

Complexidade e esquizofrenia

*Dr. Raúl Medina Centeno**

*Dra. Silvana Mabel Nuñez Fadda***

*Dra. Esperanza Vargas Jiménez****

*Dr. Remberto Castro Castañeda*****

* Lic. em Psicologia, mestre em Terapia Familiar Sistêmica, doutor em Psicologia Social.

** Psiquiatra, mestre em Terapia Familiar.

*** Lic. em Psicologia, mestre em Terapia Familiar Sistêmica, doutora em Ciências para o Desenvolvimento Sustentável.

**** Lic. em Psicologia, mestre em Terapia Familiar Sistêmica, doutor em Cooperação e Bem-estar Social.

Instituição: Universidade de Guadalajara, México.

Resumo

Hoje em dia, falar de esquizofrenia implica falar de complexidade. “Complexidade” significa incluir a ordem recorrente-estrutural, os padrões circulares sistêmicos em diferentes dimensões (biológica, psicológica e social), mas também a desordem, o que muda nessas mesmas dimensões. Ordem e desordem fazem parte dos processos de saúde e doença mental, e um sem o outro nos levaria ao reducionismo ou ao relativismo ingênuo. Conceitualizar a doença mental a partir da complexidade implica gerar intervenções complexas, necessariamente interdisciplinares e complementares. Neste breve trabalho, abordamos a evolução da terapia familiar em torno da esquizofrenia, desde os primeiros modelos interacionais da comunicação até as atuais propostas de equipe interdisciplinar, levando em conta a mudança do enfoque inicial, baseado em explicações causais relacionais, para os enfoques que privilegiam

a solução dos problemas e desafios impostos pela doença para a pessoa que a padece e sua família. Apresentamos os desafios atuais da relação profissional entre a terapia familiar e a psiquiatria para atender os casos de esquizofrenia, baseando-nos na teoria da complexidade de Morin (1984), autor que propõe uma reflexão epistemológica e ética dos profissionais da saúde. Concluímos que o trabalho em rede na atenção a pessoas e famílias com psicose requer, indubitavelmente, o diálogo inclusivo entre profissionais de diversas áreas que permita relacionar e organizar os diferentes saberes numa prática eficiente e verdadeiramente interdisciplinar.

Palavras-chave: Esquizofrenia, complexidade, interdisciplinaridade, terapia familiar, psiquiatria.

A teoria da complexidade

Edgar Morin¹propõe, em 1984, “um princípio de explicação mais rico do que o princípio de simplificação (disjunção/redução), que pode ser chamado de princípio de complexidade e que se funda na necessidade de distinguir e analisar, como o precedente, mas, além disso, pretende estabelecer a comunicação entre o que é distinguido: o objeto e o entorno, a coisa observada e seu observador. Não se esforça em sacrificar o todo à parte, a parte ao todo, mas em conceber a difícil problemática da organização” (pp. 47-48). Comisso, procura “[...] a comunicação entre o plano dos objetos e o plano dos sujeitos que concebem esses objetos. Trata-se de estabelecer a relação entre as ciências naturais e humanas, sem reduzir umas às outras (pois, nem o humano se reduz ao biofísico, nem a ciência biofísica se reduz a suas condições antropossociais de elaboração)” (p. 48).

A complexidade como modelo do conhecimento se funda também na ideia de estabelecer um diálogo entre ordem, desordem e organização para conceber, com sua especificidade, em cada um dos seus níveis, os fenômenos físico, biológico e humano. Para conseguir isso, Morin¹ propõe “uma binocularidade mental, pois vemos um universo que se organiza ao mesmo tempo em que se desintegra [...] pensar ordem e desordem conjuntamente, para conceber a organização e a evolução viva” (pp. 98-99).

Ordem: rica e diversa

Em termos gerais, a ordem era concebida como determinismo, como uma realidade que opera em forma independente e que pode ser representada em leis que expliquem os fenômenos de maneira universal; leis que regem a natureza independentemente dos grupos e sua história. Essa operação implica estabilidade, constância, regularidade, repetição, enfim, estrutura. Nesse sentido, também existem ordens singulares, únicas, com sua própria lógica e estrutura e que, por isso, complexificam a própria ordem, tornando-a diversa e rica. A organização se foca nos processos de interação entre as partes, no todo, não na singularidade.

Para Morin (1984), “a ideia de estrutura está a meio caminho entre a ideia de ordem e a ideia de organização”, mas o autor também aponta que “não se pode reduzir a organização à ordem, mesmo que a organização a comporte e produza” (p. 101). Para enriquecer a ordem, é preciso o diálogo com a desordem, a fim de relativizá-la e afastar-nos do determinismo: complexificação e relativização vão juntas e, com isso, não mais existe ordem absoluta, incondicional ou eterna.

