelmente carreguem essa marca emocional. Winnicott (52), em seu artigo sobre o papel de espelho da mãe no desenvolvimento infantil no qual aborda a situação patológica do bebê que vê no rosto de sua mãe o reflexo do humor dela, ao invés da percepção de si próprio, ressalta essa vivência emocional. Para o bebê sua sensação de existência depende do significado que ele tem para a figura materna, e se esse significado se perde nesses momentos de crise da mãe, ele teria a apreensão emocional da invisibilidade.

Outro ponto importante a respeito deste momento, também ressaltado por Winnicott (52), é que estes bebês que vivenciaram a falha na função especular da mãe não abandonariam a esperança e partiriam a estudar o objeto mãe de todas as

maneiras possíveis, a fim de buscar nele o significado que ali deveria estar. Estudam suas feições, numa tentativa de predizer o humor da mãe, exatamente como se dão os estudos naturais para apreensão do tempo. Assim pode-se associar a um dos achados da presente pesquisa um registro de tempo particular nesses filhos, que deixa de ser linear com relatos da infância até a vida adulta, para ser marcado pela experiência da repetição dos episódios da mãe. Pode-se pensar na associação do tempo nas suas histórias, marcado pelos episódios da mãe, como se a apreensão do tempo e o humor da mãe estivessem interligados.

Os relatos dos entrevistados trazem a importância em relação ao olhar materno. Contam de uma busca de algo no olhar da mãe que defina, que funcione como um elemento de balizamento numa tentativa de enquadrar para a condição instável em que vivem. Pode-se entender esse comportamento feito com a finalidade de prever episódios e assim também a busca de uma certa segurança na relação com a mãe. Entretanto, observa-se que, por mais que haja um desejo de previsibilidade, os episódios são sempre vividos com sobressalto.

Winnicott (52) apresenta um relato de caso no qual sua paciente traz as obras de Francis Bacon, com rostos desfigurados e a predileção do artista por enquadrá-los em molduras e vidro, os quais, juntamente com fundos escuros comuns em suas pinturas, podem refletir também o rosto de quem as contempla.



Bacon, 1969

Na perspectiva Winnicotiana pode-se associar os achados em relação ao olhar da mãe e a busca que os participantes do presente estudo relatam, ao tentar prever seus episódios e até mesmo a forma como essa mãe poderá recebê-los.

Entende-se que esses rostos desfigurados pintados por Bacon propõem uma aproximação ao sobressalto vivenciado no contato com a loucura da mãe, o que impacta pela experiência emocional do inesperado defeito na imagem. Aquela mesma mãe que outrora era carinhosa e atenciosa, agora está desligada do contato emocional com seu filho.

Em um processo de resignificação, os entrevistados trazem à memória sentimentos de culpa e relatam que, de certa forma, acabavam por assumir o papel de culpados até mesmo pelas alterações de humor de suas mães e pela sua própria invisibilidade. Os filhos estudados referem recordações da infância permeadas pela insegurança na relação com suas mães e a percepção da presença da enfermidade materna desde muito cedo, assim como os filhos de mães com TAB estudados por Méndez et al. (76).

Os participantes da presente pesquisa relatam preocupação, mesmo quando tão pequenos, quanto a poderem se mostrar espontâneos, ou terem que se apresentar apenas obedientes diante da percepção de que havia algo com que suas mães não conseguiam lidar e a que, impulsionados pela culpa, procuravam se adaptar. O que se mostra relacionado ao que foi descrito no estudo de Bin et al. (46), sobre a tendência dos pacientes com TAB de apresentarem intensa autocrítica geradora de angústia e que podem projetá-la nas pessoas com quem convivem. Dessa forma, aos filhos resta apenas uma postura obediente a fim de evitar conflitos, e como depositários dessas projeções sentem-se também cobrados ao amadurecimento precoce e rejeitados em seus atos espontâneos.

Associa-se também aos achados da pesquisa de Tonelli (48) em relação à existência de possíveis prejuízos nos pacientes com TAB em compreender outras pessoas afetiva e cognitivamente. Segundo esse autor, esse prejuízo na percepção de estados mentais compromete suas habilidades de estabelecerem relacionamentos interpessoais saudáveis, gerando tensão e comprometendo o quadro clínico. Pode-se pensar que os filhos captam essa limitação de suas mães e procuram lidar com esse aspecto de forma a poupá-las, adaptando-se a essa condição.

Tonelli (48) também encontrou que os pacientes com TAB relatam associação entre problemas nas relações interpessoais e o desencadeamento de episódios maníacos e, de acordo com os achados da presente pesquisa, essa

associação possivelmente está na base do sentimento de culpa dos filhos, como se confirmassem a ideia proveniente de um pensamento onipotente infantil, que os deixam vulneráveis à sensação de culpabilidade pelas alterações de humor de suas mães. Achado que corrobora com Méndez et al. (76) ao encontrarem a culpa como o elemento prevalente nos filhos de mulheres com TAB.

Os relatos dos entrevistados também trazem como repercussão desse sentimento de culpa a necessidade da dedicação ao cuidado às mães, como se eles precisassem cuidar delas para reparar o que pensam que fizeram. Confirmou-se, assim, a outra hipótese do presente estudo que dizia respeito à função precoce de cuidador a que são impelidos a desempenhar e na qual utilizam recursos psicológicos ainda precários para lidar com os episódios de crise de suas mães e com a responsabilidade precocemente invertida no cuidado à mãe.

Os participantes contam sobre um amadurecimento precoce sustentado pelo sentimento de culpa. Relatam uma sensação de orfandade, como se não tivessem conseguido introjetar a função materna como cuidadora e não tendo uma estrutura mental para cuidar de si próprios criam uma estrutura defensiva nesse papel de adultos precoces.

Referem uma sensação de que suas vidas nunca foram prioridade e, seguindo esta linha de raciocínio, associam-se aos achados do presente estudo sobre o desinvestimento afetivo das mães com os de Chang et al. (20) nos quais, na perspectiva dos filhos, os pais com TAB são vistos como menos promotores de independência e menos incentivadores para suas realizações pessoais.

Pode-se compreender esses pensamentos dos filhos em relação às suas próprias vidas, com as dificuldades em gerir seus sentimentos e necessidades, considerando o que Klimes-Dougan et al. (80) trazem em um estudo no qual encontraram que os pais deprimidos podem deixar de cultivar capacidades regulatórias em seus filhos, incluindo teste de realidade e a internalização de sentimentos de angústia, e essa falha deixa a criança sozinha a tentar entender esses extremos emocionais. Como resultado, a criança pode inadvertidamente internalizar seus sentimentos, intenções e necessidades, ao longo do tempo, gerando pensamentos que divergem das reais representações de seu mundo. Uma mãe que sofre de TAB pode não responder bem aos problemas de auto-regulação

em seus filhos, agravando ainda mais uma relação mãe-filho potencialmente desregulada (80).

Os entrevistados referem que se sentiam desamparados e rejeitados por suas mães, assim como aparece nos achados de Rusner et al. (81) que ressaltam um paradoxo constante no contato com pacientes com TAB no que se refere à sensação de serem necessários *versus* rejeitados. Tais achados opõem-se aos encontrados por Reichart et al. (43), nos quais os filhos se sentiam menos rejeitados no contato com a mãe com TAB em comparação ao grupo controle. Entretanto, esses autores ressaltam que a sensação de rejeição aparecia de forma mais acentuada nos filhos de mães com TAB que apresentavam psicopatologias.

