



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

O Funcionamento de uma família com um filho com esquizofrenia

Patrícia Clemente

Orientador de Dissertação

Prof. Doutor António Pazo Pires

Coordenador de Seminário de Dissertação

Prof. Doutor António Pazo Pires

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor António Pazo Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao Prof. Doutor António Pazo Pires, que com toda a sua disponibilidade, competência, saber e rigor, me supervisionou ao longo deste ano lectivo. Obrigado por acreditar nas minhas capacidades e pelas palavras de coragem e de incentivo.

Ao Dr. Guilherme Canta pela sua sabedoria, disponibilidade e por me ter proporcionado as famílias apaixonantes desta investigação.

O meu profundo agradecimento à Dra. Gisela Araújo que me acompanha no meu crescimento pessoal e me incentiva em todas as etapas da minha vida.

Finalmente, gostaria de agradecer à minha família, às minhas verdadeiras Amigas e colegas por todo apoio e incentivo que me dedicaram durante este longo percurso.

ÍNDICE

REVISÃO DE LITERATURA – O funcionamento de uma família com um filho com esquizofrenia	1
RESUMO	2
ABSTRACT	3
INTRODUÇÃO	4
ESQUIZOFRENIA	5
PERSPECTIVAS ETIOLÓGICAS DA DOENÇA	7
Modelo Biomédico	7
Modelo Psicanalítico	8
Modelo Sistémico	11
Modelo Integrativo	14
Desvio de Comunicação, Expressão Emocional, Carga Emocional	16
A FAMÍLIA E A DOENÇA	18
CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ARTIGO EMPÍRICO – “Mas afinal quem é que está doente? Eu, tu ou a tua filha?”	24
RESUMO	25
ABSTRACT	26
NOTA	27

REVISÃO DE LITERATURA

O Funcionamento de uma família com um membro com esquizofrenia

RESUMO

A família é uma unidade que promove o desenvolvimento do sujeito através das diversas relações interpessoais que aí se formam. Esta é a base da sua personalidade. O modo como a família vive as relações e emoções humanas, desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento de uma patologia. A esquizofrenia é uma doença mental crónica e grave que perturba e causa sofrimento ao sujeito e à sua família. As investigações das diversas perspectivas apontam vários factores determinantes para a origem desta patologia – genéticos, bioquímicos, neurológicos, sociais, psicológicos e familiares. Apesar da escassez de estudos, esta revisão de literatura visa abordar o funcionamento de uma família com um filho com esquizofrenia, numa perspectiva integrativa e a forma como o doente e os familiares compreendem esse funcionamento.

Palavras-chave: esquizofrenia, família, pais, mãe e maternal

ABSTRACT

Family is a unit that promotes the development of the individual through the various interpersonal relationships that are formed there. This is the basis of his personality. The way the family lives human relationships and emotions, plays a key role in the development of a pathology. Psychotic illnesses such as schizophrenia cause immense suffering for the patient and his family. The investigations of the various approaches suggest several factors for the origin of this pathology - genetic, biochemical, neurological, social, psychological and family. Despite the shortage of studies, this literature review aims to approach the behaviour of a family with a child with schizophrenia in an integrative perspective and how the patient and family understand this behaviour.

Key-words: schizophrenia, family, parents, mother and motherhood

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma grave doença mental que afecta não só o paciente como a sua família.

A prevalência desta patologia na população mundial é de cerca 1% (Bahls & Zacaruma, 2006; Saiia, Chant, Welham, & McGrath, 2005), atingindo sujeitos de todas as etnias, géneros e classes sociais. As investigações nos campos das ciências sociais, na psicologia ou na área científica, continuam à procura da causa desta patologia.

O impacto do primeiro surto psicótico desorganiza todo o sistema familiar. Dificilmente estão preparados para enfrentar ou intervir de algum modo. Assim, a família vive momentos de grande zanga, angústia, depressão, isolamento, frustração e culpa. Com o passar do tempo verifica-se que a vida familiar sofre grandes alterações. Os familiares acabam por ter dificuldades em lidar com as situações de crise, os conflitos familiares aumentam, assim como o isolamento social da família.

Apesar de existir bastante investigação nas perspectivas biomédicas, psicanalíticas e sistémicas sobre as hipotéticas causas da esquizofrenia, e outras tantas sobre o funcionamento das famílias após o primeiro surto, existe uma escassez de estudos de uma perspectiva integrativa dos três modelos acima referidos, sobre a análise que faz sobre o funcionamento destas famílias. Assim, efectuou-se uma pesquisa sobre a literatura existente, através do motor de busca EBSCO, incluindo as bases de dados *PsycINFO*, *PsycARTICLES*, *PEP Archive*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Academic Search Complete*, bem como a base de dados *SciELO*, a base de dados *Google Scholar* e o sistema de pesquisa Intranet do Centro de Documentação do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. As palavras-chave utilizadas para esta pesquisa foram *schizophren**, *family*, *parent**, *mother* maternal*, bem como diferentes combinações das mesmas e os respectivos títulos em português. Tendo em conta a escassez de literatura acerca do tema, incluíram-se todas as investigações que, de alguma forma, cruzaram o tema da etiologia da doença com o tema da família, obtendo finalmente 28 artigos empíricos, publicados entre 1954 e 2009.

Propomo-nos pesquisar investigações sobre o modo como a mãe e o pai estão envolvidos na doença do filho, como são capazes de reflectir acerca da sua experiência subjectiva, e os sentimentos que sentem causados pela doença.

ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é a classificação psiquiátrica de um grupo de graves e persistentes perturbações mentais, podendo manifestar-se de forma gradual ou por um episódio agudo. É caracterizada pela distorção do pensamento e percepção, que geralmente se traduzem em ideias delirantes, alucinações auditivas e visuais, discurso e comportamento desorganizados (Saiia, Chant, Welham, & McGrath, 2005; Jackson, 1997; Alanen, 1997; ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, 1992).

A prevalência desta patologia na população mundial é de cerca 1% (Bahls & Zacaruma, 2006; Saha, Chant, Welham, & McGrath, 2005), atingindo sujeitos de todas as etnias, géneros e classes sociais. Um estudo recente evidenciou que a distribuição dos valores entre doentes do sexo masculino e feminino foi significativamente maior no primeiro, sendo o valor médio 1,40 (2,4 – 0,9). Os estudos realizados nas áreas urbanas versus rurais, demonstraram uma maior incidência nas áreas urbanas (McGrath, Saha, Welham, El Saadi, MacCauley & Chant, 2004). Para um filho com um dos progenitores com esquizofrenia, o valor sobe para 12%. Entre gémeos monozigóticos o risco é maior, atingindo os 47%. Em gémeos dizigóticos, o valor estimado é relativamente inferior, 12% (Kaplan, Sadock & Greeb, 2006). De acordo com Palhas (2006), a prevalência da esquizofrenia em Portugal está estimada entre 0,6 e 1%, sendo uma das doenças mentais com maior prevalência no país.

Esta doença manifesta-se geralmente entre o final da adolescência e início dos 30 anos (Bahls & Zacaruma, 2006; Alanen, 1997; Durão & Souza, 2006; Brady, Noreen, McCain & Gail, 2005). O aparecimento desta patologia antes dos 10 anos e depois dos 45 anos é extremamente raro (embora tenham sido relatados casos em crianças com 5, 6 anos). Normalmente, a esquizofrenia surge mais cedo em sujeitos do sexo masculino do que em sujeitos do sexo feminino. Estudos revelam que nos sujeitos do sexo masculino, a doença manifesta-se por volta dos 15, 25 anos, e no sexo feminino entre os 25 e 35 anos de idade.

Normalmente a esquizofrenia começa gradualmente por um estágio pré-psicótico onde os sintomas negativos começam a aumentar: isolamento social, comportamentos disruptivos, deterioração na higiene pessoal, explosões de raiva, perda de interesse na escola ou trabalho (Alanen, 1997). Os sintomas positivos manifestam-se com maior visibilidade na fase aguda da doença, ou seja quando o sujeito tem um surto psicótico (delírios, alucinações, discurso e comportamento bizarros e desorganizados). Os sujeitos com esta perturbação podem manifestar alterações de humor (riso inadequado, depressão, raiva e ansiedade), pode ocorrer a inversão dia-noite, demonstrar falta de apetite ou recusar os alimentos como consequência

das ideias delirantes. Frequentemente há significativas alterações cognitivas, incapacidade de concentração, perda de memória, inaptidão na resolução de problemas (Alanen, 1997; Durão & Souza, 2006).

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), existem cinco subtipos de esquizofrenia: o paranoide, onde predominam os sintomas positivos; o desorganizado, em que as alterações do pensamento são predominantes, existindo um contacto muito pobre com a realidade; o catatónico, caracterizada pelo predomínio de sintomas motores e alterações da actividade; o indiferenciado, onde o desempenho intelectual e laboral é diminuído e existe um marcado isolamento social; e, o residual onde predominam os sintomas negativos, em que tal como na anterior há um marcado isolamento social, assim como um embotamento afectivo e pobreza intelectual. Estes subtipos não são estanques, podendo o doente em determinada altura da evolução da doença apresentar um quadro clínico que se identifique com um outro tipo de esquizofrenia, e ao fim de algum tempo poder reunir critérios de outro subtipo.

A expectativa de vida de um doente com esquizofrenia é relativamente menor à população em geral por uma série de razões: o suicídio é um factor importante, pois cerca de 10% de doentes com esquizofrenia cometem suicídio - e entre 20% a 40% fazem pelo menos uma tentativa de suicídio (Brady, Noreen, McCain & Gail, 2005); existe um risco acrescido de comportamento agressivo e violento, sendo na maior parte do sexo masculino, com antecedentes de violência, abandono, e consumo elevado de substâncias. Este consumo de substâncias e o alcoolismo, tende a piorar o curso da doença.

Os neurolépticos não curam esta doença psicótica, mas reduzem a sua sintomatologia, assim como as recaídas (embora em situações de maior stress, possam ocorrer surtos psicóticos (Brady, Noreen, McCain & Gail, 2005; Bahls & Zacar, 2006.) Quando param a medicação (muitos não reconhecem ter a doença) a maioria destes doentes tem uma recaída nas semanas seguintes. A questão que se levanta quando há um novo surto psicótico, é o facto das capacidades intelectuais diminuírem. Assim, muitos defendem a prescrição e a administração de forma regular e contínua dos psicofármacos (Durão & Souza, 2006).

Quanto à sua etiologia, não existe consenso. A diversidade de perspectivas que estudam a compreensão e o tratamento da esquizofrenia é evidentemente extensa, embora alguns modelos tenham assumido maior relevância e aplicabilidade que outros.