Desordem: objetiva-subjetiva

A desordem objetiva é a do desvio, os erros, as irregularidades, enquanto a ordem subjetiva é a da relativização e a incerteza. Diríamos que é a ordem *das possibilidades* para o futuro, aquilo que ainda não é e poderia ser.

A desordem é parte inseparável da natureza do universo, que, constantemente, evolui e muda. A desordem não se opõe apenas à ordem. Também coopera com a ordem para criar a organização, uma organização criadora, gerando mudanças, evolução.

Origens e evolução da terapia familiar: a esquizofrenia como campo de pesquisa

A terapia familiar nasceu nos anos cinquenta nos Estados Unidos da América, influenciada pelo paradigma sistêmico-cibernético. A grande maioria concorda em assinalar que esse paradigma nasceu em Palo Alto, Califórnia, sob a tutela do antropólogo-filósofo Gregory Bateson², junto com Jackson, Weakland, aos que se somaram Satir³, Haley⁴ e Watzlawick. Alguns outros pioneiros e grandes pensadores originais foram Ackerman, Whitaker⁵, Bowen⁶, todos eles agrupados em torno de um tema em comum: família e esquizofrenia.

Em sua origem, o grupo de Palo Alto, Califórnia, focou-se em explicar e intervir nos aspectos de tipo comunicacional em diferentes planos lógicos, aos que foram se somando outros elementos que complexificaram a explicação e, com isso, a intervenção.

A proposta histórica mais conhecida foi a do “duplo vínculo ou dupla ligação”⁷, um tipo de comunicação familiar que conduz a um beco sem saída. É constituído por duas mensagens simultâneas e contraditórias no plano analógico (não verbal) e digital (verbal) por longos períodos de tempo, com a impossibilidade de sair da situação: “te amo” (com palavras) e, ao mesmo tempo, “te rejeito” (com o corpo). Esse paradoxo comunicacional, segundo Bateson, levaria a uma deterioração da identidade, manifestada pela conduta esquizofrênica, vista, dessa forma, como a única maneira possível de responder à referida situação.

Hoffman⁸ aponta que foi Weakland, em 1960, quem deu uma complexidade maior à explicação do comportamento esquizofrênico como uma relação triádica, em seu artigo “A hipótese do ‘duplovínculo’ da esquizofrenia e a interação em três partes”. Bateson denominou essa complexidade “a dança infinita das coalizões mutáveis”⁸. Baseando-se na teoria dos jogos, o autor explica que, na tríade familiar, geram-

se coalizões altamente mutáveis: um filho adolescente, em certas circunstâncias, faz coalizão com a mãe contra o pai e, em outro momento, com o pai contra a mãe, obtendo certos ganhos circunstanciais. Bateson assinalava que, numa relação triádica com um membro esquizofrênico, é impossível que dois membros estabeleçam uma aliança estável⁸.

Haley, ao estudar o duplo vínculos coalizões, acrescenta outra dimensão empírica de estudo: o poder. Para mostrar como a pessoa adquire uma hiperssensibilidade em relação aos jogos de poder, a fim de que seu comportamento não seja governado pelos outros, Haley se perguntou: “o que pode se esperar das pessoas presas numa situação como essa?” Sua proposta da “teoria do ‘controle’ da transação esquizofrênica” explica um plano de metacomunicação implícito na interação, no qual é travada uma luta de poder para definir quem impõe as regras da relação⁸.

Na década de 50, Bowen foi o primeiro a hospitalizar uma família completa com um membro esquizofrênico. Ele partia da hipótese de que a esquizofrenia era uma patologia mais generalizada na família, causada pelo efeito de triangulações trigeracionais sobre a diferenciação do eu, o que denominou “a indiferenciada massa do ego familiar”⁶.

Lyman Wynne, aponta Hoffman⁸, observou que as coalizões mutáveis e a luta pelo controle não estabeleciam uma verdadeira intimidade entre os membros das famílias com um membro esquizofrênico, mas estabeleciam uma “pseudomutualidade”, cisões ou coalizões com uma alta volatilidade, que não constituíam hostilidade ou distanciamento, mas pseudo-hostilidade e pseudodistanciamento.

