

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós Graduação em
Psicologia Clínica e Cultura

Maria de Fátima de Novais Gondim

Os Sentidos dos Vínculos na Crise Psíquica Grave

Orientadora:
Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher Maluschke

Brasília, 2007



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós Graduação em
Psicologia Clínica e Cultura

MARIA DE FÁTIMA DE NOVAIS GONDIM

Os Sentidos dos Vínculos na Crise Psíquica Grave

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia do Departamento de Psicologia Clínica do Programa de Pós Graduação em psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora
Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher Maluschke

Brasília, 2007

Os Sentidos dos Vínculos na Crise Psíquica Grave

MARIA DE FÁTIMA DE NOVAIS GONDIM

Trabalho apresentado ao Departamento de Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de doutora em Psicologia Clínica e Cultura.

Professora Dr^aJúlia Sursis Nobre Ferro Bucher Maluschke
(Presidente)

Professor Dr. Ileno Izídio da Costa
(Membro)

Professora Dr^a. Vera Lúcia Decnop Coelho
(Membro)

Professor Dr. Adriano Furtado Holanda
(Membro)

Professora Dr^a. Maria Alexina Ribeiro
(Membro)

Professor Dr. André Maurício Monteiro
(Suplente)

Brasília, 28 de junho de 2007.

Dedico aos meus filhos:

*Mário André, Lucas e Pedro, pela alegria de nossa
convivência, pela força recebida, e pelo tempo roubado.*

*Ao meu filho Marcelo (em memória) pela alegria de ter
sido conhecido.*

*Aos meus pais,
Clóvis (em memória) e Jandira,
meus grandes mestres.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço

Aos participantes da pesquisa, por compartilharem comigo seu momento existencial e seu saber.

À Prof^ª. Dr^ª. Júlia Bucher Maluschke, minha orientadora, que me transmitiu ânimo nos momentos mais difíceis deste trajeto e entusiasmo diante dos desafios.

Ao Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, meu amigo sempre presente, povoando minha mente de questões a serem respondidas, e que me deu a oportunidade de participar de seu projeto que tanto me enriqueceu no tema a que me dediquei.

Ao Prof. Dr. Charles Watters e à Tamara, com quem sempre vislumbro novos horizontes, pelo carinho recebido, pelo caloroso acolhimento que, mesmo em terra distante, me fez sentir em família, amenizando as saudades dos meus.

À Corrine e Pierre pelo acolhimento na Bélgica, onde a amizade e disponibilidade transpuseram as barreiras lingüísticas.

Aos Professores Ângela Almeida, Ana Magnólia, Francisco Martins, Marcelo Tavares, Norberto Abreu, Vera Coelho, cujas disciplinas trouxeram-me importantes inspirações.

Às Prof^{as}. Fátima Sudbrack e Liana Fortunato Costa pela participação em seus projetos, o que me trouxe novas bases para a intercessão clínica-comunidade.

Aos Professores Izabel Tafuri e Adriano Holanda com quem tive oportunidade de conviver fora da sala de aula, e que sempre se mostraram disponíveis para oferecer o seu saber.

À Prof^ª. Gláucia Diniz, que nos momentos finais desta tese, com atitude amiga, me permitiu transpor os últimos degraus.

Ao GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses, aos amigos que lá encontrei.

Aos funcionários do Instituto de Psicologia e do CAEP – Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos.

Às amigas Nerícia Carvalho, Isalena Santos, Deusivânia Falcão, Meirelane Naves e Rosário Varella de quem estive mais perto, estreitando os laços.

À CAPES- Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão de bolsa de estudos durante a pesquisa no exterior, providencial à execução e êxito deste trabalho.

À Secretaria de Saúde do Distrito Federal pelo apoio recebido.

Aos colegas do Instituto de Saúde Mental, amigos de jornada, de descobertas de novos caminhos, avanços e retrocessos, com quem o trabalho sempre instiga a busca de novos conhecimentos.

Aos diretores do Instituto, Renato Cânfora e Guanaíra Amaral, pelo apoio e compreensão do tempo que sempre faltou.

Ao Hospital São Vicente de Paulo, pelo tempo que lutamos juntos nutrindo esperanças e planejando mudanças.

Ao *Faversham and Canterbury Forum for Mental Health*, especialmente a Gay Hughes, que mais uma vez abriu-me a porta para novos contatos.

Ao amigo Nick Dent, sempre disposto a me colocar a par das mudanças no sistema de saúde mental inglês.

À Laura Forti, que se mostrou solidária e amiga, facilitando meu estágio no *Arbours Crisis Centre*, onde a crise psíquica e seus cuidados ganharam novos sentidos.

À Corintha Maciel, a quem sempre pude buscar quando tudo parecia emaranhar-se.

Às minhas amigas Laura, Maria Helena, Neisa, Rosane e Soledade, que me ofereceram um ombro amigo.

Aos meus amigos Tamar e Zé, a quem a vida sempre nos põe em contato nas aventuras acadêmicas e terminamos por nos sentir uma grande família.

Aos amigos e familiares da minha terra, Zuleika e Thadeu, Elza Maria e Fátima Melo, pelo apoio irrestrito em momentos que necessitei.

À minha amiga Margareth Rose (em memória), com grandes saudades, pelo incentivo sempre efusivo às minhas iniciativas.

À minha mãe e à Tatá, que paciente e carinhosamente aceitaram a minha ausência.

À minha irmã Gracinha, cuidadosa, acolhedora e sempre amiga, que neste tempo de falta de tempo, fez a minha parte no cuidado com a família.

À Ana, que com carinho cuidou dos meus filhos e da minha casa enquanto estive fora.

Aos meus filhos, a quem dediquei este trabalho, pela possibilidade de sermos pais, mães, filhos, irmãos uns dos outros, quando necessário, o que me possibilitou este trajeto.

Toda técnica que se ocupe do outro sem o eu, da conduta com exclusão da experiência, da relação desprezando as pessoas relacionadas, dos indivíduos com extensão de sua relação e mais que nada de um objeto a modificar antes que de-uma-pessoa-a-ser-aceita, simplesmente perpetua a doença que pretende curar e toda teoria que não se baseie na natureza do ser humano é uma mentira e uma traição ao homem.

Laing

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo realizar um estudo sobre o sentido dos vínculos de pessoas em situação de crise psíquica grave, incluindo vínculos familiares, sociais e terapêuticos. As noções de crise dentro de diferentes perspectivas foram revisadas e apresentadas conceituações de vínculos de diversos autores como Buber (1979) e Moreno (1975, 1993), com visão fenomenológica e existencial e os da Escola Argentina: Pichon-Rivière (1988a; 1988b), Moguillansky (1999) e Berenstein & Puget (1997), que articulam a visão psicológica e social do vínculo. O processo de individuação e a compreensão da saúde e doença mental a partir dos vínculos foram estudados, com base na visão psicodinâmica e no processo maturacional de Winnicott (1960, 1963, 1957, 1954, 1957) e na teoria psicodramática de Moreno (1975,1993). A constituição do indivíduo a partir dos vínculos familiares, com seus elementos facilitadores e impeditivos da diferenciação do self foi vista na sua dimensão relacional, inconsciente e transmissão psíquica intergeracional, assim como analisadas as influências do contexto social e das redes sociais. Essas diferentes formações de vínculos permitiram o olhar sobre as configurações vinculares da pessoa em crise e seu potencial facilitador ou impeditivo de mudanças.

A pesquisa foi feita em duas etapas, por meio de atendimento psicoterapêutico a pessoas em situação de crise psíquica grave, com o foco no seu mundo relacional e visitas a serviços que acolhem pessoas em crise. Essa segunda etapa foi precedida de uma pesquisa documental que indicou o desenvolvimento de serviços de crise em dois diferentes sistemas de saúde mental: o brasileiro e o inglês. Enquanto o atendimento a pessoas em crise ocorreu em Brasília, as visitas a serviços de crise foram realizadas em Brasília, em Londres na região de *East Kent*, na Inglaterra e em Bruxelas na Bélgica, onde diferentes abordagens como a médico/biológica, biopsicossocial e psicossocial foram encontradas com diferentes formações de vínculos terapêuticos. Ficou evidente a importância das configurações vinculares tanto na eclosão da crise como na sua recuperação. Concluímos, a partir de nossas pesquisas, pela importância fundamental da visão da crise psíquica grave como um momento que pede mudanças no mundo relacional do indivíduo, para que haja continuidade no seu processo de desenvolvimento e individuação. Cabe aos terapeutas e aos serviços de saúde mental organizar suas avaliações e intervenções a partir dos sentidos da crise na vida do indivíduo e no seu contexto relacional.

ABSTRACT

The goal of this study is to analyze the meaning of personal relationships in severe mental crises, including family, social, and therapeutic relationships. Different concepts of crisis have been reviewed and the definition of crises have been presented as put forth by various authors, such as Buber (1979) and Moreno (1975, 1993), from a phenomenological and existentialist viewpoint, as well as those of the Argentinean School: Pichon-Rivière (1988a; 1988b), Moguillansky (1999) and Berenstein & Puget (1997), who describe the psychological and social aspects of these relationships. The material presented includes the process of individuation and an understanding of mental health and disturbances based on relationships as a maturation process in the psychodynamic model of Winnicott (1960, 1963, 1957, 1954, 1957), and in the psychodrama theory of Moreno (1975, 1993). The individual's constitution as it is affected by family relationships is studied in the relational, subconscious and intergenerational psychic transmission aspects, also considering the influence of social context and social networks. These different angles on the formation of relationships provide an insight into the configurations of relationships in individuals undergoing crises, as well as into the facilitating or impeditive potential they provide for change and for the differentiation of self.

Research was carried out in two stages: by means of assisting people in severe mental crisis focusing on their relational content, and by visiting facilities where people in crisis are treated. The second stage was preceded by a documented research carried out on the development of crisis management services in the Brazilian and the British mental health systems. The assistance to people in crisis was given in Brasilia, Brazil, and the visits to crisis management services were made in Brasilia, London and East Kent in England, and Brussels, Belgium. In the different locations, diverse approaches, such as the medical/biological, biopsychosocial, and psychosocial approaches were encountered. The importance of relational configurations both in the occurrence of crises and in the recovery from them became evident. Our research led to the conclusion that severe mental crises represent moments in which changes in the sufferers' relational context are required in order for the continuity of their processes of development and individuation. It is the duty of therapists and of mental health services to organize their assessments and interventions based on the meaning of crises in the life of an individual and on their relational context.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1 – Indiferenciação..... | 47 |
| Figura 2 – Simbiose..... | 48 |
| Figura 3 – Reconhecimento do Eu | 48 |
| Figura 4 – Reconhecimento do Tu | 49 |
| Figura 5 – Sociograma 1 | 54 |
| Figura 6 – Sociograma 2 | 55 |
| Figura 7 – Constituição do falso <i>self</i> | 58 |
| Figura 8 – Esquema de Winnicot sobre a formação do <i>self</i> | 59 |
| Figura 9 – Fases da relação diádica..... | 91 |
| Figura 10 – Mapa de rede..... | 108 |
| Figura 11 – Genograma de Simone | 176 |
| Figura 12 – Genograma de Felipe | 192 |
| Figura 13 – Genograma de Cristina..... | 213 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 – Fatores relacionados à crise psíquica | 28 |
| Quadro 2 – Individuação: Winnicott x Moreno | 70 |
| Quadro 3 – Aspectos relevantes do sistema familiar | 95 |
| Quadro 4 – Relação Saúde Mental e Vínculos Sociais | 112 |
| Quadro 5 – Configuração vincular durante a primeira crise de Simone | 180 |
| Quadro 6 – Configuração vincular no primeiro ano de tratamento de Simone..... | 183 |
| Quadro 7 – Configuração vincular no segundo ano de tratamento de Simone | 186 |
| Quadro 8 – Configuração vincular no terceiro ano de tratamento de Simone | 190 |
| Quadro 9 – Configuração vincular na eclosão da primeira crise de Felipe..... | 197 |
| Quadro 10 – Configuração vincular no primeiro ano de tratamento de Felipe..... | 204 |
| Quadro 11 – Configuração vincular no segundo ano de tratamento de Felipe | 206 |
| Quadro 12 – Configuração vincular no terceiro ano de tratamento de Felipe | 209 |
| Quadro 13 – Configuração vincular de Felipe no quarto ano | 211 |
| Quadro 14 – Configuração vincular na eclosão da primeira crise de Cristina..... | 220 |
| Quadro 15 – Configuração vincular no primeiro ano de tratamento de Cristina..... | 224 |
| Quadro 16 – Configuração vincular no segundo ano de tratamento de Cristina..... | 227 |
| Quadro 17 – Configuração vincular no terceiro ano de tratamento de Cristina..... | 228 |
| Quadro 18 – Serviços Visitados em Brasília/Brasil | 247 |
| Quadro 19 – Serviços visitados em Londres e na região de <i>East Kent</i> / Inglaterra | 278 |
| Quadro 20 – Serviços visitados em Bruxelas/Bélgica | 290 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------|
| AGRADECIMENTOS | iv |
| RESUMO | vii |
| ABSTRACT | viii |
| LISTA DE FIGURAS | |
| LISTA DE QUADROS | |
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
| PARTE I | 8 |
| CAPÍTULO 1 – DIFERENTES VERSÕES DA CRISE PSÍQUICA | 8 |
| 1.1 Crise e estágios de desenvolvimento psicossocial | 12 |
| 1.2 Crise e psiquiatria preventiva e comunitária – desenvolvimento de recursos adaptativos e de solução de problemas | 14 |
| 1.3 Crise e processo psicodinâmico..... | 17 |
| 1.4 Crise e visão sistêmica..... | 19 |
| 1.5 Crise e Psicologia Social de Pichon-Rivière..... | 22 |
| 1.6 Síntese das diferentes versões da crise psíquica | 26 |
| CAPÍTULO 2 – OS VÍNCULOS E O PROCESSO DE INDIVIDUAÇÃO | 29 |
| 2.1 Diferentes espaços mentais para os vínculos | 30 |
| 2.2 A direção e o significado dos vínculos | 31 |
| 2.3 A teria do vínculo de Pichon-Rivière | 33 |
| 2.4 Desenvolvimento de papéis e o processo de individuação no psicodrama..... | 35 |
| 2.5 A individuação e o processo maturacional de Winnicott | 55 |
| 2.6 Síntese sobre os vínculos e o processo de individuação | 68 |
| CAPÍTULO 3 – VÍNCULOS E FAMÍLIA | 71 |
| 3.1 Família enquanto sistema: estrutura e relações..... | 72 |
| 3.2 Família e inconsciente | 79 |
| 3.3 Família e transmissão transgeracional | 86 |
| 3.4 Síntese sobre os vínculos no contexto da família | 93 |
| CAPÍTULO 4 – OS VÍNCULOS NO CONTEXTO DAS REDES SOCIAIS. | 96 |
| 4.1 Vínculos sociais e saúde mental ao nível macro-social | 99 |
| 4.2 Vínculos sociais e saúde mental ao nível da comunidade | 101 |

