

## O psicótico na família e na instituição: a propósito de dois casos clínicos

JOSÉ GAMEIRO  
JOSÉ MARIA NEVES CARDOSO  
DANIEL SAMPAIO \*

I — Para nós, o doente mental e, particularmente, o doente esquizofrénico, não é só considerado em termos de um indivíduo isolado, afectado de perturbações intrapsíquicas de base hereditária, constitucional, somática ou bioquímica, mas interrogamo-nos por outro lado sobre o contexto social no sentido mais lato, que vai da camada social, meio cultural ao ambiente familiar, passando este pela estrutura interna da *família*, que influencia o indivíduo de maneira fundamental, condicionando o conjunto de métodos educativos, os valores, as atitudes e as posições sociais nas quais ele esquizofrénico se forma e se desenvolve.

Sendo erróneo colocar em confrontação uma patogénese biológica com uma patogénese psicológica no domínio da esquizofrenia, pensamos que essa alternativa foi por nós ultrapassada ao propormo-nos trabalhar a influência do meio familiar e ambiente institucional em dois casos de esquizofrenia.

Tendo em conta que é perigoso presumir a existência de um «traumatismo» psicológico baseando-nos unicamente sobre um material consciente reflectido nos processos clínicos anteriores, baseámo-nos no caso Paulino essencial-

mente no material clínico por nós colhido e que constou:

- 1) Estudo e interpretação da sintomatologia;
- 2) Estudo do tipo de evolução dos elementos biográficos, e dos acontecimentos traumatizantes durante a vida;
- 3) Fenómenos observados durante a intervenção na família.

Neste caso, a eclosão da esquizofrenia está ligada a uma doença física (doença gástrica), coincidente com o período psicológico stressizante (a guerra colonial), que, ameaçando o equilíbrio do doente, intervieram como um risco acrescido de descompensação psicótica.

Sentimos estar perante um processo esquizofrénico ao utilizar para nosso critério diagnóstico os sinais patognomónicos de Bleuler e os sintomas de primeira ordem de Schneider.

Pela análise comparativa da comunicação verbal na instituição e da comunicação verbal na família, foi-nos possível concluir o que havia de psicótico e o que havia de não psicótico no Paulino.

Na instituição e na ausência da família o presente era verbalizado num registo psicótico (desorganização conceptual, alteração do conteúdo do pensamento, conduta alucinatória). Na instituição e na presença da família a comunicação verbal era não psicótica durante a maior parte do tempo.

\* J. G. é Interno da Especialidade de Psiquiatria na Clínica Psiquiátrica Universitária, Hospital de Santa Maria; J. M. N. C. e D. S. são Especialistas na Clínica Psiquiátrica Universitária, Hospital de Santa Maria. Trabalho apresentado no I Simposium sobre Esquizofrenia, no Porto, em Novembro de 1978.

Assim, decidimos ajudar o Paulino para novos padrões de vida não psicóticos através do incremento da comunicação na família.

No ambiente terapêutico específico da instituição, durante seis meses, um terapeuta e um co-terapeuta reconstituíram semanalmente, através da família do Paulino, os elos significativos psicogêneos da matriz familiar.

Reportando-nos à essência dos elementos colhidos em gravação directa, foi-nos possível verificar que na matriz familiar actual, como na matriz familiar infantil, se mantinha o elo significativo psicogéneo-relação erotizada mãe-filho com a consequente exclusão do pai, que reforça a sua introversão e se distancia da relação patogénea mãe-filho; ausência de comunicação entre o pai e a mãe, excepto esporadicamente ao nível das agressões verbais; repetição compulsiva pela mãe do investimento patológico tipo hipocondríaco de forma a fazer-se proteger pelo filho, mobilizando-se este, perante a linguagem apelativa da mãe, para uma maior proximidade física, emocional e psicológica (reforço da erotização).

Mãe e filho em sintonia completa e em uníssono responsabilizavam o pai pelas queixas da mãe.

O pai, num crescendo de agressividade, assumia a vertente agressiva do seu comportamento habitual passivo-agressivo e entrava em competição agressiva com a mãe-filho.

A mãe diminuía então de expansividade apelativa perante o confronto agressivo que se ia esboçando entre o pai e o filho. Este, dessensibilizado perante a ausência de comunicação da mãe, estabelecia a comunicação verbal entre o pai e a mãe no nível habitual de agressões verbais. Quando tal acontecia, o Paulino estabelecia uma comunicação verbal coerente e ordenada num registo não psicótico.