Influenciados pelo grupo de Palo Alto, Selvini e sua equipe de Milão iniciam suas pesquisas sobre a esquizofrenia apontando que as famílias com transição esquizofrênica sustentam seu próprio jogo por meio de comunicações emaranhadas e paradoxais. Eles propõem, então, usar essas formas de comunicação numa intervenção que denominaram “contraparadoxo”⁹. Depois, evoluem para o conceito de “jogo familiar”, no qual não se incluem apenas aspectos comunicacionais, mas também regras do jogo familiar que conduzem à doença de um membro¹⁰. A Escola de Milão transformou com mestria muitos dos conceitos comunicacionais sistêmicos em técnicas de intervenção, redefinindo o diagnóstico em hipóteses relacionais, o diálogo terapêutico, em perguntas circulares, a neutralidade, num recurso terapêutico¹¹.

O modelo sistêmico-cibernético produziu uma revolução conceitual e psicoterápica sobre a psicose que continua em vigor até os dias atuais, mas que não conseguiu resolver a charada apresentada pela esquizofrenia¹².

Durante um longo tempo, a atitude dos autores sistêmicos em relação à biologia foi, no melhor dos casos, ambivalente. Ainda reconhecendo que a biologia poderia desempenhar algum papel, acreditava-se que o pensamento orientado para a doença induziria desamparo e falta de responsabilidade, impedindo a mudança. Assim, o pensamento em relação à doença e a medicação eram vistos, por esses modelos conceituais, apenas como negativos, como pontos de vista a serem abandonados, e o sucesso no tratamento era medido em termos de atenuação dessa ideia de doença¹³.

Apontava-se que o grupo de pesquisa sistêmica compartilhava com os escritores psicodinâmicos a curiosa falta de atenção em relação aos efeitos da doença sobre a família, que não eram explorados e nem sequer considerados, e que o campo da terapia familiar não tinha sido bem-sucedido em integrar uma visão multifocal apesar de sua lealdade à teoria de sistemas¹⁴.

Outros pesquisadores apontavam que os terapeutas familiares não estavam praticando dentro de um modelo biopsicossocial, mas que tinham se acostumado a operar dentro de seu campo de conforto (o sistema familiar), dando uma atenção mínima às dimensões físicas e biológicas do indivíduo¹⁵.

Procurava-se, de acordo com a concepção biopsicossocial da doença de Engel (1977), um modelo tridimensional que pudesse explicar as complexas relações entre os planos, que interagem e influenciam uns aos outros, explicando-os simultaneamente.

Levando em conta essa necessidade, foram desenvolvidos os enfoques psicoeducacionais para a esquizofrenia, por Anderson, Reiss e Hogarty¹⁵, e, para as doenças crônicas, por González, Steinglass e Reiss¹⁶. Eles reconhecem e respondem às interações recíprocas entre a doença e a família, evidenciam o profundo impacto que a doença tem no funcionamento e desenvolvimento familiar e ajudam os membros da família a “colocarem a doença no seu lugar”¹⁶, ao modificarem seus padrões de resposta e reação a ela. Esses enfoques propõem reunir-se com a família pela biologia: ao definirem uma doença como biológica, é estabelecido um enquadramento livre de culpa no qual cada membro da família, o indivíduo afetado e os profissionais podem tornar-se aliados a fim de modificar o curso e o impacto da doença, em parte alterando sua resposta a ela¹⁵.

Quando é usado esse modelo tridimensional, as perguntas se tornam interativas e contextuais: quais são os efeitos do contexto na expressão da doença?; quais são os efeitos da doença no contexto, especialmente no familiar?; e como podem ser alteradas essas interações?¹³

É Linares, da escola de Barcelona, quem reinterpreta a utilidade do diagnóstico psiquiátrico na terapia familiar¹⁷, correlacionando-o com determinadas combinações familiares nas dimensões de conjugalidade e parentalidade. Ao propor essas “metáforas diagnósticas”, incorpora ao campo teórico o componente da relação nutricional como eixo fundamental das relações triangulares, para assinalar que se sentir aceito-rejeitado, valorizado-menosprezado, reconhecido-não reconhecido e querido-não querido conota e dá sentido ao jogo relacional triangular e de poder. Com isso, Linares inclui os aspectos emocionais, cognitivos e pragmáticos como parte fundamental das relações, inclusive as terapêuticas. Propõe um diagnóstico relacional e aponta que a triangulação desconfirmadora tem um impacto direto em problemas de identidade como os psicóticos^{18, 19}.

A esquizofrenia a partir da complexidade: um modelo explicativo sobre múltiplas recursividades

Aplicando o modelo da complexidade já mencionado¹, nossa proposta conceitual para a esquizofrenia se funda no reconhecimento de três dimensões da realidade estreitamente ligadas e que

compõem a complexidade: biológica, psicológica e social/narrativa; ou, mais especificamente, o substrato neurobiológico²⁰, o psíquico, relacional e simbólico. A esquizofrenia envolve simultaneamente esses planos, que não podem ser reduzidos um aos outros e possuem sua própria ordem singular.