| | |
|---|-----|
| 4.3 Vínculos sociais e saúde mental ao nível do indivíduo | 104 |
| 4.4 Síntese sobre a relação entre vínculos sociais e saúde mental..... | 111 |
| PARTE II..... | 113 |
| CAPÍTULO 1 – OS VÍNCULOS TERAPÊUTICOS NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL..... | 113 |
| 1.1 Desenvolvimento de serviços de crise no sistema de saúde mental da Inglaterra. | 117 |
| 1.2 Atendimento à crise nos serviços do sistema de saúde mental no Brasil | 151 |
| 1.3 Síntese sobre os vínculos terapêuticos no contexto dos serviços de crise em saúde mental..... | 164 |
| PARTE III | 168 |
| CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA..... | 168 |
| 1.1. Objetivos gerais | 168 |
| 1.2. Objetivos específicos | 168 |
| 1.3. Metodologia utilizada | 169 |
| 1.4. Sujeitos e instituições..... | 171 |
| 1.5. Análise dos resultados | 173 |
| 1.6. Procedimentos éticos | 174 |
| CAPÍTULO 2 – RESULTADOS E ANÁLISES DOS DADOS | 175 |
| 2.1 Dos Sujeitos | 175 |
| 2.2 Dos Serviços Visitados | 230 |
| CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO | 291 |
| REFERÊNCIAS | 303 |
| ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO | 316 |
| ANEXO II – GENOGRAMA..... | 317 |
| ANEXO III – ROTEIRO DE LEVANTAMENTO DE DADOS | 318 |
| ANEXO IV – VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES E ATIVIDADES..... | 320 |

INTRODUÇÃO

A idéia e inquietação propulsoras desta busca nasceram a partir da minha experiência em saúde mental onde ficou clara a importância de ambientes acolhedores que possibilitem o compartilhar, a vivência de diferenciados papéis sociais e o trabalho e ampliação da rede social, o que despontou como grande salto qualitativo no tratamento de sofrimento psíquico, no qual noções tradicionais de saúde, doença, diagnóstico, prognóstico foram desafiadas. Vínculos e interação sobressaíram como tema central e borbulhante.

Da mesma forma, dados e realidades observadas em pesquisa desenvolvida no curso de mestrado intitulada *A Comparative Study of the English and Brazilian Mental Health System Focusing on the Role of the Users Involvement*, realizado na *University of Kent at Canterbury* – Reino Unido, vieram não só aumentar minha inquietação como criar uma atmosfera de surpresa e novidade. O movimento dos usuários, nas suas diversas organizações, oferecia espaços que embora prioritariamente com objetivos políticos, originavam estruturas de grande riqueza terapêutica.

Enquanto nos serviços de saúde mental e na comunidade a limitação ao papel de doente ainda apresentava fortes dificuldades de superação, os usuários vivenciavam naqueles espaços diferentes vinculações e diversos papéis sociais, como o papel de terapeuta, quando ofereciam apoio, orientação aos seus pares e o papel de gestor, ao participarem junto ao governo da equipe responsável pela organização, planejamento e contratação de serviços de saúde mental.

Naquele contexto um novo papel surgiu a partir da interação inter e intra-associações de usuários: o de pesquisador na área de saúde mental. Pesquisas, entre as

quais as referentes às necessidades e formas alternativas de lidar com o próprio sofrimento psíquico, têm se desenvolvido com vários grupos de usuários em todo o Reino Unido. As pesquisas apresentam experiências do usuário dentro do sistema de saúde mental e também suas vivências particulares, subjetivas, e as diversificadas formas pessoais de enfrentamento.

As relações de escuta, o diálogo, a troca e a participação ativa no tratamento e nos diversos contextos foram apontados por usuários como prioritários e coerentes com suas necessidades. Essa participação ativa, com a vivência de novos papéis, adicionada ao exercício de papéis complementares aos de paciente ou usuário do sistema de saúde mental (terapeutas, gestores e pesquisadores) propicia vínculos reparadores e fomentadores de mudanças internas. Surpreendente observar que a inversão de papéis dos usuários de saúde mental tem tido uma função fundamental na quebra de posições rígidas de saúde-doença, terapeuta/médico-paciente. Ao contrário, ao longo da história tem sido mais difícil para profissionais e gestores colocarem-se no papel do paciente, inversão tão necessária para a relação terapêutica, devido possivelmente à pesada história dos tratamentos de saúde mental, às representações sociais da loucura – hoje denominada de sofrimento psíquico – e às dinâmicas de poder das antigas e novas profissões do ramo.

Essas experiências e conhecimentos adquiridos vieram respaldar a mudança paradigmática em saúde mental, não só pelo conteúdo e valorização da experiência do usuário, mas também pela inclusão do portador de sofrimento psíquico como sujeito e agente de um saber pessoal, inalienável e legítimo, de um saber político e de uma desalienação ou quebra de barreiras com o saber profissional. “Empowerment” foi o termo criado.

A escolha de situações de crise, e particularmente das primeiras crises, como recorte para este estudo deve-se ao fato de que é na situação de crise que alguns fatores se aglutinam, ficam mais evidentes os transtornos já em andamento apresentados pelos pródromos que antecedem ao adoecimento mental, seja no nível individual, relacional ou social. É nesse momento que família e também pacientes, na maioria das vezes, tornam-se mais abertos para as mudanças inerentes ao processo terapêutico, o risco de cronificação e iatrogenia torna-se alarmante e quando instalados requerem intervenções adicionais dentro de um campo mais resistente à mudança diante das perdas sociais que acarretam.

Sobretudo, é no momento da crise que as dificuldades de manejo terapêutico crescem, pois neste momento a “loucura” aparece e apresenta claramente sua face, para uma sociedade que não está preparada ou se despreparou para as expressões de sofrimento, de gritos do inconsciente, de alarmes diante da impossibilidade de existência humana em determinado tempo e contexto. E nessa sociedade estão incluídos os profissionais que, como partícipes de uma cultura, também absorveram a representação social da loucura, e são estas expressões tidas como desmedidas, desatinadas, que procuram tratar. Como afirma Jurandir Freire Costa (1989) “o louco foi para a ciência o outro da razão... para a medicina mental o outro da vontade, o outro da alienação”. Para Foucault (1976), “o que se chama de doença mental é apenas loucura alienada nesta psicologia que ela própria tornou possível. Será preciso um dia tentar fazer um estudo da loucura, como estrutura global – da loucura liberada e desalienada – restituída de certo modo à sua linguagem original”. Atualmente, como aponta Lobosque (1997), a reforma em saúde mental tem como princípio uma clínica voltada para a constituição do sujeito, e acolhimento de suas expressões e respeito à sua singularidade.

Faz parte da minha experiência pessoal a angústia compartilhada com colegas de equipe de trabalho no Instituto de Saúde Mental (Secretaria de Saúde – DF), quando pacientes em situação de crise necessitavam de atendimento 24 horas, sendo encaminhados para emergências psiquiátricas. A angústia referia-se por um lado às próprias dificuldades do serviço de atender àqueles cujos planos e vínculos terapêuticos estavam processando-se, sendo a crise, ou situação aguda, parte desse processo. Torna-se nesse momento mais indicado um trabalho mais intensivo e não o encaminhamento para uma outra equipe. Por outro lado, a angústia devia-se à realidade dos serviços de emergência com seus componentes iatrogênicos. Como comenta Silveira (1992), é na emergência psiquiátrica que inicia a carreira de paciente psiquiátrico, sendo o tratamento restrito ao controle de sintomas por meio de neurolépticos.

Embora a reforma psiquiátrica proponha em seu cerne a transformação do paciente da posição de “objeto de tratamento” para sujeito de sua própria recuperação, a filosofia cartesiana subjacente aos serviços, o predomínio da visão biológica dos transtornos psíquicos, são embates para serem vencidos. Mesmo tendo surgido no século passado várias abordagens psicoterapêuticas, com estudos do desenvolvimento psíquico a partir das relações e do meio ambiente, a psiquiatria biológica tomou conta do cenário da saúde mental.

É um fato dentro da reforma psiquiátrica brasileira que os serviços de crise e emergência psiquiátrica têm sofrido menos transformações que os outros, e mantêm-se, mais rigidamente, com base apenas na psiquiatria biológica, sem estrutura para um trabalho interdisciplinar e muitas vezes dentro de ambientes físicos e/ou convivência social precários.

Esta tese tem, portanto, a preocupação de um olhar complexo do adoecimento psíquico, considerando a inter-relação dos vários fatores orgânicos, sociais e psicológicos, no momento de crise, focalizando-se especificamente na pesquisa e cuidados do mundo relacional do sujeito. Analisar os vínculos, na família, na rede social e detectar e trabalhar com vínculos que adoecem e com a formação de novos vínculos reparadores constitui assim o nosso objetivo. Como se dá a mudança dos vínculos e a formação de novos vínculos transformadores ou não? Como o ambiente acolhedor, a inserção do paciente em diferentes contextos, a participação ativa em suas diferentes formas, a saída do papel restrito de doente para o desempenho de diferentes papéis são terapêuticos, são em si apaziguadores do sofrimento?

Com essa finalidade, realizamos um estudo exploratório, com pesquisa clínica em pacientes em situação de crise, conhecimento de serviços para atendimento em crise e a escolha de um campo teórico que ofereça referenciais para a reflexão.

A primeira parte com quatro capítulos dedica-se à revisão teórica. São apresentadas as diferentes versões da crise psíquica, no primeiro capítulo. No segundo capítulo são vistas as noções de vínculos como constituidores do indivíduo, seja nas primeiras relações mãe-bebê, onde trazemos a visão psicodinâmica do processo maturacional do indivíduo de Winnicott (1960,1963,1957,1954, 1957) seja no processo de desenvolvimento de papéis de Moreno (1975, 1993, 1992a, 1992b) com o foco na visão social, no segundo capítulo. Neste capítulo também são apresentadas teorias sobre os vínculos como um processo dialético, de constante interação e transformação entre vínculos internos e externos, com Pichon-Rivière (1988a, 1988b); a importância de se considerar os diferentes espaços mentais para as diferentes dimensões vinculares, com Berenstein e Puget (1997) e a direcionalidade dos vínculos e a atribuição de sentidos para os vínculos como um processo

consciente e inconsciente, com Mogueillansky (1999). No terceiro capítulo examinamos a constituição da individualidade a partir da família, dentro de sua complexidade e a partir de sua dimensão relacional e estrutura inconsciente. Na constituição do indivíduo ele também é considerado um sujeito de pertença, não só à família como aos grupos sociais e ao macro-contexto em que está inserido, dedicando-se o capítulo quatro ao estudo da relação entre vínculos sociais e saúde mental, e a importância da intervenção na rede social pessoal (Speck e Atteneave, 1974; Sluzki, 1997) no tratamento do sofrimento psíquico.

A parte dois é dedicada a um estudo sobre os desenvolvimentos de serviços de crise em dois diferentes sistemas de saúde mental, isto é, no Brasil e Inglaterra, com objetivo de identificar as formas de acolhimento a pessoas em crise, a importância dada aos vínculos e sua terapêutica, e formas de organização facilitadoras desse processo.

A parte três refere-se à análise e resultados da pesquisa realizada com pessoas em crise ou período após a crise, em que ficou evidente a importância das configurações vinculares tanto na eclosão da crise como na sua recuperação. As configurações vinculares foram vistas ora como barreiras ora como facilitadoras no processo de individuação em diferentes momentos do tratamento. Em seguida apresentamos os resultados das visitas a serviços que acolhem pessoas em crise em três diferentes países, ou seja, em Brasília, em Londres e na região de *East Kent*, na Inglaterra, e em Bruxelas na Bélgica. Essa pesquisa mostrou como a Reforma Psiquiátrica iniciada nas últimas décadas tem deixado lacunas no atendimento à pessoa em crise, em que o modelo biológico ainda é predominante, e as consequências têm sido novos problemas como as reinternações e porta-giratória. Várias iniciativas são apresentadas que têm considerado o tratamento do sofrimento psíquico como algo tão complexo como as várias dimensões da constituição do indivíduo, e as

mudanças vão do modelo biológico, ao modelo biopsicossocial, e deste ao modelo psicossocial. No modelo psicossocial o indivíduo é visto como um todo, inclusive nos seus aspectos biológicos, mas o foco centra-se no sofrimento humano como um fenômeno primordialmente existencial nos quais os sintomas ganham significado. Procura identificar as situações de vida, as relações entre vínculos internos e externos que impedem o desenvolvimento do indivíduo, no seu ciclo de vida particular, necessitando de novas vivências onde o existir e relacionar-se ganha primazia.