A rejeição é um aspecto constantemente relatado pelos entrevistados do presente estudo e também aparece nos relatos acerca da adolescência, porém referem que nessa época da vida eles conseguem reagir a essa situação com indignação por conseguirem associá-la ao quadro clínico e assim não se sentem mais culpados. As demandas de suas mães são sentidas como invasivas e aparecem movimentos reativos com a finalidade de se contraporem a elas. Movimentos estes que são acompanhados de agressividade comparável àquela de suas mães nos conflitos presenciados na infância.

É por meio das memórias da adolescência que surgem nas entrevistas os primeiros relatos da percepção da semelhança entre seus comportamentos e os episódios de suas mães. Os filhos se sentem identificados com os sintomas maternos, principalmente em relação à agressividade, afetando a formação de suas identidades. Aparece, então, uma preocupação significativa quanto ao risco de vir a desenvolver os mesmos sintomas, em especial por meio de identificação das filhas mulheres com a mãe, assim como os filhos estudados por Bauer et al. (82) que também relataram medo de desenvolverem TAB.

A agressividade é uma característica marcante em crianças em idade pré-escolar com pais com TAB de acordo com o estudo de Maoz et al. (83). O que pode ser entendido como uma forma de extravasar toda pressão que sentem na relação com a mãe, expressão da insegurança em que vivem. Os achados da presente pesquisa trazem a questão da agressividade também na adolescência, como o que foi encontrado na pesquisa de Narayan et al. (84) que ressaltam que é nessa fase que os conflitos interpessoais são tipicamente intensificados. Esses autores

identificam que o que contribuía para a agressividade na adolescência estaria associado ao fato de que as mães com TAB cometiam mais violência interparental do que as mães deprimidas ou as do grupo controle saudável.

De acordo com os relatos dos entrevistados em relação a época em que eram adolescentes, sentimentos de vergonha tomam o lugar da insegurança da infância ao se darem conta da perda do contato com a realidade que suas mães vivenciam nos episódios. Desse modo, os filhos relatam isolamento social com a finalidade de proteção e acabam por renunciar à adolescência. Os prejuízos dessa renúncia estão ligados ao que Winnicott (85) assevera sobre a importância da imaturidade na adolescência, pois nela estão contidos os aspectos do pensamento criativo. Segundo esse autor, seria apenas a passagem do tempo e as experiências do viver, que conduziriam à maturidade, e enquanto esse crescimento encontra-se em progresso, a responsabilidade tem de ser assumida pelas figuras parentais. Se essas figuras abdicam dessa responsabilidade, então os adolescentes têm de passar para uma falsa maturidade, e perder assim, a liberdade de ter ideias e de agir de acordo com seus impulsos, com espontaneidade.

É dessa forma que esses filhos chegam à fase adulta e, sem poder contar com a criatividade e a espontaneidade, sentem-se aprisionados aos cuidados às suas mães. E assim se confirma, em termos, a última das hipóteses da presente pesquisa. Essas pessoas desenvolveram estratégias, como por exemplo a racionalização que foi tida como hipótese, porém não houve a negação. Os filhos se mostraram em contato direto com a dor emocional.

Os dados sugerem que a angústia que aparece na infância em relação ao desligamento emocional materno é mantida ao longo de suas vidas e a sensação de desamparo aparece constantemente nas entrevistas. Foi possível compreender essa vivência como algo um pouco mais complexo do que se pode supor. Por um lado, há uma ausência real dos cuidados maternos diários devido aos episódios de crise da mãe e de internações, como visto anteriormente, porém a presente pesquisa revela um outro aspecto dessa questão, o da sujeição como um ato produzido pelos filhos de abandonar suas próprias vidas para se dedicar aos cuidados à mãe. Tal achado está de acordo com os de Ostiguy et al. (86), em que os filhos de pacientes com TAB apresentaram maiores dificuldades interpessoais e reportaram maior estresse crônico em relação ao grupo controle quanto às relações familiares, finanças, saúde

de si próprios e dos membros da família. De modo semelhante, as mães que receberam o diagnóstico de TAB estudadas por Mowbray et al. (87) relataram a percepção de que o transtorno foi um preditor significativo para o número de problemas em seus filhos adultos.

Os entrevistados parecem não identificar outra forma de melhorar a relação mãe-filho senão por meio da abdicação das escolhas pessoais para se dedicarem intensamente aos cuidados com a mãe. Referem a criação de estratégias para prever os episódios, administrar medicação e, por fim, assumir cuidados diários, numa inversão de papéis, cada vez mais constante.

Embora os filhos tenham uma compreensão em relação ao transtorno de suas mães e suas implicações, os achados revelam que essa compreensão do TAB feita por meio da experiência dos filhos permanece no plano da racionalidade e eles demonstram não conseguir manejá-las de forma efetiva, sentindo-se aprisionados. O que pode ser associado aos achados de Bauer et al. (82) sobre a tendência dos filhos em utilizar formas depressivas de enfrentamento. Inclusive os resultados encontrados por Pavlickova et al. (88) indicam que a vulnerabilidade psicológica dos filhos ao TAB pode envolver a incapacidade de empregar estratégias adaptativas de enfrentamento para lidar com o seu próprio humor deprimido. Os entrevistados da presente pesquisa percebem suas mães progressivamente dependentes de seus cuidados exclusivos, recusando outras pessoas, o que acaba por servir de justificativa para não dividirem tarefas e para ficarem resignados na postura de cuidadores.

Ao mesmo tempo em que os participantes referem estratégias para lidar com o transtorno também relatam sentirem-se sobrecarregados e frustrados, assim como no estudo de Bauer et al. (82) é demonstrado que esse tipo de responsabilidade é vivenciado como um fardo e identificado por um sofrimento específico dos filhos cuidadores como efeito psicossocial do transtorno materno, desde a infância e que persiste na vida adulta. Esses autores ressaltam o impacto do TAB na família e os prejuízos correlatos enfrentados pelos filhos no funcionamento no trabalho ou escola.

Os participantes da presente pesquisa trabalham e/ou estudam, têm companheiros estáveis, conseguem seguir com suas vidas e embora tenham cumprido o que culturalmente é esperado, os achados sugerem a marca de

frustrações e de sensação de insatisfação com a própria vida. Contam que nunca tiveram sonhos, e tampouco grandes realizações, sugerindo aproximação ao que foi descrito por Winnicott (53) a respeito do falso *self* e por Green (56) em relação aos sintomas de fracasso de uma vida afetiva amorosa ou profissional, insatisfação profunda e impotência na resolução de conflitos, característicos de uma pessoa que carregaria consigo vazios mentais originados de momentos de desinvestimento massivo, radical e temporário da mãe na infância.

Em relação a esses momentos de desinvestimento, os participantes da presente pesquisa relatam sentirem medo. Esse sentimento aparece na percepção dos filhos em relação à impossibilidade de acessar suas mães e referem o ímpeto por contato emocional, por meio de movimentos de buscar essa mãe, cercando-a na expectativa desse reencontro, temendo que ele não aconteça.

Este medo pode ser entendido como resultado da apreensão daqueles momentos em que aparentemente se perdiam aspectos da relação mãe-filho, mas aparece também nos relatos dos entrevistados uma preocupação em relação às suas mães no que se refere ao tema da morte. Os filhos contam terem presenciado tentativas de suicídio e ameaças diversas de envenenamento da família, ou da morte por meio de atos violentos, como facadas ou espancamentos. Achados que corroboram com os de Moreno et al. (33) nos quais os filhos estudados por eles sofreram abuso físico e/ou psicológico e em comparação aos controles apenas a prole com TAB presenciou tentativas de suicídio de suas mães.