A complexidade se manifesta tanto nas relações internas das dimensões quanto entre as diferentes dimensões. Assim, existe complexidade, recursividade e fechamento no plano dos processos neurobioquímicos, nos quais os inúmeros neurotransmissores envolvidos têm a capacidade de regular-se uns aos outros em combinações mutáveis que serão influenciadas pela interação com o ambiente social-relacional. Isso se evidenciará nos processos de neuroplasticidade, facilitando ou desabilitando vias neuronais pelo aumento ou diminuição da densidade de receptores que, por sua vez, alterarão as inter-relações no plano de módulos funcionais das estruturas cerebrais, no plano dos processos genéticos de vulnerabilidade ou alto risco, que envolvem inúmeros genes, mas que são modulados pelo ambiente social, quer dizer, pela família de criação. A família pode potencializar a vulnerabilidade de origem ou minimizá-la, impedindo a expressão desses genes, como foi demonstrado em forma contundente pelo Estudo Finlandês de Adoção^{21,22}.

Existe complexidade, ainda, na própria definição e conceitualização da esquizofrenia, que já variou do conceito de doença (entidade) para o de síndrome: falamos agora de um leque de expressões diferentes, de “esquizofrenias”, de tipologias variadas com alguns sintomas comuns (como acontece no caso das demências), mas diferentes etiologias e prognósticos e, conseqüentemente, diferentes evoluções e, portanto, metas terapêuticas²³.

Existe diversidade nas idades de apresentação e no que isso implica, tanto para o desenvolvimento subsequente, quanto para os recursos e déficits dessa pessoa em particular. Também varia o momento em que se produz o encontro entre as pessoas afetadas e a equipe terapêutica.

A diversidade se apresenta no plano das redes relacionais e sociais, pois, enquanto algumas famílias exemplificam os jogos psicóticos descritos por Selvini e associados, encontraremos pessoas sem família, ou que foram excluídos das suas, e também com famílias relativamente organizadas e coesas, unidas por fortes valores de solidariedade, carinho ou devoção.

A complexidade abrange igualmente as dimensões sociais pela carga da doença sobre as pessoas e as famílias como grupo, que operam a partir e para o plano econômico/profissional e afetivo (fatores comuns a outras doenças crônicas), mas também em função de fatores particulares ligados à doença mental. Eles aumentam o risco da exclusão social, a discriminação e o isolamento. Referimo-nos ao estigma social, que é tão intenso e generalizado que permeia todos nós, inclusive os profissionais da saúde mental, e cuja persistência contribui, e muito, para sua falta de visibilidade²⁴. E, finalmente, mas não por isso menos importante, as condições estruturais das comunidades e países onde as pessoas moram no que diz respeito aos recursos reais para o atendimento à saúde mental e sua adequação e acessibilidade.

É possível que, ao intervir em algum dos planos, em alguns casos felizes, seja atingido algum dos outros planos de modo a conseguir uma reorganização efetiva que resolva o problema. O mais comum, porém, é que a intervenção só gere algum tipo de controle num plano, levando a perpetuar a ordem organizada pelo sintoma. Por isso, é necessário, conceitualmente, tomar a complexidade como guia e identificar ordem e desordem nos três planos e de forma integrada.

Os sistemas são capazes de possuir auto-organização e *autopoiesis*²⁵, podem modificar suas estruturas quando se produzem variações em seu meio, atingindo mudanças mais complexas, e estabelecer uma nova ordem interna por autorrecursividade. Os sistemas tendem ao equilíbrio e à mudança, isto é, à permanência e ao desvio, e um sistema saudável combina esses elementos de acordo com seu ciclo vital, permitindo a seus membros ter uma evolução “natural” de acordo com seu contexto cultural.

Acreditamos que, quando a psicose aparece, é estabelecido um equilíbrio influenciado pelo sintoma, que enrijece o sistema e gera desvios que não lhe permitem evoluir. Propomos essa explicação para os três planos de realidade: biológica, psíquica e social/narrativa.