PERSPECTIVAS ETIOLÓGICAS DA DOENÇA

Modelo Biomédico

As doenças patológicas, incluindo a esquizofrenia, são fundamentalmente interpretadas como uma consequência de lesões no sistema nervoso, factores metabólicos, factores hereditários entre outros factores de origem orgânica

Com o avanço da medicina e da genética, existem dois principais factores biológicos que se crêem predispor ou vulnerabilizar a manifestação da patologia: a existência de pequenas anomalias estruturais no cérebro e o efeito dos factores de natureza hereditária (Alanen, 1997). Através da utilização da nova tecnologia de imagens ao cérebro, puderam constatar-se irregularidades na estrutura anatómica cerebral, lesões focais em várias áreas corticais e assimétricas atípicas dos hemisférios cerebrais (Alanen, 1997).

Os efeitos hereditários têm sido claramente fundamentados pela investigação em genética. Sejam em investigações com gémeos (Haukka, Suvisaari & Lönnqvist, 2004), sejam nos estudos efectuados que defendem a existência de genes, comuns a doentes com a patologia, serem transmitidos de geração em geração (Wedenoja, Loukola, Tuulio-Henriksson, Paunio, Ekelund, Silander, Varilo, Heikkilä, Suvisaari, Partonen, Lönnqvist & Peltonen, 2008; Wynne, Pekkatienari, Nieminen, Sorri, Lathi, Moring, Naarala, Läksy, Wahlberg & Miettune, 2006).

Todavia, embora exista bastante investigação onde é defendido que as causas etiológicas da patologia são somente orgânicas, começam a surgir estudos que demonstram que a vulnerabilidade genética associada a um meio hostil ou stressante pode resultar na manifestação da esquizofrenia (Siira, Wahlberg, Hakko, Läksy & Tienari, 2007; Kéri & Kelemen, 2009).

Modelo Psicanalítico

O modelo dinâmico contribuiu com um vasto campo teórico e com uma enorme diversidade de autores e hipóteses para a explicação desta patologia. Num sentido abrangente, este modelo defende a esquizofrenia como sendo essencialmente um distúrbio das funções do Ego (Alanen, 1997). Freud contribuiu inicialmente com a teoria da cisão ou fragmentação do Ego, defendeu mais tarde o conflito entre o Ego e o mundo exterior que resultaria no desprendimento ou abandono da realidade, e por fim acrescentou o conceito de projecção, como exteriorização de uma percepção interna (Mijolla & Mijolla-Mellor, 2002).

Em 1948, From-Reichmann elaborou o conceito da “mãe esquizofrenizante”, descrita como uma mãe fria e ausente ou hiperprotectora e omnipresente. Esta relação era caracterizada pelos elevados níveis de autoridade e controlo. Este era frequentemente representado pela hiperprotecção e relação de poder, levando a criança a sentir um sensação de inadequação e dependência da mãe. O comportamento da criança era, assim, moldado e manipulado para cumprir as necessidades desta mãe esquizofrenizante (Boucher & Lalonde, 1982; Lombardi, Murphy, Weiss, Herron & Adlerstein, 1996; Neill, 1990).

Mais tarde este modelo procurou estabelecer uma relação de causalidade entre a esquizofrenia e a família, em especial entre o relacionamento mãe-filho (Ross, 1954; Freeman, Simmons & Bergen, 1958; Farina, 1960; Mitchell, 1968). Shepherd e Guthrie (1959) descreveram no seu estudo comportamentos que as mães tinham com os seus filhos: a mãe autoritária e distante, com um elevado nível de ansiedade e insegurança no seu papel de mãe, procurava no filho plena gratidão, lealdade e amor para compensar a sua pouca estima; a mãe inadequada e inconsistente, que provocava sentimentos confusos ao filho pela sua inconsistência, além de sentimentos de rejeição; a mãe controladora, que mantinha o filho próximo de si para satisfazer as suas necessidades, mas rejeitava carinho ou afecto, sentindo-se poderosa em controlando todos os aspectos da vida deste; a mãe que rejeitava e se irritava facilmente com o filho, porque via a maternidade como um sacrifício, tendo o filho de pagar por isso. Assim, as mães eram vistas como controladoras, frias, distantes, narcísicas, sem empatia pelas necessidades emocionais dos filhos, logo sem um verdadeiro vínculo emocional com estes (Ross, 1954).

A relação pai-mãe passou também a ser analisada no sentido de estabelecer a causalidade para a patologia. Assim, as investigações concluíam que nas famílias com um filho esquizofrénico a mãe detinha uma relação de poder não só com o filho mas, também com o pai. Este apresentava-se como submisso, ausente, não interferindo na relação mãe-filho

e sem oportunidade de poder ser uma figura de identificação para com este (Farina, 1960). A relação entre o casal era descrita como hostil, com comportamentos agressivos, em que nenhum dos cônjuges parecia ser capaz de colaborar entre si, provocando no filho uma extrema ansiedade (Farina & Holzberg, 1970).

No estudo de Becker e Siefkes (1969), foi reconhecido um tipo de modelo parental, em que nenhum dos progenitores conseguia prover uma figura de identificação coerente que o filho pudesse introjectar. Neste tipo de relação, onde não havia espaço para o “terceiro”, os investigadores defendiam que o filho ficava preso a uma relação simbiótica com a mãe, correndo o risco de não construir um Self individualizado (Goodman, 1968). Os investigadores observaram também, que nestas famílias onde a mãe detinha o poder, os filhos tendiam a ser filhos únicos, a se isolarem mais e a manifestarem um comportamento desajustado tanto a nível social como sexual (Farina, 1960). Winnicott (1996) enfatizava a importância da interacção mãe-bebé no desenvolvimento da sua personalidade, salientando que nesta díade o pai tinha um papel satélite da mãe, não contribuindo por isso para o equilíbrio da relação.

