

Psicoses na família: intervenções sistêmicas para o tratamento

Trabalho apresentado ao Familiare Instituto Sistêmico como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Terapia Relacional Sistêmica.

Darlan Novaes de Queiroz

Orientadora: Sonia de Lima, Mestre em Psicologia

2014

Agradecimentos

Ao meu falecido avô mítico, "vô" Olíndio, por ter ensinado a minha mãe, através do contato com a terra e com o pão, tesouros da vida como o afeto e a diligência.

Aos meus pais, por terem me proporcionado a vida humana preciosa e me ajudado a construir, com amor, recursos a partir dos que já tinham e me impulsionado a construir outros recursos por não os carregarem consigo.

À minha irmã, pela oportunidade de aprender a lidar com a competitividade e com as diferenças.

À Sônia de Lima, pela paciência e pelo afeto na orientação desta monografia.

Aos meus clientes, pelas ricas aprendizagens que me possibilitam enquanto terapeuta e ser humano.

A todos os seres.

RESUMO

O desafio de tratar pessoas com psicoses começa com um desafio anterior: precisar o termo "psicose". Ao longo da história, pensadores de diversas áreas de conhecimento compreenderam as psicoses de distintas formas e buscaram maneiras de curá-las. Na perspectiva do pensamento sistêmico, encontram-se dois marcos no campo dos estudos sobre as psicoses: a teoria do duplo vínculo, publicada em 1956, e os jogos psicóticos na família, estudo divulgado em 1988. Após esses aportes teóricos, surgiram métodos de intervenção sistêmica utilizados no processo terapêutico de famílias com membro psicótico, dos quais três são descritos no presente trabalho, a saber: um método italiano desenvolvido no Centro de Psicoterapia de Família, um método finlandês denominado Diálogo Aberto e um método alemão desenvolvido na Universidade de Heidelberg. Os resultados deste estudo teórico, sustentado pelo pensamento sistêmico, mostram que os três métodos descritos apresentam contribuições importantes para o tratamento de casos de psicose. Todos eles enfatizam a necessidade de não construir um discurso patologizante sobre os problemas do paciente identificado, para que a terapia familiar seja eficaz. Os métodos desenvolvidos na Itália e na Finlândia não conduzem a um tratamento específico, único, das psicoses, e valorizam a flexibilidade na planificação do tratamento. O Diálogo Aberto preconiza a postura de escutar e estimular a expressão das alucinações e dos delírios do paciente identificado, por considerar que se tratam de mais uma voz do sistema familiar. Estudos de seguimento sobre o método de Heidelberg e do Diálogo Aberto chamam a atenção para o uso excessivo e indiscriminado da medicação neuroléptica e comprovam que a eficácia da terapia familiar não fica ameaçada pela redução de medicação antipsicótica. Apesar de toda a dificuldade de compreensão sobre as psicoses, os estudos de seguimento, apresentados neste trabalho, indicam que a terapia familiar pode auxiliar na redução do sofrimento psíquico grave.

Palavras-chave: Psicoses, Intervenções sistêmicas, Terapia familiar.

ABSTRACT

The challenge of treating people with psychoses starts with a previous challenge: the need of the term “psychosis”. Through out history, thinkers from different areas of knowledge comprehend the psychoses from distinctive forms and search ways to heal it. From a systemic perspective, there are two important moments in the studies about psychoses: the theory of the double link, published in 1956, and the psychotic games within the family, study that was promoted in 1988. After these theory sources, methods of systemic intervention used in the therapeutic process within families with a psychotic member appeared, from which three are described in this work, such as: an italian method developed in the Center of Family Psychotherapy, a finland method named Open Dialogue and a german method developed in the Heidelberg University. The results of this theoretic study, sustained by the systemic thinking, show that the three methods described present important contributions to the treatment of psychosis cases. All of them emphasize the need to not build a pathological speech towards the identified patient problems, so that the family therapy would be effective. The methods developed in Italy and Finland do not lead to a specific and unique treatment of psychoses, and value the flexibility in the planning of the treatment. The Open Dialogue sets a hearing posture and stimulates the expression of hallucinations and delirium of the identified patient due to the belief that is just one more voice of the family system. Following studies about the Heidelberg Method and the Open Dialogue call attention to the excessive and improper use of neuroleptic medication and prove the effectiveness of the family therapy is not threaten by the reduction of antipsychotic medication. Even with all the comprehensive difficulties about the psychoses, the following studies presented in this work, indicate that family therapy can assist in the severe psychic pain reduction.

Keywords: Psychoses, Systemic interventions, Family therapy.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	06
2. Objetivos	08
2.1 Objetivo geral.....	08
2.2 Objetivos específicos.....	08
3. Método.....	09
3.1 Caracterização do estudo.....	09
3.2 Procedimentos	09
4. Desenvolvimento.....	10
4.1 Panorama histórico e conceitual.....	10
4.1.1 Revisão histórica sobre o termo loucura.....	10
4.1.2 A generalidade dos termos psicose e doença mental.....	13
4.1.3 A doença do ponto de vista do pensamento sistêmico	15
4.2 Principais teorias e estudos clínicos sobre família e psicoses	17
4.2.1 Teoria do Duplo Vínculo	18
4.2.2 Estudo clínico: os jogos psicóticos na família.....	21
4.3 Intervenções sistêmicas para o tratamento de psicoses na família.....	27
4.3.1 Método desenvolvido na Itália: Centro de Psicoterapia de Família	28
4.3.2 Método desenvolvido na Finlândia: Diálogo Aberto	34
4.3.3 Método desenvolvido na Alemanha: Universidade de Heidelberg	43
5. Considerações finais.....	52
6. Referências bibliográficas	

1. INTRODUÇÃO

A História, a Sociologia e Antropologia revelam registros de manifestação da loucura nos diversos momentos históricos da humanidade. A compreensão sobre a loucura, todavia, se alterou ao longo do tempo e nos diferentes espaços e relações. Esses distintos olhares sobre a loucura embasaram diferentes modos de lidar e tratar as pessoas que apresentavam esse jeito peculiar de funcionar, mas raramente os tratamentos dispensados a elas contribuíram, de fato, para amenizar seu sofrimento. Desde os gregos até a atualidade, muitas confusões e imprecisões foram criadas em torno do entendimento sobre doenças mentais, especialmente a psicose, e, com isso, foram desenvolvidas intervenções pouco úteis sobre elas.

As deficiências de ferramentas para tratar casos de psicose foram a principal motivação para a produção do presente trabalho. A experiência de atender famílias com membro psicótico gerou a necessidade de buscar mais recursos teóricos e técnicos, bem como uma curiosidade de conhecer mais sobre o que é a loucura, como ela se desenvolve, quais limitações se apresentam ao terapeuta nesse tipo de tratamento etc. Dialogando com colegas sistêmicos, ficou nítido que casos de psicose não costumam aparecer em seus consultórios e que alguns não se sentem confortáveis em atendê-los.

Ao investigar o tema, mais uma surpresa: com muita dificuldade se encontra produções científicas em língua portuguesa com base no pensamento sistêmico que abordem as psicoses, pensamento este que embasa o presente trabalho. A escassa literatura científica demonstra a importância de divulgar o que se tem pensado e feito por terapeutas sistêmicos e tornar esse conhecimento acessível para aqueles que têm sede de aportes teóricos e técnicos para lidar com esses casos tão complexos.

Na realidade, diversos sistêmicos se debruçaram sobre estudos e pesquisas acerca das psicoses, dentre elas a esquizofrenia, contribuindo para a compreensão desse fenômeno complexo e inquietante. Pioneiros da teoria sistêmica trouxeram novos olhares e práticas nesse campo, tais como Lyman Wynne que brindou com os conceitos de pseudomutualidade e pseudo-hostilidade para descrever as estruturas de famílias disfuncionais. Mais recentemente, a pesquisadora e terapeuta familiar italiana Mara Selvini Palazzoli contribuiu sobremaneira para esclarecer os jogos familiares que conduzem o processo psicótico de um dos membros desse sistema. O grupo de pesquisadores de Palo Alto formado por Gregory Bateson, Jay

Halen, Don Jackson e John Weakland encontrou na teoria dos Tipos Lógicos, do filósofo britânico Bertrand Russel, a possibilidade de se pensar a pragmática das comunicações entre o paciente e seus familiares. A partir disso, desenvolveram a teoria do duplo vínculo.

O grupo da Palazzoli manteve seus estudos sobre o tema, aprimorando teorias e técnicas para o tratamento sistêmico de famílias com um membro psicótico. As reformulações do método utilizado por esse grupo flexibilizaram diversas intervenções, a começar pelo contrato preliminar que estabelecia regras muito rígidas. O *setting* terapêutico também passou por flexibilizações com o objetivo de possibilitar uma aproximação emocional entre equipe e família, e de criar um contexto mais colaborativo. O jeito de trabalhar desse grupo italiano é marcado pela diretividade e pela construção de estratégias que visam à perturbação do padrão disfuncional da família.

Na Finlândia, sistêmicos desenvolveram um método diferente chamado Diálogo Aberto. Com base em uma perspectiva construtivista e socioconstrucionista, esse grupo dá enfoque à promoção de diálogos que possibilitem a construção conjunta de uma nova linguagem e novos significados. Um estudo realizado pelos criadores do Diálogo Aberto confirma a eficácia deste método, uma vez que revelou apenas 22% de pacientes com resultados ruins.

Um grupo composto por professores de Psiquiatria da Universidade de Heidelberg e dois psiquiatras (profissionais liberais), na Alemanha, desenvolveu um método sistêmico que enfatiza a importância de fomentar a autonomia do sistema familiar e a elaboração de estratégias que possibilitem a facilitação do manejo de conflitos intrapsíquicos e intrassistêmicos. A eficácia deste método foi comprovada pelos próprios autores através de um estudo de seguimento. O índice de recaídas sofreu uma diminuição de 74,4% após a terapia familiar.

A partir do conhecimento que se produziu à luz da teoria sistêmica, pretende-se, aqui, responder à pergunta: quais intervenções, dentro da abordagem sistêmica, dão suporte para o terapeuta trabalhar com família que apresentam um membro psicótico?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Pesquisar diferentes intervenções sistêmicas utilizadas no processo terapêutico de famílias com membro psicótico.

2.2 Objetivos específicos

- Revisar teorias relativas às noções de doença mental e psicose;
- Identificar os principais estudos clínicos e pesquisas realizadas com base no pensamento sistêmico sobre psicoses;
- Descrever alguns métodos de intervenção sistêmica utilizados no processo terapêutico de famílias com membro psicótico.

3. MÉTODO

3.1. Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo teórico sustentado pelo pensamento sistêmico.

3.2 Procedimentos

Foram investigadas obras amplamente conhecidas de autores da teoria sistêmica para tratar das pesquisas e estudos clínicos sobre psicoses, bem como produções de autores contemporâneos que desenvolveram métodos de intervenções sistêmicas para este tipo de caso. Também, para ampliar as revisões teóricas e críticas sobre noções de doença mental e psicoses, faz-se referência a autores de outras abordagens diferentes da sistêmica.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 Panorama histórico e conceitual

Os termos psicose e doença mental nem sempre carregaram os mesmos significados. Pelo contrário, foram sendo construídos de acordo com as mudanças de contexto, ou seja, sofreram alterações ao longo do tempo, nos diferentes espaços e relações.

Por esse motivo, uma das propostas deste trabalho é apresentar revisões e críticas sobre os termos psicoses e doença mental, revisitando suas genealogias. "O termo genealogia pretende apontar para o aspecto histórico da construção (e/ou) confusão destes conceitos" (COSTA, 2003, p. 55). O termo doença também será apresentado sob o ponto de vista do pensamento sistêmico, fazendo um contraponto à compreensão individual da doença. O adoecimento do indivíduo, para a perspectiva sistêmica, trata-se, na verdade, de um sintoma gerado por uma maneira familiar de se equilibrar. "Quando o sintoma causa um stress intolerável, esteja ele dentro ou fora da família, esta é compelida a procurar ajuda" (PAPP, 1992). Com esse panorama histórico e conceitual, pretende-se uma reflexão mais ampla sobre o que conhecemos por estes dois fenômenos hoje e de que maneira essa compreensão interfere na prática sistêmica.

4.1.1 Revisão histórica sobre o termo loucura

Os termos psicose e esquizofrenia são provenientes do conceito de loucura, e este se apresenta de diferentes modos de acordo com as diferentes épocas e as diferentes abordagens filosóficas, alterando a compreensão e a perspectiva dessa questão. Costa (2003), tomando como base o livro "*Madness and Schizophrenia: a brief history*", de Shean (1978), refere quais as possíveis relações, dessas variações do conceito de loucura, com as atuais propostas de compreensão do que seja psicose ou esquizofrenia. Com base na referida leitura de Costa (2003), o termo loucura é posto, a seguir, em revisão histórica.

Tanto a História, quanto a Sociologia e a Antropologia referem à existência de registros de loucura no ser humano desde os primórdios de sua existência. Antes mesmo dos gregos acreditava-se que as doenças existiam em decorrência de possessões demoníacas. Mas são os gregos que trazem a crença de que os deuses provocavam as doenças, e a doença

chamada loucura, como todas as outras, poderia ser tratada apenas se houvesse intervenção divina.

O viés espiritualista sobre a loucura foi contraposto por uma teoria sistemática de causas físicas proposta por Hipócrates (460-357 a.C.), que também criou um sistema de classificação da loucura enquanto doença dividida em quatro categorias, a saber: mania, melancolia, epilepsia e deterioração mental. Apesar das imprecisões, o modelo de Hipócrates representa um avanço no estudo sobre a loucura ao tentar integrar áreas de conhecimento diversas, quais sejam, filosofia, anatomia e fisiologia.

A partir da referida “abordagem empírica” de Hipócrates, um “modelo idealista e místico da loucura” foi formulado por Platão (407-347 a.C.). Para ele, a loucura era produzida quando a “alma irracional” se separava da “alma racional”. Assim o homem era constituído por duas partes. A parte racional da alma residia no cérebro, era imortal e divina, ao passo que a parte irracional dizia respeito à dimensão animal do ser humano, era mortal e situada no peito, lugar do prazer, da dor e da emoção. Platão foi pioneiro na proposição de uma teoria dualista, ao separar mente e corpo, espírito e matéria, o místico e o racional. Ele também entendia que a loucura não poderia ser explicada por leis naturais, visto que se tratava de uma desordem do espírito.

Essa compreensão mística de Platão foi logo questionada pelo modelo explicativo de base orgânica e naturalista desenvolvido pelo seu discípulo Aristóteles (384-322 a.C.), que buscou desenvolver uma abordagem empírica compatível com sua perspectiva naturalística. Essas mesmas bases referidas por Aristóteles podem ser observadas nos sistemas atuais que abordam a loucura.

A perspectiva naturalista aristotélica deu lugar à filosofia estoica de Cícero (106-143 a.C.), o qual defendia que os distúrbios da alma são as causas da loucura. Para Cícero, as desordens mentais eram fruto de problemas da razão e poderiam ser curadas através da participação na filosofia, isto é, através do uso da razão ou da elaboração racional.