Desse ponto de vista, a intervenção nos referidos planos procurará a forma de potencializar a mudança. Assim, por exemplo, a função do medicamento não será a de restaurar um equilíbrio aparente e limitado pelo controle sintomático, mas a de permitir que, a partir desse controle, as pessoas e famílias se reorganizem, recuperando-se a evolução natural, tanto do sistema familiar quanto da pessoa e de seu substrato neurobiológico. Tal evolução não pode ser promovida por um medicamento. As mudanças do nosso sistema nervoso, sua capacidade de alterações e desenvolvimento, são produzidas pelas interações com o ambiente, especificamente com o ambiente humano e relacional, particularmente pela linguagem e a narrativa. Essa experiência acumulada é a que gera mudanças, modificando, assim, os sistemas neurobiológicos funcional e fisicamente por meio dos fenômenos de plasticidade neuronal²⁰.

Para isso, é importante conhecer especificamente a ordem singular desse plano em cada pessoa, em suas famílias e também em seus contextos sociais, identificando as interações recursivas que não permitem realizar as mudanças naturais para a reorganização.

Podemos conceitualizar o campo psíquico em três planos interligados que geram uma ordem: o emocional, o cognitivo e o pragmático¹⁸. Em termos práticos, isso corresponde ao que as pessoas sentem, pensam/dizem e fazem quando aparece a esquizofrenia. O constructo da emoção expressa (EE) proposto por Brown²⁶ permitiu estabelecer um modelo de causalidade circular entre a manifestação da esquizofrenia e um tipo de resposta da família caracterizada por três elementos separados por análise fatorial: comentários críticos, hostilidade e superenvolvimento emocional. Essas respostas, qualificadas como alta EE, pioram os sintomas e já demonstraram ser o melhor prognosticador de recaídas; por sua vez, as recaídas favorecem o aumento dessa resposta familiar.

A inclusão do referido constructo na perspectiva sistêmica permite levantar a hipótese de que a doença gera uma alta EE, que, por sua vez, produz recaídas que têm por objeto controlar a EE, enquanto

que a EE é um esforço por controlar a doença. Nesse sentido, a referida interação poderia ser vista como uma ampliação do desvio ou escalada simétrica²⁶. Isso já originou modelos de intervenção que incluem os aspectos cognitivos, emocionais e pragmáticos de forma estruturada. Geralmente, visa-se, em primeiro lugar, aos aspectos cognitivos por meio do formato psicoeducacional, abrindo, assim, um espaço neutro que possa dar vazão ao trabalho emocional e pragmático. Propostas mais recentes começam por uma primeira fase de aliança emocional da família para, depois, passarem aos aspectos cognitivos e pragmáticos²⁷. Continuando na linha da complexidade/diversidade, são levados em conta aspectos importantes para as famílias, no marco dos processos de migração e aculturação, como as crenças religiosas, a coesão e a solidariedade familiar característicos de nossos países latinos.

A posição dos profissionais da saúde: o diálogo inclusivo

A teoria da complexidade requer uma postura reflexiva do profissional – neste caso, o terapeuta – a partir da qual ele medite, discuta e estabeleça consensos com outros antes de intervir em face da realidade. Essa atitude de diálogo crítico permitirá tomar consciência, tanto da diversidade da realidade, quanto a como proceder em face do fenómeno estudado aqui. Em suma, propõe uma ciência com consciência e abre o caminho para que todo conhecimento científico, inclusive o físico e natural, contenha um claro senso humano e ético: “Um pensamento apto para afrontar a complexidade do real, que, ao mesmo tempo, permita que as diversas práticas profissionais reflitam sobre si mesmas”¹.

Uma visão de complexidade nos obriga a reconhecer a imensidão das variações e diferenças e a levá-la em conta desde o início. Obriga-nos a reconhecer que nossa visão da realidade só pode ser modesta, nunca total e muito menos verdadeira, e que, portanto, nossas contribuições para a compreensão do problema só podem ser vistas como parciais ou complementárias.

O diálogo e a abertura que Morin promove nos obrigarão também a estarmos dispostos a desordenar e ordenar uma e outra vez o que tomamos como certo, ao incluir verdades e realidades vistas de outros ângulos, entre diferentes famílias de conhecimento, reconhecendo outros profissionais que possam colaborar na intervenção para gerarmos saberes mais completos e ações mais eficazes.

O trabalho colaborativo entre o terapeuta familiar e o psiquiatra conduzirá a um aprendizado mútuo que pode enriquecer tanto a compreensão da doença mental quando a da intervenção clínica, fortalecendo, também, novas linhas de pesquisa. O princípio de complexidade nos ajuda a compreender que as intervenções poderão ter guias precisas e consensuais, mas que também deverão ser flexíveis e adaptáveis à circunstância e caso particular, ao singular e diverso.

O constante interjogo entre ordem e desordem obrigará à organização criativa, às mudanças esperadas e inesperadas que se dão ao longo do tempo e que teremos de ser capazes de acompanhar no que Sluzki define como coevolução do terapeuta²⁰.

