

Esquizofrenia e o Cuidado à Família em uma Abordagem de Terapia Sistêmica

Geny Santos¹

¹ Psicóloga.
E-mail: genypsi@hotmail.com

Resumo: O adoecimento mental continua a ser marca de desagregações nos diversos campos de relações a partir de estigmas que se arrastam durante séculos. Não apenas o sujeito com transtorno mental, como também sua família, provam dos conflitos e tensões gerados pelo curso da doença, tendo na maior parte das vezes a desinformação e a falta de suporte que possam amenizar as dificuldades resultantes de uma dinâmica tão complexa. Aqui nosso recorte se constitui em um levantamento bibliográfico a fim de evidenciar a família como cuidadora de um membro com esquizofrenia, mas também, organismo necessitado de cuidados, que vão desde as informações necessárias sobre a doença até a oferta de um espaço onde possam construir novos sentidos para relação familiar depois do diagnóstico; treinar a capacidade de dirimir conflitos a partir de uma comunicação clara; e, sobretudo, sentir-se acolhidos em sua função de cuidador, como também, amparados pelo cuidado. Para tal vemos a terapia familiar sistêmica como via fundamental a esta demanda, voltada à escuta do sujeito em sua multiplicidade, dinâmica e estrutura, aspectos fundantes de sua condição no mundo.

Palavras-chave: esquizofrenia; família, terapia sistêmica familiar

Schizophrenia and Care for Family in a Systemic Approach to Therapy

Abstract: The mental illness continues to be breakdowns in the various tag relations fields from stigmas that creep for centuries. Not just the person with mental disorders, as well as his family, prove of conflicts and tensions generated by the course of the disease, having mostly misinformation and the lack of support that may alleviate the difficulties resulting from a dynamic so complex. Here our crop is constituted in a bibliographic survey in order to highlight the family as caregiver of a member with schizophrenia, but also body in need of care, ranging from the necessary information about the disease through the provision of a space where they can build new directions for family relationship after diagnosis; train the ability to resolve conflicts from clear communication; and, above all, feel welcomed in their role as caregiver, but also supported by care. To this end we see the systemic family therapy as fundamental to this route demand, focused on listening to the subject in its multiplicity, dynamics and structure, he wrote of his condition aspects in the world.

Keywords: schizophrenia; family, systemic family therapy

Introdução

A doença mental se configura em um tema carregado de estigmas e preconceitos engendrados na sociedade há muitos séculos, mas que até hoje está presente na forma de ver e sentir o indivíduo com essa condição e todos aqueles que estejam diretamente ligados a ele. Criando a expressão “Nau dos Loucos” Michel Foucault (2008) soube articular as palavras para aqueles que não foram excluídos apenas do convívio social, mas também da vida, de sua própria existência, seu destino era vagar pela desrazão. Hoje onde está a Nau dos loucos? Dentro do isolamento das famílias que continuam a provar do peso da exclusão. Acerca de toda essa

questão nos diz Sawaia (2009, p.99) que estudar esse tema é refletir sobre os cuidados conferidos pelo Estado aos seus cidadãos, mas pela ótica de quem a vive. Essas emoções vivenciadas são para ela “indicadoras do (des)compromisso com o sofrimento do homem, tanto por parte do aparelho estatal quanto da sociedade civil e do próprio indivíduo”. Com isso a autora quer dizer que precisamos trazer à evidência o sofrimento daqueles que sentem cotidianamente o pesar da exclusão, ou seja, pensar este tema a partir dos afetos que tocam os excluídos, os estigmatizados, os desafiados, os marginalizados, enfim, a todos aqueles e aquelas que de diferentes formas sofrem por serem considerados sujeitos à parte, como diria Carlos Drummond o “gauche”.

Este tema nasceu pela observação das dificuldades que cuidadores e ou familiares de pessoas com esquizofrenia apresentam em lidar com este indivíduo após o diagnóstico, assim como, da falta de suporte oferecido pelos serviços de saúde, que fornecem o diagnóstico e ou intervêm na crise, mas, no entanto, não esclarecem quanto às principais características da doença, como elas podem interferir na vida diária da família e o que fazer para evitar as crises com uma prescrição que vá além dos medicamentos, passando objetivamente por recursos que tornem a convivência harmoniosa e que os cuidados não adquiram o sentido de peso ou de algo indefinido. Objetivamos especialmente, que os cuidadores dessa demanda sejam ouvidos e tenham um espaço reservado para expor suas dificuldades, seus anseios, seus conflitos, enfim, possam ser atendidos terapeuticamente através de uma prática de apoio sistêmico, pois aqui trazemos a noção de família que não se limita ao aglomerado de pessoas que comungam do mesmo espaço, mas como o conjunto de pessoas que por suas relações afetivas estão, dinamicamente, construindo subjetividades. Uma visão sistêmica de família.