Quando, em curtos momentos, a relação entre o pai e a mãe era adequada e harmónica, o Paulino mudava para um registo de comunicação verbal incoerente e desordenado (registo psicótico), o que desencadeava a acusação mútua dos pais, a introdução da linguagem do sintoma da parte da mãe, a proximidade geo-

gráfica do filho em relação à mãe, com o consequente reforço da erotização, e marginalização do pai.

Estava estabelecido assim o ciclo em que pudemos concluir:

- 1) Ausência quase total de comunicação verbal do pai;
- 2) Comunicação da mãe através da linguagem do sintoma;
- 3) Comunicação do Paulino em dois tipos de registo, psicótico e não psicótico, conforme o tipo de relação que se estava a desenvolver ao nível dos seus progenitores.

Assim, a nossa *acção terapêutica* consistiu:

— Na consciencialização, para esta família perturbada, dos vários tipos de comunicação que nela existiam.

— Na acção terapêutica na matriz relacional, pelo enuclear da relação de proximidade corporal-afectiva e psicológica mãe-filho, com o consequente desinvestimento da figura paterna que se deixa desinvestir.

— No conhecimento para a família da função do sintoma Paulino processo esquizofrénico e da sua manutenção como forma de manter o funcionamento patológico de uma família.

*Conclusão* — A possibilidade de intervenção na família do Paulino pode de algum modo operar uma alteração na sua história natural. Com 30 anos, reformado há 3 anos pela sua doença, processo esquizofrénico com vários internamentos em asilo psiquiátrico (sendo o primeiro há 5 anos), o Paulino mantém-se há um ano sem internamentos em regime de consulta externa e com uma tentativa conseguida de reintegração profissional na sua ex-profissão (serralheiro mecânico), embora em tempo reduzido.

O estudo directo das interacções entre os membros da família do esquizofrénico nas «sessões de terapia familiar» e nas entrevistas de equipa, permitiu-nos abranger fenómenos que escaparam à abordagem individual, e que são descritos com uma terminologia ainda variável mas convergente nas interpretações.

Assim, a análise da focalização da atenção nas *comunicações* é particularmente fecunda. A estrutura formal das comunicações revela-se ser mais específica que os conteúdos. Por outro lado, a acção na família comprovou-nos que todos os sintomas são praticamente reversíveis — pelo menos temporariamente — e estavam em relação directa com a acção psicoterapêutica.

Os trabalhos recentes sobre *as mães* dos esquizofrénicos põem em evidência o espectro mais variado (conceitos simplificados e um pouco patéticos, já ultrapassados da mãe super-protectora para a mãe esquizofrenizante ou «perversa», tacitamente responsável pela doença da criança-vítima — Rosen, 1953). Assim, em estudos mais actualizados, objectivos e diferenciados, muitas vezes completados com investigações em famílias controlo, às mães autoritárias e superprotectoras acrescentam-se mães ansiosas, culpabilizadas, emocionalmente distantes, sem espontaneidade, dependentes do amor do filho (caso da mãe do Paulino).

Segundo Bowen (1960), muitas vezes elas parecem incapazes de distinguir as suas necessidades afectivas e o seu pensamento, do seu filho, tendendo a deformar a realidade para a ajustar às suas necessidades.

A existência de uma relação simbiótica mal adaptada altamente ambivalente entre a mãe e o filho foi por nós confirmada. Segundo Ackerman (1958), a simbiose saudável e intensa entre o recém-nascido futuro esquizofrénico e a mãe nunca existiu. Para outros (Mc Ghie, 1961), a atitude maternal é adequada de início, mais tarde patológica quando a criança começa a desenvolver os primeiros sinais de uma existência individual.

Em relação aos *pais*, cujo interesse surgiu na última década, eles são descritos como apagados, anulados pelas mulheres, despóticos, fracos ou ciumentos dos seus filhos (como nos pareceu evidente no caso Paulino). O nosso exame da família, de fora, com a aplicação de critérios macroscópicos tais como a existência ou ausência de um lar desarmónico, comunicou-nos uma

informação global que nos situou perante as perturbações psíquicas dos *pais* do esquizofrénico. Logo que a família passou a ser objecto da nossa observação, a sua influência pareceu-nos mais compreensível. A partir daí o membro sintomático, como lhe chamou Bowen, e os nossos sistemas de referência alteraram-se, os fenómenos psicopatológicos pela necessidade da investigação não foram mais considerados isoladamente, mas sob o ângulo das relações interpessoais na família. Assim, «o esquizofrénico», enquanto indivíduo, torna-se uma abstracção (no seio da família).