Mais tarde, Galeno (130-200 d.C.) combinou os princípios da tradição científica grega com os princípios do misticismo oriental. Ele pensava que as funções psíquicas localizavam-se no cérebro, de modo que desenvolveu um modelo orgânico-fisiológico que influenciou o pensamento médico ocidental por mais de mil anos. A teoria de Galeno propunha que espíritos animais eram produzidos no cérebro, e a loucura era causada por distúrbios nas

funções desses espíritos. Costa destaca o montante de informações especulativas presentes nessa teoria sobre o que seja “a loucura, sua classificação e suas correlações com o mental e o físico, até hoje, inacreditavelmente, predominante na discussão do tema, inclusive na versão moderna da loucura, ou seja, a esquizofrenia”(2003, p. 59).

A loucura é posta sob um olhar espiritual mais uma vez, com a expansão do cristianismo. A Igreja acreditava que algumas formas de histeria e distúrbios emocionais eram causadas pelo demônio. Se antes a loucura era tratada, nesse momento histórico era alvo de perseguição pela Inquisição, com o intuito de restauração da ordem social, já que se acreditava que os “loucos” em verdade eram desordeiros e pessoas que estavam possuídas por espíritos do mal.

No Renascimento, foi construída a base da visão naturalística da humanidade. René Descartes (1596-1650) contribuiu para dar um novo olhar às questões referentes à loucura. Ele vinculou a loucura ao orgânico e defendeu que a mente devia ser tratada a partir das leis físicas de causa e efeito às quais o corpo também obedecia. Desse modo, o caldo do entendimento sobre a loucura foi sendo engrossado ao longo da História, com os aspectos da “alma, espírito, causas físicas, orgânicas, após introduzida a compreensão espiritual, num todo cada vez mais confuso (...)” (COSTA, 2003, p. 61) de ser estudado ou abordado.

Já no século XVIII, não havia hospitais que tratavam especificamente de loucos. As grandes instituições denominadas “hospitais” abrigavam toda sorte de pessoas que manifestavam algum tipo de comportamento considerado desviante da norma vigente: loucos, criminosos, prostitutas, dissidentes políticos, desempregados, entre outros.

Sob a crença de que a loucura era causada por problemas físicos, Philippe Pinel (1745-1826) desenvolveu o primeiro “tratamento racional e científico da loucura”. Sustentava que a loucura devia ser tratada como uma doença e que as pessoas acometidas por essas desordens mentais teriam necessidade de alguns cuidados como banho de sol e ar fresco no tratamento, sem o uso de grilhões e calabouços. A partir dele, firmou-se a etiologia orgânica da loucura aliada à necessidade do tratamento médico da mesma. Foi então, pela primeira vez, que a loucura foi tratada de forma mais humanizada pela medicina.

No século XIX, a medicina científica resgatou as concepções morais da loucura e a necessidade de controle e isolamento através da internação. O modelo de “medicina de internação” adotado legitimou a delegação do poder de internação das pessoas tidas como

loucas e teve suporte na classificação das doenças mentais e na diferenciação das doenças com base na origem, curso e resultado. No final do século XIX, inicia-se um período de era dos sistemas de diagnóstico em Psiquiatria, caracterizada pela multiplicação de novas classificações de doenças mentais. Os loucos, então, passam a ser doentes mentais, que necessitam de tratamento, classificação e estudos.

O primeiro sistema de diagnóstico em Psiquiatria foi desenvolvido por Emil Kraepelin (1857/1939). Ele classificou os pacientes mentais dos hospitais em grandes categorias de doenças com subtipos específicos. Essa abordagem reforça a crença de que “a loucura é uma doença como qualquer outra”, isto é, “as causas estão arraigadas em órgãos defeituosos, hereditariedade, mudanças metabólicas ou secreções internas” (COSTA, 2003, p. 63). O conceito de esquizofrenia foi introduzido, em 1911, por Eugen Bleuler (1857-1939), acrescentando, ao modelo de Kraepelin, a experiência passada do paciente. Com isto, Bleuler extrapola a mera condição biológica da doença e amplia a compreensão que se tinha da loucura.

Mas também essas mudanças promovidas por Kraepelin e Bleuler trouxeram mais imprecisões sobre a loucura, que passou, então, a ser denominada esquizofrenia. Essas imprecisões podem ser percebidas nos conceitos elaborados sobre psicose, doença, e desordens ou doenças mentais.

4.1.2 A generalidade dos termos psicose e doença mental

O termo loucura e os termos derivados deste, tal qual o termo psicose, estão eivados de imprecisões sobre a que fenômeno se refere, e frequentemente estão associados ao “comportamento bizarro”. A própria origem do termo psicose é obscura. Costa (2003) refere que diversos autores descrevem de maneiras diferentes as mudanças da noção de loucura no decorrer da história.

A partir de estudos realizados a respeito da evolução do conceito de psicose em Psiquiatria, Lopes (2001), em conferência na Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, declarou que é difícil definir a psicose. Ele ensaiou um delineamento sobre a psicose, afirmando que ela “é uma espectro que tem dois polos: o polo da despersonalização e o polo da desrealização. Toda psicose é formada por um conjunto de alterações do conhecimento do indivíduo do próprio eu e do conhecimento do indivíduo do mundo em que ele se encontra”

(2001, p. 30). No entanto, Lopes não precisou desse conjunto de alterações e tem clareza disso ao ter assumido que “(...) se nós quisermos dizer que a psicose é caracterizada por um sinal, nós não o encontramos” (2001, p. 30).

O conceito da essência da perturbação mental foi buscado em seu máximo expoente, a psicose, por Bellomo (2008), professor de Psiquiatria da Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Ele entende que o termo que melhor condensa a essência da loucura é a alienação, palavra oriunda do latim *alienus* que significa estranho, alheio, louco, insano. Essa palavra expressa a desunião e separação de si mesmo com desolação, pavor e a vivência de uma dilaceração interior insuportável. A proposta de apontar a essência e não a definição de loucura/psicose talvez demonstre a dificuldade do autor de precisar este termo.

Mesmo no glossário que se encontra ao final do livro “Pragmática da Comunicação Humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação”, os autores assim definem o “psicótico”: “pertencente às psicoses, isto é, a condições psiquiátricas de natureza orgânica ou funcional (psicogênica) de tal intensidade que o funcionamento individual, intelectual, profissional, social etc. do paciente fica seriamente deteriorado, enquanto que no paciente psiconeurótico, tal deterioração é apenas parcial e está limitada a certas áreas de sua vida” (WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON, 2007, p. 252). Referir psicose como uma deterioração ainda nos dá uma noção vaga sobre este fenômeno.

Campbell (1986 apud COSTA, 2003) afirma que “o resultado do uso conflitante (do termo) é não existir uma definição única e aceitável do que é a psicose” (p. 65). Os aspectos que diferenciam a psicose de outros distúrbios são:

“1. *gravidade* (as psicoses são distúrbios “importantes”, mais graves, intensos e desintegradores; tendem a afetar todas as áreas da vida do paciente); 2. *grau de retraimento* (o paciente está menos apto a manter as relações afetivas com o objeto...); 3. *afetividade* (as emoções são, com frequência, qualitativamente diferentes do normal; ... são... exageradas no aspecto quantitativo...); 4. *intelecto* (...linguagem e pensamento sofrem perturbações; capacidade de discernimento deficiente; podem aparecer alucinações e delírios); e 5. *regressão* (...deterioração generalizada do funcionamento e um retorno a níveis... primitivos de comportamento...)” (COSTA, 2003, p. 65).

O autor traz, no seu dicionário de psiquiatria, mais de setenta definições de psicoses diversas, tais como as psicoses maníaco-depressivas, alcoólica e esquizofreniforme.

Mesmo o termo doença mental é alvo de críticas pelos obscurecimentos que carrega. Para Szasz (2000 apud COSTA, 2003), doença mental não é uma doença em termos clássicos, visto que o termo doença se refere a um fenômeno físico e verificável. Cientistas atribuem doença a “uma condição biológica do organismo referente a anormalidades nas estruturas e funções de células, tecidos e órgãos (COSTA, 2003, p. 73). Szasz (2000 apud COSTA, 2003, p.73) é contundente ao pontuar que “se ‘doença mental’ significa doença cerebral, então não é uma doença da mente e a psiquiatria deveria ser absorvida pela neurologia e desaparecer”.

Nos primórdios da psiquiatria, o termo doença mental era utilizado como uma figura de linguagem. Szasz aponta que, em 1845, o psiquiatra Ernst Von Feuchtersleben registrou que as doenças do espírito podem ser denominadas doença da mente somente por analogia. No mesmo norte, Emil Kraepelin escreveu no livro *Lectureson Clinical Psychiatry* de 1901 que não podemos falar de uma mente que adocece. Szasz enfatiza que mente não é cérebro. Distinguindo do termo cérebro, afirma que o termo mente implica ação, intencionalidade e motivação, de modo que um comportamento que resulte em doença pode ser categorizado como uma doença mental, porém nunca será categorizado como uma doença física. No entanto, o que se percebe é quase um consenso entre a comunidade científica e o público em geral de que “doenças mentais são fenômenos independentes do desejo ou da motivação humana” (COSTA, 2003, p. 74).

O pensamento sistêmico, por sua vez, permitiu ampliar o olhar sobre as doenças de forma geral, na medida em que compreende de forma contextualizada e relacional os distúrbios, inclusive os mentais.

4.1.3 A doença do ponto de vista do pensamento sistêmico

Pesquisadores sistêmicos, como Wynne e cols. e Kleinam (1992 apud COSTA, 2003), propõem um conceito de doença que não se limita à experiência individual, mas que se contextualiza nas dimensões biológica, psicológica e social. A compreensão sobre a doença se amplia da experiência pessoal para a esfera do transacional, comunicacional, social, onde os significados são compartilhados e negociados.

Wynne (1992 *apud* COSTA, 2003) apresenta as principais críticas dos terapeutas familiares em relação ao conceito de doença:

a) A noção de doença reduz e limita a compreensão do contexto relacional transacional ecossistêmico em que o indivíduo está inserido, de modo que obscurece a complexidade do funcionamento humano ao reduzi-lo à esfera biológica.

b) O foco superenfocado na doença negligencia saúde, meios, forças e toda sorte de recursos que possibilitariam a adaptação e resiliência dos indivíduos e das famílias.

c) O conceito de doença tende à formulação de um modelo causal inadequado. A partir dos anos 50, teóricos sistêmicos discordaram das explicações etiológicas sobre a esquizofrenia que se fundamentavam na biologia e na psicologia, de maneira que propuseram, inicialmente, uma explicação patogênica da comunicação familiar para a etiologia da esquizofrenia. Esse modelo causal foi reconhecido como unidirecional, por isso logo foi substituído por conceitos de causalidade circular e processos familiares cibernéticos. A visão mais recente de abordagens construtivistas e desenvolvimentais tratam a discussão da doença como inócua, uma vez que pensar em doença sempre leva ao questionamento da causa, o que dificulta a promoção de diálogos transformadores.

d) Abordar o indivíduo como doente, sobretudo doente mental, é estigmatizá-lo e colocá-lo no lugar de bode expiatório e diminuir a capacidade de mudança e mobilização de apoio.

e) O pensamento sistêmico está incluído em um paradigma científico que não se coaduna com o enquadre médico, de maneira que a maioria dos programas de treinamento clínico em terapia sistêmica tem dado pouco ou nenhum enfoque às doenças mentais e físicas.

Por derradeiro, o conceito primordial de doença ainda procura explicar este fenômeno em termos de “certos padrões de mal-adaptação e não-volitional de sofrimento e/ou comportamento que prejudica a capacidade de um indivíduo para funcionar” (COSTA, 2003, p. 78). O pensamento sistêmico oferece a possibilidade de conceber a doença com maior amplitude, posto que oferece uma variada gama de significados e perspectivas associados a ela.

4.2. Principais teorias e estudos clínicos sobre família e esquizofrenia

Os estudos da psicanalista Frida Fromm-Reichmann sobre a relação da família com a esquizofrenia tornaram-se um marco para a literatura da área. Em 1948, a referida autora descreveu a “mãe esquizofrenogênica” em artigo que se tornou clássico. Mas três grupos foram os principais responsáveis pela maioria das pesquisas sobre as teorias familiares da esquizofrenia, segundo Costa (2003). Em 1956, Bateson, Jackson, Haley e Weakland (1956) demonstraram uma busca por avanço na pesquisa da área através do conceito de Duplo Vínculo, divulgado no texto “Toward a theory of schizophrenia”. Em 1958, Lidz, Cornelison, Terry e Fleck trouxeram uma nova visão das famílias esquizofrênicas com base na noção de transmissão de irracionalidade, enquanto Wynne, Ryckoff, Day e Hirsch descreveram tais famílias em termos de pseudomutualidade e, em 1963, teceram relações entre desordem do pensamento dos esquizofrênicos e seu meio familiar.

Costa (2003, p. 185) afirma que “outros teóricos, notadamente clínicos, em especial Bowen (1960, 1978), Haley (1959), Laing (1965), Scheflen (1978), Searles (1959), Palazzoli (1998), Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata (1988) e Whitaker (1978) descreveram as bases interacionais familiares da esquizofrenia”. Com base no atendimento e investigação de famílias em situação de terapia, esses autores produziram investigações clínicas.

A partir de 1972, Lidz e seu grupo passaram a enfatizar claramente o papel da linguagem como um dos meios de conceitualização e categorização da experiência. “Acreditavam que as famílias esquizofrênicas alimentam a existência de categorias inapropriadamente definidas para dar sentido à experiência da pessoa” (COSTA, 2003, p. 186). Nesse sentido, eles entendiam que os pais, neuróticos e narcisistas, sacrificam suas crianças para manter visões distorcidas deles sobre eles e o mundo, e estas, enquanto pré-esquizofrênicas, tornam-se psicóticas a partir de uma categorização defeituosa de experiência, que, na adolescência, sofre deterioração em função do egocentrismo cognitivo típico da fase das operações formais postuladas por Inhelder e Piaget. Trata-se de uma visão semelhante, em alguns aspectos, à mãe esquizofrenogênica descrita originalmente por Fromm-Reichmann.

Há semelhanças entre a Teoria do Duplo Vínculo e as ideias de Fromm-Reichmann e Lidz: “Bateson e cols. descreveram o Duplo Vínculo como uma situação na qual a criança é

sujeitada a mensagens incongruentes que lhe exige sistematicamente distorcer e negar aspectos importantes do seu ego e de suas percepções” (COSTA, 2003, p. 187).

Inicialmente, a Teoria do Duplo Vínculo foi considerada causal-linear, indo em direção contrária à epistemologia sistêmica que pressupõe que os acontecimentos têm uma causalidade circular recursiva. Em momento posterior, a concepção dessa teoria foi reelaborada e reexplicada, esclarecendo que não existe o causador da esquizofrenia, ou seja, não existe uma causa única para que um evento aconteça, posto que as causas são sempre múltiplas e interligadas entre si. O comportamento/comunicação duplo-vinculador dos pais do esquizofrênico só podia ser entendido se contextualizado na rede de sequências de duplo-vinculação engendradas pela vítima e vitimizador. “Não há nenhuma resposta possível a um Duplo Vínculo exceto numa igual ou mais paradoxal mensagem, assim se ninguém pode escapar da relação, é esperado que prossiga interminavelmente até que pouco signifique como tudo começou” (JACKSON, 1965, p. 5 *apud* COSTA, 2003, p. 188).