Como o estudo de Johnson e Fristad (89) demonstra, há alto índice de comportamento suicida na população de pacientes com TAB e, por esse motivo, há a importância de se trabalhar essas questões com os pacientes e de cuidar dos descendentes, que podem sofrer os efeitos de terem pais com TAB. Os filhos também apresentam risco elevado de ideação suicida, em comparação com a prole de grupos controles (18,89). Os entrevistados da presente pesquisa contam de ideações suicidas e comportamentos semelhantes aos de suas mães.

A ideação suicida nesses filhos pode ser pensada como uma tentativa de matar a parte do psiquismo que está identificada com a mãe a fim de preservar a parte saudável, a individualidade, o que estaria de acordo com a proposição de Winnicott (53) acerca do propósito do *false self* da proteção e da busca de condições para que o verdadeiro *self* possa emergir. Frente ao risco de uma impossibilidade ou

falência das defesas, pode restar ao *false self* a tarefa de organizar o suicídio para, por meio da destruição do *self* total, evitar o aniquilamento do *self* verdadeiro.

Os filhos referem que esse tema da morte faz parte de suas vidas e entendem como associado ao TAB, entretanto, colocam-se como responsáveis pela manutenção da vida de suas mães, o que se torna mais um motivo para a dedicação aos cuidados a elas. Pode-se observar que uma das implicações da exposição às tentativas de suicídio de suas mães é a sensação da necessidade de vigilância constante dos filhos, acompanhada de culpa nos momentos em que eles precisam se ausentar para frequentar a escola ou ir ao trabalho.

No estudo qualitativo de Bauer et al. (82) os filhos relatam sentirem falta de apoio emocional, mas experienciam os cuidados que precisam dar aos pais com TAB como recompensadores, no sentido de que eles identificam aspectos positivos, de enriquecimento pessoal e de aprendizado para a vida. Os participantes da presente pesquisa também relatam sentirem-se recompensados pela proximidade com as mães e pelo aprendizado pessoal, todavia sobrecarregados. Pode-se ampliar essa compreensão, já relatada na literatura, com a análise de uma outra perspectiva desse fato: a de que esses filhos, em uma não separação de suas mães, colocam seus desejos como menos importantes do que a saúde da mãe, restando a eles apenas a resignação na postura de cuidadores, em detrimento das emoções das conquistas pessoais.

Os resultados da presente pesquisa sugerem olhar para os filhos e suas singularidades, em acordo com o que afirma Gladstone et al. (77) sobre a necessidade de ver para além da resiliência e também do fato de serem uma população de risco. Enquanto sustentarem-se esses rótulos, não será possível vê-los de fato e talvez as equipes de saúde possam ser porta-vozes do sofrimento desses filhos, estimulá-los a buscar sonhos e a lidar com sentimentos de culpa.

Contudo, antes de trazer à discussão as implicações clínicas desses achados, faz-se importante discorrer sobre as limitações desse estudo. A análise apresentada nesta pesquisa trata da interpretação dos pesquisadores envolvidos sobre o que os entrevistados relataram de suas experiências emocionais. Outro ponto que deve ser ponderado diz respeito à abrangência dos tópicos de discussão propostos, o que também pode ser entendido como uma limitação e, desse modo, sugere-se que novas pesquisas sejam feitas com recortes mais específicos, como,

por exemplo, separando-se os entrevistados de acordo com o gênero, visto que foi encontrada uma peculiaridade no relato das filhas mulheres no que se refere à identificação feminina. Tais aspectos podem ser investigados mais profundamente, inclusive contemplando os fatores culturais.

Diferenças encontradas entre os gêneros também foram identificadas por Freed et al. (45) que ressaltam maiores índices de transtorno de ansiedade em filhas mulheres, corroborando com Gutt (38) que além disso encontrou prevalência de transtorno depressivo maior nos filhos. Linnen et al. (90) identificaram que as filhas de mães com TAB são mais cordatas e os filhos mais desafiadores.

Outro fator que também pode ser indicado como uma limitação se refere ao fato de que este estudo aconteceu em um ambulatório de um hospital terciário e que por essa característica recebe casos extremos. Portanto, aqui aparecem relatos de vivências muito intensas, como a de uma mãe que esfaqueou seu filho e atirou em si mesma. Enfim, relatos de extrema violência que possivelmente não se encontrariam na maioria dos casos com TAB materno em outros contextos. Além disso, como este estudo não se propôs a estabelecer conexões causais tampouco comparações, não é possível determinar a partir dos achados o que faz com que filhos das mulheres com TAB venham a desenvolver transtornos psiquiátricos, porém os resultados ressaltam a importante tarefa dos profissionais de saúde a fim de trabalhar na proteção da possibilidade dos desdobramentos aqui demonstrados.

Isto posto, a equipe envolvida no tratamento do TAB pode se instrumentalizar de forma mais adequada a partir da compreensão das vivências emocionais dos filhos das mulheres com TAB detalhadas neste estudo. Ressalta-se a necessidade de auxílio aos filhos, que pode ser feito por meio de grupos de apoio para orientações psicoeducacionais referentes ao manejo no contato diário com essas mães. Também é importante prover suporte emocional para acolhimento de suas angústias e uma possível identificação da necessidade de acompanhamento individualizado. O que corrobora com as indicações de Petresco et al. (36), Klimes-Dougan et al. (80), Goldstein et al. (18), Moreno et al. (33), Simeonova et al. (91), Johnson et al. (51), Cullen et al. (39), Narayan et al. (84), Freed et al. (45) e Doucette et al. (50), que também trazem como repercussão clínica de seus achados que sejam feitas intervenções familiares, inclusive precoces, psicoeducação e/ou acompanhamento dos filhos nos casos de mães com TAB.

A inclusão da família tornou-se condição necessária para o tratamento do TAB (92) e vem sendo recomendada nas principais diretrizes de manejo do transtorno (4,10). Existe uma influência mútua entre o TAB e a família, o curso do transtorno pode ser afetado pelas atitudes familiares e o mesmo também tem um grande impacto no funcionamento e no sofrimento da família (93), assim como foi possível identificar nos resultados aqui demonstrados. Diante disso, a abordagem familiar é parte fundamental do tratamento e pode ser feita por meio de orientações à família, psicoeducação ou psicoterapia familiar (92).

Roso, Moreno e Costa (94) relatam que, além dos benefícios de intervenções psicoeducacionais associadas ao tratamento de pacientes com TAB, é possível adequar essa abordagem a grupos grandes e abertos que incluam pacientes, familiares e interessados no tema, como forma de se adaptar essa necessidade à realidade brasileira. Contudo, os achados do presente estudo ressaltam a necessidade de um contato próximo dos profissionais de saúde com os filhos, diante das necessidades específicas aqui relatadas. Dessa forma, seria mais efetivo que esses grupos fossem feitos paralelamente ao acolhimento dos descendentes.

A presente pesquisa ressalta a necessidade de que a atenção psicossocial aos filhos seja priorizada considerando, em especial, o caráter traumático na infância e a tendência identificada na vida adulta de negligenciar aspectos da própria vida para se dedicarem aos cuidados das mães. Considerando o caráter traumático da vivência, há a necessidade da presença de um outro que faça a função de legitimar o vivido e de auxiliar na sua elaboração (78,79,95). Um profissional capacitado para receber esses filhos quando da vinda da mãe em emergências, diante de tentativas de suicídio ou em internações.

