



## Universidades Lusíada

Teixeira, Sandra

### **A vivência da criança face à doença mental de um dos pais : intervenção em terapia familiar**

<http://hdl.handle.net/11067/3542>

<https://doi.org/10.34628/s4pw-5q62>

#### **Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2015
<b>Resumo</b>	A doença mental é um dos acontecimentos de vida mais perturbadores que uma família pode experienciar. Compreender e tratar a doença mental fora do contexto familiar é negar que a doença leva a alterações profundas no sistema familiar. No trabalho com uma população infantil/adolescente e suas famílias, constata-se que, em muitas delas, existe história de doença mental de um dos pais. Muitas vezes, os pais procuram esconder as doenças aos filhos, como se estes não se apercebessem do seu sofriment...
<b>Palavras Chave</b>	Filhos de pessoas com depressão - Atitudes, Filhos de pessoas com depressão - Saúde mental, Psicoterapia familiar, Pais e filhos
<b>Tipo</b>	article
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-IPCE] RPCA, v. 06, n. 1 (Janeiro-Junho 2015)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-20T04:31:26Z com informação proveniente do Repositório

---

## A VIVÊNCIA DA CRIANÇA FACE À DOENÇA MENTAL DE UM DOS PAIS:

INTERVENÇÃO EM TERAPIA FAMILIAR.

## THE EXPERIENCE OF THE CHILD WHEN ONE OF THE PARENTS HAS A MENTAL ILLNESS:

INTERVENTION IN FAMILY THERAPY.

**Sandra Teixeira**

*Serviço de Psiquiatria e de Saúde Mental da Infância e da Adolescência  
do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria*

Contacto para correspondência:  
sandrateix@netcabo.pt

**Resumo:** A doença mental é um dos acontecimentos de vida mais perturbadores que uma família pode experienciar. Compreender e tratar a doença mental fora do contexto familiar é negar que a doença leva a alterações profundas no sistema familiar. No trabalho com uma população infantil/adolescente e suas famílias, constata-se que, em muitas delas, existe história de doença mental de um dos pais. Muitas vezes, os pais procuram esconder as doenças aos filhos, como se estes não se apercebessem do seu sofrimento, interpretando-o como se de uma doença fatal se tratasse, surgindo fortes receios de perda/morte do seu progenitor doente. Dependendo da sua idade e do seu desenvolvimento cognitivo e emocional os filhos criam interpretações próprias sobre a doença e, por vezes, põem em causa o amor dos pais por eles, por se sentirem “abandonados”. Expressam a sua incompreensão relativamente aos comportamentos dos pais (tristeza profunda, agressividade, imprevisibilidade, negligência ...), chegando a temê-los ou a responsabilizarem-se pelos mesmos.

A terapia familiar é um aporte fundamental na intervenção, permitindo que a família se adapte a uma nova realidade e encontre um novo equilíbrio. Para além da compreensão dos padrões relacionais e de ajudar a família a encontrar estratégias para lidar com os comportamentos do doente, é essencial trabalhar a

relação pai doente-filhos, o significado que os filhos atribuem à doença mental, os novos papéis que assumem na família e a construção de novas narrativas da doença mental.

**Palavras-chave:** doença mental, infância, adolescência, relação pais-filhos, terapia familiar

**Abstract:** Mental illness is one of the most disturbing life events that a family can experience. Understanding and treating mental illness outside the familiar context is denying that the disease leads to profound changes in the family system. When working with a child/adolescent population and their families, it is noted that, in many of them, there is a mental illness of one of the parents. Often, parents seek to hide diseases to children, as if they were not aware of their suffering, interpreting it as a fatal disease, emerging strong fears of loss/death of the sick parent. Depending on their age and cognitive and emotional development children create their own interpretations of the disease and sometimes question the love of parents for them, because they feel “abandoned”. Children express their incomprehension regarding parental behaviors (deep sadness, aggressiveness, unpredictability, negligence ...), fear them or take responsibility for their behaviors.