Em vez de focar em eventos simples e elementos individuais, a Teoria do Duplo Vínculo foca no padrão de interação, isto é, considera que o padrão de interação ou a relação é esquizofrênica, e não o indivíduo diagnosticado como tal. Nesse norte, distingue-se do conceito de Fromm-Reichman que refere os pais como causadores da esquizofrenia. Na Teoria do Duplo Vínculo, “entende-se que todas as partes se comportam como tal, vez que dentro de um padrão de interação de Duplo Vínculo não há outro modo possível de se comportar” (COSTA, 2003, p. 188).

4.2.1 Teoria do duplo vínculo

A teoria do duplo vínculo (ou teoria da dupla vinculação) foi desenvolvida por Gregory Bateson (Antropólogo), Don D. Jackson (Psiquiatra, especializado em Esquizofrenia), Jay Haley (à época estudante de comunicação) e John H. Weakland (Engenheiro químico, especializado em Antropologia Cultural) e publicada no artigo “Toward a theory of schizophrenia” em 1956.

Esse grupo seguiu direção radicalmente diferente dos estudos da época que concebiam a esquizofrenia como um distúrbio intrapsíquico, e investigaram quais sequencias de acontecimentos induziriam (em vez de serem causadas por) um comportamento rotulado como esquizofrênico. A teoria do duplo vínculo partiu da hipótese que o esquizofrênico “deve

viver num universo onde os hábitos comunicacionais não-convencionais resultarão, em certo sentido, adequados” (BATESON *et al*, 1956 *apud* WATZLAWICK *et al*, 2007, p. 191). Esse estudo possibilitou o grupo a postular e identificar os ingredientes e os efeitos da comunicação característicos dos transtornos esquizofrênicos, sendo esse tipo de interação denominada "dupla vinculação".

O estabelecimento de uma dupla vinculação necessita de alguns ingredientes, cujas características são descritas a seguir (WATZLAWICK *et al*, 2007, p. 191-196; COSTA, 2003, p. 218-220):

- 1) Duas ou mais pessoas estabelecem uma relação na qual uma ou várias destas dependem do outro para sua sobrevivência física e/ou psicológica.
- 2) Um mandato primário negativo que pode estar baseado na evitação de um castigo. O castigo, segundo Bateson *et al* (1956, p. 236-7 *apud* COSTA, 2003, p. 218), pode consistir na inexpressão do amor, na expressão de ódio ou abandono.
- 3) Um mandato secundário que nega o primeiro em um nível mais abstrato, e tal qual este, está imbuído de ameaça de castigo ou sinais que constituem riscos para a sobrevivência. O mandato secundário costuma ser comunicado de forma analógica, isto é, por meios não verbais, tal qual o gesto e o tom de voz . A verbalização do mandato secundário pode tomar formas diversas, como: "Não considere isto um castigo"; "Não me veja como um castigador"; "Não se submeta a minhas proibições"; "Não pense no que você deve fazer"; "Não duvide do meu amor, do qual a proibição primária é (ou não é) um exemplo". Ou seja, são emitidas duas mensagens que se contradizem: uma mensagem afirma, e a outra nega o que foi afirmado.
- 4) O receptor da mensagem é proibido de escapar do campo, seja pela metacomunicação (comunicação referente à comunicação), seja retraindo-se. Ele não pode não reagir à mensagem, assim como não pode reagir-lhe adequadamente, isto é, de forma não paradoxal, uma vez que a própria mensagem é paradoxal. O impedimento de sair desse padrão de interação é determinado pela proibição mais ou menos clara de comunicar o conhecimento da contradição ou do problema real envolvido.
- 5) A experiência de dupla vinculação é repetida com constância ao ponto que se torna uma experiência habitual. Logo, o duplo vínculo não se trata de uma única experiência traumática ou isolada. Todas as pessoas estão expostas a contradições e a duplas vinculações, no entanto a dupla vinculação apenas se estabelece como um padrão de interação que acontece sem esforço após sua ocorrência por reiteradas vezes.

- 6) Os ingredientes deixam de ser necessários quando o receptor dos mandatos estruturou sua linguagem e a percepção da realidade através de padrões de duplo vínculo. O comunicante mais explicitamente perturbado apresenta comportamentos que satisfazem os critérios clínicos da esquizofrenia.

Por conseguinte, o resultado desse conjunto de ingredientes é a injunção paradoxal, conforme postula Watzlawick e colegas (2007, p. 196). Nessa situação, não resta a escolha, eis que a escolha é logicamente impossível. Obedecer o mandato primário implica na desobediência do mandato secundário e vice-versa.

Cabe esclarecer o que se compreende por paradoxo: "uma contradição que resulta de uma dedução correta a partir de premissas coerentes" (WATZLAWICK *et al*, 2007, p. 169). Existem três tipos de paradoxos: 1) paradoxos lógico-matemáticos (antinomias); 2) definições paradoxais (antinomias semânticas); 3) paradoxos pragmáticos (injunções paradoxais e predições paradoxais). O terceiro grupo de paradoxos é o alvo de estudo do grupo de Watzlawick porque surge nas interações e determina os comportamentos.

A relevância do paradoxo não se limita, no entanto, à esfera pragmática, mas extrapola para a existencial, uma vez que o paradoxo não só influencia as relações, o comportamento e a sanidade mental, como também "desafia a nossa crença na coerência e, portanto, na solidez fundamental do nosso universo" (WATZLAWICK *et al*, 2007, p. 168);

Com o olhar voltado para a pragmática do paradoxo, Bateson e seu grupo examinaram os efeitos comportamentais mais comuns produzidos pela dupla vinculação. Nas duplas vinculações, o número de reações possíveis dentro da troca de mensagens é deveras limitado.

Uma dessas reações possíveis é a busca incessante por indícios de lógica na interação. A situação é absurda e carece dessa lógica, logo a pessoa pode concluir que está ignorando tais indícios que podem ser intrínsecos à situação ou estar sendo oferecidos por outras pessoas. Nesse último caso, ela acredita que, para os outros, a situação é claramente lógica e coerente, de modo que se torna obcecada por encontrar esses indícios e colocar significado em tudo que vivencia e no que os outros dizem, tornando-se um estereótipo do desconfiado.

Uma segunda maneira de reagir às mensagens paradoxais é não procurar significados ocultos, mas declinar a possibilidade de que existam significados além do que está posto no literal e na superfície, e de que uma mensagem possa ter mais significado do que outra. A pessoa desiste de discriminar entre níveis de mensagem, isto é, não distingue mais o que é trivial do que é importante, o que é plausível do que é implausível. Passa a tomar todas as coisas como sem importância e pode desconsiderar os sinais metacomunicativos rindo-se deles.

A terceira e última escolha de reação possível é ignorar as mensagens. Para tanto, a pessoa evita as mensagens, isolando-se fisicamente, como também bloqueando os canais de entrada da comunicação. Passa a ouvir e a ver cada vez menos à sua volta, deixando de focar no mundo externo e concentrando-se nos processos internos, o que mantém a imagem de uma pessoa retraída, muda, inacessível.

Esses três grupos de comportamento têm sido classificados como paranóide, hebefrênico e catatônico, respectivamente. Bateson e seu grupo fazem alguns esclarecimentos:

Estas três alternativas não são as únicas. A questão é que uma pessoa não pode escolher aquela alternativa que lhe permitiria descobrir o que as pessoas querem dizer, isto é, o significado daquilo que dizem; ela não pode, sem contar com uma considerável ajuda, examinar as mensagens de outras pessoas. Ao ser-lhe isso impossível, o ser humano é como qualquer sistema autocorretivo que tenha perdido o seu regulador; move-se em espiral, rumo a distorções intermináveis mas sempre sistemáticas (BATESON *et al*, 1956, p. 256 *apud* WATZLAWICK *et al*, 2007, p. 198).

É importante destacar que a comunicação esquizofrênica é intrinsecamente paradoxal, impondo paradoxos aos demais participantes da comunicação, completando o círculo vicioso. Não há um algoz e uma vítima, e sim pessoas que compõem um sistema que produz definições conflitantes sobre o relacionamento e conseqüente sofrimento psíquico.

Esta foi uma dentre outras conclusões alcançadas pelo projeto de pesquisa que resultou na elaboração da Teoria do Duplo Vínculo e que durou até 1962, totalizando dez anos de pesquisa. Outro acordo do grupo de pesquisadores refere ao duplo vínculo como uma condição necessária na esquizofrenia, mas não suficiente na explicação da etiologia, sendo, na verdade, um subproduto inevitável da comunicação esquizofrênica.

Outra pesquisa significativa com base no pensamento sistêmico que possibilitou o aprofundamento dos estudos sobre a etiologia das psicoses foi desenvolvida pelo grupo da italiana Mara Selvini Palazzoli.

4.2.2. Estudo clínico: os jogos psicóticos na família

O grupo de Mara Selvini Palazzoli também contribuiu sobremaneira para a compreensão do fenômeno das psicoses, utilizando o espaço clínico para pesquisar o jogo familiar psicótico em seis etapas. A reconstrução dessas etapas revela uma diferenciação

dessa pesquisa em relação a outras justamente por essa dimensão diacrônica, isto é, apresenta uma sucessão coordenada de comportamentos interativos. Como estratégia de pesquisa, fez uso da série invariável de prescrições, como costumeiramente é utilizado por aquele grupo, que permitiu a descoberta de fenômenos obscuros e sutis, tais como a instigação e o *imbroglio*, bem como redescobrir o indivíduo e suas estratégias. No entanto, o produto mais importante desse modo de trabalhar foi a possibilidade de elaborar modelos de jogos familiares que possibilitam um melhor entendimento das psicoses e como elas se desenvolvem.

Primeira etapa do processo psicótico: o impasse no casal conjugal

A sequência temporal do processo interativo que dá origem à psicose é descrito a partir de um ponto de partida: o jogo no casal parental. Os autores ressaltam que essa escolha foi arbitrária, mas não casual, uma vez que retrata as raízes históricas da terapia familiar e o *slogan* cunhado pelos primeiros estudiosos da família: "Quando há distúrbios nos filhos, sempre há algum distúrbio no casamento, embora nem todos os casamentos perturbados produzam filhos perturbados" (FRAMO, 1965 *apud* PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 199).

Entretanto, para gerar uma psicose em um filho, não basta que essa perturbação no casal se refira a qualquer tipo de distúrbio conjugal, tais como brigas explosivas ou violentas, ou repetidas traições e reconciliações, ou uma distribuição rígida de papéis que leva à fixidez de um padrão de funcionamento. O distúrbio nocivo ao filho é sempre o jogo a que os autores nomeiam como impasse. Os autores entendem por impasse:

"aquele em que os dois jogadores de uma partida de xadrez, parecem destinados a se enfrentar eternamente, numa situação sem saída: a sua relação não passa por crises verdadeiras, nem por explosões catárticas, nem por separações liberadoras. Às vezes um dos dois exibe uma série mais evidente de movimentos de ataque, provocações, triunfos aparentes. Mas, quando parece que ele está prestes a levar a melhor, o outro, invariavelmente, e de maneira muito serena, faz um movimento que zera de novo o marcador" (PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 200).

Um dos jogadores é convencionalmente chamado pelos autores de "provocador ativo" e o outro de "provocador passivo", mesmo sendo definições superficiais. Geralmente é mais fácil identificar o provocador ativo. É fácil confundir o provocador passivo com uma vítima, como se estivesse acuado em um canto, mas é exatamente por fazer sempre os mesmos movimentos para frente e para trás que é possível perceber seu poder de provocação.

Como exemplo de provocador passivo, esses autores referem ao cônjuge que cede em tudo, calado, rendendo-se diante das pretensões mais insensatas do outro, exceto em um único ponto, que é justamente o ponto que frustra o parceiro e desse poder não abre mão. O marido não contenta a esposa nesse ponto, tampouco se posiciona, trava uma briga ou oferece uma explicação que permitisse sair desse impasse.

O desencadeamento do impasse do casal acontece com uma sequência de jogadas e de respostas comportamentais que se traduz em "um jogo particular, que parece destinado a evitar a escalada e, conseqüentemente, a ruptura. É um jogo no qual cada um dos parceiros reage ao movimento do outro com um contramovimento que anula a sua vantagem eventual, sem na verdade querer superá-lo" (PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 201).

O uso da metáfora do jogo e de termos bélicos poderia, conforme destacam os autores, levar a pensar que os pais do paciente identificado se odeiam e desejam ferir um ao outro. Todavia não é o que acontece, segundo esses pesquisadores:

"Em alguns casos, sim, tem-se a impressão de estar diante de inimigos, prisioneiros de um jogo que eles mesmos criaram sem saber, e já não são mais capazes nem de interromper nem de abandonar. Outras vezes, no entanto, tem-se a sensação de que os dois contendores, empenhados, como dois esportistas, numa competição encarniçada que não lhes dá tempo para tomar fôlego, gostam um do outro, amam-se ainda, após tantos anos de casamento, estão talvez ligados um ao outro por uma forma real de paixão. Mas nem por isso cedem em suas posições respectivas; ao contrário, prosseguem, silenciosa e implacavelmente, com o seu jogo empatado" (PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 201).

Não obstante o casal ser feliz ou infeliz relacionando-se dessa maneira, é o filho que se torna psicótico. A partir disso, surgem os problemas na família.

Segunda etapa: o enredamento do filho no jogo do casal

O filho sintomático parece ser o que mais se envolve nos problemas dos pais, afirma Palazzoli *et al* (1998) citando pesquisas de Wynne e Thaler Singer sobre a comunicação nas famílias que apresentam pacientes esquizofrênicos (1963). Esse filho está empenhado em modificar o comportamento do provocador ativo de maneira unilateral, ao passo que seus

irmãos, em geral, não responsabilizam unicamente o provocador ativo pelas falhas ou demonstram não se importar tanto com este por acreditar que é um cão que late mas não morde.

É uma tarefa difícil determinar em que medida é espontânea a solidariedade do filho com o pai que aparentemente está "perdendo" contra o que está "ganhando". É presumível que o provocador ativo acabe se relacionando com o filho com as mesmas jogadas que utiliza com o cônjuge, ou seja, se é invasor e hipercontrolador com este, também o será com o filho mais cedo ou mais tarde, induzindo-o a solidarizar-se com o outro genitor. Complementam os autores que este último "pode buscar também ativamente a solidariedade do filho, assumindo primeiro atitudes sedutoras mais ou menos encobertas (suspiros, alusões veladas à sua própria infelicidade...), ou aceitando as ofertas igualmente sedutoras do próprio filho (com troca de olhares, desafogos, confidências...)" (PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 203).

Essa fase do processo interativo é a mais difícil de ser reconstruída por ser a mais secreta, considerando que é percebida como ilícita. As comunicações sedutoras são facilmente compreendidas como promessa ambígua, eis que toda sedução o é. Esse jogo é descrito pelos autores do seguinte modo:

"O paciente envolve-se no jogo atraído por essa promessa, cuja manutenção, porém, é continuamente adiada. Mas no momento em que o filho se compromete pessoalmente no jogo, a promessa ambigualmente formulada passa a ser *ambigualmente negada*, instaurando-se, assim, o típico andamento oscilante das coalizões já descrito pelo grupo de Bateson. Assim, quando o paciente identificado age de modo abertamente psicótico, o 'perdedor' entra em coalizão com o 'ganhador' contra ele. Ao contrário, quando o comportamento psicótico é (parcialmente) controlado, o 'perdedor' volta-se uma vez mais para o paciente identificado, fazendo novas promessas ambíguas e tentativas de sedução. E assim por diante. Há uma reviravolta real em relação ao paciente identificado, ainda que o objetivo não seja enganá-lo. O centro focal é sempre o cônjuge e o jogo com ele" (PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 203).