Pensando que quem cuida sofre e precisa de cuidados, este artigo visa o cuidado ao cuidador. E para isso faz um levantamento do estado da arte, fazendo referência a obras emblemáticas nesta temática, pois é descobrindo e nomeando que se poderão oferecer os recursos adequados, bem como, amenizar os transtornos diários pela falta de conhecimento que só engendra conflitos, falta de diálogo e rancores no ambiente familiar. Esta desinformação é avaliada por Rosa (2011, p.28) ao reconhecer que “o transtorno mental gera tensão no meio familiar ao constituir uma incógnita, produzindo incerteza quanto ao destino do enfermo”. Crise que gera crise, pois como nos alerta Melman (2006) os repetidos fracassos de comunicação produzem mais frustração e desespero sendo um convite para um progressivo isolamento da vida comunitária.

A primeira seção deste artigo: “Quando o diagnóstico é esquizofrenia” trata da nosologia da esquizofrenia, uma doença crônica com incidência de 1% na população mundial; seu impacto dentro da família e um conceito de grupo familiar na visão sistêmica, onde seus membros interagem em uma rede inter-comunicante através de afetos que gerenciam essa relação. Validando as palavras de Busnello (1986, p.2) de que “não é possível ter uma visão lúcida do homem, sem ter uma visão lúcida também dos grupos humanos com os quais ele interage”.

No segundo tópico: “A terapia sistêmica como via de cuidado” observamos os benefícios da terapia sistêmica familiar como suporte nos casos de doença crônica. Um cuidado necessário para o qual aponta Boff (2012, p.53) como condição inerente ao ser humano e que o faz sentir como um ser-no-mundo. “O cuidado prefigura a ex-existência, o estar voltado para fora e para o outro. Numa palavra o cuidado é o “sentido relacional da vida”, “a intencionalidade originária da vida”. Tendo em vista que a terapia sistêmica nasceu a

partir do cuidado com doentes mentais e da observação de que as famílias desempenham um papel muito importante no manejo dessa problemática.

Por fim, tecemos considerações que elegemos relevantes a serem evidenciadas no tema, não como fechamento, mas possibilidades a serem avaliadas, mote para futuras produções e, sobretudo, ponto de intervenções possíveis. Intervenções estas que urgem uma aplicação, a fim de que mais e mais famílias possam ser beneficiadas a partir de um cuidado fundamental, e tendo suas dúvidas sanadas, conflitos apaziguados e uma maneira saudável de organização familiar, gerem um cuidado sem culpa, sem dor. Cuidado que gera cuidado.

Quando o diagnóstico é Esquizofrenia.

Ele entrara em surto e o pai o levava de carro para a clínica ali no Humaitá numa tarde de brisas e falou (depois de meses trancado no fundo escuro de sua alma). Pai, o vento no rosto é sonho, sabia?

(FERREIRA GULLAR, 1999)

O poema acima Ferreira Gullar escreveu inspirado por seu filho com esquizofrenia, depois de mais um internamento. O poeta soube traduzir em palavras a dor sentida pelo filho diante do tempo perdido em cada internação. Desse modo, várias famílias sabem e sentem junto a seus parentes o quão doloroso significa sair da vivência familiar e social para o enclausuramento de um hospital psiquiátrico ou clínica de repouso. A sensação de “tempo perdido”, “quanta coisa poderia ter feito”, ao lado da impotência dos familiares quanto à questão da cura para a doença, além do medo de a qualquer momento uma nova crise surgir. No entanto, esta foi a solução durante muito tempo para responder não apenas a uma terapêutica, mas para ir ao encontro de uma sociedade exclusiva como nos diz Foucault (2008, p. 79) “o sentido do internamento se esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhes são heterogêneos ou nocivos, há apenas um passo”.

O que fazer? Internar mais uma vez? Como lidar com a pessoa para que a crise não volte? Será que depois dele(a) outro(a) parente vai desencadear com facilidade a doença? E se ele(a) tentar se matar? Ou se tentar me matar? E o trabalho? E os amigos? O que os vizinhos vão pensar? Os questionamentos acima pairam sobre a cabeça da pessoa com algum adoecimento mental, bem como de seus familiares sem que nenhum médico ou serviço de saúde possam ou sequer tentem atenuar. Situação evidenciada por Stockinger (2007, p.104) ao observar que o sujeito em experiência psicótica muitas vezes vê-se confinado “aos seus pensamentos, sensações e sentimentos num tempo absoluto e imutável, onde a única saída é a busca de uma explicação, ainda que delirante ou senso perceptiva, que apazigüe certo enredo de sentido, de algo que se justifique”.