Family therapy is a fundamental contribution for intervention, allowing the family to adapt to a new reality and find a new balance. In addition to understanding the relational patterns and help the family finding strategies to deal with the patient’s behavior, it is essential to work the relationship of sick father-children, to work the meaning children attach to mental illness, the new roles they assume in the family and the construction of new narratives of mental illness.

**Key-words:** mental illness, childhood, adolescence, parent-child relationship, family therapy

## Introdução

A doença mental não deve ser entendida como uma experiência individual, uma vez que também se estende à família e ao meio social do doente. Os sintomas vão interferir com a vida daqueles que com ele interagem, não só porque alteram os relacionamentos intra-familiares, mas também porque os familiares terão que lidar com os preconceitos e estigmas sociais associados às doenças mentais (Kwanishi, Y., 2006).

O que acontece à família como um todo? Como é afectada cada relação dentro da família? É possível que a família “sobreviva” ao sofrimento causado pela doença mental e permaneça inalterada?

As teorias fundadoras da terapia familiar defendem que a família é um sistema e por isso as partes do sistema estão inter-relacionadas. Os sistemas não funcionam de forma independente, mas interagem entre si. Assim, a família não é uma simples agregação de indivíduos mas um organismo dinâmico composto por subsistemas de indivíduos com diferentes papéis e expectativas, assim como por unidades de múltiplas combinações criadas por esses indivíduos. Estes, com graus diferentes de proximidade entre si, criam um “mundo” que directa ou indirectamente afecta as suas experiências e decisões. Cada membro de cada unidade e cada unidade por si estão inter-relacionados, de tal modo que uma mudança numa unidade da família tem repercussões em todo o sistema familiar. Apesar de o sistema procurar manter os seus papéis e os seus padrões de comportamento e interações já existentes, é influenciado por acontecimentos exteriores que levam a mudanças adaptativas (Kwanishi, Y., 2006).

Kwanishi (2006) considera ainda que, acontecimentos de vida perturbadores, como seja a doença mental, não afectam apenas os membros da família que têm uma relação de maior proximidade com o doente, mas a família como um todo. Cada membro da família tem os seus sentimentos e as suas ideias acerca da doença e do seu tratamento. Podem surgir diferentes reacções, sendo as mais frequentes a negação e a procura de uma causa para a doença, muitas vezes através da atribuição da culpa a si próprio ou a outro(s) membro(s) da família. Havendo tantas percepções diferentes, como é que a família “sobrevive” como sistema? É pois necessário que cada membro faça ajustamentos de forma a se adaptar à nova realidade.

Assim, quando as famílias começam a lidar com a doença psiquiátrica de um dos seus membros, necessitam fazer vários ajustamentos, alterando os seus papéis e assumindo outro tipo de responsabilidades. As diferentes percepções de cada membro da família relativamente à doença podem produzir tensão, conflito e até mesmo competição, até a família atingir um novo equilíbrio. Algumas famílias lidam com a doença mental como um todo, enquanto outras evitam falar sobre ela, como se negando a sua existência esta não fosse real.

Apesar dos efeitos devastadores que a doença mental tem nas famílias, estas não ficam estáticas perante ela. Lutam no sentido de se ajustarem. Quando os primeiros sinais de doença são reconhecidos, as famílias experienciam diferentes sentimentos: angústia, insegurança e sofrimento. O momento entre os primeiros sinais e o reconhecimento de que é necessário recorrer a uma ajuda psiquiátrica pode variar de família para família. A forma como cada membro vai viver durante este período irá depender, em grande parte, de como interpreta a doença. É comum a ansiedade e o sentimento de incerteza sobre o que se passa com o seu familiar. Os primeiros momentos são descritos como confusos, como se não tivessem tempo de sentir nada, absorvidos pelo caos causado na família. Alguns membros parecem suprimir o sofrimento: confrontar a realidade é, por vezes, mais difícil do que viver com um medo irresolúvel.