A configuração dessa coalizão possui a peculiaridade de ser subterrânea, transgeracional, negada e, sobretudo, exclusivamente instrumental, pelo menos por parte do genitor que possivelmente não tem consciência de suas atitudes e do que elas provocam. Esse

laço, criado entre provocador passivo e filho e que visa apenas o provocador ativo, é fonte de patogenicidade. "O centro de interesse do pai "provocador passivo" continua a ser o cônjuge, e não o filho, ainda que este crie a ilusão de ter-se transformado num cônjuge substituto: e é por isso que nos sentimos autorizados a considerar essa coalizão como um "*imbroglio*" de que o futuro paciente identificado será a vítima" (PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 204).

As promessas ambíguas contidas nas estratégias de *imbroglio* relacional e de sedução retratam o drama psicótico. "O verdadeiro problema não seria tanto que o paciente identificado construiu a sua própria personalidade sobre bases frágeis (psicanálise), nem que foi exposto sistematicamente a padrões comunicativos desestruturantes (*double bind*) e sim que *em certo momento foi falsificado o pressuposto básico sobre o qual ele construiu o seu próprio universo cognitivo e afetivo*" (PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 204). O filho descobre o caráter instrumental da aliança que mantinha com o genitor. Os autores ressaltam que nem sempre o processo interativo se dá dessa maneira simples.

Terceira etapa: o comportamento inusitado do filho

Na segunda etapa, o filho cria uma coalizão com um dos pais de maneira velada. No entanto, ele vai se dando conta que ter tomado secretamente o partido do perdedor não foi determinante para que este reagisse, e o jogo permaneceu imutável. Assim, obcecado por esse jogo, decide ser mais contundente em suas ações diante das provocações do vencedor e da passividade de seu aliado.

O filho não mais esconderá sua solidariedade com o perdedor. Ele passa a apresentar um comportamento novo, estranho aos demais comportamentos dele, mas sem características patológicas. "Por exemplo, insulta violentamente o pai vencedor, ou não lhe responde mais, fecha-se no quarto recusando-se a sair, ou começa a desperdiçar dinheiro, a voltar para casa tarde da noite, ou pára de estudar e até mesmo de ir à escola" (PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 205).

A finalidade dessa atitude do filho é desafiar a arrogância do ganhador, devolvendo-lhe as provocações, assim como demonstrar ao perdedor como deveria se rebelar, dando-lhe um exemplo disso.

A reconstrução da terceira etapa torna-se difícil, porquanto os comportamentos sintomáticos do filho chamam mais atenção dos pais do que outros comportamentos novos. Ou os familiares podem estranhar comportamentos tipicamente normais da adolescência, mas

que, até então, não eram produzidos pelo futuro paciente identificado. Os autores também têm consciência que o "comportamento inusitado, que precede a explosão dos sintomas psicóticos, pode também ser um comportamento perfeitamente fisiológico que comparece pela primeira vez, anunciando a aquisição de autonomia por parte do futuro paciente identificado" (PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 206). Ainda assim, o comportamento fisiológico pode não ser autêntico, mas apenas um jogo, com a intenção de ameaçar.

Quarta etapa: a reviravolta do suposto aliado

Nem todo filho que tenta dar esse tipo de lição ao genitor ganhador torna-se psicótico. O pai vitorioso pode parar com as provocações com a intenção de não prejudicar o desenvolvimento do filho. Ou o genitor perdedor pode insurgir-se contra o outro pai para defender o filho, demonstrando que também sabe defender os próprios direitos, até então renegados.

Contudo, se essas possibilidades não se realizam, o filho falha nos seus objetivos, tendo em vista que o vencedor não abandona as provocações, tampouco o perdedor alia-se ao filho em sua rebelião. O genitor perdedor permanece passivo aos castigos impostos pelo cônjuge contra a revolta do filho. Ele pode fazer ainda pior: aliar-se ao ganhador contra o filho, numa reviravolta extrema, desaprovando-o e até mesmo punindo-o, tomando partido de quem o filho, ingenuamente, acreditava ser o "inimigo" comum.

Quinta etapa: a explosão da psicose

Diante do fracasso de dominar o pai ganhador e perante a traição do outro pai, o filho sente-se sozinho e abandonado. É provável que o filho se depare com sentimentos variados, isto é, com uma depressão pela traição sofrida, somada ao sentimento de impotência, ira destrutiva e desejo de vingança.

A depressão, provavelmente, estará mais ligada à perda da aliança que presumia estabelecer com o genitor perdedor, uma vez que o vínculo era menos instrumental. Assim, manter a consciência de que fora enganado, usado e abandonado pode ser intolerável. "A confusão psicótica é comparável à obscura sensação de que as cartas na mesa foram manipuladas, que os fundamentos lógicos do mundo e de seus significados foram revirados pelo avesso, visto que as previsões que se considerava certas demonstraram estar erradas" (PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 206).

O filho reagirá, então, mergulhando na confusão, na depressão, na fúria destrutiva ou oscilando entre esses três estados de ânimo, e não se permitirá desistir do jogo. Os sintomas

psicóticos constituirão sua principal arma e seu trunfo. "O comportamento inusitado fracassou, mas agora ele não poderá mais fracassar: domará o vencedor e, ao perdedor, mostrará o que ele, o filho, é capaz de fazer" (PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 209).

Sexta etapa: as estratégias baseadas no sintoma

Após ocorrer a explosão da psicose, a família põe em prática intervenções para a mudança. Em alguns casos, a mudança pode ocorrer dentro da família diante do protesto psicótico dramático, o qual vai se atenuando até desaparecer. Na verdade, é mais comum que a transformação de funcionamento da família tenha como mediadoras pessoas externas a este sistema, integrantes de estruturas especializadas às quais a família pede ajuda. No entanto, em outros casos o comportamento psicótico do paciente torna-se crônico. Quando isto ocorre, o jogo familiar passou à sexta etapa do processo psicótico, isto é, "cada membro da família organizou a sua própria estratégia em torno do sintoma do filho, que tem o efeito pragmático de mantê-lo" (PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 210).

Não causa estranheza que o pai perdedor se empenhe para a manutenção do patologia do filho, tendo em vista que lhe eram vantajosos os sintomas do filho que se voltavam contra o genitor vencedor. O filho pode fazer movimentos no sentido de abandonar os sintomas, mas poderá sofrer obstruções encobertas do seu genitor. Desse modo, o genitor pode ser muito paciente com o filho, demonstrando ser tolerante com seus sintomas, de forma a preservar a patologia.

A partir do momento em que o problema se torna crônico, não só um dos genitores, mas ambos podem se opor subterraneamente a uma mudança no atual funcionamento da família, tornando-se adversários igualmente implacáveis do trabalho terapêutico. "Frequentemente, o objetivo que o vencedor persegue não está diretamente ligado ao impasse do casal; visa, de um modo geral, manter ligado a si, pela sintomatologia do filho, um aliado importante, do qual talvez venha se servindo há muito tempo, na batalha conjugal" (PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 210).

4.3. Intervenções sistêmicas para o tratamento de psicoses na família

Das pesquisas e estudos clínicos sobre psicoses, pautados no pensamento sistêmico, desdobraram-se formas distintas de condução do processo terapêutico com famílias que

apresentam um membro psicótico. Na Itália, o Centro de Psicoterapia de Família pratica intervenções sistêmicas que prezam, por exemplo, pelo trabalho em equipe de terapeutas, pela diretividade e pela construção de estratégias que visam à perturbação do padrão disfuncional da família. Um outro jeito de trabalhar com famílias psicóticas, chamado Diálogo Aberto (DA), foi desenvolvido na Finlândia e está sustentado pela visão construtivista e construcionista social. O método DA foca na promoção de diálogos libertadores, isto é, diálogos que possibilitem a construção conjunta de uma nova linguagem e de novos significados. Partindo por outro caminho, a Universidade de Heidelberg, na Alemanha, desenvolveu um método que enfatiza a importância de fomentar a autonomia do sistema familiar e a elaboração de estratégias que possibilitem a facilitação do manejo de conflitos intrapsíquicos e intrassistêmicos.

Esses três métodos sistêmicos utilizados em tratamentos de famílias psicóticas são brevemente descritos em sequência, assim como pesquisas que demonstram a eficácia de dois desses métodos: Diálogo Aberto e da Universidade de Heidelberg.

4.3.1 Método desenvolvido na Itália: Centro de Psicoterapia de Família

A condução das sessões e o processo terapêutico de adolescentes e jovens adultos psicóticos no contexto privado do Centro de Psicoterapia de Família, sediado em Milão, Itália, são apresentados por Matteo Selvini, que foi coprodutor dos modelos familiares de jogos psicóticos citado anteriormente. A equipe de terapeutas desse Centro escolheu dedicar-se apenas à psicose de adolescentes e jovens adultos ainda dependentes da família.

O método que será apresentado a seguir é uma atualização das modalidades de condução que já vinham sendo desenvolvidas por Mara Selvini Palazzoli, Stéfano Cirillo, Matteo Selvini e Ana Maria Sorrentino no Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia e no Centro di Terapia Dell'Adolescenza de Milão. Esse grupo de terapeutas e estudiosos recriam seu método de trabalho sistematicamente a partir das descobertas encontradas em seus estudos e em sua prática clínica. O novo método foi construído com base em um modelo anterior que é apresentado no capítulo "Condução das sessões e processo terapêutico" do livro "Jogos psicóticos na família" (PALAZOLLI *et al*, 1998), escrito por essa mesma equipe.

Na experiência desse grupo, sempre se deu muita importância a começar uma terapia familiar dotado de algumas informações. A construção do grupo terapêutico iniciava-se com o

contrato preliminar, que adquiria a função de garantir uma imediata atividade e diretividade do terapeuta, para ajudá-lo a planejar uma estratégia de condução da sessão, preservando-o do risco de ser submetido e dominado pela família.

A ideia desse contrato preliminar estava associada a estabelecer regras muito rígidas de imediato: a) era obrigatória a presença de todos os que conviviam com o paciente que apresentava a psicose; b) a terapia familiar era incompatível com outras psicoterapias em andamento (a existência delas era checada na primeira ligação telefônica). O procedimento de levantar informações através da ligação telefônica, chamada “cartilha telefônica”, pautava-se na postura de neutralidade (evitar o risco de coalizões com um membro da família) e na distância relacional e emocional do terapeuta com a família.

A experiência com famílias de psicóticos levou a equipe a abandonar ou modificar a maioria dessas regras do *setting* do encontro. Vale explicar o que esses terapeutas entendem por *setting*: "Com o termo "*setting* terapêutico" designamos as condições espaço-temporais em que a entrevista se desenvolve e têm lugar as comunicações intercorrentes relativas entre a família e o terapeuta. Algumas delas são constantes, codificadas e podem ser brevemente lembradas e comentadas" (VIARO & LEONARDI, 1983, pp. 29-30 *apud* PALAZOLLI *et al*, 1998, p. 242).

Na terapia de esquizofrênicos graves que rejeitam todo tipo de terapia, a equipe passou a não exigir a presença deste cliente como condição para que a terapia aconteça. Pelo contrário, entende que, nesses casos, é essencial um bom trabalho com a família para sua compreensão sobre o esquizofrênico.

O grupo percebeu que a antiga regra de incompatibilidade entre a terapia familiar e outras psicoterapias demonstrava que seguiam o velho modelo da “pureza” do *setting* analítico. Também refletia uma arrogância que colocava esse tratamento como “o melhor” e como autossuficiente.

Dessa maneira, esse novo olhar admite a combinação de terapia familiar com qualquer outra intervenção terapêutica ou assistencial que já esteja em curso. Essa compatibilidade existe sempre que há consentimento dos outros profissionais e sua disposição para colaborar com a equipe.

Essas posturas e procedimentos têm sido adotados e teorizados por outros profissionais, com a grande diferença de que muitos deles não têm focado no diagnóstico e na terapia da família, e sim nos diagnósticos e na terapia do cliente.

Nesse sentido, outra regra do *setting* de admissão é definir que a primeira etapa do trabalho, com duração de três a quatro encontros, tem o caráter de consulta diagnóstica. Com base nessa etapa, elabora-se um programa terapêutico e se constrói tarefas e formas de integrá-lo com outras intervenções, tais como, terapia individual, cuidado familiar, terapia farmacológica, terapia individual de um dos pais, atividades educativas, reabilitação, internação etc.

Esse enquadre levou à equipe substituir o uso da “cartilha telefônica” por uma ampla conversa pessoal com quem faz a solicitação via telefone, que costuma ser um dos pais. Essa conversa pessoal possibilita levantar mais informações, um melhor esclarecimento sobre o contexto da consulta diagnóstica e uma contratação mais clara sobre o primeiro encontro. A intenção é contar com a presença de pais e filhos, no entanto, delega-se a eles a escolha do envolvimento de outros familiares (avós, tios, cônjuges de irmãos do cliente), depois de explicadas as vantagens e desvantagens da existência ou inexistência deste envolvimento.

As mudanças do *setting* buscam atingir alguns objetivos:

1. Criar de pronto uma relação emocionalmente próxima ainda que apenas com um membro da família;
2. Estabelecer um contexto mais colaborativo ou menos técnico-autoritário;
3. Dispor de mais informações para começar a elaborar uma reconstrução do processo familiar que resultou na psicose de um filho.

Nessa conversa inicial, são repassadas informações gerais sobre o contexto da consulta e podem ser levantadas as motivações de cada membro quanto à terapia, sobre a eventual existência de segredos, sobre a dificuldade de envolver certos membros da família etc.

A experiência do grupo tem revelado que o trabalho em equipe é indispensável quando se trata de caso mais grave, especialmente na fase de consulta. Os aspectos fundamentais do trabalho em supervisão direta são:

- "a) A estável e prolongada colaboração de um pequeno grupo de experts que têm entre eles uma relação tendencialmente igualitária e que se alternam nos papéis de terapeuta direto e de supervisor;
- b) A larga duração das sessões que são várias vezes interrompidas para dar espaço ao debate interno da equipe;
- c) A integração entre contexto terapêutico e contexto de investigação clínica intensiva sobre o caso em questão;
- d) A sistemática compilação, por parte do terapeuta direto, do que foi dito em cada sessão, que se lê e comenta antes da sessão seguinte;
- e) Uma equipe terapêutica de quatro pessoas (não muito pequena nem excessiva);
- f) Relações de estima recíprocas entre os membros da equipe;
- g) A indispensabilidade, mesmo para o mais expert dos terapeutas, de ser constantemente supervisionado nas situações terapêuticas mais difíceis (esquizofrenia, anorexias crônicas)” (SELVINI, 1993, p. 64).