Vê-se que do momento da primeira crise ou sinais mais evidentes até o diagnóstico o paciente e sua família enfrentam as mais dramáticas situações, o que pode favorecer sentimentos contraditórios quanto aos cuidados, tanto a família se preocupa em buscar soluções quanto pode fragilizar os vínculos com aquele sujeito pela condição demandada. Diante da falta de informação algumas famílias optam pela internação, por vezes até, para aliviar o cansaço ou acreditando que um tratamento mais intenso possa oferecer a cura. E longe de ser

aquilo que esperam Amarante (2005, p. 211) nos diz que “a instituição psiquiátrica continua a se ocupar dos resíduos que a sociedade produz e segrega e permanece desconectada do cotidiano e da vida das pessoas”.

Em um contexto de reforma psiquiátrica já não se concebe a internação como única via remediável para o controle do adoecimento mental e suporte à família, esse desvã assistencialista mantenedor de uma condição incapacitante perdeu seu significado quando tantas outras propostas dão conta de evidenciar a saúde mental em detrimento da doença. O momento do enclausuramento irá significar um recorte na vida do sujeito, uma lacuna em sua existência dentro de um ambiente hostil. Como nos esclarece Stokinger (2007, p.70):

Sem vínculos que o façam sentir-se parte de um todo no qual ele, ainda que por um instante deva ser o centro, vai essa pessoa fracionando-se em sua experiência de totalidade que apenas pode ser sentida no experimentar da continuidade naquilo que a cerca.

Há nessa idéia uma concatenação perfeita com a realidade atual. Mesmo diante de um processo de reforma psiquiátrica os manicômios existem com a função social de excluir e controlar aqueles que destoam de um quadro imaginado como perfeito. Os cuidadores imbuídos nessa cultura de exclusão são levados a pactuar com o grupo social maior e isolar seus doentes do convívio comum, se não através da internação, mas no anonimato de suas casas. De acordo com os estudos de Carreteiro (2009) as instituições vão criando para os cidadãos o que elas chamam de “projetos-doença”, e estes aceitam a fim de ter legitimada a cidadania e certas condições de sobrevivência. Como é o caso da Seguridade Social que constrói uma rede de afiliação e pertencimento social, nem que seja por uma diferença estigmatizadora que faz sofrer ao não propor alternativas de inclusão, tendo em vista ainda que, não se deve estar incluído por alternativas, mas pelo fato de a inclusão ser uma condição comum a todo e qualquer indivíduo. A sensação de inutilidade passa a gerir as relações desses sujeitos pelo reconhecimento social através de um desvio, é uma inclusão às avessas.

Porém, antes de tudo a família precisa ser informada e conscientizada acerca das circunstâncias que terá que enfrentar e o que fazer neste momento. Como diz Palmeira et al (2009, p. 69) “Tentar aproximar-se, explorar e compreender melhor esse mundo desconhecido é um desafio imprescindível para resguardar a relação positiva e afetiva da família com o paciente, tão importante para seu tratamento e para o prognóstico de sua doença”.

A esquizofrenia caracteriza-se por uma doença mental grave que segundo Dalgalarro (2008) os psicopatólogos do final do século XIX e início do XX distinguiram quatro subtipos. A forma paranóide, caracterizada por alucinações; a forma catatônica, marcada por alterações motoras; a forma hebefrênica, caracterizada por pensamento desorganizado; e o subtipo simples, com lento e progressivo empobrecimento psíquico e comportamental.

O Código Internacional das Doenças na décima versão (CID-X, 2011) observa os estados prodrômicos (de instalação) da esquizofrenia onde por um período de semanas ou meses o sujeito apresenta perda de interesse, evitação da companhia de outros, ausência ao trabalho, irritação e hipersensibilidade. No entanto, “esses sintomas não são diagnósticos de nenhum transtorno em particular, mas também não são típicos do estado sadio do indivíduo” (p. 9). O Manual Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria na 4ª versão (DSM-IV) indica a esquizofrenia pelos seus sintomas numa duração significativa por um período de pelo menos um

mês: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, afetividade embotada, disfunções sociais, denotando perda nas habilidades interpessoais e produtivas. (DALGALARRONDO, 2008). Sem dúvida é preciso nomear para que outras fontes possam também ajudar no tratamento, no entanto, os rótulos não podem tomar exclusividade nas pessoas, elas são antes de tudo seres inteiros em compreensão.

Pesquisas indicam que a esquizofrenia é uma das principais doenças mentais e sua prevalência é de 1% na população mundial. É uma doença biológica e dessa forma envolve alterações cerebrais, onde diversos genes estão envolvidos, por isso a hereditariedade torna-se um aspecto importante, encontrando-se comumente, mais de um sujeito com esquizofrenia em uma mesma família. No entanto, não há uma hereditariedade direta, o que se herda é uma propensão a desenvolver a doença. Sua causa, pois, é multifatorial envolvendo fatores genéticos e ambientais. Dentre elas podemos citar as do período perinatal e neonatal como: complicações no parto; as da primeira infância: infecções do sistema nervoso central como as meningites, entre outras; experiências psicológicas negativas; os traumas; e as do período da adolescência: uso de drogas. (PALMEIRA et al, 2009).