Kwanishi (2006) acrescenta que a natureza crónica da doença mental é outro factor crucial que tem um grande impacto na família. A doença mental não tem cura, apenas se estabiliza, sendo uma presença permanente na vida do doente e da sua família. Daí a importância de “aprender” sobre a doença, pois permite uma maior compreensão e um maior ajustamento das expectativas. “Aprende-se” também a lidar com o estigma social e a iniciar um longo e difícil percurso que consiste em separar a doença da pessoa, de forma a se conseguir empatizar melhor com esta.

### Quando um dos pais tem uma doença mental

Antes de abordar o impacto que a doença mental de um dos pais tem nos filhos é importante realçar as necessidades básicas das crianças, as quais devem ser satisfeitas pelos pais (ou prestadores de cuidados), aquilo a que poderemos chamar de “parentalidade suficientemente boa”.

Kelmer Pringle (1986) (citado por Duncan, S. e Reder, R., 2000) considera que são quatro as necessidades psico-sociais essenciais para a criança: amor e segurança, novas experiências, reconhecimento e elogio, e responsabilidade. Assim, Reder e Lucey (1995) (citados pelos mesmos autores) com base nestes princípios consideram que a “parentalidade suficientemente boa” é aquela que facilita o desenvolvimento das crianças num ambiente securizante. As crianças necessitam que lhes sejam satisfeitas necessidades físicas (alimentação, higiene, segurança e conforto), comportamentais (estimulação/interacção, exploração/aprendizagem, socialização e limites) e emocionais (afecto, empatia, consistência, construção da auto-estima, identidade individual, vinculação e autonomia). Os pais deverão favorecer a maturação física, a exploração social e a aprendizagem, assim como facilitar o desenvolvimento da auto-estima da criança, da sua identidade pessoal e sentimento de segurança.

Segundo as teorias da vinculação, os pais constituem a base de segurança e de confiança para a criança explorar o mundo que a rodeia e voltar aos pais quando necessita de se sentir segura, o que, gradualmente permite à criança desenvolver o sentimento de autonomia e de auto-confiança. O papel dos pais é, pois, o de dar uma resposta consistente, sensível e apropriada de acordo com as necessidades da criança. Para tal, é muito importante a manutenção das rotinas, dos lugares e das pessoas (Duncan, S. e Reder, R., 2000).

Os primeiros três anos de vida são considerados como os mais sensíveis no desenvolvimento de uma vinculação segura. As relações com as figuras significativas de vinculação serão reactivadas sempre que a criança se encontrar perante uma situação traumática e quando a avaliação de pessoas, lugares e situações for necessária (Duncan, S. e Reder, R., 2000).

Assim, quando um dos pais apresenta uma perturbação psiquiátrica alguns destes aspetos de parentalidade estão mais vulneráveis. A criança será afectada, primeiro, pelas manifestações da doença dos pais e depois pelas consequências psico-sociais da mesma (Duncan, S. e Reder, R., 2000).

Um *número* significativo de crianças cresce com figuras parentais (uma ou ambas) com doença mental, sendo a mais frequente a depressão. Relativamente poucas crianças vivem com pais psicóticos, mas muitas vivem com pais que sofrem de problemas persistentes, como sejam, distúrbios de personalidade, alcoolismo, défice cognitivo e depressão crónica. Os filhos de pais com doença mental têm um risco acrescido de sofrerem de doença mental na infância (Rutter e Quinton, 1984; Simonoff et al., 1997, citados por Hall, A., 2004).