Destaca-se como um importante aspecto desse modelo de *setting* terapêutico, a destinação de meio dia de trabalho para planificação da sessão, com a finalidade de possibilitar que a sessão seja, para cada membro da família, uma experiência cognitiva e emocional muito intensa. Essa tarefa não é lograda por um terapeuta isolado, porque tende a defender-se da intensidade do que é vivido pela família.

A própria natureza ansiogênica do trabalho com situações difíceis justifica a necessidade do trabalho em equipe. Tratam-se de situações dramáticas, agravadas por informações insuficientes e com poucas possibilidades de êxito, que põem à prova a eficiência do terapeuta que trabalha sem apoio de uma equipe que lhe forneça uma escuta e o ajude a compreender por outros vieses a problemática com que está lidando.

O espírito de equipe também protege o terapeuta da síndrome de burnout por oferecer a coparticipação e a compensação afetiva das frustrações. O *burnout* é uma síndrome psicológica que envolve uma reação prolongada aos estressores interpessoais crônicos no contexto laboral. As três principais dimensões desta reação são uma exaustão avassaladora, ceticismo e desligamento do trabalho, bem como uma sensação de ineficácia e falta de realização.

O trabalho em equipe também faz diminuir o risco de cair em uma fé dogmática relativa a qualquer abordagem ou escola, como aqueles que se convencem de estar proporcionando a melhor das terapias por estar seguindo seus mestres.

Outro ponto básico da supervisão direta em equipe é o fato dos indivíduos levarem para o trabalho suas características emocionais. No caso da psicoterapia, o problema surge quando as problemáticas pessoais do terapeuta escapam a seu controle consciente, promovendo condutas não terapêuticas. A solução mais encontrada é a psicoterapia do próprio terapeuta e/ou a supervisão indireta com um terapeuta mais experiente. A equipe pode trazer resultados ainda melhores, dada a improbabilidade de que os diversos membros tenham em comum as mesmas problemáticas pessoais. Desse modo, torna-se mais possível um controle recíproco e entrecruzado sobre as respostas emocionais irracionais.

Outro aspecto significativo do *setting* terapêutico é a utilização de intervalos mensais entre as sessões de família. Considerando que esse grupo italiano entende que cabe ao terapeuta de família desempenhar um papel catártico, perturbando as relações entre os diversos membros da família, o intervalo de um mês entre as sessões servirá para a observação de eventuais mudanças presentes nas reações das pessoas, na reconstrução do jogo familiar, nas reações e nos efeitos das eventuais prescrições.

Para o grupo de Selvini, o processo terapêutico em si começa sempre com uma sessão com toda a família. Caso membros da família estendida estejam presentes, são dispensados ao final dessa primeira sessão. São considerados como potenciais informadores, mas não como potenciais protagonistas da terapia. A primeira sessão pode não ocorrer com a família toda, pelo contrário, encoraja-se experimentar sessões articuladas dos dois pais juntos, dos pais individualmente, do cliente sozinho, da fratria etc. A forma de encaminhamento desse trabalho da segunda fase dependerá do diagnóstico familiar inicial. Portanto, flexibilidade e especificidade do projeto terapêutico são palavras-chave desse método italiano de terapia.

A estratégia ideal para Selvini e seus colegas é alternar sessões com os pais e sessões com o grupo de irmãos. Esse esquema diferencia-se do esquema utilizado pelo mesmo grupo no passado que se caracterizava por sessões com a família inteira (grupo dos que convivem) e pela aliança com pais nomeados coterapeutas. O esquema antigo impossibilitava uma verdadeira aliança de trabalho com a presença de duas ou mais gerações, assim como retirava do cliente o protagonismo da terapia.

O objetivo da primeira fase da terapia é criar uma nova aliança entre os irmãos focada no ataque à idealização e à mistificação dos pais, e da conscientização dos danos que os filhos sofreram por terem recaído sobre eles as dificuldades e as defesas pessoais e de casal, dos pais. Em trabalho paralelo com os pais, busca-se perturbar suas defesas de negação e projeção de suas dificuldades pessoais e de casal, conduzindo-os na direção de uma depressão construtiva. A intenção não é culpabilizar os pais, e sim gerar uma responsabilização necessária deles. Para tanto, o trabalho sobre as famílias de origem de ambos pais é fundamental.

Nem sempre é possível aplicar o esquema de terapia paralela (por exemplo, sessões com pais e filhos separadamente) e terapia conjunta (família toda) na prática terapêutica. Diante das diversas reações das pessoas à consulta inicial, que podem ser mais ou menos colaborativas, esse esquema pode ser modificado. As variações da estratégia de base podem conduzir a:

- a. Trabalho individual com o cliente;
- b. Sessões com a família inteira;
- c. Sessões individuais com os pais e sessões individuais com o cliente;
- d. Trabalho com os pais e envolvimento apenas parcial com o cliente, através de intervenções farmacológicas, assistenciais, reabilitadoras, distanciamento terapêutico da família etc.;
- e. Trabalho com apenas um dos pais.

Essas estratégias são postas sob verificação e sob transformações contínuas pelo grupo, que prefere não fazer projetos de longa duração.

A equipe de Selvini demonstra preocupação em evitar a dependência dos clientes em relação ao terapeuta. As sessões são realizadas em intervalos longos com esse propósito. Da mesma maneira, a diretividade da condução do processo terapêutico não produz a dependência do cliente, como poderia se pensar. A finalidade é provocar, em menor tempo possível, uma perturbação emotiva e cognitiva da família. As regras da terapia propostas à família são contratuais e não dizem respeito à dependência.

Aliás, o processo terapêutico torna-se muito mais colaborativo quando construído com base no consenso. No entanto, caso não apresente progressos importantes, essa estratégia baseada no consenso deve ser questionada, e o projeto terapêutico precisa ser refeito a partir

de discussões e elaboração de novas estratégias. Portanto, a terapia com psicótico não é rápida, ao contrário, trata-se de um processo prolongado e complexo.

Além disso, a terapia inclui a possibilidade de haver fases muito prolongadas de interrupções das sessões. Se a família está comprometida com o processo terapêutico, não tem necessidade de depender do terapeuta nem de consultá-lo com frequência, porque recuperou uma capacidade autônoma de evolução.

4.3.2. Método desenvolvido na Finlândia: Diálogo Aberto

O método sistêmico de intervenção denominado Diálogo Aberto (DA) foi desenvolvido pelo grupo finlandês formado por Jaakko Seikkula, Jukka Aaltonen, Birgitta Alakare, Kauko Haarakangas, Jyrki Keränen e Markku Sutela e tem como foco o trabalho com pacientes psiquiátricos em crise, portadores de severos transtornos mentais. O tratamento inicia nas primeiras 24 horas do primeiro contato entre o sistema de saúde da Finlândia e o paciente ou a família e a rede social do cliente, incluindo família e rede social na participação dos diálogos e deliberações de todas as questões referentes ao paciente, com base em uma perspectiva construtivista e construcionista social. Esse tratamento busca atender às especificidades do cliente através de equipes integradas, formadas por membros do serviço de internação e ambulatorial.

O método Diálogo Aberto foi fundamentado em outro método denominado Necessidade-Adaptada, elaborado por Alanen e seus colegas nos anos 1980, no contexto do Projeto Nacional Finlandês de Esquizofrenia, que tinha a finalidade de aprimorar o tratamento dos principais transtornos mentais. O método da Necessidade-Adaptada seguia as seguintes premissas: *“1) intervenção rápida e imediata; 2) planejamento de tratamento para acompanhar mudanças e atender às necessidades específicas do caso de cada paciente e sua família; 3) cuidados em relação à postura terapêutica tanto no tratamento como em exames; 4) consideração do tratamento como um processo contínuo, integrando diferentes métodos terapêuticos; e 5) monitorar constantemente o progresso e os resultados do tratamento”* (SEIKKULA *et al.*, 2007a, p. 20).

Nesse contexto, o grupo da Lapônia Finlandesa Ocidental inaugurou o modelo Diálogo Aberto (DA). O tratamento psicoterápico do DA envolve os sistemas de apoio do cliente e se realiza através de unidades de tratamento formadas por equipes móveis de

intervenção em crises, clientes e suas redes sociais. O novo sistema de tratamento centrado na família e em suas redes de apoio contribuiu para uma significativa redução da incidência de esquizofrenia na província da Lapônia Ocidental: de trinta e cinco novos clientes por cem mil habitantes, em meados dos anos 80, para sete em cem mil, em meados dos anos 90.

Todos os membros do quadro de funcionários das cinco clínicas ambulatoriais de saúde mental, incluindo o hospital de Keropudas, podem ser recrutados para participar das equipes móveis para intervenção em crises. Para que isso se tornasse possível, em torno de cem profissionais, membros das equipes, tanto ambulatorial como de internação, receberam treinamento de três anos em terapia familiar ou em outra psicoterapia entre 1989 e 1998.

Um procedimento padrão é adotado em todas as situações de crise psiquiátrica. Em casos de possível internação, a "clínica de crise" articula uma reunião de atendimento no hospital, antes da decisão de internação, se for uma admissão voluntária, ou durante o primeiro dia após a admissão, se for uma internação compulsória. Nessa reunião, designa-se uma equipe específica para atendimento do caso, composta por membros do setor ambulatorial e do setor de internações. Geralmente a equipe é formada por dois ou três profissionais, podendo ser, por exemplo, um psiquiatra da clínica de crises, um psicólogo da clínica ambulatorial de saúde mental onde o cliente frequenta e uma enfermeira do setor hospitalar. Esta equipe será responsável por todo o tratamento, seja na residência do cliente, seja no hospital, pelo tempo que for necessário. Nos casos em que se dispensa a internação hospitalar, as clínicas ambulatoriais de saúde mental encarregam-se do tratamento e estabelecem parcerias com instituições que podem contribuir para a recuperação do cliente.

Os princípios deste novo sistema foram implementados em toda a rede estatal de serviço social e de saúde da província de Lapônia Ocidental, a saber:

1. Ajuda imediata. O primeiro encontro ocorre nas primeiras 24 horas após o contato inicial e tem como objetivo principal a prevenção da hospitalização.
2. Uma perspectiva de rede social. As primeiras reuniões podem contar com os clientes, suas famílias e outros membros importantes de suas redes sociais, estes últimos são convidados a oferecer apoio ao cliente e à família.
3. Flexibilidade e mobilidade. O tratamento é adaptado às necessidades específicas e cambiantes de cada caso e, havendo a aprovação da família, ocorre na residência do cliente.

4. Responsabilidade. A organização da primeira reunião fica a cargo do profissional que fez contato com a família. O tratamento é deliberado nessa ocasião.
5. Continuidade do acompanhamento psicológico. Todo o tratamento fica sob a responsabilidade da mesma equipe, pelo tempo que for necessário, seja no setor ambulatorial como de internação. Da mesma forma, os representantes da rede social participam de todas as reuniões de tratamento.
6. Tolerância à incerteza. Para desenvolver tolerância à incerteza na equipe e na família, um sentimento de confiança é fomentado em relação ao processo como um todo. Em crises psicóticas, o sentimento de confiança ganha mais força com a realização de reuniões diárias, pelo menos nos primeiros 10 a 12 dias. A partir disso, o agendamento das reuniões é guiado pelos interesses da família. A rigor, o contrato terapêutico não é estabelecido durante o período de crise, para evitar conclusões e decisões precipitadas sobre o tratamento.
7. Dialogismo. A promoção de diálogo é o foco primário, e o foco secundário é a promoção de mudanças no cliente ou na família. O diálogo é concebido como meio de fomentar o protagonismo dos clientes e dos familiares nas narrativas das suas próprias vidas ao conversarem sobre seus problemas. Na conversa, novos olhares são criados a partir da relação entre os participantes.

O dialogismo e a tolerância à incerteza são os princípios fundamentais que norteiam o tratamento. Já o espaço mais importante para a interação terapêutica é a reunião de tratamento, onde cliente e membros de sua rede social discutem todos os assuntos relacionados com o problema. De forma transparente, as decisões e plano de ação são construídos na presença de todos do grupo. As funções da reunião de tratamento são: “1) reunir informações sobre o problema; 2) elaborar um plano de tratamento e tomar as decisões necessárias com base no diagnóstico; e 3) gerar um diálogo psicoterapêutico” (SEIKKULA *et al.*, 2007a, p. 23). A chave do tratamento é a linguagem da família. A equipe adapta sua própria linguagem à forma que a família nomeia o problema do cliente e considera a escuta como sendo mais importante que o modo de entrevistar. A equipe de tratamento compreende as alucinações ou delírios psicóticos como mais uma voz, de modo que, inicialmente, essas reações psicóticas não são confrontadas, ao contrário, o cliente é estimulado a expressá-las. Os membros da equipe podem promover uma discussão reflexiva, entre si, sobre as falas do cliente, enquanto a família ouve.

O grupo da Finlândia parte da perspectiva socioconstrucionista para conceber as reações psicóticas como tentativas de dar significado a experiências dramáticas de uma pessoa e de enfrentar tais experiências que, por sua magnitude, impossibilitam a construção de uma narrativa racional. As experiências são descritas pela pessoa em termos metafóricos através de delírios e alucinações.

Com frequência, as experiências narradas pela pessoa em crise psicótica estão associadas a situações traumáticas. Não é raro que pessoas psicóticas do sexo feminino tenham sofrido abuso físico ou sexual na infância ou na vida adulta. Essas experiências traumáticas costumam estar presentes nas alucinações ou nos delírios, mas não são consideradas causa da psicose. As reações psicóticas são consideradas expressão do sofrimento decorrente do trauma.

Independente de o cliente ter ou não vivido uma experiência traumática, as alucinações são abordadas sem rejeição e sem confronto, sobretudo durante a situação de crise e no início do tratamento. Em contrapartida, o terapeuta pode perguntar: “Eu não entendo como você consegue controlar o pensamento de outras pessoas. Eu mesmo(a) ainda não encontrei uma forma de fazer isso. Será que você poderia me contar um pouco mais sobre isso? Outros membros da rede, participantes das reuniões, poderiam então ser indagados: ‘E vocês, o que pensam a respeito disso? De que forma vocês entendem o que M está dizendo?’” (SEIKKULA *et al.*, 2007a, p. 25). As diferentes vozes, mesmo sendo contraditórias, podem criar um clima dialógico que possibilita construir narrativas de restituição ou reparação.

As alucinações ou delírios podem vir à tona no momento da reunião em que questões mais cruciais em relação à psicose estão sendo conversadas. A equipe de tratamento procura, então, explorar minuciosamente o ponto que estava em discussão quando as reações psicóticas ocorreram, compreendendo que este ponto tocou experiências não verbalizadas. A fala psicótica pode assumir a função de denunciar, de maneira dramática, os conteúdos conflitantes que circulam no sistema familiar (COSTA, 1988).

Nesse aspecto, a principal função da equipe é auxiliar a rede do cliente a se apropriar do protagonismo na produção de conteúdo e manter uma postura dialógica frente a cada forma de expressão com o intuito de promover a construção de uma nova compreensão entre os participantes. A conversa reflexiva entre os membros da equipe de tratamento é uma postura dialógica. Aqui não se trata de formar uma equipe reflexiva, mas se estabelece que os próprios membros da equipe mantenham, entre si, conversas reflexivas através de perguntas

ou comentários. A equipe solicita aos demais participantes que escutem silenciosamente a conversa entre os membros da equipe e, ao fim, comentem sobre essas falas dos membros.