O Dicionário de Psicologia de Peter Stratton e Nicky Hayes (2003, p.90) traz a sua definição de esquizofrenia como um grupo de psicoses em que as emoções são neutralizadas ou não coordenadas com o pensamento e comportamento. Mais adiante os autores descrevem a pessoa com esquizofrenia como um ser consideravelmente incapaz. “Uma pessoa que sofre de esquizofrenia não tem possibilidade de manter relações sociais ou de cuidar de si mesma de forma adequada”. Por trás dessa condição incapacitante pautada em um diagnóstico fechado é interessante observar a presença de um preconceito muito forte.

A esquizofrenia é sim um transtorno mental grave e até então sem cura, no entanto, a pessoa pode manter um curso de vida normal, desde que tenha a doença controlada por um tratamento adequado e faça parte de um ambiente agradável que lhe gere as menores situações de conflito possível. “Para que uma família mantenha-se viva e em funcionamento, precisa contar com objetivos em comum, que lhe apontem o norte, contribuindo ativamente para seu equilíbrio e coesão”. (ROSSET, 2008, p.59)

Agora pensando nos impactos que a doença mental traz para a família precisamos falar do percurso histórico que vivenciou a família ao longo do tempo. A mudança do tipo de família medieval para a família moderna implicou em um sentimento de família que até então não existia, onde as crianças assim que atingiam alguma autonomia eram logo inseridas no mundo adulto e do trabalho. A família moderna passou a ter atribuições com as crianças gerando com isto afetos entre pais e filhos. Fortalecendo os laços os pais passaram a responsabilizar-se com os filhos e que estes mantivessem certa distância do mundo adulto considerado sujo. A partir daí, a casa deixou de ser espaço público para fechar-se em sua privacidade.

Observa-se nesse momento histórico que os cuidados passaram a gerir as atitudes dos pais em relação aos filhos. Onde os primeiros, preocupam-se com todo e qualquer aspecto relacionado ao filho; a educação, a saúde, os pares, os conflitos, as expectativas quanto ao futuro, às mudanças de fases no ciclo de vida, enfim, os pais passaram a ter a função primordial de cuidadores, nem que seja pelas atribuições legais. Essa função trouxe consigo uma alta carga de medo, pois qualquer situação fora do contexto esperado por estes pais resulta em um nível de angústia significativo. A família foi se constituindo a primeira organização social da qual fazemos parte e que se reorganizou para receber seus filhos é ela que nos apresenta os valores morais e culturais de uma

sociedade maior. Também definida por Galera (2002, p.3) como “um grupo de pessoas vinculadas por uma ligação afetiva profunda e por um sentimento de pertença ao grupo”. Pois é nela que nascem as primeiras formas de cuidado e manutenção da vida.

Atualmente procura-se entender a família como uma integração de partes onde seus membros se inter-relacionam formando toda a teia familiar para o desenvolvimento dos seus papéis. Esta é a visão sistêmica, onde um sistema (família) não pode ser entendido como a mera soma de suas partes, mas um conjunto integrado a partir de suas interações. Assim, segundo Romano (1999, p. 71) “a família é um sistema inter-comunicante onde o comportamento de um indivíduo só pode ser entendido a partir do contexto de todo sistema grupal e do meio em que está inserido”. Desse modo, a família é um todo composta de vários membros, a mudança de qualquer das partes afeta todo o grupo, os sujeitos nos diversos arranjos familiares se constituem na relação com o outro. Rosset (2008, p.58) ratifica estas palavras ao dizer que “a família em si é uma unidade, como um organismo, em que todas as partes estão ligadas e interagem. Há um movimento contínuo, circular, de trocas entre o sistema familiar e a estrutura individual”.

Nesta direção apontam Lane e Codo quando afirmam que:

Mesmo antes do nascimento, o homem desenvolve-se biologicamente numa relação direta com o meio ambiente, o que significa que o torna-se homem está intimamente ligado com o ambiente, que não pode ser visto como “natural”, mas como um ambiente construído pelo homem. (2004, p. 82).

Quando recai sobre a família o adoecimento de um dos seus membros esta vê todo o seu cotidiano ser alterado e na quase totalidade das vezes a relação doença-família acaba levando a efeitos negativos e desagregações familiares, reconhecendo toda a sobrecarga emocional gerada com isso. Tendo em vista os sentimentos subjacentes ao doente e ao adoecimento como o medo de lidar com a nova situação, a culpa, principalmente dos pais por se sentirem responsáveis pelo adoecimento do filho, a incerteza de que o tratamento vai dar certo. Algo necessário a fazer nesse momento é identificar o curso da doença, como exemplo, sua progressão e ou reincidência, a fim de que haja uma reorganização da vida familiar para cultivar situações em que todos possam lidar saudavelmente com suas consequências. Como aponta Rolland (2011, p. 390) “esse nível de exigência e incerteza mantém a doença num primeiro plano da consciência familiar, influenciando constantemente suas tentativas de retornar à fase em termos desenvolvimentais”.