Como Delay, Diniker e Green (1962), que estudaram a família de 50 esquizofrénicos masculinos, descreveram os pais como «caracteres psicóticos» e evidenciaram a sua semelhança com os «estados esquizofrénicos residuais», com os «estados pré-esquizofrénicos estabilizados» e com a esquizofrenia latente de E. Bleuler. Como nós, evidenciaram as relações perturbadas entre os pais e o doente, entre os pais e o psiquiatra, assim como a inversão dos papéis e a frequência da anulação do papel de pai pela mãe (caso Paulino), como também concluiu Fleck (1960). A união conjugal entre os pais está perturbada, apresenta-se cindida, com sabotagem, desvalorização recíproca, e inserção do filho (Paulino) no conflito, ou seja, deformada no sentido em que o progenitor menos doente (neste caso o pai do Paulino) cede perante o comportamento perturbado do outro (mãe do Paulino). Não há acordo entre os pais (em relação ao Paulino) e, quando há, é deficiente.

A separação entre as gerações não é respeitada (o Paulino é solicitado para satisfazer as necessidades afectivas de um dos pais, neste caso a mãe).

Mesmo antes do desencadear da psicose, um equilíbrio patológico era mantido por meio de manobras e comportamento aberrantes e irracionais, procurando mascarar as circunstâncias reais.

Como já estava comprometida a formação da identidade do Paulino, a sua adaptação ope-

racional à realidade antes mesmo do desencadear da psicose, assim como e porque as pulsões incestuosas e homossexuais estavam a ser favorecidas, o problema da identidade sexual no esquizofrénico depende do tipo de intenção, do modelo de identificação que proporciona o pai do mesmo sexo (da nossa acção psicoterapêutica, eram dois terapeutas masculinos, saiu reforçada a identidade do pai).

A *família dos esquizofrénicos* distingue-se pela rigidez e pela deformação dos papéis, pela luta surda contra a total e qualquer mudança, pela incapacidade de exprimir de uma forma flexível e clara os sentimentos de ternura, eróticos e agressivos. Um pseudo-entendimento mascara os conflitos (Bowen, 1960). Existem manobras para anular toda a aproximação ou, inversamente, toda a divergência. Há a necessidade geral de simbiose e a falta de identidade sólida não somente no doente como nos outros membros da família (como no caso Paulino).

Do lado do Paulino, este está longe de ser uma vítima passiva, ele manipula e fixa mesmo os membros da família em posições inúteis, desenvolvendo uma «energia delirante» notável.

Em termos finais, pudemos concluir que a especificidade dos fenómenos para a esquizofrenia é possível mas não está provada, pelo que nos situamos apenas no plano descrito. Mas a questão mantém-se. Quais são os processos operando entre a família e o indivíduo que se associam ao comportamento patológico do esquizofrénico? E como funciona essa junção? O conjunto do comportamento verbal ou não verbal, o silêncio mesmo, é compreendido como comunicação definindo as relações interpessoais.

A psicose baseada numa hipótese sociológica original tendo em conta a sua dimensão produtiva e adaptativa, em que pudemos concluir em última análise que é muitas vezes «a única forma de existência permitindo a sobrevivência numa família em que as comunicações estão especificamente perturbadas».

Como mensagem final queremos transmitir o nosso desejo e a nossa *sensibilização* para o estudo das concepções sobre a família dos es-

quizofrénicos, embora nas investigações deste domínio falte ainda coordenação, pois as diferenças culturais e sociológicas, as concepções acerca da plasticidade daquilo que chamamos esquizofrenia são variáveis de um país para outro, o que complica a comparação e a permuta para os investigadores.

II — Os processos de relacionamento do psicótico com a instituição e a família têm correlações estreitas, que nas fases de agudização da psicose se tornam bem evidentes e exigem da equipa terapêutica uma grande atenção de modo a serem criadas intervenções terapêuticas nos dois sistemas em causa.

O Manuel foi internado no nosso serviço em Dezembro de 1976. O quadro clínico era à entrada de agitação psicomotora, ansiedade, alucinações auditivo-verbais e cenestésicas num quadro de auto-relação paranóide, ideias delirantes, difusão de pensamento e humor depressivo. Foi-lhe feito o diagnóstico de esquizofrenia aguda.

Até ao internamento o Manuel tinha sempre um comportamento adequado, tendo apenas algumas semanas antes começado com insónias, a que se seguiu o que a «família» chamou um comportamento bizarro: começou a ficar alheado do que o rodeava, perplexo e a dizer que ouvia vozes.