O aparecimento da teoria das relações de objectos internos e da identificação projectiva de Melanie Klein, veio alterar esta perspectiva. Klein (1996) defendia que a identificação projectiva era um processo intrapsíquico, resultado da projecção das partes do Self no objecto. O objecto poderia ser percebido como tendo adquirido as características do Self projectadas em si, mas também poderia conduzir o Self a identificar-se com o objecto da sua projecção (Segal, 1975). Assim, a perda das fronteiras entre as posições esquizo-paranoide e depressiva resultariam num estado confusional, sendo a patologia esquizoide uma forma de fixação na primeira posição.

Bion, em 1955, numa apresentação à Sociedade Britânica de Psicanálise, explicou qual era para si a diferença entre uma personalidade psicótica e uma não psicótica. Para além dos factores ambientais, existiam quatro traços de personalidade que caracterizavam o psicótico: uma forte preponderância de impulsos destrutivos; um ódio à realidade interna e externa; um terror de aniquilação eminente; e uma formação prematura e precipitada das relações de objecto. Acreditava que o psicótico não estava “ligado” a uma realidade interna ou externa, mas encontrava-se preso a um estado mental que não lhe proporcionava qualquer prazer.

Se a causa de que a esquizofrenia continua a ser a consequência de uma profunda perturbação no desenvolvimento da personalidade, resultando numa ansiedade extrema de desintegração do Self (Alanen, 1997), outras investigações foram realizadas. Parece ter-se chegado a um impasse quanto à etiologia da esquizofrenia no modelo psicodinâmico. Costa

(2008) afirma existir uma dificuldade em identificar a esquizofrenia como uma patologia clínica única. Os seus sintomas e apresentações clínicas são heterogéneos, reforçando a hipótese de que a esquizofrenia é uma perturbação heterogénea.

Modelo Sistémico

Quando esta perspectiva surgiu nos anos de 1950, propôs-se a integrar várias áreas do conhecimento, como a Teoria geral dos sistemas de V. Bertalanffy, a Cibernética de Werner e a Teoria da Comunicação, defendendo que os problemas do sujeito compreendem todas as suas relações interaccionais nos sistemas em que está integrado, incluindo a família. Assim, este modelo entendia a patologia como um sinal da desorganização ou dificuldades de adaptação no núcleo familiar (Alanen, 1997).

Os estudos mais importantes foram os de Lidz, de Bateson e de Palazzoli (Boucher & Lalonde, 1982; Sluzki, 2007; Jones, 1999), como sendo os trabalhos que se debruçaram na análise da interdependência familiar como processo patológico, nos conceitos de homeostase e ainda nos padrões de comunicação familiar *double bind* (Sluzki, 2007).

Litz, tendo por base as relações interpessoais mas, influenciado pelas teorias psicanalíticas, descreveu aquilo que pensava ser as perturbações do pensamento parental e a irracionalidade familiar. Entendia que nestas famílias as fronteiras entre as gerações e entre os sexos não estavam bem definidas. Os papéis dos progenitores não eram assumidos para permitir uma verdadeira identificação dos filhos, a presença de comportamentos desadequados e presumíveis papéis sexuais dos pais, contribuía para a transmissão da irracionalidade dos filhos, provocando-lhes um nível elevado de ansiedade (Farina & Holzberg, 1970; Johnson & Meadow, 1965; Robbins, 1993). Relativamente à tipologia do casal, ele observou que no *marital schism* os conflitos entre o casal eram constantes. O pai era apresentado como severo ou distante e a mãe desvalorizada. Este tipo de casal era observado mais em famílias com uma filha com esquizofrenia que serviam como objecto de conquista dos pais; no *marital skew* não existia conflito entre o casal. Um dos cônjuges era complacente com as excentricidades do outro que dominava a família. Este tipo de casal estava associado a famílias com um filho esquizofrénico, onde uma mãe poderosa procurava no filho a satisfação das suas necessidades emocionais, sendo o pai submisso. Em ambos os casos, o papel do filho era o de manter um “equilíbrio” familiar pela aliança ao progenitor dominante (Robbins, 1993; Boucher & Lalonde, 1982).

Searls (2005) defendia também a inexistência de fronteiras e/ou a interpenetração das mesmas em que a projecção era o modo de funcionamento entre os seus membros. Ser parte da família significava aceitar uma noção de pseudo-unidade e harmonia. A discordância por parte do sujeito era encarada como uma forma de insanidade, correndo o risco de ser rejeitado. Toda e qualquer forma de relacionamento que pudesse promover outras formas de

pensar, tal como a terapia, eram rejeitadas visto que era fundamental preservar essa pseudo-harmonia. Ainda de acordo com este autor, esta preservação não significava que tinha de ser somente efectuada por meio de ameaças explícitas ou implícitas. Muitas vezes era efectuada pela onipotência de um dos progenitores, que tendo uma relação de poder com os restantes membros, infantilizava o filho esquizofrénico, não lhe permitindo desta forma atingir a sua autonomia.

Seguindo a mesma corrente, Robbins (1993), afirma que a esquizofrenia é o resultado de uma estrutura familiar patológica. A família funciona como uma única unidade, em que os seus membros se mantêm perpetuamente ligados. O autor defende ainda, que os processos mais importantes na dinâmica desta família são os mecanismos projectivos e introjectivos, em que o membro com esquizofrenia, mais do que qualquer outro, introjecta e projecta elementos da identidade dos outros membros, não havendo qualquer espaço para a expressão do seu Self individualizado.