No início ocorre uma desorganização familiar, para posteriormente, a família conseguir reorganizar-se priorizando o cuidado. Quando se trata de doença mental certamente que o caminho é trilhado com alguma dificuldade, tendo em vista os estigmas sociais que envolvem essa questão como nos lembra Foucault (2008) ao observar que a loucura passou a ter um simbolismo moral ou de falta dela. E avizinhandose do pecado necessitava não apenas do afastamento social, mas também de castigo e penitência, por isso que o internamento na idade clássica, vai ter o sentido negativo de exclusão e o positivo de organização quando tenta corrigir os “desviados”. Cria-se a posição de culpabilização para essas pessoas que devem a partir de então, aceitar os castigos infligidos para sua remissão. Como pontua Xiberras (1993) ao evidenciar a condição de estigma característica desses sujeitos demarcando que:

Se o desconhecido manifesta a posse de um atributo que o faz cair na ordem dos indivíduos viciados, amputados, deficitários, desacreditados, ou deficientes, é imediatamente reclassificado na categoria dos indivíduos estigmatizados (p. 137)

O estigma seria, portanto, o resultado de um atributo físico mais um estereótipo construído socialmente e, sobretudo, moral que faz invalidar outras formas de existir no mundo. Como afirma Foucault (1975) nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela encerra, pois no instante em que diagnostica a doença, exclui o doente.

Por estas e outras questões a família fica sem o suporte necessário aos cuidados do seu parente podendo com isso adoecer também. Na patologia mental crônica o cuidador sente-se impotente diante da realidade do ciclo da doença e desgastado pela vivência diária com uma pessoa que em algumas ou muitas vezes não interage como deveria, não produz como deveria e, sobretudo, não se envolve como deveria. Ainda lembrando Rolland (2011, p.391) quanto ao percurso da doença e seu impacto no ciclo de vida familiar: “em fase de doença crônica, um objetivo essencial é a família lidar com as demandas desenvolvimentais da doença sem que seus membros sacrifiquem seu próprio desenvolvimento ou o desenvolvimento da família como sistema”. Faz-se necessário uma rede de compartilhamentos e ajuda mútua, para que um não seja sobrecarregado e acabe saturado pelo acúmulo de responsabilidades, outro modo seria entendendo melhor o tipo de transtorno com o qual estão lidando, o que acarreta e o que exatamente fazer nos momentos de crise do ponto de vista da contenção até procurar um serviço de saúde.

Observando que, a terapêutica da esquizofrenia não se encerra na prescrição de neurolépticos, a família não ajuda apenas quando se responsabiliza em lembrar os horários de ministrar a medicação, mas também, quando traz a pessoa às responsabilidades, quando chama à participação na vida familiar, opinando, decidindo, propõe métodos de ajuda como o trabalho, este adequado ao seu nível de motivação e até de cronificação da própria doença, mas nada que o infantilize ou destitua da condição de sujeito autônomo com capacidades pessoais e sociais, as possibilidades de trocas e o estabelecimento de relações são os mesmos para todo e quaisquer indivíduos, desde que lhes sejam dadas condições. São as benesses do cuidado que nos fala Boff (2012, p.29) “cuidado mostra que o outro tem importância porque se sente envolvido com sua vida e com o seu destino”.

Essa questão deve ser a mais ampliada possível, para que ganhos muito pequenos não sejam vistos como únicos e fundamentais na vida do sujeito fechado a novas possibilidades, nascendo aqui um dos grandes erros “o de considerar um paciente curado quando é capaz apenas de cuidar de seu asseio pessoal, adotar boas maneiras e, principalmente, não demonstrar rebeldia. Este último sujeito, desde já, com sua conduta passiva e parasitária, continua filiado à alienação” (PICHON-RIVIÈRE 2009, p.42/43). Sendo assim, temos mais um sujeito “domesticado” que capaz de exercer sua autonomia, aquilo que não queremos, pois pouco beneficia sua condição existencial.

Quando acontece uma exclusão da vida familiar as chances de um convívio saudável vão se tornando cada vez mais escassas com insatisfações de ambos os lados. “O outro deixa de ser para o doente o parceiro de um diálogo e o cooperador de uma tarefa; não mais se apresenta a ele sobre o fundo das implicações sociais, perde sua realidade de socius, e torna-se, neste universo despovoado, o Estranho.” (FOUCAULT, 1975, p. 64).

A partir daí começam grandes problemas na relação dos membros da família, pois a comunicação entrou em colapso. O doente passa a ser um peso para quem cuida e a sentir-se um peso em relação a sua experiência de vida depois da doença.