Concluimos a partir de nossas pesquisas, tendo o suporte das teorias utilizadas, pela importância fundamental da visão da crise psíquica grave como um momento que pede mudanças no mundo relacional do indivíduo, para que haja continuidade no seu processo de desenvolvimento e individuação. Cabe aos terapeutas e aos serviços de saúde mental organizar suas avaliações e intervenções a partir dos sentidos da crise, na vida do indivíduo e de seu contexto relacional.

Os conceitos utilizados ao longo do texto referentes a sujeito, indivíduo, pessoa; paciente, usuário, hóspede; individuação, subjetividade, subjetivação, são inerentes aos autores citados.

PARTE I

CAPÍTULO 1 – DIFERENTES VERSÕES DA CRISE PSÍQUICA

O termo crise provém do grego *krisis* que tem dois significados: contexto e mudança; em latim significa linha divisória, e em chinês é representado por dois símbolos, um que significa perigo e outro que significa oportunidade. Ao longo desta pesquisa tenho encontrado tais conotações: ameaça ou perigo, necessidade ou possibilidade de transformação e também contexto.

Este estudo delimita a crise psíquica grave com episódio psicótico, sem levar em conta se a estruturação do paciente é neurótica ou psicótica, mas caracterizada por momentos em que os contornos do eu são difusos ou perdidos, com alterações que envolvem sentimentos, comportamentos, senso-percepção, com expressão na ruptura ou na geração de transtornos vinculares e alteração na percepção da realidade.

Considera-se dessa forma crise como diferente da emergência psiquiátrica embora esteja claro que uma crise possa conter situações de emergência. A noção de emergência contém a noção de risco iminente, como riscos de auto ou heteroagressividade, tentativa de suicídio, alterações somáticas de sono e alimentação, entre outros, que necessitem cuidados imediatos. Diferencia-se também para efeito deste estudo crises psíquicas desencadeadas pelo uso de álcool ou drogas.

Assim, a crise psíquica grave ou surto psicótico aqui delimitado caracteriza-se pela experiência de desrealização, despersonalização e perda de alteridade: o eu, o outro se confundem, assim como mundo interno e mundo externo; há uma ruptura na experiência do tempo consensual, misturando-se passado, presente e futuro, e uma fragmentação do mundo interno, que passa a ser invadido por intensos afetos.

Moffat (1987) aponta que a vivência do mundo interno em situação de crise caracteriza-se pela situação de descontinuidade de eu, gerando intensa angústia que é vivida corporalmente e experienciada no mundo relacional.

O que adoece, pois, no estado de crise é o processo de viver, a história fica descontínua e, portanto, o eu não pode se perceber como sucessão inteligível e se fragmenta sem atinar como conceber sua nova situação (como codificá-la) e sem saber como atuar, pois as estratégias com que contava já não se adaptam às novas circunstâncias. (MOFFAT, 1987, p.14).

Para esse autor, em seguida ao estado de crise instala-se o quadro psicopatológico como forma de defesa contra a vivência insuportável da dissolução do eu, e constrói-se o delírio para retomar à continuidade da existência. Essa posição foi bem explorada por Winnicott (1963) que comentou sobre a agonia impensável da sensação de ruptura na continuidade da existência, a partir da qual o indivíduo organiza defesas primitivas, sendo este segundo momento o que caracteriza o adoecimento psíquico. Como defesa à angústia psicótica também se observa uma inflação do eu ficando prejudicada a relação com o outro, momento de perda de suas funções e papéis sociais (MORENO, 1993).

Segundo Bloise (1995) a crise pode ocorrer em indivíduos neuróticos, psicóticos ou não, e representa um diagnóstico situacional, gerando uma desarticulação psicossocial. O autor comenta que a teoria da crise teve suas origens no estudo de indivíduos sadios em situações de ameaças de vida, estendendo-se depois para pacientes psicóticos e pessoas em situações especiais, como adolescentes, idosos, vítimas de violência, entre outros.

Pesquisas demonstram que um episódio psicótico necessariamente não implica em conseqüente adoecimento psíquico continuado ou em recaídas. Jablensky *et al.* (1992) citam uma pesquisa transcultural denominada “International Pilot Study of Schizophrenia” (IPSS), realizada no final dos anos 60, com apoio da Organização Mundial da Saúde, que mostrou que uma importante parcela de pessoas acometidas de **esquizofrenia** consegue

uma boa recuperação. Esse estudo também mostrou que a incidência e curso da esquizofrenia têm variações de país para país, e que os melhores resultados são alcançados mais em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos. Os autores comentam que pela importância dos resultados para a saúde pública, no final dos anos 70 nova pesquisa foi realizada, também com o apoio da OMS, denominada “Outcome study”.

Essa segunda pesquisa incluiu pacientes entre 15 e 54 anos, que apresentaram sintomas inicialmente nos 12 últimos meses, e que procuraram atendimento em serviços de saúde mental pela primeira vez nos últimos três meses, delineando-se o início das manifestações e possibilidade de desenvolvimento da esquizofrenia. Foram excluídas manifestações psicóticas decorrentes de quadros orgânicos e uso de álcool ou drogas e quadros afetivos primários. Os resultados dessa segunda pesquisa, apresentados por Jablensky *et al.* (1992) mostraram que em seguimento de mais de dois anos a maioria dos pacientes conseguiu remissão do padrão esquizofrênico, sendo assim distribuídos: 50-3 % tiveram um único episódio com remissão completa ou parcial, 31-1 % tiveram dois ou mais episódios com remissão completa ou parcial, e que apenas 15-7 % continuaram com a sintomatologia esquizofrênica. Segundo os autores, a remissão parcial refere-se ao desenvolvimento de outras patologias como quadros afetivos e distúrbios do comportamento.

Os resultados do “Outcome study”, como apontam Jablensky *et al.* (1992), também confirmaram os dados do IPSS relativos às taxas de recuperação em diferentes países: um em quatro pacientes dos países em desenvolvimento alcançaram remissão completa do surto psicótico, contra um em cada sete em países desenvolvidos.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças – CID 10 (2003) – traz as diferenças no curso da esquizofrenia, um dos quadros mais claros de psicose: episódio

com déficit progressivo, episódio com déficit estável, episódio remitante, remissão incompleta (volta quase ao normal) e remissão completa.

Segundo McGorry & Edwards (2002), o episódio psicótico é seguido de sinais e sintomas, sendo alguns não específicos, que podem ocorrer em outros distúrbios e em reações temporárias a eventos estressantes como: suspeição, depressão, ansiedade, tensão, irritabilidade, ira, alterações do humor, distúrbio do sono, alteração do apetite, perda de energia ou motivação, dificuldades de memória ou concentração, percepção de que as coisas ao redor estão alteradas; crença de que os pensamentos encontram-se acelerados ou lentificados, deterioração no trabalho ou nos estudos, interrupção e perda do interesse em se socializar e surgimento de crenças incomuns. Outros sintomas são considerados mais específicos e chamados de sintomas psicóticos positivos como distúrbios do pensamento, delírios e alucinações.

Para os autores acima citados, que desenvolvem serviços e projetos para intervenção precoce nas psicoses, o primeiro episódio de psicose é mais freqüente em adolescentes e adultos jovens, sendo grave a conseqüência de tratamento tardio tais como: recuperação lenta e menos completa; pior prognóstico, risco aumentado de depressão e suicídio; interferência no desenvolvimento psicológico e social; enfraquecimento das relações interpessoais e perda dos apoios familiares e sociais; dificuldades no desempenho e papéis profissionais, escolares, maternos ou paternos; conflitos e estresse na família; uso abusivo de substâncias; hospitalização desnecessária; perda da auto-estima e da autoconfiança e aumento dos custos de tratamento. Os autores apontam que a intervenção precoce possibilita recuperação e redução da morbidade a longo prazo.

Durante o século passado foram desenvolvidas inúmeras formulações teóricas relativas a situações de crise e ao seu tratamento e prevenção, em que se insere o episódio

psicótico. Cada uma das teorias de crise privilegiava determinada área como a cognição e o comportamento (Caplan, 1969); desenvolvimento sexual e psicossocial (Erikson, 1959); aspectos psicodinâmicos (Simon, 1989); visão sistêmica da exaustão de um paradigma ou modelo relacional (Barreto, 2001, 2005; Schnitman e Fuks, 1993) sendo também elaborada uma teoria da doença por Pichon-Rivière (1988a) em que integra aspectos psicodinâmicos e sociais com o foco nos vínculos.

A partir de uma revisão histórica, como cita Anderson (2006), as situações de crise foram inicialmente consideradas por Lindemann (1944), que estudou a reação à situação de luto e perda, a partir do episódio nos EUA de incêndio em um clube noturno, em 1942, o *Cocoanut Grove*. Lindemann concluiu na época que intenso sofrimento psíquico pode ser decorrente desses sentimentos não elaborados e indicou que podem ser prevenidos e amenizados por uma ajuda no processo de luto, por meio de ajuda psiquiátrica imediata e apoio por parte de instituições religiosas ou outros membros da comunidade.

1.1 Crise e estágios de desenvolvimento psicossocial

Erikson (1959) elaborou uma teoria da crise relacionando-a com ciclo de vida e questões de identidade. Baseia-se na psicologia do desenvolvimento e entende a formação da personalidade não só a partir de estágios psicosexuais, como Freud defendia na época, mas com ênfase na interação social. Para o autor, o indivíduo ao atravessar as fases de vida é confrontado com desafios, que chama de crises normativas da personalidade. A elaboração da crise em cada fase reflete-se favoravelmente na fase seguinte, evitando a repetição de problemas. Ao longo da infância atravessa crises confrontando-se com questões de confiança, autonomia, iniciativa, agenciamento. Na fase final da adolescência e fase do adulto jovem há uma exacerbação de vivências de crise, marcada pela

necessidade de afirmação da identidade, escolhas profissionais e ocupacionais, enfrentamento de competições e escolhas amorosas mais estáveis tendo que resolver posições que vão da intimidade ao isolamento. Continuando, o autor difere as crises de desenvolvimento, mais reversíveis, das crises impostas, traumáticas e neuróticas; crises neuróticas e psicóticas tendem a perpetuar-se por meio de um gasto de energia psíquica defensiva e por um crescente processo de isolamento social.

Rapaport (1959) comenta a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1959), na qual as relações interpessoais e a realidade social são fundamentais, exigindo mutualidade, isto é, a coordenação necessária entre o ser em crescimento e seu ambiente social. Erikson (1959) afirma que a identidade possui uma relação mútua e segue os passos da introjeção-projeção, identificações e formação da identidade. Uma relação satisfatória de mutualidade com a figura materna proporciona as primeiras identificações infantis saudáveis. Essas por sua vez vão interagir e sofrer influências dos diferentes papéis dentro da família, e, mais tarde, pode haver a seleção de tais identificações por meio da interação social, sendo importante o reconhecimento do grupo social para sua afirmação e legitimidade. Assim, Erikson mostra que o adulto jovem ao superar a crise de identidade adquire o senso de continuidade interior e de identidade social, que serve como ponte entre o que foi na infância e o que virá a ser, e poderá reconciliar a concepção de si mesmo com o reconhecimento vindo de seu grupo social. A formação da identidade resulta de uma configuração que vai se estabelecendo por meio de sínteses sucessivas na infância e que vai integrando, de acordo com Erikson (1959, p.116) a “fatores constitucionais, necessidades libidinais idiossincráticas, capacidades preferidas, identificações significativas, defesas eficientes, sublimações bem sucedidas e papéis consistentes” O

autor acredita que identificações mórbidas excessivas são intrínsecas ao processo neurótico ou psicótico.

1.2 Crise e psiquiatria preventiva e comunitária – desenvolvimento de recursos adaptativos e de solução de problemas

Segundo Anderson (2006), Caplan desenvolve sua teoria da crise aproveitando as idéias de Lindemann, em meados do século XX, no momento em que nos EUA inicia-se uma preocupação com a implementação de serviços comunitários de saúde e saúde mental. Desviat (1999) acrescenta que Caplan também foi influenciado pelos conceitos de crises acidentais e evolutivas de Erikson.

Caplan (1969) amplia a visão da crise como reação a um evento traumático de perda, entendendo como reação a situações de vida de modo geral e introduz a idéia de mecanismos adaptativos, e de disponibilidade de recursos psicológicos para enfrentamento, utilizando a Psicologia do Ego. Para o autor, a crise pode significar oportunidade para crescimento ou pode representar vulnerabilidade para doenças mentais na deficiência de tais recursos. Utiliza a noção de homeostase psicológica e estabilidade social e indica os seguintes estágios no desenvolvimento da crise: elevação de *stress* decorrente de problemas que estimulam os recursos ou respostas em prol da homeostase; ineficiência de respostas e persistência do problema; mobilização de mais recursos podendo levar à resignação, à aceitação ou à adaptação, diminuindo o problema; em caso negativo, persistindo o nível de tensão há eclosão da crise.