Bateson e o seu grupo de Palo Alto, elaboraram um estudo sobre os padrões comunicacionais nas famílias com um membro com esquizofrenia, descrevendo uma comunicação intrafamiliar que nomearam como comunicação *double bind* (Becker & Finkel, 1969; Boucher & Lalonde, 1982; Alanen, 1997; Seeman, 2009; Sluzki, 2007). Este conceito resumia-se na contradição entre a comunicação verbal (construção analítica de palavras, frases; nomes) e a comunicação não verbal e informações retiradas do contexto como informação produzida em modo analógico: movimentos corporais, expressão facial, inflexões na voz, gestos, sequência, ritmo (Watzlawick, Beavin, Beavin, Jackson & Don D., 1967). Assim, o membro com a patologia tornava-se incapaz de captar o que a mãe e ele próprio queriam realmente dizer. Ainda de acordo com Bateson et al. (1980), o *double bind* consistia em colocar o filho numa posição em que se respondesse com afecto à mãe, ela ficaria ansiosa e para se defender de uma relação mais próxima, poderia simular manifestações de afecto, confundindo-o quanto à natureza das suas próprias mensagens. Desta forma, o filho nunca conseguiria criar uma relação securizante com a mãe. (Bateson, Jackson, Haley & Weakland (1980). Embora representem uma importante articulação na compreensão da esquizofrenia em termos comunicacionais no contexto das relações familiares, o facto de se centrarem na análise da díade mãe-filho e predominar ainda o “efeito causa”, não passaram despercebidos.

Palazzoli demarcou-se de outros estudos até então realizados sobre esquizofrenia, considerando que cada sujeito na família, interagia com a sua totalidade. Ou seja, não existia uma responsabilização directa da família visto que esta funcionava num circuito interactivo na manutenção da homeostase deste sistema (Benoit, 2004).

O modelo familiar sistémico evoluiu com o reconhecimento das limitações dos campos teóricos propostos inicialmente, linear e homeostático, chegando à formulação de abordagens do sistema familiar como um conjunto interaccional orgânico. Entretanto, as novas investigações com famílias de pacientes com esquizofrenia não se desenvolveram a partir do modelo sistémico, visto este ser essencialmente descritivo.

Actualmente esta perspectiva alterou o seu objectivo terapêutico. Já não existe a preocupação em modificar o sistema familiar, no sentido de uma intervenção directa nas regras de funcionamento da família. Existe uma intenção de “ensinar” às famílias a importancia na alteração dos seus modelos comunicacionais negativos de modo a prevenir o desencadear de novos surtos psicóticos. Ou seja, promover mecanismos que possam evitar novas crises.

Modelo Integrativo

No modelo integrativo da esquizofrenia (terapia sistémica psicodinâmica), os factores biomédicos, os aspectos do desenvolvimento individual, os factores da sua rede familiar interaccional, bem como a sua situação psicossocial são todos considerados. O mesmo se aplica ao tratamento, que deve utilizar todos os modelos de terapia já mencionados. A selecção dos modelos de tratamento, no entanto, não deve ser feita de forma vaga, mas tendo em consideração as especificidades e necessidades terapêuticas de cada.

Este modelo defende que se se entender que a esquizofrenia está relacionada com as perturbações do desenvolvimento do ser humano, é compreensível que as relações interaccionais possam contribuir não só a nível psicológico como biológico.

O número de investigações realizadas segundo este modelo são bastante escassas. Ainda assim, encontramos um estudo realizado por Levene et al. (1989, citado por Alanen, 1993), onde este se propôs avaliar duas formas distintas de intervenção por terapia familiar entre dois grupos de 10 pacientes psicóticos, cujas respostas ao tratamento por neurolépticos se revelavam fracas. Tanto a terapia familiar psicodinâmica – com uma orientação focal do problema - e a terapia de suporte – com uma abordagem assente em princípios psico-educacionais, foram continuamente aplicadas durante o tratamento e nos seis meses após a alta. Por último, foi feito um follow-up após um ano de tratamento. Feita a comparação, verificou-se que no grupo sujeito à terapia familiar psicodinâmica a sua sintomatologia encontrava-se mais atenuada.

Alanen (1993), refere que esta perspectiva não pretende culpar os pais da patologia do seu filho, mas sim demonstrar-lhes como eles, pais, são vítimas dos seus próprios problemas que são incapazes de os reconhecer e conseqüentemente resolver.

Relativamente à etiologia da esquizofrenia, este autor apresenta cinco premissas integrativas:

- A) Os factores psicodinâmicos associados com a vulnerabilidade à esquizofrenia não se restringem somente à relação precoce mãe-filho.; a investigação familiar enfatiza a continuidade dos distúrbios intrafamiliares;
- B) As personalidades das figuras parentais e seus potenciais efeitos no relacionamento pais-filhos revestem-se de uma importância crítica;
- C) Os mecanismos psicológicos de defesa primitivos – em especial a identificação projectiva – ocorrem commumente nas redes psicodinâmicas destas famílias, e tendem a afectar o desenvolvimento individual;

- D) A persistência de necessidades simbióticas é típica na vulnerabilidade esquizofrênica. Estas necessidades são igualmente características e perceptíveis na relação transferencial;
- E) O padrão geral das relações intrafamiliares – incluindo a influência das crianças sobre os pais – é extraordinariamente importante. (in Alanen, 1997, p.75).