Infelizmente alguns profissionais subestimam a capacidade do indivíduo entender sua própria doença, bem como da própria família, não oferecendo explicações pelo menos quanto às situações mais recorrentes ou típicas do transtorno que aquelas pessoas irão enfrentar. Joel Birman (2001) trata dessa questão dando o nome de despossessão, onde a psiquiatria biológica elimina a presença da experiência subjetiva do doente no acontecimento da doença, entendendo a queixa o suficiente para uma operação diagnóstica e assim, prescrever o mais rápido possível o medicamento adequado para o transtorno em questão. “Os sofrimentos psíquicos e as queixas dos doentes deixam de ser considerados signos de uma história existencial ou até mesmo marcas eloquentes da incidência das oscilações do espaço social sobre a subjetividade” (BIRMAN, 2001, p. 24).

Muitas vezes, quando o médico prescreve acredita ser o suficiente para abrandar os problemas do paciente e da família, deduzindo que as preocupações se resumem às situações de crise, no entanto, o que a família quer saber é o porquê tudo aquilo se deu, o que foi de errado, foi a educação?; foi por outra doença?; dentre tantas questões carregadas dos mitos criados por quem não tem a informação, mas quer ter. Para tanto, acabam criando respostas próprias, baseadas no material de que dispõem e “no silenciamento do enfermo opera-se o esvaziamento de uma história, vale dizer, a enfermidade perde sua inscrição no registro da linguagem” (BIRMAN, 2001, p.24).

A Terapia Sistêmica Familiar como via de cuidado

A Terapia sistêmica familiar com seus conceitos de diferenciação, ciclo de vida, genetograma e padrão familiar, nasceu a partir da união de duas grandes teorias aplicadas às relações humanas, a Teoria da Comunicação (Bateson) que deposita na linguagem um ponto chave para construção de relações saudáveis e conhecimento do mundo; e a Teoria dos Sistemas (Bertalanffy) que aborda as relações como a característica definidora dos sistemas, tendo em vista que estes se constituem como um complexo de elementos em interação. Sendo esta relação vista em sua totalidade e não apenas, como a mera soma de suas partes. (VASCONCELLOS, 2012)

“As abordagens atuais em terapia familiar insistem na importância de não encerrar as famílias em categorias patológicas” (MORO e LACHAL, 2008, p.129). Desse modo, procuramos evidenciar neste tipo terapêutico, não as causas de um funcionamento familiar, mas, sobretudo, seus níveis de possibilidades para a saúde das relações, tendo em vista que se a família sofre diante da atual organização que adquiriu, este já é um possível caminho para busca de um novo engajamento. Tendo em vista que faz parte da condição humana a necessidade de cuidados para prosseguir em sua existência, um bebê sem cuidados essenciais terá condições mínimas de sobrevivência; assim como, no mesmo ser humano reside um potencial diligente para ofertar esse zelo. Palavras validadas por Boff (2012, p.29) ao dizer que “cuidar e ser cuidado são duas demandas fundamentais de nossa existência pessoal e social”.

A terapêutica sistêmica no cuidado à família de pessoas com algum adoecimento mental entra como mais uma possibilidade numa necessária rede de acolhimento, sendo uma terapia voltada para melhorar o funcionamento familiar e o conseqüente bem-estar de seus membros. Como nos lembra Moro e Lachal (2008, p.126) “permitem uma articulação entre as diferentes intervenções de tratamento, e incentivam um olhar sobre as relações entre os diferentes sistemas – familiares, cuidadores, instituições sociais”. Observando a necessidade de outros lances de olhares, sendo agora a família afetada por questões presentes nas relações inter e intra familiares. Pontuação feita por Rosa (2011, p.49) ao dizer que “com a exclusão social do louco do meio social, por intermédio da internação psiquiátrica e com a mudança de seu estatuto para “doente mental”, uma outra relação se constrói entre o louco e sua família”.

Esse cuidado como nos fala Boff (2012, p.27) “é exigido em praticamente todas as esferas da existência, desde o cuidado do corpo, dos alimentos, da vida intelectual e espiritual, da condução geral da vida até ao se atravessar uma rua movimentada”. Tendo em vista a fragilidade constituinte do ser humano na necessidade de cuidados, mas com igual disponibilidade para cuidar. Ou seja, somos constituídos para dar e receber cuidados em um movimento chamado pelo pediatra inglês Winnicott (2011) de *holding*, que se traduz por uma porção básica de cuidados, onde um sujeito demandante desses cuidados recebe apoio e proteção a partir da identificação do outro com suas necessidades, retirando-lhe do caos para a ordem física e psíquica fundamentais à construção da vida.