Durante o diálogo reflexivo, a planificação do tratamento ocorre de forma transparente, incluindo as divergências de opiniões. A família e os demais membros da rede de apoio costumam ouvir com muita atenção as decisões sobre internações, prescrição de medicamento, planejamento de terapia individual, entre outros assuntos pertinentes ao tratamento.

Outros métodos de tratamento tradicionais podem ser úteis e ocorrerem paralelamente à terapia familiar. O tratamento pode ser combinado com psicoterapia individual, arte-terapia, terapia de grupo, terapia ocupacional e outros tipos de terapia. Nas situações de crise psicótica, o enfoque volta-se para a reabilitação psiquiátrica e vocacional do cliente. Na Lapônia Ocidental, a equipe pode acionar, por exemplo, órgãos públicos de emprego e seguro, para, em conjunto, oferecer cursos de reabilitação. O método do DA compreende que um dos indicativos de resultado positivo no tratamento de pessoas psicóticas é o ajuste social e ocupacional.

O método do Diálogo Aberto utiliza conceitos da terapia familiar sistêmica, tais como o conceito de pensamento circular, conotação positiva e, com menor frequência, utiliza o questionamento circular. Por outro lado, algumas diferenças são claras em relação a outros métodos sistêmicos de tratamento, que focam no sistema familiar e na comunicação da família e perseguem a mudança da lógica fixa do sistema familiar para que uma nova lógica seja introduzida (SEIKKULA *et al.*, 2007a). Em contrapartida, o DA tem como finalidade a formação de um espaço que possibilite a construção de uma nova linguagem e de novos significados. Esse método não está focado nos comportamentos e nas formas de comunicação que não estão aparentes, mas sim nas palavras verbalizadas.

O enfoque do DA encontra semelhanças com o pensamento de autores construcionistas sociais, não obstante o tratamento de pessoas psicóticas não seja alvo de muita atenção dos terapeutas familiares que trabalham com a perspectiva do construcionismo social. A principal diferença entre o DA e as terapias narrativas, conforme Seikkula *et al* (2007), está na forma de conceber o autor da narrativa. Na terapia narrativa, o objetivo é a reautoria da história problemática, ao passo que na abordagem dialógica, onde se insere o DA, o objetivo é a substituição de monólogos aprisionantes por diálogos mais deliberativos. Enquanto na terapia narrativa, a narrativa pertence a um autor, na terapia dialógica, a nova

narrativa é uma criação conjunta dos participantes. Seguindo essa direção, o DA percebe a família como um agente ativo no processo de recuperação, e não como causa da psicose, tampouco como objeto de tratamento. Os membros da família são parceiros no tratamento.

Outra diferença do DA é a ênfase dada à fase mais intensa da crise psicótica e à qualidade processual da construção de planos de tratamento. O objetivo é formar um diagnóstico e planejar um tratamento adequado a esse diagnóstico, embora esse tipo de condução nem sempre ofereça bons resultados. No DA, “o diagnóstico é a base utilizada para instruir a família no aprimoramento de sua comunicação, de forma a prevenir recaídas e estender o período de remissão” (FALLON *et al*, 1984; GLEESON, *et al.*, 1999, MCFARLANE, *et al*, 1995a e b *apud* SEIKKULA *et al*, 2007a, p. 27).

O método do Diálogo Aberto compartilha dos objetivos construtivistas em psicoterapia no sentido de construir um discurso não patologizante sobre os problemas dos pacientes, de respeitar as narrativas pessoais do problema e atribuir importância ao contexto do tratamento. Essas ideias construtivistas chamam a atenção para a responsabilidade dos terapeutas na co-construção do problema, na medida em que elaboram o tratamento. Os terapeutas construtivistas não julgam a realidade de um cliente com base em um critério externo de objetividade, portanto compreendem que não há forma absoluta de psicose. O discurso das desordens mentais, baseado em manuais de diagnóstico, leva à estigmatização e a um tratamento específico. Esse pensamento retira o poder pessoal ao dar enfoque à doença e não à pessoa como principal agente em seu tratamento. A doença é destacada do contexto, como se fosse única e constante nos diversos pacientes.

Enquanto o discurso das desordens conduz ao tratamento dos sintomas de uma doença, o DA busca a promoção de conversas transformadoras dentro da rede social. A importância dada a esses diálogos polifônicos demonstra o interesse em escutar a voz de todos a respeito do problema. O olhar não se volta para uma doença específica, e sim à linguagem que dá sentido às coisas. Essa é uma característica das terapias narrativas que enfatizam as narrativas pessoais em vez de verdades generalizantes.

Esse novo tratamento de distúrbios psicóticos graves denominado Diálogo Aberto (DA) foi objeto de pesquisa por seus próprios criadores (SEIKKULA, 2007b), com o intuito de identificar fatores ligados a resultados tanto positivos como negativos deste tratamento. Antes de abordar estes resultados, será apresentado, a seguir, um panorama teórico atual sobre resultados de tratamentos para psicose, discorrendo sobre a previsão de resultados em psicose,

descrevendo as abordagens predominantes para o tratamento e situando a pesquisa de Seikkula *et al* (2007b) dentro dessa literatura.

Seikkula *et al* (2007b) afirmam que, atualmente, "os principais fatores relacionados aos resultados em primeiro episódio de psicose têm consistido em variáveis psicológicas, ajuste social e ocupacional pré-mórbido, duração de sintomas psicóticos e prodrômicos não-tratados e variáveis relacionados ao próprio processo de tratamento" (p. 55). A presença de depressão e desesperança no episódio de uma crise psicótica tem sido relacionada a uma recaída inicial e maior taxa de suicídio, assim como a resultados ruins a curto prazo e um funcionamento global pior após um ano. No mesmo norte, um ajuste global pior e uma taxa maior de sintomas psicóticos têm sido associados à progressão de sintomas prodrômicos leves a sintomas psicóticos durante um período de um ano.

Para além desses fatores individuais, pesquisas apontaram que a rede social de pacientes com esquizofrenia contava com um menor número de pessoas de fora da família presentes em comparação com a população normal e da população de pacientes com psicose afetiva, o que tem sido atrelado a resultados negativos. Após três anos de tratamento, a rede social era menor e apresentava menos membros da família em relação a pacientes com problemas menos severos. O menor contato com pessoas de fora da família aumentava as chances de os pacientes terem recaídas mais cedo. Pessoas sob risco de esquizofrenia apresentam uma competência social menor e mais distúrbios formais de pensamento. Outros preditores de resultados negativos em psicose são ajuste profissional e ocupacional ruim anterior à primeira hospitalização.

Os sintomas psicóticos têm durado, em média, um ano antes do início do tratamento, mas os sinais prodrômicos já poderiam ter iniciado nos três anos anteriores, o que tem sido considerado como o preditor mais poderoso de resultados ruins. Quanto maior a duração dos sintomas sem tratamento e de pródromos não-psicóticos, pior é o resultado. Uma rede social de poucos recursos e a desistência de contatos sociais vem sendo consideradas os principais empecilhos para começar o tratamento.

Dentre as tendências no tratamento de psicose, a medicação neuroléptica é a predominante por ser concebida como o componente principal do tratamento. Recomenda-se o seu uso como tratamento de primeira linha para a redução de sintomas psicóticos, prescrevendo-se uma dosagem entre 300 a 500mg de clorpromazina em casos de primeiro episódio. Estudos elaborados em associação a tratamentos psicossociais indicaram que,

quando as doses de medicação antipsicótica eram reduzidas, os resultados melhoraram. A medicação antipsicótica pode ser evitada em cerca de metade dos casos, com um resultado semelhante ao obtido com ansiolíticos. As maiores taxas de recaída constituem o fator de risco em estudos sem medicação. Experimentos com controle de placebo apresentaram taxas de recaída de aproximadamente 50%.

Outra tendência no tratamento apontada por estudos a respeito de resultados de tratamentos é a integração de diferentes métodos psicossociais. Enquanto programas familiares psico-educacionais combinados com medicação têm se mostrado eficazes para pacientes esquizofrênicos que tiveram a primeira crise ou uma crise recente, os mesmo programas têm se revelado pouco eficazes em relação a recaídas tardias no segundo ano após o término desses programas. A terapia individual tradicional tem se mostrado limitada, motivo pelo qual pesquisadores têm proposto abordagens que abarcam a dimensão social no tratamento da psicose, tal como o programa residencial aberto de Ciompi que utiliza a socioterapia e terapia ambiental em vez de uma farmacoterapia tradicional (SEIKKULA, 2007b, p. 57). O método Necessidade-Adaptada, que fundamentou o Diálogo Aberto, integrava vários métodos psicoterápicos.

Um estudo realizado por um programa nacional finlandês, chamado Abordagem Integrada para o Tratamento de Psicose Aguda (API), apresentou seus resultados no tratamento de pacientes psicóticos em primeiro episódio, utilizando-se o método do Diálogo Aberto (SEIKKULA *et al.*, 2007b). O projeto conta com seis centros de pesquisa e é coordenado pelo Centro Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento de Bem-Estar e Saúde (STAKES), em parceria com as Universidades de Jyväskylä e Turku. O centro de pesquisa da Lapônia Ocidental organizou um tratamento que objetivava minimizar o uso de medicação neuroléptica.

Esse estudo tinha como objetivo geral avaliar os problemas e o desempenho do DA na psicose em primeiro episódio comparando pacientes com resultados bons e ruins em um acompanhamento de dois anos. Os objetivos específicos consistiam em 1) identificar as variáveis relacionadas com ajuste pré-mórbido e processo de tratamento; e 2) analisar os meios terapêuticos empregados em cada tipo de caso, tendo como foco os sete princípios do DA já descritos anteriormente.

Foram incluídos, no estudo em questão, 78 pacientes, dos quais 31 eram mulheres e 47 eram homens, com idade média de 26,5 anos, sem diferenças relevantes de idade entre

homens e mulheres. Os pacientes eram casos novos que satisfaziam os critérios do DSM-III-R de psicose esquizofrênica entre os anos de 1992 e 1997.

A gravidade dos sintomas dos pacientes foi classificada com uma subescala de cinco pontos do instrumento de Strauss e Carpenter (0 = sem sintomas; 1 = sintomas leves quase o tempo todo ou moderados ocasionalmente; 2 = sintomas moderados por algum tempo; 3 = sintomas fortes por algum tempo ou moderados o tempo todo; 4 = sintomas fortes contínuos). Os pacientes foram classificados com a Escala de Classificação Psiquiátrica Breve (BPRS) e com a Escala de Avaliação do Funcionamento Global (GAF). A rede social e o cumprimento dos sete princípios do DA também foram objetos de análise e classificação.

Dois grupos foram formados para a viabilização do estudo: “(1) um grupo de Resultados Ruins (N=17), que consistia nos pacientes cuja fonte de renda era uma pensão por invalidez (n=13) ou com sintomas psicóticos residuais moderados ou mais severos (classificados como 2 ou 3 na escala de Strauss e Carpenter, (n=4); e (2) o grupo de Resultados Bons (N=61), que consistia nos pacientes que estavam trabalhando, estudando ou procurando emprego, com nada além de sintomas psicóticos residuais leves (n=7)” (SEIKKULA, 2007b, p. 59). A diferenciação dos grupos pautou-se em critérios funcionais com implicações práticas para a qualidade de vida do paciente.

Na análise estatística da pesquisa, estes grupos de pacientes com resultados bons e ruins foram comparados e apresentaram diferenças importantes. A quantidade de pacientes com resultados ruins (22%) foi menor em relação a diversos outros estudos. A partir deste dado, Seikkula *et al* (2007b) levantaram a hipótese de que a redução dos resultados ruins pode ser a expressão do trabalho de orientação ativa para a rede social do paciente, tendo em vista que os pacientes foram estimulados ao retorno à sua vida social ativa e foram apoiados nos seus contatos sociais.

No que tange à situação ocupacional e à qualidade da rede social antes da crise psicótica, percebeu-se que os pacientes que estavam desempregados e não buscavam ativamente mudar esta situação tinham uma tendência maior a ter um resultado ruim depois de dois anos, embora tenham surgido várias exceções. A situação ocupacional e a qualidade da rede social foram elencadas como as características pré-mórbidas mais influentes à produção de resultados ruins.

O grupo de resultados ruins demonstrou uma tendência maior a ter tido uma rede social pobre ou sofrer um empobrecimento durante o período de dois anos. Dois terços dos pacientes com resultados ruins no período de dois anos e com melhoras na qualidade de sua rede social apresentaram progresso significativo antes do fim de cinco anos de acompanhamento.

A hospitalização por um período maior e a maior tendência ao uso de medicação neuroléptica foram observadas nos pacientes com resultados ruins. Esta revelação chamou a atenção dos pesquisadores: “É um resultado notável, pois 57 pacientes (53,1%) não tinham usado medicação neuroléptica nenhuma, e destes pacientes apenas oito (14%) foram definidos como casos com resultados ruins. Desses oito pacientes que não estavam tomando neurolépticos, quatro haviam recusado tal medicação e nos outros quatro casos ela não havia sido considerada necessária porque os pacientes não tinham sintomas psicóticos graves” (SEIKKULA, 2007b, p. 60). A esse dado não foi atribuída uma explicação causal, uma vez que a pesquisa tinha a proposta de evitar a hospitalização e minimizar a medicação neuroléptica.

Os resultados estatísticos do referido estudo confirmaram resultados de outros estudos recentes, salvo o ponto relacionado à importância da medicação neuroléptica, visto que alguns estudos atuais enfatizaram a importância desta medicação. Os resultados sugerem que o método do DA favorece a diminuição do uso de medicação neuroléptica sem aumentar o risco de resultados ruins. Faltam pesquisas sobre a possibilidade de que o uso de medicação neuroléptica aumente o risco de uma situação ocupacional negativa e, por conseguinte, de resultados ruins.

As conclusões do estudo consideraram que o tratamento pode promover resultados ruins caso haja poucas possibilidades de se desenvolver um processo dialógico. Nessas famílias com restrições de fazer uma descrição linguística de sua vida, a dificuldade do DA voltava-se para a organização do tratamento. A resolução desse problema exige que novos métodos e análises da qualidade do diálogo sejam realizados para aprimorar a habilidade da equipe de construir um diálogo.

4.3.3. Método desenvolvido na Alemanha: Universidade de Heidelberg

Na Universidade de Heidelberg, uma das mais prestigiadas da Alemanha, um grupo coordenado por Helm Stierlin, professor de Psiquiatria, realizou um projeto de investigação

com duração de 15 anos no qual se utilizou o enfoque sistêmico no estudo e tratamento de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno bipolar. A equipe foi composta por Helm Sierlin, Arnold Retzer, Gunthard Weber, Fritz B. Simon e Gunther Schmidt. A filosofia básica do enquadre terapêutico, o próprio enquadre e as estratégias de tratamento utilizadas pelo grupo serão descritas a seguir. Em sequência, será apresentado o estudo de seguimento que compreende um total de 60 pacientes e seus familiares.

A falta de consenso entre os psiquiatras sobre as causas das psicoses supracitadas levou o grupo a adotar uma postura pragmática nesse estudo, focando os efeitos observáveis nas sessões. Foram estudadas as ideias e descrições dos próprios pacientes e de seus familiares sobre as possíveis causas.