DESVIO DE COMUNICAÇÃO, EXPRESSÃO EMOCIONAL, CARGA EMOCIONAL

Seguindo a linha do modelo sistémico relativamente aos desvios de comunicação familiar mas, também considerando as investigações genéticas, novas investigações foram realizadas com vista a perceber até que ponto estes tipos de comunicação podem potencialmente afectar o curso da doença, se são ou não factor preponderante no número de recaídas e, se têm ou não um papel etiológico significativo no despoletar da doença.

Relativamente ao “desvio de comunicação”, observou-se que pacientes com esquizofrenia assim como os seus progenitores, aplicavam nas suas interações termos estranhos e confusos, não acabando o seu raciocínio. Ou seja, um discurso difícil de compreender pelo outro. Wynne e Singer (Kymalainen & De Mamani, 2008) defendiam que este tipo de comunicação levava a uma confusão, angústia e padrões de comunicação disfuncionais no seu filho. Siira, Wahlberg, Hakko, Läksy & Tienari (2006), confirmaram que este factor destabilizador estava correlacionado de facto com uma vulnerabilidade genética que poderia converter-se numa esquizofrenia.

Se o “desvio da comunicação” está correlacionado com o subsequente aparecimento da esquizofrenia, as investigações efectuadas sobre a “expressão emocional” nas famílias, demonstram que esta se manifesta mais pronunciadamente após a manifestação da doença. No entanto, também pode ser um desencadeador da patologia se o membro que está sujeito a este tipo de comunicação apresentar uma vulnerabilidade genética (McFarlane & Cook, 2007; Docherty, Gordinier, Hall & Dombrowski, 2004). Tal como Peterson e Docherty (2004) afirmam, a “expressão emocional” é um reflexo negativo manifestado através de críticas e atitudes hostis dos pais para com o seu filho doente. Estes autores demonstram que pais que se sentem culpados pela doença dos filhos, apresentam um comportamento com menos críticas e mais protector. Por outro lado, pais que são mais hostis e críticos, têm um comportamento controlador, de rejeição, são menos empáticos e tolerantes. Por vezes parecem demonstrar que os filhos são capazes de controlar a sua doença e isso leva-os a sentirem-se mais frustrados e menos confiantes quanto ao futuro. Neste cenário, a ocorrência de recaídas a curto prazo aumenta exponencialmente (Vidal, Cortés, Valero, Gutiérrez-Zotes & Labad, 2008; Peterson & Docherty, 2004; Leff, Alexander, Asen, Brewin, Dayson, Vearnals & Wolff, 2003; Weisman, Duarte, Koneru & Wasserman, 2006; Bertrando, Cecchin, Clerici, Beltz, Milesi, Cazzullo, 2006).

Como já foi referido anteriormente, a esquizofrenia é uma doença que afecta toda a organização familiar e o seu modo de funcionamento. Muitos dos doentes com esta patologia ficam dependentes dos seus pais não só a nível emocional como económico. Esta total dependência provoca nos pais uma elevada carga emocional. Esta “carga emocional” foi definida como sendo um estado emocional que combina a elevada pressão social e emocional que resulta do trabalho de cuidar de um doente com esta patologia (Maldonado, Urizar & Kavanagh, 2005). Associados a este estado verifica-se uma redução da qualidade de vida e mesmo um impacto na saúde dos cuidadores.

A maior parte das investigações identifica a mãe como sendo o cuidador principal e a que apresenta um maior nível de “carga emocional”, mesmo quando partilha os cuidados com outro familiar (Koukia & Madianos, 2005; Maldonado, Urizar & Kavanagh, 2005). Schene (1990, citado por Koukia & Madianos, 2005), define dois tipos de “carga emocional”: a objectiva, que pode resultar na ruptura dos relacionamentos familiares e sociais, na presença de dificuldades económicas, bem como em episódios de violência; e a subjectiva, que está directamente relacionada com a primeira, influenciando a qualidade emocional e de saúde dos cuidadores. Outra questão que se se levanta quando se tem a seu cargo um doente com esquizofrenia é a questão do estigma que causa a maior parte das vezes isolamento social, ou negação da doença. Koukia e Madianos (2005) observaram na sua investigação, que quando os pacientes estão integrados em programas de reabilitação o cuidador principal não se sente tão sobrecarregado, sendo esta solução uma forma de prevenção da “carga emocional”.

A FAMÍLIA E A DOENÇA

Durante muito tempo a família foi responsabilizada pela causa da esquizofrenia de um dos seus membros. A expressão máxima desse movimento foi a teoria sobre a mãe esquizofrenizante, da Frida Fromm-Reichmann.

Algum tempo depois da publicação dessa teoria, o paradigma da família enquanto base para o desenvolvimento das perturbações mentais foi perdendo importância, dando lugar a outras hipóteses. Aos poucos, a quota de responsabilidade conferida à família foi-se diluindo, aparecendo teorias que indicam que a esquizofrenia resulta da combinação de diversos factores. No que diz respeito ao factor familiar, considera-se que o doente e a família são um grupo que se relaciona entre si, exercendo uma influência recíproca. Nesta perspectiva ficam, portanto, anuladas as teorias simplistas que procuravam identificar “culpados” e “vítimas”.