A complexidade no serviço de saúde: o trabalho colaborativo dos terapeutas familiares nos serviços de psiquiatria

A complexidade como epistemologia possibilita o diálogo entre diferentes disciplinas e profissionais. Assim, o trabalho colaborativo entre terapeutas familiares e psiquiatras permitirá intervenções mais eficientes para pacientes e famílias que enfrentam um problema complexo como a esquizofrenia.

São vários os trabalhos que documentam os resultados do trabalho em equipe entre o terapeuta familiar e o psiquiatra com pessoas que apresentam esquizofrenia; Barbagelata²⁸, Cancrini²⁹, Lam³¹, Linares, Castello y Colillas³², McGorry³³, Seikkula, Alakare e Aaltonen³⁴, e Cirillo, Selvini e Sorrentino³⁵ concordam em apontar que o trabalho em equipe apresenta enormes vantagens clínicas em várias direções: para o paciente e suas famílias, para os psiquiatras e psicoterapeutas e para o orçamento da saúde pública, devido a seu impacto não apenas curativo, mas, principalmente, preventivo da recaída e da continuação do sintoma nas gerações seguintes.

Seikkula, Alakare e Aaltonen³⁴ demonstraram os benefícios do tratamento familiar e de rede social com pacientes psicóticos, reduzindo os surtos em mais de 50% numa população de 100.000 habitantes. Eles propõem uma intervenção que denominam de “diálogo aberto”, redefinida por Barbagelata²⁸ como a ação de “biografar o surto”, dando um sentido histórico emocional à esquizofrenia.

Cirillo, Selvini e Sorrentino focaram sua pesquisa recente no trabalho interdisciplinar entre psiquiatra e terapeuta familiar desenvolvido nos serviços psiquiátricos da Itália³⁵. Os autores afirmam que no tratamento dos transtornos psíquicos mais graves é imprescindível ir além do psicoeducacional e incluir também o psicoterápico. Sua pesquisa conclui afirmando que “a colaboração com a família é um instrumento essencial para chegar a pacientes inacessíveis, para tirar do beco sem saída os processos terapêuticos individuais bloqueados, para ajudar os pais nos prazos de tempo às vezes prolongadíssimos que requer um jovem ex-psicótico para conter suas limitações pessoais mais insuportáveis, para melhorar a qualidade de vida nos pacientes com uma grave cronicidade, ou para ajudar muitos pais e irmãos a superarem um drama que também os afeta”³⁵.

Este enfoque divide com outros autores^{28,33,34} a ênfase na importância da terapia familiar de urgência na primeira crise: o dramatismo do sintoma no jovem mobiliza toda a família, tornando-se um recurso terapêutico. A família é o recurso mais importante não apenas para o apoio ao jovem e seu tratamento farmacológico, mas para o próprio sentido da crise: “Os familiares são aliados da terapia, desde que sejam apoiados e acolhidos nesse momento de grave turvação, além de serem ajudados empaticamente a construir uma interpretação do significado da crise do filho que dê razão de ser ao seu engajamento, tanto na reconstrução de sua participação involuntária na gênese do transtorno, quanto na efetivação de um projeto reparador, e pode promover um projeto terapêutico construtivo e prevenir a experiência traumática da internação num âmbito psiquiátrico”³⁵.

O trabalho a partir da família tem como objetivo, nesta primeira parte, que o comportamento psicótico recupere seu sentido individual e relacional, dando a ele um sentido no marco de uma história relacional familiar, sentido esse menos frustrante que uma explicação biológica que leva à crise existencial³⁵.

Retomando as considerações de Lyman Wynne em 1992, quando o autor observou que, embora o modelo biopsicossocial tivesse estimulado o crescimento da medicina familiar e a medicina dos sistemas familiares, na prática, tinha sido difícil atingir uma perspectiva verdadeiramente integrada, oposta a uma meramente aditiva, tanto em medicina quanto em psiquiatria, podemos dizer que, mesmo tendo havido avanços, essa situação persiste no presente. Dentro do próprio campo da terapia familiar, podemos observar discrepâncias não resolvidas.

Algumas das propostas aqui expostas^{28,33,34} privilegiam a definição relacional e biográfica do sintoma, a abertura de espaços conversacionais e novas narrativas, deixando pouco espaço para as questões relacionadas com o tratamento médico-farmacológico, a não ser para assinalar seus riscos: rotulação, frustração e crise existencial, potencial para gerar e reforçar estigmas em diversos planos, cronificação.