Infere-se que Caplan entende a crise apontando situações de mudança externa, eventos naturais da vida, e deficiência de recursos psicológicos para adaptação ou solução de problemas, que podem ser adquiridos no tratamento. Caplan, embora tenha tomado a posição da psicologia individual, considerou, no entanto, as relações interpessoais e

sociais: “o paciente é visto como constantemente afetado por suas relações interpessoais e ambiente social. Isso é levado em consideração não só em relação à etiologia, mas à identificação do caso, tratamento e reabilitação” (CAPLAN, 1969, p.234). O autor acredita que muitos problemas relacionais podem advir de uma situação de crise não resolvida, exemplificando que problemas mãe-filha podem ser resultados de conflitos anteriores não resolvidos mãe-irmã.

Caplan propõe uma psiquiatria preventiva e comunitária, estipulando os seguintes objetivos: diminuição de eventos estressantes na comunidade e provisão de recursos para satisfação das necessidades físicas, psicológicas e socioculturais dos indivíduos; ajuda no desenvolvimento de recursos para solução de problemas e medidas de adaptação para pessoas em crise, de forma a aumentar o potencial de saúde mental. Prevê serviços de ordem abrangente, de longo alcance, centrados nas necessidades dos clientes, principalmente não hospitalocêntricos com atendimentos na comunidade e domiciliares, tratamento continuado enquanto for necessário, acompanhamento após a alta em caso de internação; os programas devem visar a reabilitação, oferecer diversidades de serviços, em nível primário, secundário e terciário, incluindo oficinas protegidas; deve também haver uma comunicação entre os diversos serviços.

Interessante notar que as idéias de Caplan hoje representam os fundamentos dos serviços atuais de prevenção precoce nas psicoses na Inglaterra, influenciados por movimento similar na Austrália, que serão analisados na sessão referente a serviços. Ao descrever os objetivos e a natureza dos serviços da psiquiatria comunitária, o autor cita o Nottingham Mental Health Service, na Inglaterra. Macmillan¹, diretor do programa

¹ Discurso proferido durante a discussão sobre prevenção da incapacidade em pacientes crônicos – *An Approach to the Prevention of Disability from Chronic Psychoses – The Open Mental Hospital within the*

psiquiátrico desse serviço, teria defendido em 1957 a prevenção de incapacidade decorrente de psicose crônica, afirmando que a internação breve integrada a serviços comunitários favorece o auto-respeito do paciente, o retorno ao trabalho e a sua vida social, garante a continuidade do tratamento, e evita o corte com as relações familiares, que segundo pesquisas anteriores tem efeito danoso. Caplan (1969) comenta que o diretor do programa supracitado teria também informado que no ano de 1954 tinha acompanhado as 1.196 admissões e readmissões ao hospital, observando que ao final do ano apenas 11 pessoas continuavam hospitalizadas, sendo seis portadores de senilidade, uma criança e nenhum esquizofrênico, sustentando a importância da comunidade na reabilitação que deve cumprir sua parte, e lembrando a importância do equilíbrio entre os cuidados comunitários e da família, onde tensões e dificuldades estão implicadas.

Caplan (1969) também cita que na Reunião do Fundo Memorial de Milbank, realizada em Nova York, em 1957, o Dr. Robert C. Hunt teria dito que a incapacidade proveniente da doença mental pode ser prevenida e tratada; é imposta por mecanismos culturais de rejeição e por hospitalização com função de custódia, que respondem ao apelo público de segurança; que deve haver uma mudança em nível público de atitudes e conceitos de responsabilidade e cuidados comunitários concomitantes à abertura dos hospitais.

Pode-se concluir, de forma sintética, que Caplan trouxe para o tratamento de crise noções de relações interpessoais, sociais, projeção de conflitos familiares, a idéia de rede social e de serviços, tratamento comunitário em alternativa à hospitalização e prevenção. No entanto, o foco principal do tratamento ainda permanecia no indivíduo, nos

Community, ocorrido em 1957, em Nova York, na Reunião do Fundo Memorial de Milbank – The Milbank Memorial Fund Meeting.

seus mecanismos adaptativos e busca de homeostase, devendo as relações sociais como importantes contingências ser consideradas e receberem apoio e orientação.

Nesta parte dedicada à crise, entende-se como importante esse retorno às noções de crise e seus projetos de tratamento, mencionados por Caplan (1969), pois não só permanecem vigentes como muitas das propostas para tratamento ainda esperam por ser implementadas hoje, cinquenta anos depois, apesar do avanço da ciência. Nessa mesma época, em torno dos anos 50-60, o 'como' as relações sociais participam da etiologia do distúrbio psíquico e o entremeado das relações familiares estavam sendo intensamente investigados por meio da abordagem sistêmica e psicanalítica, sendo o foco das novas intervenções. Parece algo muito sutil a diferença entre o foco no indivíduo com cuidado nas suas relações e o foco nas relações. E este ponto é refletido neste trabalho.

1.3 Crise e processo psicodinâmico

Simom (1989) entende a crise como uma situação de angústia frente ao novo ou desconhecido e propõe uma classificação etiológica da crise, podendo ser originária de situações ou ameaças de perdas, provocadoras de culpa e depressão e de aquisição ou expectativa de aquisição, com sentimentos de inferioridade, inadequação e insegurança subjacentes, onde podem ser encontrados impulsos de inveja, voracidade e arrogância. Traz críticas à posição de Caplan, apontando que embora traga implícita a situação do novo, baseia-se em concepções mecanicistas, valoriza mais aspectos cognitivos e técnicas pedagógicas de prevenção da crise. Acredita que a ampliação de repertórios de habilidades e técnicas de resolução de problemas propostos por Caplan não atinge a questão principal para a resolução da crise.

Este autor afirma que “o essencial na geração de crise, supomos, é o fato do sujeito se ver frente a uma situação nova e virtualmente transformadora. O novo, porém,

exige um ato criativo” (SIMON, 1989, p.59). O autor ainda comenta que diante de uma situação inovadora, a experiência humana é única, individual e intransferível, exige mais originalidade que aprendizagem, pois o novo não pode ser ensinado. Chama a atenção para fatores afetivos e psicodinâmicos diante de situações críticas. Assume uma perspectiva kleiniana, e lembra as figuras internalizadas aterrorizantes provenientes da fase esquizoparanóide que podem retornar diante de ameaças ou pressões internas ou externas. Acredita que situações com significativas cargas afetivas vividas anteriormente e vínculos ou figuras simbolicamente internalizadas podem estar no âmago da dificuldade de lidar com situações novas, o que indica a importância de se lidar com os significados emocionais nas crises. Conseqüentemente pensa que nem o conhecimento de habilidades de Caplan nem os conceitos de crise de desenvolvimento ou acidentais de Erikson são suficientes para resolução da crise, mas sim o autoconhecimento por meio de experiências emocionalmente significativas.

A partir dessa perspectiva o autor propõe, para a prevenção em crise, um trabalho psicodinâmico. No caso de crise por perdas, caracteriza como prevenção passiva e sugere ajuda no sentido de aceitá-las, de elaborar culpas e depressão, para em seguida motivar novos interesses; na prevenção ativa, relativa à crise por aquisição, aceitar o ganho e elaborar conflitos ligados à ambição, voracidade, inveja e responsabilidade. Identifica instituições em que equipes de prevenção ativa de crise poderiam ajudar, como as escolas, serviços de pré-natal em centros de saúde, maternidades, agências de emprego e outras indicadas para prevenção passiva, relativa a perdas, como presídios, juizado de menores, previdência social e hospital geral.

1.4 Crise e visão sistêmica

Dentro de uma visão sistêmica, em que a crise vivenciada por um indivíduo é entendida a partir de seu contexto familiar e social, passando a ser também uma crise da família e do grupo, assinalo como importante para esta tese os enunciados sobre paradigma e crise (SCHNITMAN e FUKS, 1993) e crise e contexto (BARRETO, 2005).

Schnitman e Fuks (1993) ao referirem-se ao *stress* familiar entendem que no processo de crise o paradigma familiar formado por suas crenças, premissas, valores, rituais, tradições e outras práticas, encontra-se em processo de desorganização-reorganização e busca de novas posições. Apontam que são desestabilizados pontos de vista prévios, forma de construção da realidade e a cultura familiar vigente, diminuindo a congruência entre paradigma e a ação social da família. Lembram que quando paradigma e práticas sociais da família são congruentes há um sentido de identidade, pertença, previsibilidade, consenso e operação implícita; no entanto, como todo grupo social, a família não é estável e a tendência do paradigma é construir-se e reconstruir-se a partir de um processo recursivo entre práticas, realidade e identidade e de múltiplas conexões intra e intersubjetivas. Assim, a crise para os autores marca o momento de oscilação máxima de um sistema entre estabilidade e instabilidade, entre o movimento de manter as estruturas e processos constituintes da identidade e a possibilidade e riscos de mudança.

Os autores acima referenciados consideram ainda que a alteração do paradigma e do funcionamento implícito da família pode levar a diferentes resultados como: manutenção do estado oscilatório, em que novos padrões alternativos são encontrados, mas não se mantêm estáveis, prevalecendo o meio do caminho entre a desorganização e tentativa de desorganização; rigidez de funcionamento preestabelecido, com recusa de alternativas; aumento da desorganização levando à dissolução da família; respostas novas,

mas inapropriadas, como sintomas, violência; e, finalmente, surgimento de novas alternativas que se incorporam como marco de novas significações, novas práticas, aquisição de consenso e formulação de novo paradigma com novo funcionamento implícito.

Os autores (SCHNITMAN e FUKS, 1993) defendem a abordagem da conversação terapêutica, e, citando seus trabalhos anteriores, afirmam que neste meio terapêutico, problemas atuais e padrões estabelecidos devem ser considerados, assim como a emergência de novas alternativas. Para os autores, neste tipo de intervenção o processo terapêutico se move entre o problema estabelecido e dilemas evolutivos constituídos de novos riscos e possibilidades na construção de novas realidades. Afirmam ainda que a conversação terapêutica forma uma matriz onde a desorganização e o caos podem ser criativos por meio da participação ativa de terapeutas e membros da família, em um processo de co-construção, com atenção especial nos novos núcleos de novidade que vão surgindo por meio da crise.

Barreto (2005) ao referir-se à crise nos oferece uma importante síntese com alto valor pragmático com base nos aportes teóricos da teoria sistêmica e da antropologia cultural. Entende a crise como exaustão de um modelo relacional dentro de certo contexto. Considera o contexto soberano e dinâmico, decorrente de um processo histórico e responsável pela criação de modelos de interação, sejam afetivos, políticos, administrativos, econômicos, educativos ou religiosos.

Para Barreto (2005) a eclosão de uma crise resulta da prevalência de modelos antigos que não respondem mais às necessidades do contexto. Lembra que na crise estão implicados o perigo de perder a dependência, o conforto, a segurança e identidade de um lado e de outro se encontra a oportunidade de mudança. O autor alerta que a crise resolve-se pelo atrito, em que novas identidades são assumidas: a crise pressupõe caos, destruição

prévia e pode eclodir em diferentes sistemas, na pessoa, na família, no grupo social ou na comunidade, sendo o caos a matéria prima da criação. Enfatiza a crise como possibilidade de um salto qualitativo ao estimular o questionamento sobre as ações, relacionamentos, valores e crenças, ao problematizar o contexto e questionar os modelos.

Por meio da visão sistêmica o autor aponta que a crise é formada pelo contexto e afeta o contexto. Assim, a crise de alguém em surto psicótico, por exemplo, deve ser considerada como a crise daquela família e daquele contexto social. Utilizando os princípios da teoria sistêmica de causalidade circular, Barreto (2005) também argumenta que devemos evitar a relação de causa-efeito entre o fator precipitante e a crise em si, sempre considerando o modelo e o contexto onde está inserido o problema, e ilustra com um ditado popular comparando a crise ou o sintoma como um dedo apontando para uma estrela perdida no céu “quem olha só para o dedo que aponta para a estrela, jamais verá a estrela”.

Barreto (2005) continua indicando que diversos sinais são observados na crise, como incapacidade de resolução de problemas, quando situações requerem novas respostas e não há criatividade para soluções novas, quando se assume posição extremista sem negociação e caminho intermediário e quando há perda de direção ou a formação de sintomas. Utilizando a teoria sistêmica e da comunicação reafirma que o sintoma tem sentido de comunicação inconsciente codificada culturalmente para expressar um sofrimento. Ele nos fornece indicadores para a solução da crise: intensidade de reação desencadeadora; condições pessoais e do grupo, como saúde, auto-estima, flexibilidade, coesão grupal; vigor do sistema de crenças e valores; variedade de recursos sociais e culturais. Para análise da crise, o autor sugere passos, como a identificação do problema, as repercussões no indivíduo, as repercussões na sua vida, nas suas relações, as estratégias

utilizadas, a participação inconsciente e finalmente as lições que se podem tirar da situação de crise.