Todavia, o sentimento de culpa ainda está presente quando as famílias são confrontadas com o diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia de um de seus membros. Particularmente as mães. Pela falta de informação e também pelo estigma, negam a situação e os comportamentos pouco habituais que os filhos demonstram. Muitas vezes atribuem esses comportamentos à adolescência, ao stress da escola, ou ao consumo de tóxicos (Corcoran, Gerson, Sills-Shahar, Nickou, McGlashan, Malaspina & Davidson, 2007). Por vezes, esses comportamentos causam-lhes medo, tristeza e raiva (Askey, Gamble & Gray, 2007). O sentimento de desespero e impotência que acompanha estas emoções, faz com que se isolem socialmente e não consigam arranjar estratégias para lidar com esta nova situação. Cada família reage de sua maneira e tem o seu próprio estilo de lidar com o problema. Uns aceitam a doença e acalentam a esperança de um futuro melhor (Corcoran, Gerson, Sills-Shahar, Nickou, McGlashan, Malaspina & Davidson, 2007). Contudo, muitos pais ficam sem esperança e com receio do futuro, seu e do seu filho. Outros pais sentem-se tão sobrecarregados pelo cuidar dos filhos que desistem de lhes continuar a dar apoio. Não porque deixaram de os amar, mas simplesmente por medo de não saber lidar com as situações de crise, com os conflitos familiares, pela exaustão emocional e pelo desconhecimento da doença propriamente dita (Brent & Giuliano, 2007).

Neste momento, existem vários programas de intervenção psicossociais para estas famílias. As investigações comprovam a sua eficácia na prevenção da patologia (Villares, 2000; Bahls & Zacaruma, 2006). Elas compreendem a criação de uma relação de respeito e confiança, em que os principais objectivos são: a educação da família acerca de modo como lidar com a esquizofrenia; o treino de comunicação, implicando o ensino de comunicações

verbais e não verbais; o treino de resolução de problemas que visa a aquisição de capacidades de identificação e resolução de problemas stressantes, sejam na família, no trabalho ou nas outras redes sociais; e estratégias de comportamentos para ajudar a lidar quando o paciente apresenta sintomas persistentes ou recorrentes (Alanen, 1997).

CONCLUSÃO

Apesar da grande variedade de estudos sobre a etiologia da esquizofrenia e consequente funcionamento das famílias com um membro com esquizofrenia, com a revisão de literatura realizada confirmou-se a grande escassez de estudos relativos ao funcionamento deste tipo de família na actualidade. Não foram também encontrados estudos específicos que abordem o modelo integrativo da terapia familiar dinâmica. Os estudos encontrados focam-se sobretudo na evolução da etiologia da doença nas perspectivas biomédicas, psicanalíticas e sistémicas e, a forma como a família de um membro com a doença era reconhecida, particularmente a influência da mãe na causa da patologia. Os estudos quantitativos encontrados foram sobretudo investigações na área científica, sendo os estudos psicanalíticos e sistémicos análises de casos clínicos.

Considera-se, por isso, fundamental que se retome o estudo do funcionamento destas famílias, para que se possa observar se houve evolução na interacção da díade mãe-criança e qual o papel que o pai representa na mesma.

Assim, estudos futuros deverão abordar esta temática, considerando também o modelo integrativo como forma de intervenção na patologia.

Referências bibliográficas

- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia – Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London: Karnac Books.
- Askey, R., Gamble, C. & Gray, R. (2007). Family work in first-onset psychosis: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 14, 356-365.
- Bahls, S-C. & Zacaruma, F. (2006). As intervenções psicossociais no tratamento da Esquizofrenia. *RUBS*, Vol.2,1, 24-33.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. & Weakland, J. (1979). Para uma teoria da esquizofrenia. In F. Prata (Ed.), *Ópticas e estratégias da Terapia Familiar* (pp.17-43). Aveiro: Edição Associação Portuguesa de Terapia Familiar e Comunitária.
- Becker, J. & Siefkes, H. (1969). Parental Dominance, Conflict, and Disciplinary Coerciveness In Families of Female Schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 193-198.
- Bertrando, P., Cecchin, G., Clerici, M., Beltz, J., Milesi, A. & Cazzullo, C. (2006). Expressed emotion and Milan systemic intervention: a pilot study on families of people with a diagnosis of schizophrenia. *Journal of Family Therapy*, 28, 81-102.
- Boucher, L., Lalonde, P. (1982). La famille du schizophrène : interférente ou alliée ? *Santé Mentale au Québec*, 1, 50-56.
- Brent, B & Giuliano, A.(2007). Psychotic-Spectrum Illness and Family-Based Treatments: a case-based illustration of the underuse of family interventions. *Harvard Review Psychiatry*, 15, 161-168.
- Corcoran, C., Gerson, R., Sill-Shahar, R., Nickou, C., McGlashan, T., Malaspina, D. & Davidson, L. (2007). Trajectory to a first episode of psychosis: a qualitative research study with families. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 308-315.
- Cyr, F. (1994). L'identification projective et la thérapie familiale: de l'intrapsychique à L'interpersonnel. *Revue québécoise de psychologie*, 1, 77-90.
- Docherty, N., Gordinier, S., Hall, M. & Dombrowski, M., (2004). Referential Communication Disturbances in the speech of Nonschizophrenic Siblings of Schizophrenia Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 113, 3, 399-405.
- Farina, A. (1960). Patterns of role dominance and conflict in parents of schizophrenic patients *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1, 31-38.
- Farina, A. & Holzberg, J. (1970). Anxiety level of schizophrenic and control patients and their Parents. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 157-163.