Bauer et al. (82) também asseveram acerca da urgência no suporte profissional para a prole de pacientes com TAB. Esses autores defendem que a promoção do suporte profissional aos filhos de pais com TAB deve se tornar um cuidado padrão nos serviços hospitalares.

Freed et al. (45) ressaltam a importância de se concentrar nos processos familiares para prevenção do TAB, em particular para os pré-adolescentes. Os autores assinalam que o avanço do conhecimento sobre os fatores de risco psicossociais tem o potencial de reduzir as trajetórias de desenvolvimento adversas

da prole em risco para TAB e outras psicopatologias, bem como para diminuir o ônus para a sociedade de tais distúrbios.

Moreno et al. (33) sugerem que, diante dos fatores de risco ambientais, a psicoeducação no TAB deve incluir a orientação do cuidado materno. Considerando as influências da hereditariedade no prognóstico, intervenções familiares podem significar redução do estresse ambiental e reduzir assim o risco de TAB nessa população vulnerável. O que está de acordo com o que foi discutido na presente pesquisa no que se refere aos aspectos emocionais envolvidos na relação mãe-filho desde a primeira infância.

Petresco et al. (36) ressaltam a importância de uma abordagem abrangente que inclua o ambiente familiar do paciente e que os filhos devem ser acompanhados prospectivamente até a idade do início mais provável dos transtornos psiquiátricos, particularmente os transtornos do humor, a fim de verificar sinais prodromáticos de tais distúrbios e possivelmente minimizar ou prevenir o sofrimento.

Méndez et al. (76) defendem que a rede de saúde mental deveria aumentar sua participação neste processo e diminuir a indiferença em relação aos descendentes de pacientes com transtornos mentais graves. Esses autores ressaltam a necessidade de garantir maior conhecimento teórico aos filhos acerca da enfermidade mental, esclarecendo dúvidas e preparando a família para que também possa conversar com seus filhos. Ressaltam a necessidade de se estar sempre atento ao fato de que o conhecimento adequado do transtorno mental é o primeiro passo para prevenir consequências adversas relacionadas com ter uma mãe que padece (76). Assim como foi relatado pelos entrevistados do presente estudo que se sentiram menos culpados ao conseguirem associar alguns comportamentos de suas mães com os sintomas característicos do transtorno.

Em relação ao risco de suicídio nos filhos, Goldstein et al. (18) sugerem uma relação entre fatores de risco clínicos específicos e ideação suicida entre descendentes de pais com TAB e que a avaliação do risco de suicídio para esses filhos deve atentar-se para diagnósticos do Eixo I nos jovens, em particular os transtornos do humor, bem como se houver recentes abusos sexuais. Os tratamentos para essas famílias devem incluir o gerenciamento do risco de suicídio, além do tratamento para as condições do Eixo I. Esses autores ressaltam que as

intervenções familiares podem concentrar-se na diminuição do conflito familiar, ao passo que as intervenções individuais podem visar à hostilidade excessiva.

De todo modo, como afirmam Reinares et al. (96), os benefícios das intervenções familiares são inquestionáveis. Os autores defendem que o envolvimento da família deva acontecer o quanto antes e ajustado às necessidades e características de cada paciente e de seus familiares. Dessa forma, a intervenção familiar contribuirá para a redução do risco de recidiva do paciente e aos comprometimentos psicossociais e funcionais, para a melhora da saúde e do bem-estar de todos os membros da família e até mesmo para reduzir e otimizar os recursos socioeconômicos para o tratamento do TAB (96).

7. CONCLUSÃO

A partir da análise e do aprofundamento das vivências emocionais dos filhos adultos de mães com TAB, considera-se que os objetivos da presente pesquisa foram atingidos. Foi possível compreender, em um processo de ressignificação desses filhos, os significados psicológicos atribuídos à experiência de crescer com uma mãe com um transtorno grave, incapacitante e principalmente impactante por sua evolução fásica, com períodos e manifestações muito diferentes. A ênfase consistiu em como foi assistir a tudo isso, nas experiências emocionais suscitadas por essas características tão peculiares do quadro psiquiátrico que permeavam a relação mãe-filho, ou seja, o ponto central em relação aos achados foi o TAB como experiência e suas implicações na vida dos entrevistados.

Os relatos apresentaram as marcas traumáticas da experiência de sobressalto frente aos episódios de mania e/ou depressão e frente à instabilidade com consequentes desligamentos emocionais de suas mães. Dessa forma, os achados lançaram luz aos sofrimentos desses filhos que cresceram em busca de uma mãe que se mostrava e se escondia, se fazia-se presente e os deixava desamparados. Os filhos mostram-se aprisionados pela busca por aquela mãe que, na remissão dos sintomas, é afetiva e cuidadosa.

No que se refere às vivências emocionais dos filhos em relação a sua infância e adolescência com uma mãe com TAB, identificou-se a percepção precoce do quadro materno, uma preocupação em se adaptar a essa condição e a sentimentos de culpa que são intensificados na infância. Além disso, apareceram relatos de rejeição e insegurança e a percepção do quanto foram depositários das angústias de suas mães. Na adolescência, aparecem sentimentos de medo ao se identificarem com os sintomas maternos, principalmente a agressividade.

Em relação à forma como os filhos lidaram com as experiências da infância e da adolescência na relação com a mãe, os resultados da presente pesquisa ressaltam que embora eles tenham se mostrado resilientes, com algumas conquistas individuais, os participantes relataram a falta de satisfação pessoal e a carência de qualquer estímulo ou apoio para alcançar metas ou gerir a própria vida de acordo com seus desejos.

E, assim é alcançado o último dos objetivos específicos da presente pesquisa, ao identificar e compreender a forma como os filhos lidaram com as experiências da infância e da adolescência na relação com a mãe. Aparecem movimentos de sujeição às demandas maternas e abdicação das escolhas pessoais. Dessa forma, os resultados aqui apresentados proporcionam a ampliação da compreensão a respeito do TAB e de seu impacto na família do paciente, assim como suas influências na vida dos descendentes. A relevância e a originalidade do presente estudo estão na abordagem relativamente inédita da articulação dos fatores encontrados na literatura científica com os achados de campo, que permitiram a expansão da compreensão da dinâmica mãe-filho nos casos de TAB com o aprofundamento no conhecimento das experiências emocionais dos filhos dessas pacientes.

Depreende-se, a partir desses achados, que é de fundamental importância o acolhimento dos filhos dessas mulheres. Deve ser considerado, portanto, um espaço psicoterapêutico no qual eles possam dar legitimidade a suas questões pessoais e, por meio do autoconhecimento, sustentar a angústia suscitada principalmente pelos sentimentos de culpa em relação ao transtorno da mãe além de se permitirem criar seus próprios desejos, sua individualidade. O tratamento psicoterapêutico deve visar torná-los aptos a manejar as questões cotidianas em relação aos cuidados com suas mães em um equilíbrio possível com as conquistas pessoais e suas próprias vidas.

Da mesma forma, a orientação psicoeducacional teria um importante papel para proporcionar um espaço para reflexões e acolhimento de questões cotidianas e poderia ser feito em grupos para que os filhos pudessem se identificar nos sofrimentos compartilhados e não buscassem isolamento social. Desse modo, a presença de uma equipe de saúde formada por profissionais capazes de compreender essas questões apresentadas na presente pesquisa seria fundamental para que o tratamento do TAB também envolva o cuidado psicossocial aos filhos, a fim de protegê-los das repercussões aqui identificadas.