Ainda referindo-se a Barreto (2005), a partir do conceito de triângulo perverso de Bowen (1976), sugere que em situação de crise o terapeuta deve evitar a formação da triangulação vitimizadora – vítima, perseguidor e salvador – levando, ao contrário, a família ou o grupo a buscar soluções de acordo com suas competências. Realça também a importância da competência da comunidade na resolução de crise. Atendendo como psiquiatra uma comunidade pouco favorecida na cidade de Fortaleza, formada por imigrantes do interior do estado, com crises sucessivas de desemprego e abandono social, e conseqüentemente desenvolvendo um alto índice de sofrimento psíquico e sintomatologia psiquiátrica, cria a Terapia Comunitária na segunda metade dos anos 80, hoje bastante difundida por todo o Brasil. Nesta abordagem, as situações de crise são tratadas principalmente por meio da valorização das competências do grupo, estas desenvolvidas por meio de sua cultura com suas crenças e valores e por suas práticas e rituais. A coesão grupal é alcançada pelo sentimento de pertencimento e reconhecimento da sua identidade cultural e social, levando o grupo a questionar a introjeção da pobreza, em que a riqueza cultural passa a ser esquecida.

1.5 Crise e Psicologia Social de Pichon-Rivière

Pichon-Rivière (1988a), embora não tenha apresentado uma definição específica da crise, traz uma visão dialética do adoecimento psíquico importante para este estudo, por ter como centro a noção de vínculo e a complexidade das relações envolvidas. A interação indivíduo, família, grupo e sociedade é avaliada pelo autor nos processos psicodinâmico, psicossocial, sociodinâmico e institucional, o que caracteriza uma análise sistêmica, a que chama intra e extra-sistêmica. Considera como interatuantes na saúde e doença psíquica os

processos de aprendizagem da realidade, os mecanismos adaptativos a partir dos mecanismos de defesa e o processo de comunicação. Ele entende o vínculo como uma configuração complexa, comportando um sistema transmissor-receptor, uma mensagem, um canal, signos, símbolos e ruído. Inclui a relação terapêutica neste movimento dialético de interinfluência mútua e contínua. O autor comenta que estes entremeados devem ser vistos na sua totalidade, formando uma gestalt. Critica a concepção organicista da etiologia da doença mental, e defende a lógica dialética e a noção de conflito “onde os termos não se excluem, mas estabelecem uma continuidade genética sobre a base de sínteses sucessivas” (PICHON-RIVIÈRE, 1988a, p.2). Ensina que a terapêutica é voltada para o vínculo em espiral, e não linear, com o objetivo de resolver as contradições entre as diferentes partes do sujeito.

O autor indica que o adoecimento e seu curso são explicados a partir dos princípios de policausalidade, continuidade genética e funcional, mobilidade das estruturas e pluralidade fenomênica, que trazem esclarecimentos em relação ao tempo, espaço, contexto e mudanças esperadas e inesperadas.

Na descrição da policausalidade da doença mental, o autor utiliza o referencial freudiano para o adoecimento mental centrado na inter-relação de três fatores: fator constitucional, relativo ao genético (genótipo) e à experiência de vida intrauterina que se manifestam em um código biológico (fenótipo); fator disposicional, ligado às experiências infantis precoces no grupo familiar; e fator atual ou desencadeante referente a um determinado montante de privação, perda, frustração ou sofrimento. Explica que o fator desencadeante interagindo com os outros dois provoca uma inibição no sujeito e detém seu processo de aprendizagem da realidade. Observa que no momento de maior tensão e ansiedade, o indivíduo recorre então a mecanismos mais arcaicos pertencentes aos fatores

disposicionais para lidar com a angústia, que tendem a ficar estereotipados fornecendo o grau de inadaptação à realidade.

Atribui a gênese da doença mental a situações de perda, privação e dor, subjacentes às quais encontra sentimentos de culpa, ambivalência provocadas pela dissociação entre as experiências gratificantes do vínculo bom e frustrantes do vínculo mau dirigidas ao mesmo objeto. O autor informa que utiliza postulados de Freud, Melaine Klein e Fairbain a partir dos quais elabora sua teoria da doença única, com um núcleo patológico de natureza depressiva e seu princípio de continuidade genética e funcional em que está implicada a passagem da posição depressiva para a esquizoparanóide no adoecimento psíquico e o retorno à posição depressiva na recuperação. Acredita assim que para se desligar do processo depressivo o sujeito recorre ao mecanismo central de cisão e a outros que daí decorrem, como projeção, introjeção, idealização, controle onipotente etc., pertencentes à posição esquizoparanóide. Sai assim da ansiedade ligada ao medo da perda, culpa, ambivalência para a ansiedade paranóide, do medo do ataque. Para o autor, a neurose e a psicose são técnicas defensivas contra as ansiedades básicas, sendo as da psicose menos bem sucedidas. Enfatiza ainda que a loucura provém da incapacidade para suportar e elaborar um nível determinado de sofrimento e nesse ponto lembra Freud (1919) quando este se refere ao estranho, ao sinistro, proveniente de complexos afetivos infantis que passaram pelo processo de repressão e no adoecimento mental retornam como assustadores e apavorantes.

Para Pichon-Rivière (1988a) as defesas mal sucedidas e estereotipadas provocam um recuo em relação ao autoconhecimento e em relação à adaptação ativa à realidade, onde o processo de aprendizagem fica estagnado. Explica que o bloqueio do afeto, da fantasia e do pensamento interfere no processo dialético de transformação entre sujeito e

realidade. Denomina de “depressão iatrogênica” aquela resultante do processo corretivo ou terapêutico em que há uma passagem da posição paranóide para o momento depressivo com integração do ego, do objeto e da estrutura vincular. Adquire assim uma capacidade de aprendizagem e adaptação ativa à realidade e de enfrentamento de problemas:

A adaptação ativa à realidade e a aprendizagem estão indissolivelmente ligadas. O sujeito sadio, à medida que apreende o objeto e o transforma, também modifica a si mesmo, entrando em um interjogo dialético, no qual a síntese que resolve uma situação dilemática transforma-se no ponto inicial ou tese de outra antinomia, que deverá ser resolvida neste contínuo processo em espiral. A saúde mental consiste nesse processo, em que se realiza uma aprendizagem da realidade por meio do confronto, manejo e solução integradora dos conflitos. Enquanto se cumpre este itinerário, a rede de comunicações é constantemente reajustada, e só assim é possível elaborar um pensamento capaz de um diálogo com o outro e de enfrentar a mudança (PICHON-RIVIÈRE, 1988a, p.3).

A referência do autor às estruturas esquizoparanóide e depressiva tem um caráter de relatividade, sendo “instrumentais e situacionais em cada aqui e agora do processo de interação” (PICHON-RIVIÈRE, 1988a, p.14). Argumenta que em cada situação e com diferentes vínculos o mesmo sujeito, no mesmo período, pode apresentar estruturas diversas. Afirma também que mesmo que atribua um único núcleo patogenético de natureza depressiva, o sujeito pode apresentar diferentes defesas e distintas técnicas de manejo de ansiedades, dependendo do vínculo em que estiver envolvido.

O autor entende que a estrutura patológica é relativa às áreas da mente em que ansiedades ou angústias são projetadas. De acordo com o princípio de pluralidade fenomênica, descreve três áreas, a saber: área um, mente; área dois, corpo; e área três, mundo exterior, devendo o diagnóstico observar o predomínio da área a receber maior nível de projeção e que apresenta maior comprometimento. Por exemplo, cita a fobia que se projeta na área três ou mundo externo, os mecanismos histéricos na área corpo, e, na esquizofrenia o objeto mau pode estar no mundo externo e o objeto bom na área mente.

Pichon-Rivière (1988a), com forte influência da psicanálise e da teoria das relações objetais, no entanto, não se limita à noção de relação de objeto e introduz o campo vincular que inclui sujeito e objeto e sua inter-relação, e que tem uma expressão no mundo externo por meio dos papéis. Reconhece a influência da teoria dos papéis de G. H. Mead (1934), proveniente das ciências sociais, em sua teoria. Com estas bases aponta que o fracasso no manejo de papéis e na consecução da tarefa leva a posições depressivas, afastando-se o sujeito dos vínculos do mundo externo e voltando-se para os vínculos do mundo interno.

O autor aponta que ao adoecer, o sujeito passa a exercer um papel no grupo social a que pertence, normalmente na família como unidade básica da estrutura social: papel de emergente, porta-voz, sendo o depositário das ansiedades e tensões do grupo familiar, com o objetivo de preservar do caos o restante do grupo. No entanto, segundo o autor, ao assumir esse papel, o sujeito passa também a ser objeto de segregação, na medida em que o grupo tem necessidade de afastar de si a enfermidade grupal. Sublinha então que cabe ao terapeuta romper com esta delegação do grupo familiar e com a assunção do papel de porta-voz pelo paciente. Concluindo, o autor indica que o prognóstico do tratamento do grupo familiar vai depender do nível de segregação existente, da imagem interna que o grupo tem do paciente, da intensidade de estereótipos envolvidos na relação e na estrutura atual do paciente com relação à dinâmica e funcionamento.

1.6 Síntese das diferentes versões da crise psíquica

As situações de crise, de acordo com os autores citados, resultam tanto de fatores externos provocados por perdas, luto, traumas, privações e frustrações e de fatores internos tais como questões evolutivas e de formação da identidade. Estes fatores têm impacto no mundo psicológico, rompendo a homeostase, sem que se encontrem recursos

no nível do ego para lidar com os problemas. Na afirmação da identidade falta mutualidade e o reconhecimento do grupo social. Há interrupção do processo de aprendizagem social, e de desempenho de papéis, acompanhado de intenso sofrimento tanto no mundo relacional como no mundo pessoal quando figuras internalizadas ameaçadoras são conectadas. A crise pode também ser proveniente de situações do grupo familiar, do contexto social com dificuldades no enfrentamento e assimilação de mudanças, ou quando há falta de coesão e fortalecimento nas redes sociais que assegurem a identidade social e cultural, como apontado pelas teorias sistêmicas.

A noção de crise com seus dois aspectos: perigo e oportunidade, mudança e contexto, merece ser considerada. Tem se observado que o lado ameaçador da crise como necessariamente desencadeante de adoecimento psíquico permanente ou limitador das funções sociais de forma contínua é relativo. Pesquisas têm apontado a incidência de remissão completa em porcentagem significativa de surtos psicóticos inclusive com padrão esquizofrênico. Permanece a questão: que fatores influenciam na recuperação, na remissão total ou parcial ou no processo de adoecimento a partir de uma crise psicótica? O que explica o fato de a recuperação da psicose ser mais freqüente em países em desenvolvimento do que em países mais desenvolvidos que dispõem de maior e mais diversificada rede de serviços de saúde mental? Quais os efeitos da implementação dos princípios da psiquiatria preventiva e comunitária subjacente à criação da rede de serviços extra-hospitalares hoje existentes?

O estudo da crise psíquica está diretamente relacionado ao do adoecimento psíquico, o que tem sido objeto das diversas abordagens clínicas, com foco no indivíduo, na família e no grupo social, como será exposto nos próximos capítulos.

Quadro 1 – Fatores relacionados à crise psíquica

| Autor | Fatores | Necessidades |
|-------------------|---|--|
| Lindermann | Perda e luto | Apoio profissional, da comunidade e das instituições. |
| Erikson | Crises evolutivas | Coordenação entre crescimento e ambiente social baseado na mutualidade. Reconhecimento da identidade social pelo grupo |
| Caplan | Quebra da homeostase psicológica por fatores evolutivos ou traumáticos e falta de recursos egóicos para sua recuperação | Desenvolvimento de recursos egóicos e apoio comunitário por meio de serviços psicológicos e psiquiátricos, sociais e oficinas de trabalho. |
| Simon | Situação de angústia frente ao novo. Perdas, ameaças, aquisição ou expectativa de aquisição em que relações do mundo interno foram suscitadas. | Trabalho com afetos e emoções por meio de terapia psicodinâmica. |
| Schnitmann e Fuks | Quebra do paradigma familiar. Incongruência entre paradigma familiar e suas práticas sociais. | Reorganização do paradigma familiar com assimilação dos núcleos de novidade trazidos pela crise. |
| Barreto | Exaustão do modelo relacional contexto social e grupal com problemas de pertencimento, e identidade social e cultural. | Trabalho de coesão grupal, pertencimento, e fortalecimento da identidade cultural e social. mobilização das competências do grupo. |
| Pichon-Rivière | Relação dialética entre indivíduo, família e grupo e sociedade. Policausalidade: fatores constitucionais disposicionais, e atuais (perda, privação, e frustração). Núcleo patológico de natureza depressiva | Terapêutica dos vínculos em espiral, observando a dialética das relações. |

CAPÍTULO 2 – OS VÍNCULOS E O PROCESSO DE INDIVIDUAÇÃO

O termo vínculo, do latim *vinculu*, significa atar, ligar e também relação, subordinação, nexos, sentido (HOLANDA, 1987). A definição de vínculo traz a idéia de uma relação estável: atar com ligaduras ou nós, que sugere um efeito duradouro, o que se faz presente na língua francesa, *lien*, do latim *ligare*, que sugere também atadura duradoura (PUGET & BERENSTEIN, 1994). O vínculo pressupõe a existência de no mínimo duas pessoas, podendo se ampliar para família e grupos.

Neste capítulo abordaremos o vínculo como constituidor do ser. Inicialmente, apresentaremos autores que apontam a necessidade de se considerar diferentes espaços mentais inconscientes resultantes das formações vinculares e que mostram o significado dos vínculos a partir de sua direção. Em seguida, nos deteremos em duas teorias que nos trazem subsídios para entender o processo de individuação a partir dos vínculos: o psicodrama com ênfase na matriz de identidade e no desenvolvimento de papéis, portanto no *socius* e o processo maturacional de Winnicott, uma abordagem psicodinâmica.