Contudo, *é importante reconhecer que, alguns* pais com perturbação psiquiátrica têm atitudes adequadas para com os seus filhos, especialmente quando não se encontram numa fase aguda da sua doença. Porém, para algumas crianças o impacto pode ser significativo. Rutter e Quinton (1984) (citados por Duncan, S. e Reder, R., 2000 e por Hall, A., 2004) realizaram um estudo com filhos de doentes mentais, em que concluíram que, um terço das crianças da sua amostra não apresentava alterações do comportamento; um terço apresentava problemas transitórios e outro terço apresentava perturbações persistentes. Nesse mesmo estudo concluiu-se ainda que, quanto mais degradada fosse a vivência psicossocial experienciada pelos pais com doença mental, maior era o risco de problemas psicológicos nos filhos.

É importante realçar que a natureza e severidade dos comportamentos dos pais são factores determinantes no impacto que têm, quer na criança, quer na família. Dada a diversidade de doenças mentais, o seu impacto e a forma como é percebida, compreendida e aceite pela família irá depender da sua gravidade, duração e sintomatologia. Sabe-se que, crianças que estão muito envolvidas nos sintomas dos pais e expostas à sua hostilidade demonstram maiores problemas emocionais (Duncan, S. e Reder, R., 2000).

Há ainda a ter em conta a sensibilidade de cada criança em relação ao comportamento dos pais, a sua vulnerabilidade, o seu estado emocional e o seu desenvolvimento cognitivo. A doença mental, devido à sua complexidade, torna-se de difícil compreensão para a criança, que cria fantasias acerca dela. Daí a importância da forma como a família lhe transmite o que se passa com o seu pai/mãe (Duncan, S. e Reder, R., 2000).

Anthony e McGinnis (1978) (citados por Seeman, M. e Gopfert, M., 2004) consideram que, de acordo com a doença mental dos pais e os seus momentos de agudização, por vezes a parentalidade é intermitente o que leva a problemas nas crianças, dada a imprevisibilidade e as alterações ocorridas em diferentes momentos da vida destas.

Alguns autores, como Hill (1996) e Rutter e Quinton (1984) (citados por Gopfert, M., Webster, J., Nelki, J., 2004) consideram que o maior impacto da doença mental dos pais nas crianças não se deve tanto à doença em si, mas ao conflito conjugal e a deficiências nas interações sociais. Podem haver falhas significativas na comunicação entre os pais, os objectivos de cada um podem ser diferentes e os papéis serem pouco claros. Isto leva a uma instabilidade familiar, em que a criança procura que sejam os pais a “guiá-la” e estes não se sentem preparados para tal.

O divórcio é frequente em famílias de doentes mentais e pode levar ao isolamento social, aumentando assim o risco para a saúde mental dos filhos (Webster, J., 1990) (citado por Gopfert, M., Webster, J., Nelki, J., 2004). O conflito parental, o abuso, a violência entre o casal e o envolvimento das crianças nos mesmos podem levar a problemas psicológicos nas crianças (Royal College of Psychiatric, 2002, referido por Gopfert, M., Webster, J., Nelki, J., 2004).

A Maria, de 7 anos de idade, nasceu de uma relação ocasional da sua mãe, nunca tendo conhecido o pai. A mãe da Maria teve o diagnóstico de perturbação bipolar no final da adolescência, altura em que iniciou consumos de álcool e de drogas leves. Os primeiros anos de vida da Maria foram marcados por várias separações e por maus-tratos por parte da mãe e de diferentes companheiros desta. Nas fases de maior descompensação psiquiátrica da mãe a Maria era negligenciada (não recebendo os cuidados básicos) e a relação mãe-filha era pautada pela imprevisibilidade dos comportamentos da mãe, por agressividade e ameaças de abandono. A Maria foi desenvolvendo sintomas de grande ansiedade e de tristeza e as relações eram sentidas por ela como inseguras e ameaçadoras. Quando tinha 5 anos a Maria foi retirada à mãe e entregue aos cuidados de uma tia materna. A adaptação não foi fácil e a Maria mantém alguma vulnerabilidade emocional e inibição nas relações, assim como sentimentos de culpabilidade (como se os maus-tratos da mãe fossem justificados pelos seus comportamentos).