8. REFERÊNCIAS

1. Sartre JP. Saint Genet: Comédien et martyr. Paris: Gallimard, 1952.
2. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
4. World Health Organization (WHO). Chapter V Mental and behavioural disorders (F00-F99) Mood [affective] disorders (F30-F39) 2006 Updated. Geneva: World Health Organization. [acesso em 22 de março de 2013]. Disponível em:
<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2007/index.htm?gf50.htm>
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
6. World Health Organization (WHO). The global burden of disease. 2004 Updated. Geneva: World Health Organization; 2008. [acesso em 22 de março de 2013]. Disponível em:
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html
7. Angst J. The bipolar spectrum. Br J Psychiatry. 2007;190:189-91.
8. Angst J. Bipolar disorder—methodological problems and future perspectives. Dialogues Clin Neurosci. 2008;10(2):129–39.
9. Abreu LN, Beny L, Baca-Garcia E, Oquendo MA. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. Rev. Bras. Psiquiatr. 2009 set; 31(3):271-80. doi: 10.1590/S1516-44462009005000003
10. National Institute for Health and Clinical Excellence. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescence, in primary and secondary care. London: NICE; 2006. NICE Clinical Guideline 38. <http://guidance.nice.org.uk/CG38>
11. Clatworthy J, Bowskill R, Rank T, Parham R, Horne R. Adherence to medication in bipolar disorder: a qualitative study exploring the role of patients'

- beliefs about the condition and its treatment. *Bipolar Disord.* 2007 Sep;9(6):656-64. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00434.x
12. Schulze TG. Genetic research into bipolar disorder: the need for a research framework that integrates sophisticated molecular biology and clinically informed phenotype characterization. *Psychiatric Clinics of North America.* 2010;33(1):67-82.
 13. Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry.* 1997 Aug;42(6):623-31.
 14. Michelon L, Vallada HP. Genética do transtorno bipolar. *Rev. Bras. Psiq.* 2004;26(3):12-6.
 15. Mesman E, Nolen WA, Reichart CG, Wals M, Hillegers MHJ. The Dutch Bipolar Offspring Study: 12-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry.* 2013;170(5):542-49
 16. Birmaher B, Axelson D, Monk K, Kalas C, Goldstein B, Hickey MB, et al. Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring Study. *Arch Gen Psychiatry.* 2009 Mar;66(3):287-96. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.546.
 17. Klimes-Dougan B, Lee C-YS, Ronsaville D & Martinez P. Suicidal risk in young adult offspring of mothers with bipolar or major depressive disorder: a longitudinal family risk study. *J. Clin. Psychol.* 2008;64:531-40. doi: 10.1002/jclp.20468
 18. Goldstein TR, Obreja M, Shamseddeen W, Iyengar S, Axelson DA, Goldstein BI et al. Risk for Suicidal Ideation Among the Offspring of Bipolar Parents: Results from the Bipolar Offspring Study (BIOS). *Archives of Suicide Research.* 2011;15(3):207-22.
 19. Peters S, Pontin E, Lobban F, Morriss R. Involving relatives in relapse prevention for bipolar disorder: a multi-perspective qualitative study of value and barriers. *BMC Psychiatry.* 2011;11:172. doi: 10.1186/1471-244X-11-172.
 20. Chang KD, Blasey C, Ketter TA, Steiner H. Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disord.* 2001;3:73-8. doi: 10.1034/j.1399-5618.2001.030205.x

21. Mrazek DA, Agathen JM. Psychiatric Disturbances in Children of Parents with Bipolar Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*. 2002 Jul;8(4):196-204
22. Post RM, Leverich GS, Fergus E, Miller R, Luckenbaugh D. Parental attitudes towards early intervention in children at high risk for affective disorders. *J Affect Disord*. 2002 Jul;70(2):117-24.
23. Chang KD, Blasey CM, Ketter TA, Steiner H. Temperament characteristics of child and adolescent bipolar offspring. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 77(1), 11-9.
24. Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, Walshaw PD, Nusslock R, Neeren AM. The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review*. 2005;25,1043-75. doi:10.1016/j.cpr.2005.06.006
25. Henin A, Biederman J, Mick E, Sachs GS, Hirshfeld-Becker DR, Siegel RS et al. Psychopathology in the Offspring of Parents with Bipolar Disorder: A Controlled Study. *Biological Psychiatry*. 2005;58(7):554-61
26. Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A, Faraone SV, Dowd ST, De Petrillo LA et al. Psychopathology in the young offspring of parents with bipolar disorder: a controlled pilot study. *Psychiatry Research*. 2006;145(2):155-67.
27. Klimes-Dougan B, Ronsaville D, Wiggs EA, Martinez PE. Neuropsychological Functioning in Adolescent Children of Mothers with a History of Bipolar or Major Depressive Disorders. *Biological Psychiatry*. 2006;60(9):957-65. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.031
28. Singh MK, DelBello MP, Stanford KE, Soutullo C, McDonough-Ryan P, McElroy SL et al. Psychopathology in children of bipolar parents *Journal of Affective Disorders*. 2007;102(1),131-36.
29. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Monk K, Kalas C, Obreja M et al. Psychiatric Disorders in Preschool Offspring of Parents with Bipolar Disorder: The Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS). *The American journal of psychiatry*. 2010;167(3):321-30. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09070977.
30. Bella T, Goldstein T, Axelson D, Obreja M, Monk K, Hickey MB, et al. Psychosocial functioning in offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2011;133(1-2):204-11. doi:10.1016/j.jad.2011.03.022.

31. Diler RS, Birmaher B, Axelson D, Obreja M, Monk K, Hickey MB, et al. Dimensional psychopathology in offspring of parents with bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2011;13(7-8):670-8. doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00966.x.
32. Zappitelli MC, Bordin IA, Hatch JP, Caetano SC, Zunta-Soares G, Olvera RL, et al. Lifetime psychopathology among the offspring of Bipolar I parents. *Clinics*. 2011; 66(5):725-30. doi:10.1590/S1807-59322011000500003
33. Moreno DH, Bio DS, Petresco S, Petresco D, Gutt EK, Soeiro-de-Souza MG, Moreno RA. Burden of maternal bipolar disorder on at-risk offspring: A controlled study on family planning and maternal care. *Journal of Affective Disorders*. 2012;143,1-3,172.
34. Birmaher B, Goldstein BI, Axelson DA, Monk K, Hickey MB, Fanaet J, et al. Mood lability among offspring of parents with bipolar disorder and community controls. *Bipolar disorders*. 2013;15(3):253-63. doi:10.1111/bdi.12060.
35. Axelson D, Goldstein B, Goldstein T, Monk K, RN, Yu H, Hickey MB, et al. Diagnostic Precursors to Bipolar Disorder among Offspring of Parents with Bipolar Disorder: A Longitudinal Study. *The American Journal of Psychiatry*. 2015;172(7):638-46. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14010035.
36. Petresco S, Gutt EK, Krelling R, Lotufo Neto F, Rohde LAP, Moreno RA. The prevalence of psychopathology in offspring of bipolar women from a Brazilian tertiary center. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(3):240-6.
37. Villa EU, Briceño PG, Palacio JD, García J. Psychopathological profiles of offspring of subjects with bipolar disorder. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Jan 2012;41(1):15-25.
38. Gutt EK. Crianças e adolescentes em risco para esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar: um estudo comparativo [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
39. Cullen KR, Eberly LE, Heller MD, Schlesinger A, Gold PW, Martinez PE, et al. Personality disorders in offspring of mothers with mood disorders: Results from a longitudinal family study. *Psychiatry research*. 2014; 218(3), 303-10.
40. Farchione TR, Birmaher B, Axelson D, Kalas C, Monk K, Ehmann M, et al. D. Aggression, hostility, and irritability in children at risk for bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2007; 9(5), 496-503. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00390.x

