

O PACIENTE ESQUIZOFRENICO E A CONTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS NO TRATAMENTO: UM ESTUDO PSICANALÍTICO

Carla Patrícia Macerou Lomba¹

Paulo César Ribeiro Martins²

RESUMO

O objetivo deste estudo é investigar o imaginário coletivo da relação do paciente com diagnóstico de esquizofrenia e suas famílias com respeito ao sucesso do tratamento. Para tanto, o método psicanalítico foi aplicado por meio da Teoria dos Campos, tendo como suporte a teoria psicanalítica de Bleger e Winnicott. O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema foi utilizado em aplicação individual a quatorze pessoas. Assim, foram encontrados os seguintes campos: 1. “Ambiente falcitador” que representa a colaboração da família no tratamento. 2. “Morte em vida” que representa o fracasso do tratamento. Concluímos que conhecer o imaginário coletivo pode facilitar transformações psico-sociais, libertando a sociedade de adesões e concepções limitadas sobre a esquizofrenia.

PALAVRAS-CHAVE

esquizofrenia, imaginário coletivo, Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, psicanálise

Introdução

A presente pesquisa tem como objetivo investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo sobre o paciente esquizofrênico e as contribuições de seus familiares no seu tratamento, a partir da identificação das produções imaginárias e da captação dos campos psicológicos não conscientes subjacentes.

Estudar a relação do paciente esquizofrênico com sua família torna-se relevante na medida em que é uma questão de saúde pública. Por ser uma

AUTORES

1 Discente do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Três Lagoas – AEMS.

2 Graduado em Psicologia – Habilitação em Formação de Psicólogo pela Universidade de Passo Fundo. Graduado em Psicologia – Licenciatura Plena pela Universidade de Passo Fundo. Mestre em Psicologia – Área de Concentração: Psicologia Clínica pela PUC Campinas. Doutor em Psicologia – Psicologia como Profissão e Ciência pela PUC Campinas. Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – AEMS.

doença crônica a pessoa acometida vai precisar sempre de acompanhamento. Ajudar as pessoas a tomarem consciência que como imaginam o contexto da esquizofrenia pode ser útil na medida em que possamos melhorar as condições da saúde pública.

Em 1986, Kraepelin, fez a primeira descrição do que chamamos hoje de esquizofrenia, descrevendo diversos sintomas cognitivos no início da doença: dificuldades de atenção, falha na compreensão, do fluxo e associação do pensamento e alterações do julgamento. Também descreveu a evolução da doença com a deterioração cognitiva e da personalidade. Bleuer em 1911 denomina este transtorno mental de esquizofrenia, considerando a dificuldade de iniciar e persistir nas atividades, como característica central, em função de uma disfunção do lobo frontal, tendo como sintoma básico a desorganização do pensamento (Ferreira Jr. et al, 2010).

A Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID-10, 1993) codifica a esquizofrenia de F20 e define seus sintomas como: distorção do pensamento e da percepção, afeto inadequado ou embotado, alucinações visuais e auditivas. A consciência clara e a capacidade intelectual se mantêm, embora déficits cognitivos possam surgir no decorrer da vida.

Independente de raça, de nível sócio econômico ou cultura, ocorre em aproximadamente 1% da população geral e não se sabe a causa, sendo atribuída a diversos fatores. A doença manifesta-se, geralmente, pela primeira vez no adulto jovem entre os 20 e 30 anos. Pode surgir brusca ou lentamente. Quando surge lentamente pode passar meses até que a família ou o próprio doente a perceba e procure um médico.

São várias as pesquisas e os tratamentos para esquizofrenia envolvendo uma equipe de profissionais. Neste panorama, que envolve a tentativa de acolher o sofrimento humano frente a esquizofrenia, cabe introduzir a contribuição do estudo do imaginário coletivo, para que possamos ter uma compreensão mais completa do que envolve este sofrimento na pessoa com diagnóstico de esquizofrenia e sua família.

Método

De acordo com Bleger (1963), a pesquisa, no campo da psicologia, deve partir sempre das vivências humanas para seguir os caminhos da teorização, que devem se manter sempre no plano concreto das vivências emocionais.

O uso psicanaliticamente orientado do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (Aiello-Vaisberg, 1999), considerado como mediação, permite que se entre em contato com o imaginário de adultos sobre o paciente esquizofrênico e sua família.

Escolhemos trabalhar com sujeitos supostamente não envolvidos com pacientes esquizofrênicos. Deste modo, fizemos uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema na abordagem de quatorze pessoas, sete mulheres e sete homens, de idade entre 17-65 anos, a partir de uma perspectiva exploratória, clínica e qualitativa. Solicitamos aos sujeitos que fizessem um desenho de uma pessoa com esquizofrenia e sua família, em seguida pedimos que imaginassem uma estória do desenho que fizeram e usando a criatividade, escrevessem no verso da folha.