Enquanto a noção e terapia dos vínculos foram os iniciadores do psicodrama, criado por Jacob Levi Moreno, na psicanálise o foco nas estruturas vinculares foi mais tardio. Como comenta Moguillansky (1999) a psicanálise inicia com o foco no indivíduo como sujeito da pulsão, havendo uma passagem do sujeito da pulsão para o sujeito da identificação e relação de objeto, e finalmente para o estudo dos vínculos e sujeito da pertença, a partir da necessidade de compreender as significações originadas no sujeito como resultante de sua inserção grupal, familiar e social. Nesta perspectiva, para o autor, o grupo com seus determinantes históricos e sociais começa a ser compreendido como constituidor do indivíduo e noções de pertença começam a ser valorizadas e a fazer parte

do vocabulário psicanalítico; tornou-se necessário compreender a vida psíquica a partir das relações entre o intra-subjetivo, o intersubjetivo e o social.

2.1 Diferentes espaços mentais para os vínculos

Para Berenstein & Puget (1997) a noção de vínculo indica diferentes espaços mentais inconscientes no aparelho psíquico, a saber: o intra-subjetivo, o intersubjetivo e o trans-subjetivo. Estão respectivamente relacionados ao mundo interno e à relação de objetos, à relação entre no mínimo dois egos e finalmente à relação com o macro-contexto social. Sublinham que não sendo homogêneos, têm representações distintas e diferentes mecanismos de ação. Têm também limites próprios e zonas intersticiais, configurando-se como mundos diferentes, levando-nos a compreender como “um sujeito vivendo e tendo raízes simultâneas em vários mundos, cada um dos quais aparece sucessivamente em cena, dependendo do estímulo recebido tanto do interior de sua mente como de fora” (BERENSTEIN & PUGET, 1997, p.21).

Os autores descrevem que o espaço intra-subjetivo ou mundo interno é constituído de imagens, fantasias e sonhos, da representação da imagem corporal e das relações de objeto. Funciona sem a presença atual do outro, embora saibamos que está relacionado à experiência com o outro.

O espaço intersubjetivo, por sua vez, é formado de relações mais próximas, com significativo nível de intimidade, tidas como grupos primários, família e amigos, com os quais trocamos vários intercâmbios e sentimentos de amor, ternura, ódio e ambivalências.

Afirmam que no espaço trans-subjetivo ou social, encontramos as instituições e vários grupos da sociedade, com os quais há um intercâmbio de valores, crenças, ideologias, princípios morais e história; compartilhamos hábitos, costumes, ritos sociais, com o qual formamos nossa identidade social.

Ainda de acordo com os autores, em cada área há um ato psíquico distinto para formação da identidade pessoal, identidade familiar ou grupal e identidade social. Acrescentam que a noção de pertença é fundamental para entendermos muitos problemas que aparecem na clínica e no mundo social. Cabe ao terapeuta compreender a pertença do indivíduo aos diferentes espaços e não reduzir os conflitos como tendo sua origem em uma só área, seja no mundo interno ou no mundo relacional ou social, sob o perigo de cisão nos elementos constitutivos da mente. Com esta postura, Berenstein & Puget (1997) apontam a superposição de problemas nos diversos espaços e enfatizam a necessidade de que cada um deles seja interpretado ou trabalhado separadamente, descobrindo sua procedência, e organizando os indicadores característicos de cada área. Concluem que a visão parcial em que apenas o intrapsíquico é abordado responde pelo abandono e fracasso de muitas análises ou tratamento intermináveis.

2.2 A direção e o significado dos vínculos

Para Moguillanski (1999, p.103) vínculo é “a relação estável entre dois sujeitos e pressupõe uma organização inconsciente formada por eles e constituidora dos mesmos”. O autor comenta que há um conector que os liga, e que o registro do vínculo se dá por meio de um sentimento de pertença. Acrescenta que o vínculo possui um aspecto estável e instável. O aspecto estável do vínculo é formado pelos hábitos, costumes, sobre-entendidos, histórias compartilhadas, estabelecendo um nível de segurança, de onde provém uma das fontes de pertença. O aspecto instável origina-se da parte não assimilável do outro dentro do vínculo. O estado emocional no vínculo se alterna entre a segurança do conhecido e a ansiedade frente ao novo, ao desconhecido no outro.

O autor aponta que na zona de contato pertencente ao conector do vínculo, há inicialmente um investimento narcisista. Assim começam os vínculos, com uma aspiração de complementaridade, de retorno ao uno, ao idêntico; vem em seguida a desilusão, onde se tem que renunciar aos significados prévios dados aos outros, para então assimilar novos significados que vêm do outro. Assim comenta que os vínculos relativizam nossos significados, gerando uma complexidade emocional vincular. A dor da desilusão frente ao diferente pode levar à tentativa de voltar ao estado fusional, característico das patologias de fases simbióticas, à perda da complexidade vincular, levando ao negativismo e vazio emocional resultante da frustração; e finalmente à contenção do negativo, isto é, conter a desilusão sem ressentimento, formando a alteridade vincular.

Afirma que a alteridade vincular é um sentimento conjunto, é a vivência de dois que integram o vínculo, em relação ao que é comum, possível de conhecimento e do compartilhar a emoção do desconhecido um do outro, sem ressentimento. Este sentimento de alteridade, que cria a possibilidade de suportar a autonomia e a ausência do outro, é chamado por Mogueillansky e Seiguer, citados por Mogueillansky (1999), de estado vincular. Assim, o autor continua mostrando que o vínculo se alterna entre ordem e desordem, entre estabilidade e instabilidade. Enquanto o vínculo possui uma parte estável e outra instável, o estado vincular contém a instabilidade, o imprevisível, o devir, acompanhado de alteridade, e propicia o surgimento do novo.

Este autor entende que o vínculo distribui lugares que se significam reciprocamente e assim significamos e somos significados por nossas relações, sendo a atribuição de sentidos para os vínculos um processo tanto consciente como inconsciente. Aparecem conflitos entre o personagem que se é designado a assumir, o que pensa ter lhe sido atribuído e o que imagina ser, gerando mal-entendido entre as fontes de sentido. O

trabalho com vínculos busca o sobre-entendido, a eliminação desses conflitos provenientes dos mal-entendidos, e a aceitação da alteridade.

2.3 A teoria do vínculo de Pichon-Rivière

Pichon-Rivière (1988b) formula sua teoria dos vínculos e propõe uma psiquiatria tendo como base as relações interpessoais. Utiliza os postulados da psicanálise e formula a teoria dos vínculos, com investigações no âmbito psicossocial, sociodinâmico e institucional, delimitando um grupo, instituição e país.

Para o autor, no vínculo encontramos dois campos psicológicos: o interno, relacionado ao mundo intrapsíquico, às relações de objeto, estudado e compreendido em termos profundos pela psicanálise; e o externo, relacionado ao mundo social, e explicitada pela noção de papel. Na sua teoria do vínculo estão incluídos sujeito e objeto, o campo de interação e a conduta, onde se apreende que objetos internalizados motivam as relações de papéis. Comenta que quanto mais regredido o indivíduo maior essa influência. O autor aborda a relação paciente-terapeuta e afirma que deve ser considerada não só a estrutura do vínculo, mas também os diversos papéis que cada um assume nessa situação, decorrentes de situações passadas. O autor também lembra que o psicólogo social deve considerar que encontra-se incluído e comprometido, e causa impacto no terreno de suas investigações, rejeitando o princípio da neutralidade (PICHON-RIVIÈRE, 1988a).

Segundo Pichon-Rivière (1988b, p.130) “A teoria da relação de objeto tem somente uma direção, enquanto a teoria do vínculo assinala relações múltiplas, é um desenvolvimento psicossocial das relações de objeto que torna compreensível a vida em grupo”.

Para um enfoque da loucura, necessita-se conhecer o tipo de ansiedade que afeta o grupo social, o contexto onde há as interações. O movimento do sujeito para fora, para os membros que lhe rodeiam, constitui a análise psicossocial; a estrutura do grupo a que

pertence o paciente é estudada pelo aspecto sociodinâmico, onde tensões e conflitos entre os vários membros são elucidados. A investigação institucional por sua vez dirige-se aos grandes grupos, inclusive aos grupos familiares, vai da macro a microsociologia. Estuda o grupo a partir de sua “estrutura, origem, composição, história, economia, política, ideologia etc.” (PICHON-RIVIÈRE, pg. 27).

Dentro da perspectiva dialética de constante interação entre vínculos internos e externos, considerando a intersubjetividade, para Pichon-Rivière (1988b, p.128):“Vínculo é a estrutura especial onde entre um sujeito e um objeto existe uma relação particular, interpessoal, que inclui a relação do sujeito frente ao objeto e do objeto frente ao sujeito, cumprindo os dois uma determinada função”. Pichon-Rivière traz o foco da psicopatologia para os aspectos sadios e patológicos dos vínculos a partir do qual faz a leitura dos diferentes transtornos mentais e para eles propõe a retificação dos vínculos. Por exemplo, o vínculo paranóico caracteriza-se pela desconfiança e exigência em relação aos outros, o vínculo depressivo pela culpa e expiação, o obsessivo pela ordem e controle, o histérico pela representação. No entanto o sujeito não experimenta um único tipo de vínculo, sendo as relações interpessoais e de objeto mistas. O grupo social por sua vez também estabelece diferentes vínculos com seus membros, e só a partir da compreensão dos diversos vínculos que o paciente estabelece com cada membro de seu grupo pode-se configurar um quadro clínico.

Segundo Pichon-Rivière (1988a), a psicose é vista como resultado da ruptura do equilíbrio familiar. O paciente por meio do delírio tenta reconstruir seu mundo individual, seu mundo familiar e social. O conhecimento do contexto, das tensões intragrupais antes do estabelecimento da doença é fundamental, trazendo o paciente uma estrutura individual, e sendo o representante de sua estrutura familiar.

Para o autor, o significado de uma estrutura delirante pode e deve ser compreendido a partir da estrutura grupal em que emergiu esse delírio, estabelecendo uma relação gestáltica. As tensões da estrutura grupal convergem para um certo ponto e fazem aparecer um emergente. A conduta é entendida dentro de um enfoque totalizador, como estrutura e estruturante, a partir de um movimento dialético de permanente interação entre intra-sistema e intersistema, com modificações mútuas. Esta perspectiva vem resolver as antinomias mente-corpo, indivíduo-sociedade, organismo-meio, as quais para Pichon-Rivière têm sido um obstáculo para “o desenvolvimento da reflexão psicológica no contexto das ciências do homem” (PICHON-RIVIÈRE 1988b, p.144). O autor afirma a necessidade de que sejam identificadas as interações que dificultam o desenvolvimento da existência humana e os fatores que o favorecem.

2.4 Desenvolvimento de papéis e o processo de individuação no psicodrama

No psicodrama a noção de vínculo permeia toda sua teoria e método. Moreno (1975,1993) dedicou-se à pesquisa e terapia dos vínculos enquanto relações entre duas pessoas, relações nos pequenos grupos e no contexto social mais amplo. Desenvolveu também técnicas de psicoterapia de grupo, sociodrama e sociometria.

Sem abordar diretamente os vínculos internos e questões do inconsciente, Moreno (1975) acredita que, por meio da ação, o indivíduo se expressa como um todo, o seu inconsciente se faz presente e pelo método de ação também pode ser transformado não precisando de um tratamento em separado. Enfatiza no vínculo o momento do *encontro*, em que se dá a relação de reciprocidade e mutualidade, por meio da qual o *Eu* torna-se presente na relação *Eu-Tu*, trazendo a emergência do novo, por meio da espontaneidade e criatividade. O autor aponta que nas relações interpessoais encontra-se a matriz da identidade.

Para a compreensão da noção de vínculo em Moreno, torna-se importante conhecer as suas bases filosóficas, situadas no Hassidismo, na Filosofia do Encontro de Buber, no Elã Vital de Bergson (FONSECA FILHO, 1980). Foram precursores de sua obra os seus trabalhos com grupo de crianças em 1911, grupo de prostitutas na cidade de Viena em 1913-1914, refugiados de guerra em 1915-1917, e finalmente o teatro, tendo criado o Teatro da Espontaneidade em 1921, contexto em que se originou o psicodrama (MORENO, 1992b).

2.4.1 Noção de vínculo e suas bases filosóficas

a) Hassidismo

Segundo Wenk (1980) o hassidismo foi um movimento judaico derivado da Cabala, que nasceu na Polônia, no século XVIII, e que procurava trazer esperança a sua comunidade depois de uma história de tantas expulsões e perseguições de seu povo em várias partes do mundo. O autor aponta que o hassidismo enfatizava o vínculo, a amizade, a lealdade e a justiça. Mais que uma doutrina era uma forma de vida caracterizada pela condução comunitária com compromisso social, coesão grupal, liderança carismática e entusiasmo coletivo; era também um movimento de êxtase, de culto à corporalidade, com base na alegria e expressões de canto e dança. De acordo com Fonseca Filho (1980), nesse movimento havia a figura do Tzadik, um homem de virtudes, com forte capacidade empática, que servia como modelo e que formava com os fiéis uma relação pessoal, em que o contato e a ação eram mais importantes que os textos religiosos, inspirando a figura do diretor no psicodrama. Fonseca Filho (1980) também explica que o hassidismo pregava a relação horizontal com Deus e Sua presença em todas as coisas, como centelhas divinas que podem ser liberadas, representando o encontro Deus-Homem o modelo de todos os outros encontros entre os seres humanos.