Com base em uma perspectiva sistêmica de tratamento, foi respeitada a autonomia do cliente e dos outros membros da família, assim como se buscou possibilitar o aumento dessa autonomia, dialogando sobre novas opções que podem tornar seus sintomas e condutas psicóticas menos amplificadas.

Para tanto, padrões relacionais e hipóteses básicas do cliente e de sua família foram alvos de intervenção recorrente, quando estes impediam a resolução de conflitos intrapsíquicos, intrafamiliares e intrassistêmicos. A intenção foi ajudar a família com um tipo de manejo de conflitos e diferenciação que permitisse aos membros do sistema chegar a um consenso quando se requeria sua ação coordenada, e também aprender a viver com o dissenso quando os membros se deparavam com suas distintas visões e interesses.

No entanto, a concretização destes intentos se tornou difícil e urgente em função da “excomunicação” dos membros psicóticos. “Excomunicação” é um termo adotado pela equipe para denominar todo esse processo de rotulação da pessoa como louca, psicótica e que vai promovendo a cristalização dessa percepção e o reducionismo da pessoa a esse rótulo. A estigmatização tende ao desligamento do paciente. A tarefa terapêutica, basicamente, é reverter a referida “excomunicação”. Os processos desencadeantes da “excomunicação” foram descritos pelo psiquiatra inglês R. Dennis Scott em 1967, embora não tenha usado este termo, e sim o termo “desligamento” e também “assassinato da identidade”. Estudando 40 esquizofrênicos e suas famílias, Scott compreendeu que, em geral, o curso dos acontecimentos começava com uma criança, um adolescente ou um jovem adulto procurando ser notado pelos demais através de comportamentos reprováveis, seja, por exemplo, com uma

olhar perdido, excitando-se com facilidade ou, de outra forma, cobrando notoriedade. A família tende a amplificar esses comportamentos, evocando “a sombra dos antepassados”, isto é, recordando de algum familiar que era ou ainda é louco e criando a dúvida sobre o retorno da loucura que a família carrega consigo. Dessa maneira, a família busca conversar com professores ou empregadores, com um médico de confiança da família, e, por fim, com um neurologista ou psiquiatra. Por derradeiro, confirmam sua suspeita de que estão lidando com uma psicose, uma doença. Esse é o processo de produção do “desligamento” ou “excomunicação”.

Por consequência, processos recursivos levam o indivíduo “excomunicado” a alimentar percepções e processos de pensamento internos sobre os quais perde o controle. Os observadores significam seus comportamentos como sintomas de uma psicose. A tendência é o agravamento do isolamento desse indivíduo e do descontrole daquelas percepções e pensamentos. A internação psiquiátrica promove os processos recursivos que sustentam e até institucionalizam a “excomunicação”, como também contribuem para o aumento do risco de estigmatização do “doente mental”.

A combinação da “excomunicação” com o diagnóstico de psicose pode trazer alívio para o cliente e para a família, uma vez que passam a lidar com uma doença sobre a qual não tem responsabilidade e cujo tratamento fica a cargo de médicos especialistas. No entanto, esse reducionismo e o alívio também restringem as possibilidades de influir na conduta psicótica. Na melhor das hipóteses, família e paciente aprendem a conviver com a doença.

O diagrama abaixo apresenta um panorama didático do modo em que se produz a “excomunicação” e como se pode revertê-la (WEBER & SIMON, 1991 apud STIERLIN *et al*, 1997a, p. 27).

Figura 1. Diagrama didático da terapia sistêmica de Heidelberg para o tratamento das psicoses	
Identificação do problema	Expansão das capacidades e recursos
Limitação do foco de atenção Aumento da sensação de incompetência, fracasso, impotência	Expansão do foco de atenção Com o objetivo de abranger os períodos em que não há sintomas
Atenção dirigida aos fracassos do passado	Atenção dirigida ao futuro Com o objetivo de abrir novas opções

Busca linear de causas Explicações	Causalidade circular Ênfase nos efeitos e funções que mantêm recursivamente as condutas sintomáticas (círculos interativos)
Culpar-se por tudo ou absolver-se de tudo Em relação à pessoa ou às circunstâncias	A capacidade parcial do indivíduo tido como “paciente” de dar conta de seus atos Possui capacidade de influenciar e de ser influenciado
Descontextualização Retiram as condutas de seu contexto	Recontextualização (tempo, espaço, relações) São introduzidas hipóteses sistêmicas conectoras
Diagnóstico de “psicose” Aplicação de um estreito modelo biomédico (causas, tratamento, evolução, prognóstico). Efetivação da “excomunicação”.	Flexibiliza-se o conceito de doença Características aparentemente estáveis são “liquefeitas” e convertidas em condutas “fluidas”

Para o grupo de Heidelberg, a reversão da “excomunicação” do paciente psicótico depende de escutar com respeito o que este tem para dizer, fazê-lo participar de um diálogo constante, de modo a oferecer um modelo que ajude a ganhar sentido as manifestações que, em um primeiro momento, parecem bizarras, na medida em que se começa a sintonizar com seu contexto e seu mundo de experiências.

O início da reversão da “excomunicação” promove o aparecimento dos conflitos intrapsíquicos e intrassistêmicos (intrafamiliares) que se encontravam submersos. A tarefa do terapeuta torna-se ajudar a família e o cliente sintomático a manejar esses conflitos. O padrão psicótico passa a se mostrar, neste momento, inadequado para o gerenciamento dos conflitos tanto do cliente sintomático como os conflitos do sistema familiar.

Essas dificuldades de manejo dos conflitos, próprias dos padrões psicóticos, podem ser melhor compreendidas a partir dos conceitos de “dissociação sincrônica” e “dissociação diacrônica”, os quais descrevem padrões de extrema ambivalência e evitação dos conflitos. O

termo “dissociação sincrônica” costuma ser referido a sistemas ditos esquizofrênicos e diz respeito à realidade relacional mais branda, em que os diálogos parecem ser disparatados; os membros não mantêm um foco de atenção comum; há falta de confirmação das mensagens etc. As experiências de conflito e sofrimento parecem estar diluídas. Em contrapartida, o predomínio da “dissociação diacrônica” é característico dos maníaco-depressivos, por manterem posturas conflitantes separadas entre si por um lapso temporal tão grande que não se percebe como pertencendo à mesma pessoa. Os sistemas de valores são contraditórios, potencialmente conflitantes e estão dissociados. Entretanto, quando se chocam durante a transição entre os episódios maníacos e depressivos, tanto o paciente identificado como o sistema familiar costumam manifestar um conflito mais franco.

A psicose esquizoafetiva é uma mescla de dissociação sincrônica e diacrônica, da mesma maneira que ocupa um lugar intermediário entre os transtornos esquizofrênicos e os transtornos bipolares. Existe tanto um abrandamento da realidade relacional e uma comunicação confusa de um lado, como uma realidade enrijecida e uma comunicação clara do outro lado. Essa mistura de dois tipos de dissociação pode ser perigosa e explosiva, sobretudo se o sistema faz uso do pensamento disjuntivo (“ou isto ou aquilo”), transformando as divergências normais de opinião e interesses em conflitos acirrados.

Embora haja perigos nesse padrão de funcionamento, os terapeutas costumam se sentir mais mobilizados para intervenções criativas com essas famílias do que com as famílias que apresentam um quadro sintomático mais parecido com o esquizofrênico ou maníaco-depressivo. Torna-se, então, um desafio abordar a constelação relacional e conflitante específica daqueles três subgrupos psicóticos, assim como também, quando for útil, ajudar os sistemas de funcionamento esquizofrênico ou bipolar extremos a fazer um movimento a uma forma de funcionamento intermediária, qual seja, dos transtornos esquizoafetivos, para, após isso, fazendo uso de um pensamento integrador (“tanto isto quanto aquilo”), cheguem à “normalidade”.

Para realizar a tarefa de ajudar com o manejo de conflitos, o terapeuta também precisa manter-se neutro em relação: 1) às intenções dos membros de impor sua visão sobre a realidade, como se fossem as únicas verdadeiras; 2) à conveniência de adotar certas posturas valorativas em lugar de outras, como “ordem” versus “desordem”; 3) à possibilidade e conveniência da mudança, respeito à não ocorrência da mudança. O grupo de Heidelberg

entende que a neutralidade nesses diversos níveis talvez seja a contribuição mais importante do terapeuta para o manejo dos conflitos intrapsíquicos e intrassistêmicos.

A neutralidade precisa estar combinada com o uso de diversas estratégias terapêuticas, de acordo com o padrão de funcionamento da família. Uma dessas estratégias é a cisão terapêutica, que por si só é um exemplo da neutralidade terapêutica. A função da cisão é fortalecer a tolerância diante da ambivalência e facilitar o manejo dos conflitos. Preferencialmente, a cisão deve ser utilizada por dois coterapeutas, em geral ao final da sessão, que assumem posturas diferentes. Por exemplo, um terapeuta demonstrará descrente quanto à possibilidade ou conveniência que comportamentos ditos psicóticos mudem, argumentando que cumprem uma função estabilizadora para o sistema familiar, ao passo que o outro duvidará dessa posição, afirmando que a família possui recursos suficientes para se libertar dos sintomas. Se o terapeuta atua sozinho, pode cindir-se em duas partes, demonstrando ao cliente suas ambivalências, de maneira que estará lhe comunicando que a ambivalência é normal e que também o é lutar contra ela, podendo neutralizá-la ao longo do tempo. Essa estratégia possibilita que os conflitos intrassistêmicos se tornem mais manejáveis, mais claros, suportáveis e resolúveis.

Essa estratégia é muito semelhante à maneira de trabalhar do Grupo de Milão chamada contraparádico: busca-se uma redefinição das relações familiares, criando-se uma situação em que o terapeuta aceita o pedido da família de que nada mude, e, em outro nível, trabalha para que ocorra a mudança, refletindo sobre os padrões de interação (SELVINI PALAZZOLI *et al*, 2001).

Muitas estratégias utilizadas pelo grupo de Heidelberg visam ao aumento da autonomia do cliente. O desenvolvimento de autonomia implica no desenvolvimento do sentido de que o indivíduo é capaz de influenciar nas coisas e tem o direito de fazê-lo, do mesmo modo que pode responsabilizar-se por suas ações, inclusive seu comportamento psicótico. No entanto, o indivíduo psicótico e sua família, em geral, pensam de forma disjuntiva (“ou isto ou aquilo”). Logo, sustentam a crença de que uma pessoa exerce influência sobre todos, ou todos os demais exercem influência sobre aquela pessoa, isto é, ou controla ou é controlada.

Na realidade, a saúde psíquica depende de uma posição intermediária entre a onipotência e a impotência, o que requer o reconhecimento de que o indivíduo apresenta, em concomitância, certo grau de independência e certo grau de dependência, o que se poderia

chamar de interdependência: “tenho a capacidade para exercer influência assim como para sentir que um é influenciado pelo outro”. Em outras palavras, a autonomia implica ter consciência de nossas dependências: de ter um organismo que funcione, de respirar ar puro e ter comida saudável, de um ecossistema adequado e de uma rede social.

Nesse sentido, o terapeuta pode fazer uso de algumas intervenções para fomentar o desenvolvimento da autonomia do cliente. Uma delas é a formulação de perguntas que situam certos sintomas e condutas psicóticas dentro de diferentes contextos, isto é, dentro de diferentes espaços, tempos e relações. Conforme citado na figura 1, é fundamental promover a recontextualização conectando as hipóteses sistêmicas. Nesse norte, flexibiliza-se atributos colocados de forma rígida, tais como “ele tem uma introversão patológica”, “é um sujeito passivo”, etc. Desse modo, são apontados contextos em que os referidos atributos não são aplicáveis. Outra estratégia consiste em formular perguntas sobre como seria possível intensificar ou amplificar certas condutas sintomáticas psicóticas, de modo que estaria subentendido que também é possível reduzir ou eliminar aquilo que se pode aumentar.

O grupo de Heidelberg comprovou, em estudo de seguimento (STIERLIN *et al*, 1997b), que essas intervenções baseadas em perguntas não funcionam se os significados atribuídos ao conceito de doença não são questionados ou flexibilizados.

O tratamento sistêmico de Heidelberg é uma terapia breve, que não costuma ultrapassar dez sessões, cada qual com duração de duas horas, e que se torna prolongada, uma vez que pode haver um intervalo grande entre as sessões, variando de três meses, seis meses a um ano. Esse enquadre busca atender às metas terapêuticas descritas anteriormente, isto é, respeitar e ao mesmo tempo fomentar a autonomia do cliente, intervir sobre o sistema de crenças e padrões disfuncionais, e auxiliar no manejo dos conflitos intrapsíquicos e intersistêmicos.

A eficácia da terapia familiar sistêmica do grupo de Heidelberg foi elucidada por um estudo de seguimento de 60 famílias durante um período médio de três anos e dois meses após o término do processo terapêutico. Essas famílias continham, pelo menos, um membro diagnosticado como maníaco-depressivo (PMD), esquizoafetivo (PEA) ou esquizofrênico (PEF), de acordo com os critérios do DSM-III-R e estavam divididas em três grupos de vinte famílias cada. A terapia familiar abrangeu, em média, 6,5 sessões ocorridas no período médio de 16,8 meses.

A eficácia dos efeitos das intervenções terapêuticas foi medida através das recaídas, posto que tem sido a variável de mudança mais utilizada nos estudos de resultados psiquiátricos com psicoses que buscam avaliar a eficácia de diversas ações terapêuticas. Dessa maneira, a escolha da recaída enquanto variável permitiu que o estudo fosse comparado a outros estudos feitos sobre as intervenções realizadas em grupo de pacientes com diagnóstico de psicoses. No entanto, há controvérsias sobre o que seja uma recaída. No estudo de seguimento em questão, a recaída é concebida como qualquer internação hospitalar, independentemente de sua duração, da presença de eventos desencadeantes e do diagnóstico de psicopatologia. Ademais, o referido estudo considerou como variável de mudança não apenas a quantidade de internações, e sim o “índice de recaídas”, que corresponde ao resultado da seguinte divisão matemática: quantidade de internações do paciente identificado / período da internação.

Os índices de recaídas apresentaram uma diminuição de 74,4% após a terapia familiar sistêmica. No grupo PEA (Paciente Esquizoafetivo), a redução foi de 86,1%, no grupo PMD, foi de 67,47% e no PEF, de 59,52%.

O estudo também se dedicou a avaliar se houve alguma evolução no desempenho profissional e/ou educacional comparando a situação anterior à terapia familiar com o momento da entrevista de seguimento. Verificou-se um avanço nos três grupos diagnósticos, com algumas diferenças entre eles. A maior mobilidade dentro desses três grupos diagnósticos foi dos pacientes com esquizofrenia, porquanto 75% mudaram de situação profissional, em geral, em um sentido favorável.

Avaliou-se, ainda, a relação entre a medicação e a terapia familiar, visto que, no tratamento das psicoses, a medicação é o tipo de intervenção mais utilizado e estudado. Não obstante a prescrição e supervisão de medicamentos serem de responsabilidade do psiquiatra, a equipe da pesquisa em tela questiona, ao longo do processo terapêutico, as implicações semânticas e pragmáticas contidas na medicação e em sua ausência, com a intenção de que esses questionamentos sejam terapêuticos. Portanto, entende-se que o uso ou não de medicamento pode afetar a comunicação humana no aspecto semântico - significado da mensagem - e no aspecto pragmático - os efeitos comportamentais (WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON, 2007, p. 19).