41. Duffy A, Alda M, Trinneer A, Demidenko N, Grof P, Goodyer IM. Temperament, life events, and psychopathology among the offspring of bipolar parents. *European child & adolescent psychiatry*. 2007; 16(4), 222-8.
42. Wilson L, Crowe M. Parenting with a diagnosis bipolar disorder. *J Adv Nurs*. 2009 Apr;65(4):877-84. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04954.x
43. Reichart CG, Van Der Ende J, Hillegers MHJ, Wals M, Bongers IL, Nolen WA, Ormel J, et al. Perceived parental rearing of bipolar offspring. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;115:21–8. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00838.x
44. Ellenbogen MA, Hodgins S. The impact of high neuroticism in parents on children's psychosocial functioning in a population at high risk for major affective disorder: A family-environmental pathway of intergenerational risk. *Development and Psychopathology*. 2004; 16, 113-36. doi: 10.1017/S0954579404044438
45. Freed RD, Tompson MC, Wang CH, Otto MW, Hirshfeld-Becker DR, Nierenberg AA, et al. Family functioning in the context of parental bipolar disorder: Associations with offspring age, sex, and psychopathology. *Journal of Family Psychology*. 2015;29(1),108. doi: 10.1037/fam0000048
46. Bin LCP, Campos LKS, Santos Jr A, Turato ER. Significados dos episódios maníacos para pacientes com transtorno bipolar em remissão: um estudo qualitativo. *J. bras. psiquiatr*. 2014 Jul;63(2):142-8. doi: 10.1590/0047-2085000000018.
47. Tonelli HA. Processamento cognitivo "Teoria da Mente" no transtorno bipolar. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(4):369-74.
48. Tonelli HA. Empatia no transtorno afetivo bipolar. *Rev. Psiquiatr. Clín*. 2011;38(5):207-8.
49. Hosang GM, Korszun A, Jones L, Jones I, McGuffin P, Farmer AE. Life-event specificity: bipolar disorder compared with unipolar depression. *Br J Psychiatry*. 2012 Dec;201(6):458-65.
50. Doucette S, Levy A, Flowerdew G, Horrocks J, Grof P, Ellenbogen M, et al. Early parent–child relationships and risk of mood disorder in a Canadian sample of offspring of a parent with bipolar disorder: findings from a 16-year

- prospective cohort study. *Early intervention in psychiatry* 2014;10(5),381-9.
doi: 10.1111/eip.12195
51. Johnson KC, Brennan PA, Stowe ZN, Leibenluft E, Newport DJ. Physiological regulation in infants of women with a mood disorder: examining associations with maternal symptoms and stress. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2014;55(2),191-98.
52. Winnicott DW. Mirror-role of mother and family in child development (1971). In: *Playing and reality*. London: Routledge; 2005. p.149-59.
53. Winnicott DW. Ego Distortion in Terms of True and False Self (1960). In: *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Karnac Books; 1990. p.140-52.
54. Winnicott DW. Primary Maternal Preoccupation (1956). In: *Collected Papers: Through paediatrics to psychoanalysis*. London: Routledge; 2001. p.336-42.
55. Freud S. Mourning and Melancholia (1915). London: Standard Edition; 2006.14;p.237-60.
56. Green A. The dead mother (1980). In Green A. *Life narcissism, death narcissism*. London: Free Association Books, 2001. p.239-73.
57. Rosa JG. *Grande sertão: veredas*. 19 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2007.
58. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
59. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc; 2007.
60. Turato ER. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Rev. Saúde Pública*. 2005;39(3):507-14.
61. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New Brunswick: Aldine Transaction; 1999.
62. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24:17-27.
63. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

- [acesso em 22 de julho de 2013]; Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm
64. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006;14(5):812-20.
65. McCracken G. *The long interview*. Newbury Park, CA: Sage, 1988.
66. Minayo, MCS. *O Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
67. Campos CJG, Turato ER. Content analysis in studies using the clinical-qualitative method: application and perspectives. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2009; 17(2):259-64.
68. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ : British Medical Journal* 2000;320(7227):114-6.
69. Moraes, R. Análise de conteúdo. Porto Alegre: Revista Educação. 1999;22(37)p.7-32.
70. Poe EA. *The Pit and the Pendulum* (1842). In: *The Collected Tales and Poems of Edgar Allan Poe*, (pp. 245-57). London: Wordsworth Editions; 2009.
71. Freud S. *Introductory lectures on psychoanalysis. Fixation to traumas - The unconscious* (1916). London: Standard Edition, 2006:16;p.273-85.
72. Boeira MV, Berni G, Passos IC, Kauer-Sant'Anna M, Kapczinski F. Virginia Woolf, neuroprogression, and bipolar disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2016. doi: 10.1590/1516-4446-2016-1962.
73. Barbosa LP, Quevedo L, Silva GDG, Jansen K, Magalhães P, Pinheiro RT et al. Relationship between maternal depression as a risk factor for childhood trauma and mood disorders in young adults. *Rev. psiquiatr. clín.* 2014; 72-6. doi: 10.1590/0101-60830000000014.
74. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2008;10:867-76.
75. Jansen K, Cardoso TA, Fries GR, Branco JC, Silva RA, Kauer-Sant'Anna M, et al. Childhood trauma, family history, and their association with mood disorders in early adulthood. *Acta Psychiatr Scand*. 2016; 30. doi: 10.1111/acps.12551.

76. Méndez JA, Albornoz-Salas O, Pérez-Olmos I. Percepción de la enfermedad mental materna por los niños. *Rev.Colomb.Psiquiatr.* 2010;39(1):110-33.
77. Gladstone BM, Boydell KM, McKeever P. Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social Science & Medicine.* 2006;62(10):2540-50. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.10.038.
78. Menezes LC. A clínica psicanalítica do trauma. *Revista Brasileira de Psicanálise.* 2005;39(1):131-8.
79. Mészáros J. Building blocks toward contemporary trauma theory: Ferenczi 's paradigm shift. *Am J Psychoanal.* 2010Dec;70(4):328-40. doi: 10.1057/ajp.2010.29.
80. Klimes-Dougan B, Long JD, Lee CYS, Ronsaville DS, Gold PW, Martinez PE. Continuity and cascade in offspring of bipolar parents: a longitudinal study of externalizing, internalizing, and thought problems. *Development and psychopathology* 2010;22(04),849-66.
81. Rusner M, Carlsson G, Brunt DA, Nyström M. The paradox of being both needed and rejected: the existential meaning of being closely related to a person with bipolar disorder. *Issues in Mental Health Nursing,* 2012;33(4):200-8. doi: 10.3109/01612840.2011.653037
82. Bauer R, Spiessl H, Helmbrecht MJ. Burden, reward, and coping of adult offspring of patients with depression and bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders.* 2015;3(2):1-7.
83. Maoz H, Goldstein T, Axelson DA, Goldstein BI, Fan J, Hickey MB, et al. Dimensional psychopathology in preschool offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of child psychology and psychiatry.* 2014;55(2).144-53.
84. Narayan AJ, Chen M, Martinez PP, Gold PW, Klimes-Dougan B. Interparental violence and maternal mood disorders as predictors of adolescent physical aggression within the family. *Aggressive behavior* 2015; 41:253–66.
85. Winnicott DW. Contemporary concepts of adolescent development and their implications of higher education (1968). In: *Playing and reality.* London: Routledge; 2005.p.186-202.
86. Ostiguy CS, Ellenbogen MA, Linnen AM, Walker EF, Hammen C, Hodgins S. Chronic stress and stressful life events in the offspring of parents with bipolar