Ainda citando Moro e Lachal (2008, p.129) “as indicações de terapias familiares não são feitas em função de um diagnóstico psiquiátrico: o acento é colocado nas modalidades relacionais e interacionais em torno dos sintomas de uma pessoa”. Seguindo esta prática a família não seria colocada como culpada pelo adoecimento dos seus membros, mas como pessoas que melhor podem ajudar no tratamento. Reconhecendo os aspectos necessários à mudança, bem como, as vias que favorecem uma nova configuração de relacionamento. Pesquisas apontam que a terapia de família e a redução de emoção-expressada podem reduzir em até 70% as recaídas e internações da pessoa com transtorno mental, ganhando um efeito intenso quanto mais perdurem a terapia e as mudanças emocionais. (PALMEIRA et al, 2009)

Apontamos ainda, para terapia familiar sistêmica como via de cuidado neste tipo de demanda, pois com suas múltiplas raízes no século XX, teve os grandes precursores desse modelo iniciando suas práticas em hospital psiquiátrico e pesquisas no grupo de estudo de Palo Alto que procurava, através da teoria da comunicação, entender a interação entre os pacientes com esquizofrenia e suas famílias (PONTES, 2009). Comungando com as palavras de Rosset (2008, p.58) que se acreditamos que “os lances de relacionamento são circulares, são co-desencadeadores e que o comportamento desencadeia e matém o comportamento do outro, e vice-versa, abre novas possibilidades de compreensão”.

Sendo assim, um modelo sistêmico de atendimento seria aquele em que o sistema familiar exerce uma função preponderante no caminho para a doença e para a saúde, pensando com isso que esta família significa um organismo vivo e que precisa estar atenta aos sinais no curso do adoecimento. Acrescentando um modelo sistêmico de família, nós podemos criar uma representação tridimensional do sistema mais amplo de doença/família. Os tipos psicossociais de doença, as fases temporais da enfermidade e os componentes do

funcionamento familiar. Este modelo oferece um veículo para um diálogo flexível entre o aspecto da doença e o aspecto familiar. (ROLLAND, 2011)

Já são muito danosos os estigmas e preconceitos vivenciados diariamente pelo doente e sua família com desagregações muitas vezes irremediáveis, não podemos pensar na família como detonadora de um adoecimento, nem no doente como responsável por relações conflituosas ou o grande causador das dificuldades enfrentadas pela família. Antes precisamos, restituir afetos positivos com a fluidez da comunicação, tendo em vista que “o transtorno mental provoca deslocamentos nas expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código de referência do grupo” como nos lembra Rosa (2011, p.243). Pontuação relevante que justifica a necessidade de uma terapia familiar com abordagem sistêmica que a partir de seus conceitos de padrão emocional; metacomunicação; *double-binds* (duplos elos) e ressonância irá mover o sistema familiar no sentido de observar o modelo de funcionamento existente e como rearranjar padrões saudáveis de interação.

Melo filho & Burd (2004) acreditam que quando o núcleo familiar é bem estruturado e a relação com o paciente é preservada, é possível obter bons resultados, mesmo em situações clínicas mais difíceis. Certamente há que se refletir em um conceito a contento do que seja um núcleo familiar bem estruturado, mas a situação aqui colocada aponta para dois questionamentos, um quanto aos vínculos afetivos e outro; quanto às informações em se utilizar outros meios de suporte em crise.

O que buscamos aqui evidenciar é que esta oferta de cuidado pode vir através da terapia sistêmica, pois esta parte do pressuposto que “a família tem potencial e potência de atrapalhar ou de curar os seus indivíduos e estes poderão sempre acionar esses instrumentos para cuidarem-se, protegerem-se, curarem-se e, assim, poderem crescer, aprender e enriquecer sempre mais” (ROSSET, 2008, p.58). Não falamos em buscar culpados, mas em evidenciar sujeitos capazes de restituir os afetos que gerenciam suas relações.

Como aponta Boff (2012, p.15) “Somos filhos e filhas do infinito cuidado que nossas mães tiveram ao nos acolher neste mundo. E será o simples e essencial cuidado que ainda vai salvar a vida, proteger a Terra e nos fazer singelamente humanos”. Desse modo, falamos em um aspecto essencial da vida, o cuidado, mais uma face do amor quando nos identificamos com um outro que sofre e carece de proteção, gentileza, envolvimento, solicitude, enfim, quantos nomes queiramos chamar afetos de dar e receber, condição inerente à natureza humana.

Considerações Finais

A visão dos transtornos mentais continua a mesma que de séculos atrás e o que é pior, o sujeito em tal condição terá essa marca como única e irremediável característica. Sua identidade, nas mais diferentes esferas de relações, bem como, sua subjetividade estarão perpetuamente marcados pelo signo do louco. Partilhando de todo esse estigma encontra-se a família, que por um lado, oferta os cuidados necessários ao seu parente e, por vezes, sente-se desamparada desses mesmos cuidados ou perde-se diante dos intensos conflitos gerados pelo curso da doença.