De acordo com Aiello-Vaisberg (1999), o imaginário coletivo pode ser considerado, à luz das propostas blegerianas, como conjunto de manifestações simbólicas de subjetividades grupais. Nesse contexto, a pesquisa sobre o imaginário coletivo se propõe tanto a identificar como a elucidar o substrato lógico-emocional não consciente, o que configura a adoção de uma perspectiva psicodinâmica.

Identificando as concepções sobre o paciente esquizofrênico e sua família

Detivemo-nos nas produções de homens e mulheres como um todo, obtendo, assim, o modo como este grupo imagina a esquizofrenia e a relação familiar. Para isso fizemos uma análise de conteúdo dos desenhos-estórias buscando captar a concepção do paciente com esquizofrenia e o contexto familiar:

Casais jovens com vida boa e felizes, que trabalham bastante para manter um padrão de vida razoável. Muitos morando de aluguel, resolvem ter filhos e vivem uma situação difícil com os filhos. As mães precisam deixá-los com avós e em creches. O dia - dia de muitas famílias é trabalhar o dia todo e a noite voltar para casa cansados, tendo que dar atenção aos filhos, cuidar da casa etc. Os conflitos tomam conta das famílias em função de muitas adversidades: falta de dinheiro, falta de tempo para a família, estresse, preocupações, filhos cuidados por avós ou pelos filhos mais velhos.

O pai sustenta a família, a mãe angustiada e deprimida ajuda, sempre demonstrando que estava tudo bem. O pai ausente e a mãe procurando estar presente, aparentando uma família relativamente estruturada, com cum-

plicidade e momentos de alegria e lazer. Os casais discutem, manifestavam o desejo de separação, sendo que este modo de vida se repete por anos. Os pais passam a se preocupar muito quando os filhos começam a manifestar atitudes e jeito de ser muito diferente, o que ocorre normalmente na adolescência, como: ficar mau humorado, isolar-se, não chorar nem rir, ver coisas que não existem, ouvir vozes, ter crises de agressividade. Condutas que levam os pais a procurar auxílio médico.

Como consequência do adoecimento dos filhos, muitas famílias entram em pânico, as alegrias acabam. Os filhos doentes não entendem seus pais e os pais não entendem seus filhos. No imaginário das pessoas que participaram da pesquisa, doente é chamado de esquizofrênico e o vêem assim. Para a pessoa acometida o tempo está sempre ruim e quer morrer, provocando preocupação para os pais.

As famílias mudam a rotina, a vida social dos pais empobrecem. São necessários cuidados intensos com o paciente, como a administração da medicação em horários regulares, fazendo com que as mães e os pais se revezem nos cuidados do paciente. É um sofrimento para a família, ninguém quer ficar com ele.

Os pais se deprimem, ficam com dificuldade de lidar com a agressividade do paciente, e muitas vezes buscam internação para ter um descanso da doença. Procuram a superação com amor e paciência. O pai procura dar apoio, a mãe se mostra forte, sem transmitir sua dor e angústia. O filho problema em seu próprio mundo, e os familiares se preocupam em ajudá-lo a melhorar. É uma luta diária e não há perspectiva para o fim do sofrimento.

Como solução da problemática, a família convive com a doença, colocando Deus em primeiro lugar e depois espera que a medicina resolva. Imaginam que se comessem o tratamento no tempo certo, os filhos poderiam estar levando uma vida normal e os pais também. Imaginam que antes da doença algumas famílias já tinham uma certa desestrutura. Imaginam que a família é como uma casa. Quando algumas pessoas morrem ou adoecem a “casa” pode ir ao chão.

Campos não conscientes sobre a esquizofrenia e a relação familiar

Após as concepções sobre a pessoa com esquizofrenia e sua família passamos a tratar dos campos psicológico-vivenciais não conscientes. A desco-

berta dos campos não conscientes não é determinada pela quantidade de vezes que um tema aparece como é o costume em pesquisas quantitativas baseadas nas ciências naturais. As comunicações manifestas veiculam sentidos não conscientes, que se ocultam pela ação de estratégias defensivas, o que requer o uso da associação livre e da atenção flutuante (Herman, 1979), concebidas como práticas de abertura ao outro e de acolhimento de sua expressão (Aiello-Vaisberg; Machado, 2011).

Assim, a criação/descoberta dos campos psicológico-vivenciais não conscientes, subjacentes aos desenhos-estórias pesquisados, resultou na captação de dois campos que denominamos “Ambiente facilitador” e “Morte em vida.

Ambiente facilitador

Denominamos “ambiente facilitador” o campo psicológico-vivencial constituído pela crença segundo a qual a família passa a atender todas as necessidades da pessoa acometida pela esquizofrenia. Este campo aparece na medida em que os pais começam a se preocupar com seus filhos, quando estes começam a apresentar os sintomas da doença e procuram atendimento médico. Demonstrando que na atualidade, algumas pessoas têm acesso ao atendimento médico e se preocupam com seus filhos (Winnicott, 1983). Procuram a superação com amor e paciência, podendo estar usando defesas tanto de sublimação como formação reativa.