Quando foi internado foi medicado com neurolépticos e ansiolíticos em doses altas. Durante os primeiros dias do internamento o Manuel estava muito regressado, o contacto era difícil e a comunicação impossível. Deambulava constantemente pelo serviço e era impossível fixá-lo a qualquer tarefa por elementar que fosse. Fazia no entanto alguns desenhos a pedido do terapeuta, mas no grupo de doentes o seu comportamento era muito agitado, abrindo e fechando a porta e expressando ideias delirantes.

Após estes primeiros dias, o Manuel começou sistematicamente a sair do serviço ao longo do dia. De início «as fugas» eram para a cerca do hospital, voltando para o serviço à mínima solicitação. Mas logo depois começou a sair

para fora do hospital, levando a uma «quase mobilização» do serviço procurando-o.

Nesta altura, o *staff* do serviço, que já estava a lidar dificilmente com a situação, passou a expressar claramente a sua contra-atitude negativa — «este serviço não está preparado para estes doentes, devia tomar mais drogas para dormir todo o dia», etc.

Ao longo dos dias, a situação foi-se complicando, com o Manuel a ir sistematicamente para casa, onde se sentia muito melhor, segundo dizia: «eu devia era estar em casa e fazer umas visitas ao hospital».

Cabe aqui dizer que o Manuel é angolano, tendo saído de casa da mãe (separada do pai desde a sua infância) aos 13 anos e passando a viver auto-suficientemente, desde aí, negociando, estudando e por fim sendo guerrilheiro de um dos movimentos, tendo sido preso e ameaçado várias vezes de fuzilamento. Já em Angola o Manuel vivia muito próximo de um casal de portugueses que acompanhou para Portugal quando da descolonização e com quem vivia uma relação muito semelhante à de filho.

Quando o Manuel iniciou a idas para casa era estimulado a ficar pela «mãe», que só o trazia no dia seguinte. A sua competição com a instituição e com o médico e a grande ansiedade que a situação lhe criava levou-a a tentar tirá-lo do hospital e a interná-lo numa clínica fechada.

Mas o que de mais importante se estava a passar, quanto a nós, é que o *staff* do serviço, de certa maneira, estimulava o Manuel a ficar em casa quando ele saía, pois assim a ansiedade ficava de momento resolvida. Toda a agitação do Manuel era projectada no *staff*, que reagia em espelho, isto é, agitando-se também. Chegámos ao ponto da «mãe» vir trazê-lo ao fim do dia e o serviço rejeitá-lo, obrigando-o a ir dormir a casa e voltar na manhã seguinte.

Sentimos nessa altura que a ansiedade provocada pelo comportamento do Manuel em «família» e na instituição era muito mal suportada e de certa maneira a forma como era captada pelo doente era também «psicótica», contribuindo para o reforço da sua regressão.

Durante cerca de três semanas que esta situação durou, a comunicação dentro da instituição era como que um *puzzle* em que os diversos pontos não comunicam directamente entre si. Cada um dos elementos do *staff* actuava contrariamente sobre o doente, desde a aceitação da sua destruturação até à total rejeição. Todas estas contra-attitudes não eram discutidas entre nós, mas sim actuadas directamente.

A instituição tinha-se tornado «uma má mãe», ansiosa, clivada, incapaz de o sustentar e de lhe dar a capacidade de fazer introjecções terapêuticas e, naturalmente, ele refugiava-se na «boa mãe» fusional que lhe permitia manter a regressão e continuar a projectar.

À medida que fomos tomando consciência da situação que estávamos a viver sentimos a necessidade de acabar com os curto-circuitos de comunicação entre nós, o doente e a família. Começámos então por reunir o *staff* que lidava mais directamente com o doente e discutir entre nós o que conosco se passava na relação com o Manuel. Foi-nos então claro que se «arranjássemos» a nossa comunicação isso diminuiria a nossa ansiedade e consecutivamente deixaríamos de actuar sobre o Manuel. O *staff* passou assim a aceitar o doente e a sua psicose e decidiu então reunir com o Manuel e a «mãe» para discutirmos as suas «fugas» do serviço, o que é que isso representava, qual a atitude da «mãe» quando o Manuel ia para casa, o que ele e ela sentiam em relação à instituição.