Moreno (1992b, p. 21-22) fala da relação Deus-Homem e acredita que cada ser vivente ao entrar para a existência adquire a condição de co-criador, e existe uma “interdependência universal entre o Criador do Universo e todas as coisas, que, Nele, existem”; o crescimento do mundo leva à expansão de Deus e Sua presença é instantânea em cada ato de criatividade. Há uma identidade entre a criação divina e todas as outras formas de criatividade.

Wenk (1980) relaciona os conceitos psicodramáticos de encontro, momento e criatividade aos princípios hassídicos de amor, alteridade e temporalidade:

- ✓ HESED – que provém de Deus e que se refere a uma forma particular de amar: amar ao outro respeitando e aceitando a forma do outro ser.
- ✓ HASSID – é uma palavra hebraica que significa amizade, solidariedade, vínculo, compromisso com o outro e com os demais.
- ✓ O HASSÍDICO é o homem tocado por HESED, pelo amor, pela alegria por ser e descobrir a si mesmo por meio da presença do outro, entusiasmado com o momento presente, sabendo que pode transformá-lo, imbuído da criatividade.
- ✓ Deus precisa do homem para sua criação e este participa da tarefa criadora de Deus, sendo co-criador. Deus estaria incompleto sem a relação com o homem. Esta relação Deus-Homem é feita por meio do amor, por meio de um pacto de aliança (BERIT).
- ✓ O tempo situa-se entre a transcendência divina e a imanência do homem; traz a idéia de novidade, algo aberto ao crescimento, uma tarefa inacabada, algo a fazer e fazer junto.
- ✓ A temporalidade hebraica também possui uma conotação de conjugalidade entre o Homem e Deus; o verbo YADOA significa conhecimento de Deus e também o ato sexual, uma revelação brusca e total. No entanto, fala da identidade pelo amor entre seres que seguem

sendo diferentes, na dialética entre proximidade e distância, entre conhecimento e mistério.

Nesta noção de conhecimento, de amor e vínculo subentendemos a noção de alteridade, e Moreno (1992a, v. CXXIII, p114), em seu texto poético “Palavras do Pai”, falando dos mandamentos de Deus, evoca:

Não te aproximes demais de Mim.

Não te afastes demais de Mim.

Permanece no teu lugar.

b) Filosofia Dialógica de Buber

A idéia de encontro também é compartilhada por Martin Buber (1979), que o define como “o entre” o que há entre duas pessoas, o vínculo, a relação. Foi grande a influência de Buber nos trabalhos morenianos com quem teve uma identidade espiritual por meio do hassidismo (SCHÜTZENBERGER, 1970; FONSECA FILHO 1980; WENK, 1980). Foram co-editores da revista *Daimon*, iniciada em 1918, em que participaram Max Scheler e Franz Kafka entre outros; ambos faziam parte do mesmo grupo de intelectuais que alimentavam ideais de paz e liberdade criadora; ambos participavam de trabalhos assistenciais com refugiados de guerra (WENK, 1980).

Buber (1979) desenvolve uma teoria fenomenológica da relação interpessoal em torno das palavras-princípio *Eu-Tu*, e da relação com o mundo com as palavras-princípio *Eu-Isso*, afirmando a dupla atitude do homem. A primeira refere-se ao encontro, à relação de reciprocidade e confirmação mútua, sendo uma atitude ontológica; a segunda fala do mundo da experiência, da utilização, atitude objetivante (ZUBEN, 1979).

O Eu da palavra princípio Eu-Isso aparece como egótico e toma consciência de si como sujeito (de experiência e de utilização). O eu da palavra-princípio Eu-Tu aparece como pessoa e se conscientiza como subjetividade (sem genitivo dela dependente). (Buber, 1979, p.73).

Ainda referenciando-se a Buber (1979), percebe-se que ele enfatiza que a totalidade do ser só se encontra na relação *Eu-Tu*, pois a pessoa se constitui no momento da relação com outras pessoas: o *Eu* se realiza na relação com o *Tu* e torno-me *Eu* dizendo *Tu*. Ao contrário, na relação com o mundo, as coisas, o *Isso* não participam da experiência que é interna ao *Eu*.

O instinto de relação é primordial e antecede a relação com as coisas: “No começo é a relação” (BUBER, 1979, p. 20). Na relação com o outro se atualiza a presença do *Tu* inato, considerando o autor o desenvolvimento da criança como ligado à nostalgia do *Tu*, às realizações e decepções vivenciadas nas relações.

Depois do nascimento, o indivíduo só sai da fase de indiferenciação ou estado primordial indiviso, de acordo com o autor, por meio das relações em que vai se tornar o indivíduo corporal, integral e atualizado. Antes de conhecer-se como *Eu*, a criança profere a palavra-princípio *Eu-Tu*, e, ao contrário, só se relaciona com as coisas quando há uma noção do *Eu*, quando já houve uma separação. A relação com as coisas é posterior, resultante da dissociação das experiências primordiais da relação *Eu-Tu*.

Para Buber (1979) a relação com o *Tu* é imediata, momentânea e todo ser humano alterna entre a relação *Eu-Tu* e *Eu-Isso*, em uma dupla atitude. Explica que após o momento do encontro, onde a consciência do *Eu* se intensifica, há um desligamento e o próprio *Eu* encontra-se diante de si, separado, como um *Tu*, por uns momentos, até tomar posse de si novamente e entrar em novas relações com outros ou com as coisas. Comenta também que no desvanecimento do encontro o *Tu* também se desliga, não se tornando um objeto ou *Isso* para o *Eu*, mas um *Isso* em si, para o qual não há mais atenção e que pode voltar a ser um *Tu* em outro momento de relação. Assim cada *Tu* depois do evento da relação transforma-se em *Isso*, e cada *Isso* ao entrar em relação transforma-se em *Tu*.

Buber (1979, p.39) afirma: “o homem não pode viver sem o *Isso*, mas aquele que vive somente com o *Isso* não é homem”.

Também de acordo com a temporalidade hebraica, Buber oferece outras dimensões das palavras-princípio *Eu-Tu*. Sendo o *Encontro* pertencente à categoria do momento, à imediatez, a relação com o outro não pode ser ordenada e o *Tu* se revela no momento presente, em um instante, no ato de reciprocidade, sem ligação com causalidades e sem sistema de coordenadas, sendo o *Tu* no encontro “o princípio e o fim do evento da relação” (BUBER, 1979, p.34). O autor aponta que o *Encontro* indica simbolicamente a ordem do mundo, mas não forma um mundo; se apresenta a cada vez de uma forma, não é previsível nem controlável. Ao inverso, na relação com as coisas, há um ordenamento do mundo a partir da objetivação e da relação espaço-temporal-causal: apenas o *Isso* é classificável. A relação com as coisas dá a noção de estrutura e segurança, enquanto a relação com o *Tu* oferece a vivência do inédito: “(...) medida e comparação desaparecem. Depende de ti que parte do incomensurável se tornará realidade para ti” (BUBER, 1979, p.36).

Finalmente o autor introduz a noção da alteridade e fala dos diversos sentimentos. Diz que no *Encontro* há reciprocidade de doação, há uma entrega mútua. O mundo do encontro não acontece fora, está no âmago do ser, mas a tentativa de guardar, de reter o *Tu* do *Encontro* o aniquila e este passa a ser objeto. O autor difere amor do sentimento de amor: o amor é um, realiza-se no ato imediato entre o *Eu* e o *Tu*, no *Encontro*; os sentimentos podem acompanhar o amor, mas não o constituem; enquanto o amor acontece, nós possuímos os sentimentos. Continua pontuando que o amor implica totalidade, e o ódio por natureza é cego; só se pode odiar uma parte do ser, e, que havendo uma recusa depois de entrar em contato com a totalidade do ser, isso deixa de ser ódio e passa a ser o limite da entrada em relação. Conclui que o *Eu* pode renunciar a si ou ao outro,

sendo a possibilidade de dizer *Tu* relativa. No entanto, o que experimenta imediatamente o ódio está mais próximo da relação do que o que não sente nem amor nem ódio.

c) O Elã Vital de Bergson

Fonseca Filho (1980) aponta o *Elã Vital de Bergson* como influência importante na criação da teoria moreniana, particularmente em relação à espontaneidade. Informa que o *Elã Vital* é uma energia criadora, existente no Universo, responsável pelo ato de criação, presente em todas as formas de vida; em seu curso, cristaliza-se em formas definidas, continuando, em seguida, a fluir em busca de outras formas. E pontua que para Moreno a essência da vida humana reside em ser inovadora, e não na repetição, na conserva cultural, atribuindo à enfermidade a impossibilidade de criar, ao estado de estar preso à conserva cultural (FONSECA FILHO, 1980). Assim, Moreno (1993) relacionou a patologia atual da humanidade à falta de espontaneidade, encontrando-se o homem impossibilitado de usufruir seu desenvolvimento científico-sócio-cultural.

Na sua prática enquanto psiquiatra e a partir dessas bases filosóficas, Moreno (1993) não se preocupou com a estrutura psíquica, procurando pesquisar as estruturas vinculares a partir de um enfoque fenomenológico existencial, dedicando-se mais aos grupos que pessoas isoladas. Na estrutura do vínculo destaca papel e contra-papel, processo télico, espontaneidade e criatividade, expansão do self e capacidade de inversão de papéis, de onde retira suas noções de saúde e doença mental, como veremos a seguir.

2.4.2 Teorias morenianas

a) Espontaneidade

Moreno (1975) definiu espontaneidade como fator ligado à solução de problemas e ao momento, ou seja, oferecer respostas novas a situações antigas, ou respostas adequadas a situações novas. Entende que a fonte da espontaneidade é a própria

espontaneidade e que o estado espontâneo é instantâneo e libera-se pelo aquecimento. Acredita que cada indivíduo possui uma matriz espontânea e que a espontaneidade é o fator mais antigo na escala filogenética do comportamento humano. Localiza-se assim entre a hereditariedade e o meio social e é produzida em cada momento específico para a emoção, o sentimento e a ação que a situação exige ou permite. O autor pontua que o homem primitivo utilizou, para sobreviver, sua espontaneidade e à medida que começou a valorizar a “coisa criada”, a conserva cultural, foi perdendo a espontaneidade.

O autor define a espontaneidade também como a matriz catalisadora da criatividade e valoriza mais o momento de criação, o encontro do artista com o objeto a ser criado, do que a obra acabada. Considera o cenário psicodramático o local privilegiado para a criação.

Na teoria da espontaneidade-criatividade, Moreno (1975) introduz um elemento novo, a categoria do momento: o momento é o espaço onde o homem se realiza, onde existe, vive e cria. O autor lembra que nem todos os momentos são espontâneos, criativos. Apenas de tempos em tempos esse momento surge e é considerado o local de nascimento de uma nova experiência ou papel. Assim pode lançar essa pessoa em um novo caminho. Com base no estudo experimental, o autor chegou a quatro formas relativamente independentes de espontaneidade: a qualidade dramática, a criatividade, a originalidade e a adequação da resposta, e explica cada uma delas. A qualidade dramática permite que situações antigas sejam impingidas de novidade e vivacidade. Por exemplo, um ator pode mesmo sendo fiel a um escrito, vivê-lo como novo. A criatividade engloba o domínio completo dos recursos disponíveis e objetivação da resposta originando um elemento novo, e não depende especificamente da inteligência, conhecimento e aptidões do indivíduo. A originalidade não significa imprimir um elemento novo, que transforme a

resposta em criativa, não altera a essência do já conhecido, é apenas uma variação do modelo, da conserva cultural. Um exemplo é a poesia dos adolescentes que falam sobre sentimentos já explorados, acrescentando expressões originais próprias de seu tempo. A adequação da resposta refere-se à capacidade de melhor solucionar o problema.

No psicodrama, a experimentação e desenvolvimento do elemento espontâneo criativo correspondem a uma de suas principais funções terapêuticas, na medida em que é possível transformar situações antigas, experimentar e testar situações novas e concretizar fantasias e viver os símbolos.

b) Papéis

Na ótica moreniana, o vínculo se dá por meio dos papéis. Afirma ele que os papéis são aspectos tangíveis do ego e por onde se dão as relações pessoais; o eu nasce dos papéis, assim como o eu é constituído pelas relações (MORENO, 1992b).

De acordo com Moreno (1975), os papéis são divididos em papéis psicossomáticos, psicodramáticos e psicossociais, assim desenvolvendo-se respectivamente. Os primeiros referem-se a atividades fisiológicas que ajudam a estruturar a criança no seu primeiro universo em que não há separação entre o eu e o mundo, formando a noção de identidade corporal; os papéis psicodramáticos referem-se à dimensão psicológica e os papéis sociais à dimensão social. O autor explica que a interação mãe-bebê no processo de alimentação vai produzir constelações de papéis no indivíduo que podem repetir-se ao longo da vida. Explica também que as primeiras experiências vão propiciar o desenvolvimento dos papéis psicodramáticos por meio da identificação do papel, do duplo espelho e, mais tarde, os papéis sociais serão aprendidos e desenvolvidos por meio da pré-inversão e inversão de papéis. Assim, a integração da personalidade ocorre a partir da integração desses três tipos de papéis.