O estudo demonstra que quase todos os pacientes da amostra (91,6%) haviam recebido prescrição de medicamento antes da terapia familiar. Após a terapia familiar, cerca de 25%

dos pacientes não foram mais medicados. Não houve variação significativa desse dado entre os três grupos diagnósticos.

Esses dados não revelam nem consideram a quantidade dos distintos medicamentos e suas combinações. É comum a prescrição de diferentes medicamentos no tratamento de psicoses, sobretudo a afetiva e a esquizoafetiva, de acordo com a dificuldade de manejo com o paciente. Isto oferece indicativos sobre a situação sintomática do paciente.

Nesse sentido, a quantidade de substâncias prescritas após a terapia familiar teve uma redução de 41,7%. Ademais, constatou-se uma tendência, na amostra pesquisada, a abster-se de toda medicação ou a tomar um único medicamento posteriormente à terapia familiar, eis que 78,3% dos pacientes identificados apresentavam esta situação.

Pelo exposto sobre o estudo do grupo de Heidelberg, verifica-se que, após a terapia familiar, houve diminuição do índice de recaídas, assim como foram descobertas tendências positivas em todos os grupos diagnósticos em relação à situação laboral e educacional, e redução dos medicamentos prescritos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão histórica e conceitual sobre os termos loucura, psicose e doença mental, apresentada no início do presente trabalho, revela que, ao longo da história, houve transformações conceituais nesses termos e significativa dificuldade de precisar o conceito de psicose. A busca pelo entendimento da loucura levou estudiosos a colocar a psicose sob o prisma de distintas áreas de conhecimento, tais como filosofia, anatomia, fisiologia, medicina, entre outras.

Assim, é possível constatar que, apesar dos esforços por conceitualizar e compreender este distúrbio ao longo da história, não há uma definição única e aceitável do que seja a psicose. A palavra que melhor expressa a essência da psicose, para Bellomo (2008), é a alienação, porque refere à desunião e a separação de si mesmo com desolação e pavor. Uma compreensão mais amplamente compartilhada diferencia a psicose de outros distúrbios por ser mais grave e desintegradora, tendendo à deterioração de todas as áreas da vida do paciente; por apresentar maior grau de retraimento; por estar associada a emoções diferentes do normal em termos qualitativos e exageradas em termos quantitativos; por haver perturbações da linguagem e do pensamento que podem se expressar como alucinações e delírios; por manifestar comportamentos regredidos.

Essa concepção sobre psicose ganha uma leitura um tanto diferente dentro do pensamento sistêmico, posto que este lança um novo olhar sobre o conceito de “doença”. Dentro da abordagem sistêmica, a doença deve ser contextualizada nas relações e nos sistemas, sob risco de enquadrá-la em uma explicação causal-linear inadequada.

Essa forma de conceber a doença fica explícita, por exemplo, na teoria do duplo vínculo, apontada como um dos estudos pioneiros dentro do pensamento sistêmico sobre a esquizofrenia. O duplo vínculo, como relatado no corpo do trabalho, se forma na interação marcada pela comunicação paradoxal e pela relação de dependência para a sobrevivência física e/ou psicológica. Todos os participantes da comunicação estão implicados nos paradoxos de modo a não existir um causador da injunção paradoxal e da consequente esquizofrenia. Logo, a teoria do duplo vínculo apresenta um olhar para a esquizofrenia com base nas relações e no contexto, em contraposição à concepção individual, orgânica e intrapsíquica que se tinha até então sobre esta doença.

Outro exemplo de olhar sistêmico sobre as psicoses é o conjunto de modelos de jogos familiares proposto pelo grupo de Palazzoli. Esse estudo trouxe, assim, o diferencial de explorar a dimensão diacrônica da psicose, discorrendo sobre a sucessão coordenada de comportamentos interativos que sustentam a psicose. Segundo a concepção destes teóricos, o jogo familiar passa pela disfunção do casal, e é esse ponto que os autores escolhem para a descrição da sequência temporal. Outra marca sistêmica desse estudo é a consciência dos autores de que não há um começo nessa sequência, e de que a atribuição de um ponto inicial da sequência seria um equívoco.

A flexibilização do conceito de doença é uma característica também dos grupos que desenvolveram os métodos de intervenção apresentados neste trabalho. Nenhum desses métodos foca no diagnóstico individual da doença. Pelo contrário, avalia e foca nas relações entre os membros do sistema familiar, e ainda, no caso do Diálogo Aberto, procura incluir as redes sociais no tratamento, na qualidade de apoiadores. Os três grupos enfatizam a necessidade de não construir um discurso patologizante sobre os problemas do paciente identificado, para que a terapia familiar seja eficaz. Isso porque a compreensão nosológica trazida nos manuais de diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais lança diversos obstáculos para o tratamento sistêmico de casos de psicoses, dentre eles podendo-se citar: a) o reducionismo do diagnóstico individual das psicoses; b) a destituição da família do lugar de principal agente ativo no processo de recuperação; c) o processo da "excomunicação"; d) a estigmatização do paciente identificado; e) a ideia de que há um tratamento específico para as psicoses.

Os métodos desenvolvidos na Itália e na Finlândia não conduzem a um tratamento específico, único, das psicoses. Pelo contrário, valorizam a flexibilidade na planificação do tratamento. Na medida em que for possível e útil, o grupo italiano constrói o projeto terapêutico com seus clientes por perceber que, dessa forma, o processo terapêutico torna-se mais colaborativo. Além disso, o projeto precisa atender as especificidades cambiantes de cada caso. No Diálogo Aberto, a equipe desenvolve a planificação do tratamento através de um diálogo reflexivo entre os membros da equipe, na presença da família e dos membros da rede de apoio. Ambos métodos consideram útil combinar a terapia de família com outros métodos tradicionais, revelando que nenhum método é autossuficiente no tratamento de psicoses. Essas formas de flexibilização do projeto terapêutico contradizem a nosologia atual que preconiza a ideia de existir um tratamento específico para cada transtorno mental e comportamental.

Vale ressaltar a importância dada pelo Diálogo Aberto e pelo grupo alemão ao desempenho profissional e/ou educacional como um fator e um indicador preponderante no tratamento de casos de psicoses. Pensar na dimensão profissional e educacional como fundamental para o tratamento revela a postura sistêmica desses dois métodos. Mas é o Diálogo Aberto que enfatiza a relevância do ajuste ocupacional no tratamento, dado que considera a possibilidade de acionar órgãos públicos de emprego e seguro para oferecer cursos de reabilitação ao paciente.

Por outro lado, cabe questionar a viabilidade da proposta do Diálogo Aberto de se promover uma discussão transparente sobre o planejamento do tratamento, considerando que, em geral, as famílias com sintomas psicóticos apresentam funcionamento rígido e dificuldades na comunicação. Nesse sentido, a própria pesquisa sobre resultados positivos e negativos do DA indica que esse método pode promover resultados ruins se existirem poucas chances de se desenvolver um processo dialógico. Se os membros da família conseguissem se escutar com atenção, é provável que não construiriam a dupla vinculação e os modelos de jogos descritos pelo grupo de Palazzoli.

Outro aspecto importante do tratamento do Diálogo Aberto é a perspectiva diferenciada sobre as alucinações e os delírios do paciente identificado. A visão tradicional encara esses sintomas psicóticos como expressões destituídas de sentido, ao passo que o viés do DA trata-os como expressões metafóricas de um sofrimento que por ser tão grave, impede a construção de uma narrativa racional. Desse modo, a equipe procura escutar e estimular a expressão das alucinações e dos delírios, bem como abordá-los nas discussões reflexivas, por considerarem que se tratam de mais uma voz do sistema familiar.

Os estudos realizados sobre o método de Heidelberg e o Diálogo Aberto chamam a atenção para o uso excessivo e indiscriminado da medicação neuroléptica ao comprovar que a eficácia da terapia familiar não fica ameaçada pela redução de medicação antipsicótica. Pelo contrário, os resultados da terapia tendem a melhorar com a diminuição de medicamentos prescritos, assim como a própria terapia contribui para essa redução. As conclusões desses estudos revelam uma ótica que subverte o movimento atual de aumento da medicalização a partir das promessas de cura sem esforço, propagadas pela indústria farmacêutica. Essas pesquisas retratam as potencialidades dos indivíduos e das famílias para se tornarem mais saudáveis, isto é, apontam para os recursos não medicamentosos e que se encontram nas relações dos sistemas humanos.

Os três métodos descritos no presente trabalho apresentam contribuições importantes para o tratamento de casos de psicose. Fica a cargo do terapeuta sistêmico integrar ao próprio trabalho esses jeitos diferentes de tratar pessoas com psicose, compreendendo que é possível incluir o que considera que seja melhor em cada método, sem necessariamente escolher um único dentre os três.

O desafio está em aplicar alguns aspectos desses métodos na prática clínica dos consultórios. O grupo italiano, por exemplo, defende o trabalho em equipe, no entanto a inclusão de profissionais implicaria em aumento significativo no custo da sessão, restringindo severamente o acesso ao tratamento. O Diálogo Aberto, por sua vez, propõe um tratamento adaptado a uma realidade distinta dos consultórios, isto é, a um sistema público de saúde que conta com uma equipe multidisciplinar e acesso facilitado a serviços públicos, tais como órgãos públicos de emprego e seguro. Cabe questionar, ainda, a escolha do grupo da Universidade de Heidelberg por uma terapia breve que não costuma ultrapassar dez sessões. Será que esse enquadre é eficaz para o tratamento de casos graves como as psicoses, considerando que costumam requerer atenção por um período prolongado? Esse número restrito de sessões seria suficiente para lidar com os períodos de crise? Será que esse enquadre foi escolhido para atender as necessidades do estudo de seguimento da Universidade de Heidelberg, de modo que poderia ser melhor adaptado ao contexto dos consultórios? Assim, parece que é possível fazer objeções a cada um desses métodos quando consideramos que, a realidade no Brasil em relação ao sistema público de saúde e ao poder aquisitivo da população são muito diferentes da realidade que se vive nos países onde foram desenvolvidos os métodos de trabalho acima relatados.

Mas, mesmo diante desses desafios, os terapeutas sistêmicos que não trabalham em sistema público de saúde ou em universidade podem aproveitar esses métodos para buscar inovar em sua clínica. Em vez de atuar em equipe como faz o grupo italiano, esses terapeutas poderiam atuar em coterapia com o intuito de obter um suporte maior, além de buscar supervisão de outro profissional. Eles também poderiam trabalhar com a perspectiva de rede social como faz o Diálogo Aberto, mesmo não estando inseridos no sistema público de saúde, e incluir pessoas que possam oferecer apoio ao cliente e à família.

Encerrando este trabalho, vale destacar que as imprecisões sobre o conceito de psicose demonstram que há um longo caminho de estudos na busca de métodos eficazes de tratamento para casos de psicose. Sob outra perspectiva, é motivador pensar que esse caminho tem sido

construído com persistência desde a Grécia Antiga. Apesar de toda a dificuldade de compreensão sobre as psicoses, os estudos apresentados sobre o método da Universidade de Heidelberg e do Diálogo Aberto indicam que é possível oferecer tratamentos que auxiliam na redução do sofrimento psíquico grave e é alentador pensar que outras formas de se lidar com o sofrimento psíquico intenso podem ser pensadas e novos métodos de trabalho serem desenvolvidos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELLOMO, Lucio E. La esencia de la locura: reflexiones em torno al uso del vocablo. **Revista de la Asociación Médica Argentina**, Buenos Aires, v. 121, p. 11-15, nº 4, 2008.

CARVALHO, N. R.; COSTA, I.I. **Primeiras Crises Psicóticas**: Identificação de pródomos por pacientes e familiares. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro: vol.20, nº 1, p. 153-164, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652008000100010&script=sci_arttext>. Acessado em: 08 julho 12.

COSTA, Ileno Izídio. A crise psicótica do filho, a disfunção familiar e a terapia. **Revista Família: Temas de Terapia Familiar e Ciências Sociais**, v. 3, nº 1/2, p. 58-65, 1988.

_____. **Da fala ao sofrimento psíquico grave**. Brasília: Positiva/Abrafipp, 2003-a.

_____. Uma crítica epistemológica da clínica e da pesquisa familiar da esquizofrenia. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). **Família e casal**: efeitos da contemporaneidade. Rio de Janeiro: PUC-Rio Ed, 2005. p. 223-250.

_____. **Família e psicose**: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. *Estudos e pesquisas em psicologia*. Rio de Janeiro: vol.8 nº 1, p. 94-100, abr. 2008. Disponível em: <http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?pid=S180842812008000100010&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 08 julho 12.

LOPES, José Leme. A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 1, Mar. 2001 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 08 julho 2012.

PALAZZOLI, M. et al. **Os jogos psicóticos na família**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1998.

PAPP, PEGGY. **O Processo de Mudança: Uma Abordagem Prática à Terapia Sistêmica da Família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SEIKKULA, J.; ALAKARE, B.; AALTONEN, J. Diálogos abertos em psicose, parte 1: introdução e relato de um caso. **Revista Nova Perspectiva Sistêmica**, nº 27, p. 20-37, maio de 2007a.

SEIKKULA, J.; ALAKARE, B.; AALTONEN, J. Diálogos abertos em psicose, parte 2: uma comparação de casos com resultados bons e ruins. **Revista Nova Perspectiva Sistêmica**, nº 28, p. 54-67, julho de 2007b.

SEIKKULA, J.; ALAKARE, B.; AALTONEN, J. El enfoque del Diálogo Abierto: principios y resultados de investigación sobre un primer episodio psicótico. **Revista Sistemas Familiares**, nº 17, p. 75-87, 2001.

SEIKKULA, J. et al. Tratamiento de la psicosis mediante el diálogo abierto. **Revista Sistemas Familiares**, p. 25-38, julho de 1998.

SELVINI, Mateo. El problema de *settingem* la terapia de la psicosis. **Revista Sistemas Familiares**, ano 9, nº 1, p. 61-68, abril de 1993.

SELVINI PALAZZOLI, M.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G. & PRATA, G. **Paradoja Y contraparadoja**: um nuevo modelo em la terapia de la familia de transacción esquizofrénica. 2. ed. Barcelona: Paidós, 2001. 2 ed.

STIERLIN, H.; RETZER, A.; SIMON, F. B.; WEBER, G.; SCHMIDT, G. Enfoque sistémico de las psicosis. **Revista Sistemas Familiares**, nº 1, p. 25-31, 1997a.

STIERLIN, H.; RETZER, A.; SIMON, F. B.; WEBER, G.; SCHMIDT, G. Sobre la evolución de las psicosis maníaco-depresiva, esquizoafectiva e esquizofrénica después de una terapia familiar sistémica. **Revista Sistemas Familiares**, nº 3, p. 83-90, 1997b.

VILLARES, Cecília Cruz. Ecos: como contribuimos para recuperação de pessoas com transtornos mentais graves? **Revista Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 31, p. 99-101, 2008.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana**: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 2007.