### Depressão nas figuras parentais

As crianças filhas de pais deprimidos têm uma maior probabilidade de desenvolverem problemas cognitivos, comportamentais e emocionais. Murray et al. (1999) (citados por Hall, A., 2004) consideram que, a depressão materna na infância está relacionada, a longo-termo, com problemas na saúde física e psicológica da criança, no seu comportamento e com o seu desempenho escolar. Num estudo realizado em 1992, Murray já tinha concluído que, filhos de mães com depressão pós-parto apresentavam uma vinculação mais insegura, mais problemas de comportamento e pior desempenho em tarefas próprias para a sua idade (Hall, A., 2004).

Pound (1996) (citado por Duncan, S. e Reder, R., 2000) considera que crianças filhas de pais deprimidos, em particular de mães com depressão, têm um maior risco de desenvolver doença psiquiátrica. São descritas como tendo poucas capacidades interpessoais, um maior isolamento social, sentimentos de culpa, baixa auto-estima, depressão, alterações do comportamento, agressividade e défice de atenção.

Num estudo, realizado na Virginia, por Foley et al. (2001) (citados por Hall, A., 2004), com 850 pares de gémeos, filhos de doentes psiquiátricos, verificou-se que existia um aumento de depressão e ansiedade em filhos de pais deprimidos, especialmente quando o doente era a mãe. As meninas mostravam-se particularmente mais vulneráveis que os meninos. Comportamentos desafiantes



e de oposição eram mais intensos nestes últimos, principalmente quando ambos os pais apresentavam distúrbios, especialmente a combinação de mãe deprimida e pai alcoólico. Noutro estudo, Rende et al. (1999) (citados pelos mesmos autores) verificaram que filhos de pais com depressão major apresentavam níveis mais altos de ansiedade do que de depressão. Contudo, num follow-up realizado dez anos depois, as crianças apresentavam depressão e comportamentos suicidas. Estes autores interpretaram estes resultados como podendo estar mais relacionados com conflitos do casal parental, do que propriamente com o diagnóstico de depressão materna.

Outro aspecto que se verifica nas famílias de doentes deprimidos é a confusão/ inversão de papéis. Mas não é apenas o papel dos pais que está confuso. Em famílias em que um dos pais apresenta uma depressão crónica é frequente a inversão de papéis, em que o filho assume o papel de prestador de cuidados ao pai doente. O “filho cuidador” surge como uma resposta adaptativa, que pode ter consequências ao nível do ajustamento psicológico da criança. Surge quando a criança se vê levada a adotar o papel de pai e a assumir responsabilidades que não lhe cabem a si. Pode surgir por o pai se encontrar numa atitude de dependência, ou por não ter capacidade para ser ele o cuidador (Arias e Pape, 1994; Pound, 1996; Schreier e Libow, 1993, citados por Gopfert, M., Webster, J., Nelki, J., 2004). Quando existem crianças mais novas, o irmão mais velho assume, por vezes, o papel de “pai do irmão”, sendo tratado por este como se fosse seu pai (Jurkovic, 1997, citado por Gopfert, M., Webster, J., Nelki, J., 2004).

Winnicott (1964) (citado por Gopfert, M., Webster, J., Nelki, J., 2004) observou que filhos de mães deprimidas vivem de forma reactiva. Ou seja, a sua vida encontra-se como que suspensa na esperança de que, no futuro, uma relação “real” possa vir a existir com a mãe. Ocasionalmente a criança pode alcançar o seu objectivo, mas para muitas tal nunca chega a acontecer, havendo a internalização de um padrão de relação em que é a criança que cuida da mãe. Muitas crianças esperam por receberem os cuidados da mãe, o que nunca chega a realizar-se.