- disorder. *Journal of affective disorders*. 2009;114:74-84. doi: 10.1016/j.jad.2008.08.006
87. Mowbray CT, Bybee D, Oyserman D, MacFarlane P, Bowersox N. Psychosocial outcomes for adult children of parents with severe mental illnesses: demographic and clinical history predictors. *Health Soc Work*. 2006;31(2):99-108.
88. Pavlickova H, Turnbull OH, Myin-Germeys I, Bentall RP. The inter-relationship between mood, self-esteem and response styles in adolescent offspring of bipolar parents: An experience sampling study. *Psychiatry research* 2015;225(3),563-70.
89. Johnson SL, Fristad M. Bipolar disorders across the lifespan. *J. Clin. Psychol*. 2008;64:365-7. doi: 10.1002/jclp.20469
90. Linnen AM, aan het Rot M, Ellenbogen MA, Young SN. Interpersonal functioning in adolescent offspring of parents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders* 2009;114(1),122-30.
91. Simeonova DI, Attalla AM, Nguyen T, Stagnaro E, Knight BT, Craighead WE, et al. Temperament and Behavior in Toddlers of Mothers with Bipolar Disorder: A Preliminary Investigation of a Population at High Familial Risk for Psychopathology. *Journal of child and adolescent psychopharmacology* (2014);24(10),543-50.
92. Roso MC. Aspectos psicossociais da terapêutica. In: *Transtorno Bipolar do Humor/ Moreno RA e Moreno DH (orgs)*. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.
93. Reinares M, Vieta E. The burden on the family of bipolar patients. *Clin Approaches Bipolar Disord*. 2004; 3(1):17-23.
94. Roso MC, Moreno RA, Costa EMS. Intervenção psicoeducacional nos transtornos do humor: a experiência do Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (GRUDA). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005;27(2),165-165.
95. Magdaleno Jr, R. Elaboraões metapsicológicas sobre o trauma e as patologias do déficit. *Repensando a clínica. Revista Brasileira de Psicanálise*. 2011;45(2):139-50.
96. Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical psychology review* 2016;43:47-57.

9. APÊNDICE

Tabela 1 – Caracterização da amostra: idade, gênero, situação conjugal e ocupação atual.

• Participante 01:	25 anos, mulher, noiva, funcionária pública.
• Participante 02:	40 anos, mulher, casada, do lar.
• Participante 03:	31 anos, mulher, casada, estudante.
• Participante 04:	20 anos, mulher, solteira, do lar.
• Participante 05:	22 anos, homem, noivo, tecnólogo.
• Participante 06:	36 anos, mulher, casada, do lar.
• Participante 07:	43 anos, mulher, casada, vendedora.
• Participante 08:	32 anos, homem, casado, profissional de logística.
• Participante 09:	18 anos, mulher, solteira, do lar.
• Participante 10:	35 anos, mulher, casada, profissional de logística.
• Participante 11:	18 anos, mulher, solteira, estudante.
• Participante 12:	18 anos, mulher, solteira, estudante.
• Participante 13:	29 anos, mulher, solteira, advogada.
• Participante 14:	19 anos, mulher, solteira, estudante.
• Participante 15:	28 anos, homem, solteiro, mecânico.
• Participante 16:	34 anos, mulher, casada, contadora.
• Participante 17:	38 anos, homem, casado, pedreiro.
• Participante 18:	25 anos, homem, solteiro, estudante.
• Participante 19:	22 anos, homem, casado, motorista.
• Participante 20:	42 anos, homem, casado, técnico em enfermagem.
• Participante 21:	23 anos, homem, solteiro, desempregado.

10. ANEXOS

Anexo I – Aprovação CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vivências emocionais de filhos adultos de mães com transtorno bipolar atendidas no Hospital das Clínicas da UNICAMP: um estudo clínico-qualitativo.

Pesquisador: Lia Keuchguerian Silveira Campos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12593713.7.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 299.843

Data da Relatoria: 25/06/2013

Apresentação do Projeto:

Filhos de pacientes com transtorno bipolar apresentam maior risco de desenvolverem psicopatologias e dificuldades psicossociais. O transtorno bipolar é um transtorno do humor e caracteriza-se por estados emocionais com sinais e sintomas persistentes por semanas ou meses, com acentuado desvio do desempenho habitual dos indivíduos e com recorrência periódica ou cíclica. O presente estudo tem como objetivo compreender as vivências emocionais dos filhos adultos cujas mães receberam o diagnóstico de transtorno bipolar enquanto eles eram crianças e que estão em tratamento no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa, que será feita por meio de entrevistas semidirigidas em profundidade, em uma amostra intencional, fechada pelo critério de saturação. As entrevistas serão feitas individualmente no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos HC UNICAMP e após a leitura explicativa e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cuidados éticos serão tomados seguindo as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde. A técnica de tratamento de dados será feita por meio da análise de conteúdo das entrevistas transcritas na íntegra e categorização. Os resultados serão submetidos à validação externa, junto ao Laboratório de Pesquisa Clínico-qualitativo do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP. Se propõe a colaborar com novos conhecimentos no que se

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 299.843

refere aos aspectos psicológicos destes filhos a fim de auxiliar à eles e ao tratamento dos pacientes com transtorno bipolar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as vivências dos filhos adultos de mães que receberam o diagnóstico de transtorno bipolar, enquanto eram crianças, que estão em tratamento no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Objetivo Secundário:

. Discutir o significado emocional da experiência de ter uma mãe com transtorno bipolar. . Discutir as vivências dos filhos em relação à sua infância e adolescência nesta condição e a forma que lidaram com estas experiências

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Após leitura cuidadosa do projeto, observa-se que os possíveis desconfortos e riscos aos sujeitos são aqueles inerentes à subjetividade dos depoentes, como o receio de narrar algum fato, o receio de expor suas ideias, além de incertezas quanto à repercussão do depoimento.

Benefícios:

Os depoentes poderão narrar abertamente suas vivências em relação ao problema proposto a um profissional especializado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo apresenta desenho compatível com sua proposta e realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram levantadas considerações e recomendações, as quais foram atendidas.

1. A folha de rosto está devidamente assinada pelos profissionais competentes;
2. Apresenta autorização da instituição onde será realizado o estudo;
3. Apresenta TCLE contendo informações sobre ressarcimento, destino das gravações após conclusão do estudo e número de vias do TCLE.

Recomendações:

Lembramos que o TCLE deve ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador (resolução 196/96 CNS/MS, artigo IV.2 *et seq.*).

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 299.843

2. Se o TCLE tiver mais de uma página, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas desse documento, apondo suas assinaturas na última página do referido termo (Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS).