Após estas reuniões, a situação passou a ser mais clara para todos nós e o Manuel foi progressivamente deixando de estar na posição regressiva em que se mantinha até à altura. Passou pois a projectar uma instituição em que o *staff* estava mais coeso, com um projecto terapêutico comum, capaz portanto de «aguentá-lo». A remissão sintomática foi acompanhando este processo, tornando mais fácil a sua abordagem em entrevistas individuais e a sua actividade na ergoterapia.

Passadas algumas semanas teve alta com cura sintomática e passou a ser seguido em Consulta Externa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É nossa convicção que a análise cuidadosa da comunicação familiar e institucional é um factor de relevante importância no manejo terapêutico dos episódios esquizofrênicos. Diversos estudos, sobretudo a partir dos anos cinquenta, sublinham a importância das relações familiares na gênese e manutenção de diversas perturbações do tipo psicótico. Sem pretendermos afirmar um factor etiopatogénico definitivo, parece hoje fora de dúvida que a comunicação familiar em famílias de esquizofrênicos está altamente perturbada e a intervenção familiar, se bem que não pareça actuar directamente sobre o «núcleo» da doença, é um factor importante quer na prevenção de hospitalização quer, eventualmente, na evolução da doença.

Na nossa concepção, não é, assim, possível desempenhar uma função terapêutica útil junto de um jovem esquizofrênico sem prestar uma atenção cuidada à sua família. A avaliação familiar permite trabalhar terapêuticamente os problemas que correm na família e debater em conjunto o que significa para cada membro do agregado familiar ter «um doente» em casa. Mas é evidente que esta acção na família não poderá alterar de um momento para o outro anos de perturbação na comunicação e transacções patológicas complexas entre os diversos elementos da família e que acreditamos podem ter importância na evolução da psicose. A experiência de vários autores, que o caso Paulino parece confirmar, é, contudo, a de que importantes alterações na família, desencadeadas por uma psicoterapia ou intervenção familiares, provocam alterações significativas no «membro doente».

De um modo paralelo, a vida de um psicótico numa instituição põe delicados problemas, que o caso Manuel parece demonstrar. A retirada do doente do seu agregado familiar desencadeia desde logo, e em regra, uma situação de difícil crise intrafamiliar. Ao nível da instituição, a presença de um esquizofrênico exige um constante pôr-se em causa do *staff* terapêutico. O caso Manuel está nas linhas de investigação

de Stanton e Schwartz (1954) e Lidz (1973), ao ser muito nítido que o exacerbar do comportamento regressivo e a produção delirante estão em relação com dificuldades marcadas do *staff* para com o doente e sobretudo com posições antagónicas de diversos elementos da equipa face ao doente, que «aproveitadas» de uma maneira clivada por este, contribuem para a impossibilidade do diálogo e para a dificuldade de aliança terapêutica entre o doente e a instituição.

Só o estudo constante da contra-atitude da equipa terapêutica, com análise detalhada dos diversos movimentos transferenciais e contra-transferenciais, sobretudo da instituição sentida como um todo — permite uma eficaz acção terapêutica. Nesse sentido, família e instituição parecem constituir dois ambientes decisivos, dois locais onde é necessário intervir para obter uma mais correcta compreensão da situação e um mais vasto alcance terapêutico.

## RÉSUMÉ

*A propos de deux cas de malades psychotiques, les auteurs analysent les problèmes institutionnels découlant de leur séjour à l'hôpital. On décrit leurs histoires cliniques, leurs dynamiques familiales et le rapport de ces variables avec la vie à l'institution.*

*Les auteurs sont d'avis que l'intervention auprès de la famille du malade psychotique est une alternative thérapeutique et institutionnelle qu'il faut développer.*

## REFERÊNCIAS

- ACKERMAN, N. (1958)—*Psychodynamics of family life*, Basic Books, New York.
- BOWEN, M. (1960)—«A family concept of schizophrenic», in Jakson (ed.) *The Etiology of schizophrenia*, Basic Books, New York.
- DELAY, J.; DENIKER P. e GREEN, A. (1962)—«Le milieu familial des schizophrènes», *L'Encéphale*, 51, 1:5-73.
- FLECK, S. (1960)—«Les dynamiques familiales et l'origine de la schizophrénie», *Psychosom. Med., Set.-Out.*, 22:333-334.
- LIDZ, T. (1973)—*The origin and treatment of schizophrenic disorders*, Hutchinson.
- Mc OHIE, A. (1961)—«Une étude comparative de la relation mère-enfant dans la schizophrénie», *Brit. J. Med. Psychol.*, 34:195-221.
- STANTON, A. e SCHWARTZ, M. (1954)—*The Mental Hospital*, Tavistock, London.