A Francisca, de 15 anos de idade, é a filha mais velha de uma fratria de dois. Desde que foi diagnosticada uma depressão major à mãe, há cerca de 4 anos, a Francisca assume-se como cuidadora da irmã Marta, de 8 anos. Gradualmente, a mãe foi-se isolando, deixando de assumir as suas responsabilidades familiares e profissionais. Estando o pai pouco presente (por motivos de trabalho) a Francisca assumiu-se como “mãe” da irmã. A Marta deixou de recorrer à mãe, sentindo uma maior segurança e protecção junto da Francisca. Simultaneamente, em fases de agravamento da depressão da mãe, a Francisca era também a sua “cuidadora”, supervisionando a medicação, procurando “animá-la” e tentando evitar qualquer situação que pudesse perturbá-la. Quando a mãe fez uma tentativa de suicídio a Francisca sentiu-se responsável pelo que aconteceu, por não a ter evitado. Centrou-se cada vez mais na vida familiar, desinvestindo da sua escolaridade e isolando-se socialmente. Começou a evidenciar sintomatologia depressiva e também ela necessitou de acompanhamento psicológico.



## Intervenção familiar

A terapia familiar com doentes mentais evoluiu da hipótese de que alterações nos padrões relacionais na família podiam “curar”, por exemplo, a esquizofrenia, até ao modelo baseado na evidência de que os membros da família são ajudados, com a sua colaboração, a desenvolverem técnicas, mais eficientes e menos intrusivas, de resolução de problemas. Estas técnicas centram-se em formas positivas de responder à doença associada ao comportamento do doente. Nenhum destes modelos considerou, contudo, a necessidade de ajudar os doentes no seu papel de pais (Cooklin, A. e Barnes, G., 2004)

As contribuições do modelo sistémico e familiar nesta área são:

- Compreensão e intervenção positiva dos padrões de interação entre o doente mental e os membros da família;
- Ajudar a família a implementar estratégias para lidar com o doente e a adoptar um padrão de vida familiar de forma a permitir a expressão das necessidades de todos os membros (e não apenas as do doente);
- Abordar o contexto social, uma vez que, devido ao preconceito e ao estigma da doença mental, muitos dos doentes e suas famílias experienciam o isolamento, vergonha e recriminações;
- Desenvolver intervenções que têm em conta a interação figura parental-filho;
- “Traduzir” a zanga do filho para com o pai/a mãe doente;
- Ajudar o pai/a mãe a lidar com o filho quando este lhe reconhece comportamentos desadequados;
- Ajudar a criança a perceber os comportamentos que estão associados à doença mental;
- Ajudar o pai/a mãe a retirar à criança qualquer responsabilidade e culpa pela sua doença.

Cooklin e Barnes (2004) salientam ainda dois aspectos importantes no trabalho com famílias de doentes mentais. O primeiro é a necessidade de ter em conta os valores culturais e as crenças dos diferentes membros da família. Isto inclui compreender e trabalhar as crenças que têm acerca da doença e dos possíveis métodos de tratamento. O segundo é a importância de dar ênfase às necessidades das crianças filhas de pais doentes – a compreensão da doença, os medos, a autculpabilização pela doença dos pais e o excesso de responsabilidade.

A família do Miguel (10 anos de idade) pediu acompanhamento psicológico para este por alterações do comportamento (heteroagressividade e agitação psicomotora). O seu pai teve já três internamentos psiquiátricos por depressão major, desde os 6 anos do Miguel. Ao longo do acompanhamento psicológico do filho, a mãe mostrou-se preocupada com a filha mais velha (de 13 anos), por isolamento, diminuição do rendimento escolar e ingestão compulsiva de alimentos.

Iniciou-se, paralelamente aos apoios individuais das duas crianças, terapia familiar. Havia da parte do Miguel e da irmã uma grande incompreensão relativamente à sintomatologia do pai (tristeza, isolamento, apatia, irritabilidade, agressividade), assim como ao motivo pelo qual o pai era internado. Associavam estes internamentos a uma possível doença física do pai, surgindo fantasias e receios de morte deste.