Outros modelos, como os psicoeducacionais, baseiam-se no modelo da vulnerabilidade ao estresse de Zubin e Spring²⁶. Em geral, procuram formular um diagnóstico e, depois, escolher um programa de tratamento correspondente. Neste último caso, o diagnóstico serve de base para educar a família de modo a melhorar sua comunicação e, assim, impedir as recaídas e acentuar a diminuição dos sintomas³³. Esses modelos tendem a considerar os aspectos de manejo efetivo, concordando quanto aos benefícios de definir a doença como biológica para ajudar com uma atribuição externa, não estigmatizante, que isente de culpa a família e lhe permita aliar-se contra o problema e encontrar seus próprios recursos. Dessa perspectiva, já foi observado que, para as famílias, resulta mais fácil reunir-se contra a doença quando se faz dela uma atribuição externa (como algo que acontece com essa pessoa e essa família), porque isenta de culpas e diminui as atribuições de decisão e manipulação, diminuindo as respostas de hostilidade e rejeição e gerando respostas de maior aceitação e empatia^{15,16,27}.

Inclui-se expressamente um espaço para que os envolvidos perguntem e aprendam sobre generalidades da doença e seu tratamento, dá-se maior ênfase aos aspectos de apego ao tratamento farmacológico, diminuição do tempo cara a cara e diminuição da emoção expressa. Esses fatores demonstraram ser os de maior valor estatístico quanto a recaídas e são, hoje, um parâmetro muito aceito de medição de eficácia das intervenções. Dentro dessa linha, atualmente existem propostas como a de Leff e Ballús, que combinam diversas opções e modalidades, às vezes começando com psicoeducação como uma porta de intervenções de terapia familiar, pois nem sempre o encontro com a família se dá com a primeira crise; ou a proposta de Weissman²⁷, que incorpora elementos culturais, como a religiosidade e os valores familiares.

Conclusões

Na atualidade, existe consenso quanto à necessidade de incluir as famílias no tratamento das doenças mentais, em particular das mais severas, por meio de equipes interdisciplinares. Esse consenso mundial se reflete nos objetivos, planos e recomendações da OMS³⁵, que já conduziram a mudanças nos planos específicos de saúde mental de cada país em particular, promovendo a atenção primária, o modelo comunitário por cima do hospitalar e a inclusão das famílias e de outros recursos de rede social para as pessoas afetadas³⁶.

A experiência de pesquisa em modelos de equipes interdisciplinares é ampla e variada, com sólidas evidências de efetividade, mas ainda não se traduz em generalização. O desafio continua sendo o de como levar a teoria e as recomendações para a prática real e cotidiana, muito especialmente em nossos contextos latino-americanos, onde aos problemas específicos em relação à doença vêm somar-se gravíssimas carências estruturais, econômicas e de recursos humanos dedicados ao cuidado da saúde mental.

É evidente que nossas condições e possibilidades diferem muito das existentes nos países onde esses modelos estão sendo aplicados, como, por exemplo, a Finlândia. As famílias não têm os recursos para custear o trabalho de uma equipe e nem outros ônus da doença. As equipes devem fazer parte de serviços de saúde gratuitos. Os profissionais devem dialogar, transferir seus conhecimentos especializados de uma maneira pertinente, operativa e eficiente para os outros e, dos recursos necessários para isso, o menos importante não é o tempo que se pode dedicar a esse processo de diálogo e encontro constante.

Por outro lado, dificilmente poderia se realizar um trabalho de equipe quando se parte de conceitos opostos e desacordos manifestos em relação a como definir a doença, ao papel do diagnóstico e dos fatores biológicos, e os mal-entendidos não resolvidos prejudicarão os esforços da equipe e, obviamente, as pessoas e famílias atendidas.

Apoiar-nos na complexidade implica também reconhecer que esse processo será longo, trabalhoso e difícil. Implicará esforços e aprendizados e, é claro, também grandes ganhos no desenvolvimento pessoal de todos os que participam no diálogo: terapeutas, psiquiatras e aqueles que tentamos ajudar.

Referências

1. Morin, E. *Ciencia con conciencia*. Barcelona: Anthropos, 1984.
2. Bateson, G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Planeta-Carlos Lohle, 1991.
3. Satir V. *Relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Editorial Pax, 1984.
4. Haley J. *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980.
5. Whitaker K. *Psychotherapy of the Absurd*. *FamProc* 1975, 14: 1-16.