No “ambiente facilitador” o pai procura dar apoio e a mãe mostra-se forte sem transparecer a dor e a angústia, demonstrando um funcionamento maníaco, negando e reprimindo o sofrimento para evitar a depressão. Neste contexto, surgem defesas dissociativas e de isolamento do afeto, onde mesmo preocupados com os cuidados, pais e filhos doentes vivem em mundos diferentes.

Morte em vida

O campo “morte em vida” abrange condutas não conscientes que dizem respeito às dificuldades dos familiares em dar acolhimento à pessoa com diagnóstico de esquizofrênico, resultando prejuízos na qualidade de vida das pessoas envolvidos.

Neste sentido as estórias relatam casais jovens iniciando a vida con-

jugal com dificuldades financeiras, estressados, não tendo condições de dar atenção e afeto aos filhos, tendo que deixá-los em creches, com avós ou com os irmãos mais velhos. Demonstrando que o sofrimento das famílias pobres com doentes mentais é muito grande, muito em função de questões econômicas. Ao mesmo tempo em que negam a possibilidade da doença afetar famílias abastadas economicamente e negam a capacidade de famílias com poucos recursos financeiros darem atenção e carinho.

Neste campo, a família é vista de um modo conservadora e fria, utilizando-se de defesas de isolamento do afeto, onde ainda é papel do pai sustentar a família, da qual se mantém ausente, cabendo a mãe os cuidados dos filhos. Surge uma mãe ansiosa e preocupada, um casal que discute e passam anos pensando em separação. Demonstrando uma estrutura familiar com um misto de descontentamento, depressão e ansiedade, projetando os motivos da pouca capacidade de expressar afeto nas condições materiais.

Também surgem defesas dissociativas no que se refere a relação dos pais com os filhos na medida em que ambos não se entendem e, no modo como passam a ver a pessoa com esquizofrenia. Passam a vê-la como um doente, que está sempre ruim, querendo morrer e causando preocupações. A pessoa com diagnóstico de esquizofrenia não é vista mais como um ser humano acometido por um sofrimento e sim como o doente.

As construções imaginativas descrevem o adoecimento como provocadores da mudança de rotina e da vida social dos pais, que empobrecem, gerando grande sofrimento, revelando a estrutura depressiva que se estabelece na família, onde não há perspectiva para o sofrimento acabar, com defesas de fuga e negação maciça na medida em que ninguém quer ficar com a pessoa doente. Muitas vezes, pela dificuldade em lidar com a agressividade do paciente, buscam internação, utilizando-se do isolamento afeto, distanciando a pessoa do convívio familiar.

Considerações finais

Evidentemente, a atividade imaginativa concebida como conduta em termos de experiência subjetiva é dotada de múltiplos sentidos emocionais (Bleger, 1963) cuja apreensão total é sempre impossível. Entretanto, a atividade clínica demonstra, com muita clareza, que a captação de alguns campos psicológico-vivenciais não conscientes são, por si só, suficientes para colocar em

marcha processos de compreensão a partir dos quais transformações do viver podem ser gestadas e vir à luz.

Nos campos encontrados observamos dois tipos de famílias, de acordo com a imaginação das pessoas pesquisadas. Uma com melhores condições de cuidar das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, com uma estrutura maníaca, mostrando-se sempre forte, apresentando defesas como a sublimação, negação e isolamento.

No campo imaginativo surge outro tipo de família que com perdas ou adoecimento de familiares se desestruturam, possivelmente por já virem não muito bem estruturadas. Buscando soluções mágicas, projetando a responsabilidade em Deus e na medicina, negando o papel de estarem participando da vida e do tratamento do familiar doente, isolando-se, apresentando estruturas depressivas e ansiosas.

Referencias

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia. Tese Livre-Docência em Psicopatologia Geral I e II, Universidade de São Paulo, SP.

Aiello-Vaisberg, T. M. J.; Machado, M. C. L. (2011). Narrativas: o gesto do sonhador brincante. Recuperado em 27 de Junho de 2010, disponível em http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Tania_Maria_Jose_Aiello_Vaisberg_e_Maria_Christina_Lousada_Machado.php

Bleger, J. (1963). Psicologia de la conducta. Buenos Aires: Paidós.

Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. (1993). Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ferreira Junior, Breno de Castro et al. (2010) Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]. vol.32, n.2, pp. 57-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082010000200006>.

Herrmann, F. A. (1979). Andaimos do real: o método da psicanálise. São Paulo: EPU.

Winnicott, D. W. (1983). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: Winnicott, D. W. O ambiente e os processos de maturação. (pp.70-78). Porto Alegre: Artmed.