Ao pesquisador cabe desenvolver o projeto conforme delineado, elaborar e apresentar os relatórios parciais e final, bem como encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto (resolução 196/96 CNS/MS, artigo IX.2 letras b, c e d).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPINAS, 10 de Junho de 2013

Assinador por:

**Fátima Aparecida Bottcher Luiz
(Coordenador)**

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Anexo II – Cópia dos instrumentos de pesquisa

Abordagem Inicial

Campinas, ____ de _____ de 2013.

Nome do entrevistado: _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo um estudo no HC–UNICAMP, com filhos adultos cujas mães receberam o diagnóstico de Transtorno Bipolar e que estão em tratamento no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital de Clínicas da UNICAMP. Por este motivo estamos lhe convidando a participar deste estudo. Os resultados desta pesquisa poderão ajudar na compreensão da necessidade destas pessoas, assim como melhor capacitar à equipe de saúde que as atende.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração voluntária ao nosso convite que consiste em uma entrevista para participar deste estudo.

ABORDAGEM INICIAL:

Meu nome é Lia Keuchguerian Silveira Campos. Sou psicóloga, estudante de Doutorado na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e estou pesquisando filhos de mães que receberam o diagnóstico de Transtorno Bipolar. O seu nome me foi indicado pelo fato de sua mãe estar em tratamento no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital de Clínicas da UNICAMP.

Estou lhe convidando para participar do meu estudo e, se for possível a sua cooperação, teremos um ou dois encontros para falarmos consigo e levantarmos os dados necessários ao estudo. Os encontros ocorrerão em local e horário agendados, com duração possivelmente de uma a duas horas e o segundo, se houver, será mais rápido. Você gostaria de colaborar com este estudo?

Se você concorda, continuo.

Para o nosso trabalho, é recomendável que gravemos nossa conversa, podemos contar com o seu consentimento?

Esclareço que a sua identidade será mantida em sigilo quando os dados forem apresentados em congressos ou publicados. Seus dados apenas serão usados para esta pesquisa.

Apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, lemos conjuntamente e, na concordância, coletamos assinatura e entregamos uma cópia do TCLE ao participante.

Agendamos dia, horário e local para a participação na pesquisa.

Ficha de caracterização e roteiro-diário de campo.

Entrevista N. _____

Local (Instituição): _____

Cidade e data: _____, ____ / ____ / _____

Início: _____ : _____ h. Término: _____ : _____ h. Duração em min: _____

Entrevistador: _____

Assinatura: _____

A) Dados de identificação pessoal do entrevistado:

Nome completo:

Endereço para contato:

Telefone:

Data de nascimento:

Profissão:

Naturalidade:

Procedência / Há quanto tempo:

Estado civil / Situação conjugal atual / Há quanto tempo:

Com quem mora:

Atividades de lazer:

Religião (denominação) / Religiosidades (prática):

Outros dados afins:

B) Questões sobre as vivências emocionais de filhos adultos de mães que receberam o diagnóstico de Transtorno Bipolar.

Questão disparadora: Conte-me sobre como é ter uma mãe com transtorno bipolar.

Conte-me um pouco sobre o que a relação com a sua mãe provoca em você. Quais sentimentos você experimenta?

Você se lembra sobre a época do diagnóstico de transtorno bipolar? O que mudou?

Conte-me um pouco sobre as dificuldades que enfrentam os filhos de mulheres com transtorno bipolar.

Conte-me um pouco sobre a sua infância e adolescência. O que você guarda de recordação, o que ficou nas suas memórias em relação à sua mãe?

Como foi para você crescer com uma mãe com transtorno bipolar?

Conte-me um pouco sobre como essas vivências com a sua mãe podem ter influenciado no seu jeito de ser hoje em dia.

C) Dados da observação e auto-observação do entrevistador:

Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins:

Reações/manifestações contratransferenciais:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Instituição: UNICAMP / Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa

Projeto: Vivências emocionais de filhos adultos de mães com transtorno bipolar atendidas no Hospital das Clínicas da UNICAMP: um estudo clínico-qualitativo.

Pesquisadora: Lia Keuchguerian Silveira Campos – psicóloga.

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Telefone de contato da pesquisadora (para dúvidas relacionadas à pesquisa):

(19) 3521-7206 (Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria)

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP (para recebimento de denúncias e/ou reclamações referente aos aspectos éticos da pesquisa):

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas – SP.

Telefone (19) 3521-8936 ou 3521-7187.

O **objetivo** desta pesquisa científica é conhecer as vivências emocionais dos filhos adultos cujas mães receberam o diagnóstico de Transtorno Bipolar, quando eles eram crianças, e que estão em tratamento no Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Para tanto, serão realizadas uma ou duas entrevistas, que podem durar aproximadamente de uma a duas horas. Serão feitas perguntas para se alcançar os objetivos da pesquisa, nas quais você nos contará um pouco da sua vida, de seus sentimentos e emoções e sobre a sua relação com a sua mãe.

Os registros (gravações, anotações) feitos durante a entrevista ficarão sob **sigilo**. O seu nome não será comunicado aos demais profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo **citações anônimas**, estará disponível para os interessados, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas, sem citar o seu nome.

Este estudo poderá não lhe trazer benefícios diretos ou imediatos, além da oportunidade de poder conversar sobre suas questões, mas poderá haver mudanças nos cuidados a pacientes em situações clínicas semelhantes às suas após os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões deste trabalho.

Este **TERMO** é para certificar que eu, _____, concordo em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado e por

meio deste, dou permissão para ser entrevistado e para que estas entrevistas sejam gravadas.

Fui informado de que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Fui informado de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi por mim falado, para discutirem os resultados, sem me identificarem.

Fui informado de que não há riscos para minha saúde, resultantes da participação na pesquisa, mas também de que poderei ter lembranças e emoções durante a entrevista e que receberei assistência e encaminhamentos adequados.

Fui informado de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que minha mãe recebe.

Fui informado de que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas, se possível, deverão ser respondidas a meu contento depois de encerrada a entrevista.

Fui informado de que haverá ressarcimento para participação no estudo, caso haja necessidade de uma entrevista que não coincida com o acompanhamento à consulta de minha mãe no ambulatório de psiquiatria.

Fui informado de que, após cinco anos da pesquisa, os registros (gravações e anotações) feitos durante a entrevista serão eliminados.

Fui informado de que receberei uma cópia deste termo por mim assinado, na íntegra, e que outra cópia será arquivada pela pesquisadora.

NOME:

ASSINATURA:

Pesquisadora: _____

Entrevistado: _____

Entrevista nº. ____ Data ____ / ____ / ____ Local: _____.

Anexo III - Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

No. Item	Guide questions/description	Reported on Page
Domain 1: Research team and reflexivity		
<i>Personal Characteristics</i>		
1. Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	11
2. Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	11
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	11
4. Gender	Was the researcher male or female?	11
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	11
<i>Relationship with participants</i>		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	26
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	26
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	26
Domain 2: study design		
<i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	27
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	26
11. Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	26
12. Sample size	How many participants were in the study?	26
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	26
<i>Setting</i>		
14. Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	27
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	26
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	26 e 85
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	24

18. Repeat interviews	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	26
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	27
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	25 e 27
21. Duration	What was the duration of the inter views or focus group?	26
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	26
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	-
Domain 3: analysis and findings		
<i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	32 e 52
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	-
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	32 e 52
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	-
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	-
<i>Reporting</i>		
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	32 e 52
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	32 e 52
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	32 e 52
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	32 e 52