6. Bowen, M. De la familia al individuo. Barcelona: Paidós, 1991.
7. Bateson G, Jackson D, Haley J, Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. BehavScienc 1956: 251-264.
8. Hoffman, L. Fundamentos de la terapia familiar. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.
9. Selvini M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Paradoja y Contraparadoja: un nuevo modelo de la familia de transacción esquizofrénica. México: Paidós, 1994.
10. Selvini M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. Los juegos psicóticos en la familia. Buenos Aires: Paidós, 1993.
11. Selvini M, Anolli L, Di Blasio P, Giossi L, Pisano I, Ricci C, Sacchi M, Ugazio V. Ipotizzazione, circolarità, neutralità. Terapia Familiare 1980, 7: 7-19.
12. Sluzki CE. Lyman C. Wynne and Transformation of the Field of Family-and-Schizophrenia. Fam Proc. 2007, 46:143–149.
13. Moltz DE. Bipolar disorder and the family: an integrative model. FamProc 1993, (32) 4: 409-423.
14. Wynne LC, Shields CG, Sirkin MI. Illness, family theory, and family therapy: I. Conceptual issues. FamProc 1992.(31), 3-18.
15. Steinglass P. Psychoeducational family therapy for schizophrenia: A review essay. Psychiatry, 1987. 50, 14-23.
16. González S, Steinglass P, Reiss D. Putting the illness in its place: Discussion groups for families with chronic medical illnesses. FamProc, 1989. 28, 69-87.
17. Medina, R. Cambios modestos, Grandes revoluciones: Terapia familiar crítica. México: e-libro, Red Américas, 2012.
18. Linares, J.L. Identidad y Narrativa en la Terapia Familiar. Barcelona: Paidós, 1996.
19. Linares, J.L. Terapia familiar ultramoderna. Barcelona: Herder, 2012.
20. Sluzki C. E. Interfaces: toward a new generation of systemic models in family research and practice. Fam Proc. 2007, (46) 2: 173-184.
21. Wynne L, Tienari P, Nieminen, Sorri A, Lahti I, Moring J, Naaralaz M, Laksi K, Wahlberg K, Mietunen J. I. Genotype-Environment Interaction in the Schizophrenia Spectrum: Genetic Liability and Global Family Ratings in the Finnish Adoption Study Fam Proc 2006, 45: 419-439
22. Wynne L, Tienari P, Sorri A, Lahti I, Moring J, Wahlberget K. II. Genotype-Environment Interaction in the Schizophrenia Spectrum: Qualitative Observations. Fam Proc 2006, 45:436-447
23. Carpenter W T. Schizophrenia: Disease, Syndrome, or Dimensions? FamProc 2007 46:199–206.

24. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A M, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *RevAsocEspNeuropsiq*, 2008. XXVIII, 10: 43-83.
25. Von Foester H. Las semillas de la cibernética. Buenos Aires: Gedisa, 1992.
26. Leff J, BallúsCreus C. Orientación familiar en las psicosis. En, Valencia M comp. Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Mexico: Herder, 2012.
27. Waissman A, Duarte E, Koneru V, Wasserman S. The Development of a Culturally Informed, Family-Focused Treatment for Schizophrenia. *Fam Proc.* 2006, 45:171–186.
28. Barbagelata N. Nuevos Horizontes en la Terapia Familiar de la psicosis: biología, entorno y desarrollo de la identidad. Barcelona: Redes. 2005, Diciembre, 15: 25-33.
29. Cancrini L. La psicoterapia: gramática y sintaxis. Barcelona: Paidós, 1991.
30. Lam, D.H. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *PsychMed*, 1991. 21:423-441.
31. Linares J.L., Castello N, Colillas M. La terapia familiar de la psicosis como proceso de reconfirmación. *Redes*, 2001, 8: 9-29.
32. McGorry P.D. The concept of recovery and secondary prevention in psychotic disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1992. 26: 3-17.
33. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. El enfoque del diálogo abierto. *Sistemas Familiares*. 2001, 17, 2: 13-19.
34. Cirillo S, Selvini M, Sorrentino A.M. La terapia familiar en los servicios psiquiátricos. Barcelona: Paidós, 2004.
35. Organización Mundial de la Salud. Programa mundial de acción en salud mental. 2001 Consultado Diciembre 12/2012 en www.who.int/mental_health/media/en/267.p.
36. México, Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012, Salud Mental. Consultado 6 Diciembre 2012, disponible en <http://www.spps.gob.mx/programas-y-proyectos.html>.

Correspondência

Silvana Mabel Nuñez Fadda

E-mail : drasilvananunez@gmail.com

Telefone: 52-322- 1158037

Endereço: Pavo Real 186, CP: 48328. Puerto Vallarta, Jalisco, México