A adoção de espaços onde o cuidador possa ser escutado e compartilhe suas experiências é uma construção primordial, tendo em vista que lidar cotidianamente com o adoecimento mental gera conflitos e tensões que merecem a oferta de um espaço terapêutico que dê conta de uma demanda de sofrimento, pois onde quer que habite esse quadro, habitam também, os preconceitos; a culpa; o cansaço; a falta de informação; de perspectivas positivas quanto ao futuro, enfim, uma série de adversidades necessitadas de novos arranjos e do trânsito de novos afetos. Pensando que são poucos os serviços de saúde que projetam, também nos cuidadores, o sentido terapêutico que trará contributos a partir do momento diagnóstico até o prognóstico da doença.

Vimos na terapia sistêmica familiar uma via de suporte com relevante sentido, tendo em vista que se constitui a partir de conceitos fundamentais à diminuição de conflitos, melhora na comunicação e rearranjo do padrão emocional. Pontuando ainda que, necessário a todo tipo de terapia é preciso que em terapia familiar também se faça uma avaliação de sua aplicação e limites às necessidades impostas de cada situação, mesmo sabendo que as terapias sistêmicas familiares são uma excelente indicação para o caso aqui demandado. No entanto, não se deve perder o sentido ético de cada processo psicoterápico, para que as pessoas sejam de fato beneficiadas e não sirvam apenas como personagens para um enquadramento teórico destituído de sentido.

Por fim, consideramos que se faz necessário a criação de espaços onde os familiares possam estabelecer relações de sentido entre a doença, o doente e o adoecer, organizando modos de lidar com o sujeito com esquizofrenia, tornando mais leve o peso das frustrações e reduzindo as tensões do cotidiano estejam preparadas para viabilizar situações positivas diante do complexo sistema de relações.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

SAWAIA, Bader. **Exclusão ou inclusão perversa?** In Sawaia, Bader (org). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Rio de Janeiro: Vozes, 2009, 7-13 fls.

CARRETEIRO, Tereza Cristina. **“A doença como projeto” – uma contribuição à análise de formas de filiações e desfiliações sociais**. In Sawaia, Bader. *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Rio de Janeiro: Vozes, 2009, 87 – 95 fls.

BIRMAN, Joel. **Desposseção, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje**. In Quinet, Antônio. *Psicanálise e psiquiatria: Controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

BOFF, Leonardo. **O cuidado necessário**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

BUSNELLO, Ellis D'Arrigo. **Dinâmica de Grupo: Fundamentos, delimitação do conceito, origens e objetivo**. In Osório, Luiz Carlos. *Grupoterapia Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

CID 10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GALERA, Sueli Aparecida F. & LUIS, Margarita A. Villa. **Principais conceitos da abordagem sistêmica em enfermagem ao indivíduo e sua família.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo: junho, 2002, vol.36, nº 2, p.141-147.

GULLAR, Ferreira. **Internação.** Revista Época. nº 576 I, jun, 2009. Editora Globo.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LANE, Sílvia Tatiana Maurer & CODO, Wanderley. **Psicologia Social: o homem em movimento.** São Paulo: Brasiliense, 2004.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** 2ª Ed. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

MORO, Marie Rose e LACHAL, Christian. **As psicoterapias: modelos, métodos e indicações.** Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

PONTES, Marcos Naime. **Famílias e Psicoses.** In Osório, Luiz Carlos e Valle, Maria Elizabeth Pascual do. Manual de Terapia Familiar. Porto Alegre: Artmed, 2009, 343- 349 fls.

PALMEIRA, Leonardo ET AL. **Entendendo a Esquizofrenia: Como a família pode ajudar no tratamento?** Rio Janeiro: Interciência, 2009.

PICHON-RIVIÈRE, Henrique. **O processo grupal.** Trad. Marco Aurélio Fernandes Velloso. 8ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

ROMANO, Wilma Belkiss. **Princípios para prática da psicologia clínica em hospitais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família.** 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ROSSET, Maria Solange. **Terapia de Família Relacional Sistêmica.** Revista Brasileira de Terapia Familiar. V1, n1, janeiro/junho, 2008.

ROLLAND, Jonh S. **Doença Crônica e o ciclo de vida familiar.** In Carter, Betty & Mcgoldrick, Monica. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed, 2011.

STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma Psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais.** Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

STRATON, Peter & HAYES, Nicky. **Dicionário de Psicologia.** São Paulo: Pioneira, 2003.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência.** 9ª Ed. São Paulo: Papyrus, 2012.

WINNICOTT, Donald W. **A família e o desenvolvimento individual.** Trad. Marcelo Brandão Cipolla. 4ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

XIBERRAS, Martine. **As teorias da exclusão: Para uma construção do imaginário do desvio.** Trad. José Gabriel Rego. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.

Recebido em 25/03/2015

Aceito em: 29/03/2015