Se por um lado se sentiam responsáveis pela tristeza e irritabilidade do pai (que associavam aos seus comportamentos), por outro lado conseguiam, nas sessões familiares, expressar a sua zanga pela agressividade deste para com eles.

Trabalhou-se com a família os afectos/sentimentos dos filhos para com o pai; o reconhecimento por parte deste dos efeitos negativos da sua agressividade para com os filhos; a compreensão, da família, da doença do pai, o que permitiu um maior suporte a este e a desresponsabilização das crianças pela doença. A sintomatologia do Miguel e da irmã eram assim a sua forma de expressarem o seu sofrimento e o seu mal-estar psicológico face à sua vivência familiar.

## Conclusão

A terapia familiar é, pois, essencial quando um dos membros de uma família sofre de doença psiquiátrica, uma vez que a doença leva a alterações significativas nas relações inter-pessoais, nos papéis e na estrutura familiar. Por outro lado, cada membro irá reagir de forma diferente, terá as suas crenças relativamente à doença e aos tratamentos, o que condicionará a sua relação com o familiar doente. É, pois, importante que a família participe como um todo no processo de tratamento, pois só desse modo poderá “aprender” a aceitar as limitações do seu familiar, a adequar as suas expectativas e a separar a doença da pessoa, a qual por vezes parece ter-se tornado “num estranho”, o que acarreta um grande sofrimento, quer para o doente, quer para a sua família.

Quando o doente tem filhos, a intervenção familiar terá como objectivo, para além da compreensão dos padrões relacionais e de, em conjunto, se procurar encontrar estratégias para se lidar com os comportamentos do doente, trabalhar a relação pai doente - filho(s). É fundamental traduzir a zanga que a criança sente, os seus medos e fantasias, desresponsabilizá-la pela doença do pai, ajudá-la a retomar o seu papel na família (pois muitas crianças assumem o papel de “cuidador” do pai doente). Por outro lado, o doente necessita, também ele, de se sentir como parte integrante da sua família e de recuperar o seu papel de marido e de pai (*papéis esses que muitas vezes são afectados nas fases mais agudas da doença*).

A intervenção familiar é um aporte fundamental em todo este processo, permitindo que a família encontre um novo equilíbrio, auxiliando-a no ajustamento e na adaptação à sua nova realidade familiar.

## Referências bibliográficas

- Cooklin, A., Barnes, G.G. (2004). Family Therapy when a parent suffers from psychiatric disorder. In Michael Gopfert, Jeni Webster, Mary V. Seeman (Eds), *Parental Psychiatric Disorder. Distressed Parents and their Families*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004, 306-321.
- Duncan, S., Reder, P. (2000). Children's experience of major psychiatric disorder in their parent. An overview. In Peter Reder, Mike McClure, Anthony Jolley (Eds), *Family matters. Interfaces between child and adult mental health*. New York: Routledge, 2000, 83-95.
- Gopfert, M., Webster, J., Nelki, J. (2004). The construction of parenting and its context. In Michael Gopfert, Jeni Webster, Mary V. Seeman (Eds), *Parental Psychiatric Disorder. Distressed Parents and their Families*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004, 62-84.
- Hall, A. (2004). Parental psychiatric disorder and the developing child. In Michael Gopfert, Jeni Webster, Mary V. Seeman (Eds), *Parental Psychiatric Disorder. Distressed Parents and their Families*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004, 22-49.
- Kawanishi, Y. (2006). *Families Coping with Mental Illness. Stories from US and Japan*. New York: Routledge.
- Seeman, M.V., Gopfert, M., (2004). Parenthood and adult mental health. In Michael Gopfert, Jeni Webster, Mary V. Seeman (Eds), *Parental Psychiatric Disorder. Distressed Parents and their Families*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004, 8-21.