- Goodman, I. (1968). Influence of Parental Figures on Schizophrenic Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 6, 503-512.
- Haukka, J., Suvisaari, J. & Lönnqvist, J. (2004). Family structure and risk factors for schizophrenia: case sibling study. *BMC Psychiatry*, 4,41.
- Jones, E. (1999). Terapia dos sistemas familiares. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kéri, S., Kelemen, O. (2009). The role of attention and immediate memory in vulnerability to interpersonal criticism during family transactions in schizophrenia. *The British Psychological System*, 48, 21-29
- Klein, M. (1996). Amor, Culpa e Reparação, e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago.
- Koukia, E. & Madianos, M. (2005). Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 415-422
- Kymalainen, J. & Weisman de Maman (2008). Expressed Emotion, Communication Deviance, and Culture in Families of Patients With Schizophrenia: A Review of the Literature. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, Vol. 14, 2, 85–91.
- Leff, J., Alexander, B., Asen, E., Brewin, C., Dayson, D., Vearnals, S. & Wolff, G. (2003). Modes of action of family interventions in depression and schizophrenia: the same or different?. *Journal of Family Therapy*, 25, 357-370.
- Lysaker, P. & Buck, D. (2008). Insight and Schizophrenia: Correlates, Etiology and Treatment. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 47-54.
- Maldonado, J., Urizar, A., Kavanagh, D. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia, *Society Psychiatric Epidemiol* (2005) 40, 899–904.
- McFarlane, W., Cook & W. (2007). Family Expressed Emotion Prior to Onset of Psychosis. *Family Process*, 46,185–197
- McGrath , J., Saiia, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C. & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BiomedCenter*, 1-22.
- Opler, M., Perrin, M, Kleinhaus & Malaspina, D. (2008). Factors in the etiology of Schizophrenia: genes, parental age, and environment. *Primary Psychiatry*, 15, 6, 37-45.
- Peterson, E., Docherty, N. (2004). Expressed Emotion, Attribution, and Control in Parents of Schizophrenic Patients. *Psychiatry*, 67, 2,.

- Robbins, M. (1993). *Experiences of schizophrenia – An integration of the personal, Scientific and Therapeutic*. New York: The Guilford Press.
- Ross, A. (1954). *Case Reports – A schizophrenic Child and his Mother*.
- Saiia, Chant, Welham, & McGrath (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *Plos Medicine*.
- Searles, H. (2005). *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. London: Hogarth Press
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.
- Shepherd, I. & Guthrie, G. (1959). Attitudes of mothers of schizophrenic patients. *Journal Clinical Psychology*, 15, 212-215.
- Siira, V., Wahlberg, K., Hakko, H., Läksy, K & Tienari, P. (2007). Interaction of genetic vulnerability to schizophrenia and communication deviance of adoptive parents associated with MMPI schizophrenia vulnerability indicators of adoptees. *Nord J Psychiatry*, 61, 418-426.
- Villares, C. (2000). Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 53-55.
- Weisman, A., Duarte, E., Koneru, V. & Wasserman, S. (2006). The development of a culturally informed, family-focused treatment for schizophrenia. *Family Process*, vol. 45, 2, 171-186.
- Winnicott, D. (2005). *Pensando sobre crianças*. São Paulo: Artmed Editora S.A.

ARTIGO EMPÍRICO

**“Mas afinal quem é que está doente? Eu, tu ou a tua filha?”:
Funcionamento de uma família com um membro com esquizofrenia**

RESUMO

A família é uma unidade que promove o desenvolvimento do sujeito através das diversas relações interpessoais que aí se formam. A esquizofrenia é uma doença mental crónica e grave que perturba e causa sofrimento ao sujeito e à sua família. Embora haja escassez de estudos recentes sobre o funcionamento de uma família com um membro com esquizofrenia, o presente trabalho tem como objectivo compreender como são as interacções e os sentimentos que os membros que compõem a família sentem entre si. Tenciona-se analisar as vivências subjectivas dos participantes no que respeita à esquizofrenia, expectativas e relação com o suporte social. Para tal, foram transcritas entrevistas de 2 famílias de participantes em que os filhos frequentavam um Hospital de Dia da Instituição Hospitalar. Foi utilizado um guião para uma entrevista semi-estruturada com os pais e com os filhos com análise dos dados segundo o método da Grounded Theory. A patologia manifestou-se de forma diferente nos filhos destas famílias: um de forma gradual, com alguma sintomatologia negativa; outro de forma repentina, com um surto psicótico. O processo mais visível é o da simbiose patológica existente numa família e o “não-dito” que não se comenta na outra. Existe um grande risco de recaída em ambos os casos.

Palavras-chave: esquizofrenia, família, simbiose

ABSTRACT

Family is a unit that promotes the development of the individual through the various interpersonal relationships that are formed there. Psychotic illnesses such as schizophrenia cause immense suffering for the patient and his family. Although there is scarcity of recent studies on the functioning of a family with a member with schizophrenia, this study aims to understand how are the interactions and feelings that members of the family feel towards' each other. It is intended to examine the individual experiences of the participants in relation to schizophrenia, expectations and relationship with social support. To this end, interviews were transcribed from 2 families of participants in the children attended at a Day Hospital of a Mental Health Hospital. Were used a script for a semi-structured interviews with parents and their children with data analysis by the method of Grounded Theory. The disease manifested itself differently in children of these families: one gradually, with some negative symptoms, another abruptly, with a psychotic episode. The most visible is the pathological symbiosis existing in one family and the "unsaid" that is not said in the other. There is a high risk of relapse in both cases.

Key-words: schizophrenia, family, symbiosis

Nota: Dada a natureza confidencial dos dados apenas a informação não sensível é fornecida.