Para o autor os papéis são unidades culturais de conduta, e, portanto, possuem as características e as particularidades próprias da cultura em que se estruturam. Acredita que por meio dos seus papéis é que cada matriz de identidade transmite a herança cultural, e que o processo de socialização se dá a partir da percepção, aprendizagem e desempenho de papéis. Moreno (1975) também entende que o desempenho de papéis estende-se além dos papéis sociais na medida em que envolvem a atividade criadora do indivíduo. Dessa forma indica que a um papel preestabelecido (pai), o indivíduo introduz características próprias (um pai com características próprias, não estereotipadas); o fato do indivíduo identificar-se com o papel, resulta em um sentimento de realização pessoal.

c) Tele

Moreno (1975,1983) define o Tele como o conjunto de processos de conhecimento pelos sentidos, responsável pela percepção correta do mundo circundante do indivíduo. Dirige-se para objetos e pessoas. O autor o considera como o fundamento de todas as relações interpessoais sadias, tendo dupla direção: sentir e perceber o outro, e deixar-se perceber de forma correta. Considera que tem duas ramificações: a transferência como forma patológica quando há projeção de conflitos e de figuras do mundo interno e a empatia como dimensão psicológica.

Moreno (1975) aponta que o fator Tele se desenvolve a partir da maturação e evolução social da criança. Indica que ao perceber o mundo como algo separado de si própria e iniciar o processo de diferenciação eu-tu, a criança começa a apresentar escolhas com reações de atração (tele positiva) e rejeição (tele negativa). Lembra que quanto melhor estiver o desenvolvimento psicológico e emocional do indivíduo, mais desenvolvido será o Tele. O Tele sempre existe desde o primeiro encontro e cresce com novos encontros, podendo também derivar de um vínculo transferencial (MORENO, 1993, 1992b).

Moreno (1993) também pontua que as escolhas dentro de um grupo, o que chama de posição sociométrica, são regidas pelo fator *Tele*, resultando em maior ou menor reciprocidade e que as escolhas recíprocas ocorrem quando pessoas se escolhem mutuamente, de acordo com um critério específico, referente a uma determinada situação ou tarefa. Afirma que as escolhas recíprocas são escolhas saudáveis, podendo ser positivas, negativas ou indiferentes. Ao contrário, a incongruência de escolha, por exemplo, uma pessoa emite uma escolha e é escolhida de forma diferente pela mesma pessoa, gera dificuldades no vínculo e conflito grupal. Assim quanto maior o *Tele* maior o índice de reciprocidade e conseqüentemente maior a coesão grupal e a saúde das estruturas sociais. O autor mostra que indivíduos emocionalmente perturbados sofrem mais rejeições que indivíduos neutros do grupo, e que em um grupo de esquizofrênicos o grau de alheamento é maior que em grupos normais. Fala ainda que para pessoas em psicoterapia é importante o conhecimento de sua posição sociométrica nos grupos, já que indivíduos isolados tendem a apresentar maior número de problemas. Acrescenta que na medida em que o vínculo télico promove a saúde das relações, um dos objetivos do psicodrama é aumentar o fator *tele* do indivíduo e diminuir as percepções transferenciais.

d) Matriz de identidade

Ao criar o psicodrama, Moreno (1975,1983) partiu da visão do homem como um ser cósmico. O indivíduo vem do cosmo e para ele retorna. A criança quando no ventre, e nos primeiros dias de vida, tem uma experiência cósmica de união e de identidade com a mãe. Ela e a mãe são uma e a mesma coisa.

O autor pontua que ao começar a se separar da mãe, a criança sente ansiedade ao perder o domínio do universo. De acordo com Moreno (1983, p.170) “A ansiedade é cósmica; o medo é situacional. A ansiedade é provocada pela fome cósmica de manter a

identidade com o universo inteiro (talvez para restabelecer a identidade original do bebê com a matriz de identidade)”.

A matriz de identidade representa a placenta social da criança, o grupo onde ela se desenvolve. Fornece o alimento físico, psíquico, e social. Tem como função transmitir a herança cultural do grupo a que pertence o indivíduo e de prepará-lo para seu processo de inclusão nos grupos sociais (NAFFAH NETO, 1979).

O processo de individuação ocorre a partir da relação do indivíduo com a sua matriz de identidade, onde experiencia as fases de desenvolvimento e o processo de diferenciação. Para Moreno (1975) a criança passa por uma fase de matriz de identidade total e indiferenciada, onde não há separação entre eu e o outro; em seguida, na fase da matriz total e diferenciada, percebe os objetos e pessoas, mas ainda não separa realidade e fantasia. O autor aponta que essas duas fases referem-se ao primeiro universo. A terceira fase coincide com o segundo universo, que para o autor inicia com a brecha entre fantasia e realidade, e separação entre pessoas e objetos reais e fantasia. Indica que neste momento o lúdico, a imaginação tem um importante papel, e a criança vai aprendendo a separar-se do outro por meio do jogo de imitação e pré-inversão de papéis, preparando-se para a aprendizagem dos papéis sociais. Assim na quarta fase a criança passa a representar o papel do outro, até alcançar a quinta fase quando é capaz de representar o papel do outro que por sua vez representa o seu papel, dando-se a inversão de papéis.

Moreno (1975) acrescenta que em uma fase posterior, por meio dos papéis psicodramáticos, consegue introduzir elementos novos, criativos e pessoais nos papéis sociais. O autor enfatiza que a formação da brecha entre fantasia e realidade é indispensável como fator de saúde mental, e a criatividade e espontaneidade no desempenho dos papéis sociais oferece maior capacidade de identificação e realização pessoal.

Fonseca Filho (1980, p. 83-123) subdivide as fases da matriz de identidade propostas por Moreno e faz uma relação com as diversas patologias indicando as técnicas psicodramáticas mais indicadas. No período referente ao primeiro universo, que vai da indiferenciação ao início da brecha fantasia e realidade e começo da pré-inversão de papéis o autor identifica quatro fases. Os quadros psicóticos representariam uma regressão a estas fases. De acordo com o autor elas estão dispostas como se segue:

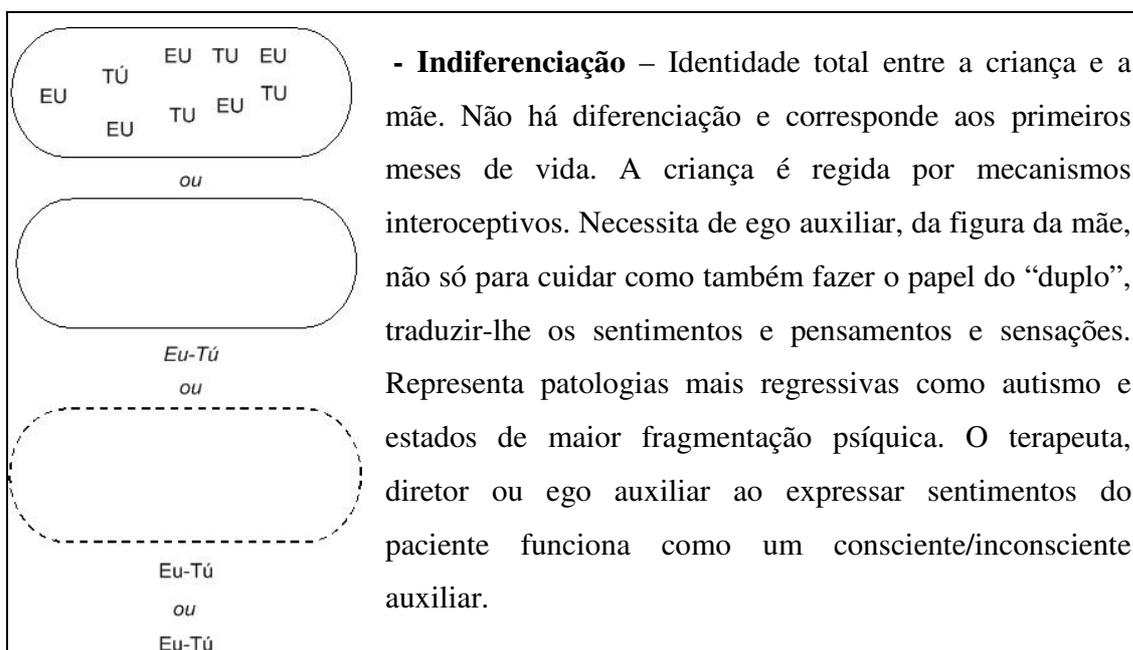
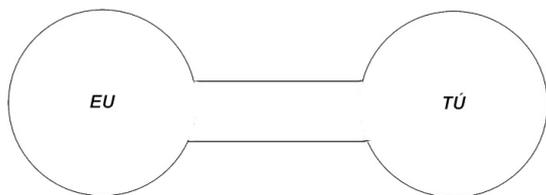


Figura 1 – Indiferenciação
 Fonte: Fonseca Filho (1980, p. 85)

- **Simbiose** – Reconhece a mãe, mas não consegue separar-se dela. A fase inicia com o



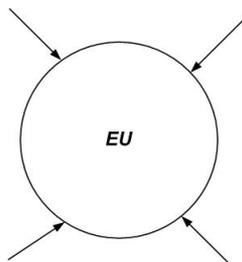
primeiro sorriso, e vai até o sentimento de angústia de separação. Em termos de patologia do vínculo esta fase persiste nas esquizofrenias quando há uma grande simbiose e luta pela

independência, o que deflagra surtos psicóticos. Homicídios, crimes passionais, vontade de viajar, sair de casa, fazer o que antes era proibido podem ser manifestações patológicas dessa fase. Nela usa-se a técnica do duplo (traduzir pensamentos e sentimentos) e do ego auxiliar (fazer com).

Figura 2 – Simbiose

Fonte: Fonseca Filho (1980, p. 86)

- **Reconhecimento do Eu** – Nesta fase há uma polarização do eu, e tomada de



consciência de seu corpo no mundo; joga o seu próprio papel e sente-se o centro do mundo, não conseguindo perceber o outro que apenas serve aos seus desígnios. Patologias nesta fase

incluem automutilação, masturbação compulsiva, vestimentas extravagantes e delírios de poder; e onipotência ou impotência, próprios das fases de euforia e depressão. Ocorrem rompimentos amorosos seguidos de crises. O reconhecimento do *Eu* confunde-se com a necessidade de confirmar o *Tu*. Usa-se o duplo, ego auxiliar, solilóquio e espelho.

Figura 3 – Reconhecimento do Eu

Fonte: Fonseca Filho (1980, p. 87)

- Reconhecimento do Tu – A criança fica polarizada no outro e passa a descobrir as diferenças, é a fase do “por que”, das perguntas e curiosidade. O indivíduo justifica-se

pelo que o outro é ou não é, em quem joga a responsabilidade de seus atos. Ocorrem atitudes invasivas, pois o outro ainda não foi reconhecido. Há desconfiança e medo em relação ao mundo, e na dificuldade de encontrar um *Tu* real, forma *Tu* delirantes. Há delírios eróticos e de perseguição. Utilizam-se as mesmas técnicas que na fase anterior.

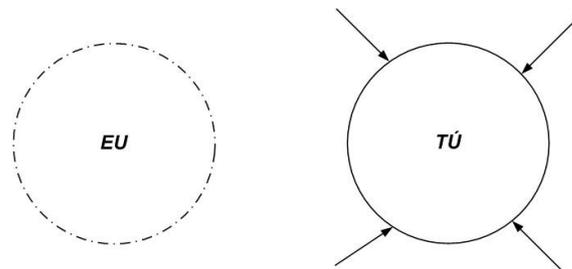


Figura 4 – Reconhecimento do Tu

Fonte: Fonseca Filho (1980, p. 89)

A partir deste momento, no período do segundo universo quando é possível separar fantasia e realidade, as configurações vinculares tornam-se mais complexas e vão da relação diádica, ou em corredor, passando pela triádica até a vivência em grupo, ou circularização. A manutenção em fases iniciais deste período está mais ligada a quadros neuróticos, como a relação em corredor, quando as relações são possessivas ou exclusivas e há dificuldade de se imaginar um terceiro, o *Tu* relacionando-se com outro *Tu*. Esta dificuldade de triangulação também leva a crimes passionais e formação de vínculos doentios, sem a possibilidade de inclusão nos grupos humanos. Vencida essa fase é possível o vínculo em uma relação a três, o que precede a fase seguinte, caracterizada pela circularização, a relação entre no mínimo quatro pessoas, e possibilidade de vivência sociométrica dos grupos. Nesta última fase o *Eu-Eles* passa a ser *Eu-Nós*.

Fonseca Filho (1980) aponta que este período do segundo universo se inicia com a pré-inversão de papéis. Comenta que a criança por meio da atividade lúdica joga os seus

papéis e os papéis do *Tu*. Representa um exercício de separação *Eu-Tu*, fantasia e realidade, e aprendizagem de papéis, desenvolvendo a capacidade de inversão de papéis.

e) A inversão de papéis e a expansão do *self*

A inversão de papéis é favorecida por meio do fator Tele e possibilita maior reciprocidade e mutualidade dentro dos grupos (FONSECA FILHO 1980; MORENO, 1975). É a capacidade de se colocar no lugar do outro, com várias direções: ter uma correta percepção do outro, perceber a si como é percebido pelo outro e perceber o outro como este se percebe. A inversão de papéis possibilita o *Encontro*, uma vivência de união momentânea, imediata, de unidade, dentro dos princípios do Hassidismo trazidos por Buber e Moreno. De acordo com Fonseca (1980, p. 98) após o curto circuito dessa união cósmica as pessoas “retornam fortalecidas, revitalizadas em suas próprias identidades, o *Eu* será mais *Eu* e o *Tu* mais *Tu*”.

Moreno (1983, p.171) levanta várias hipóteses sobre a inversão de papéis, entre elas:

- ✓ Aumenta a força e a estabilidade do ego da criança, entendendo o ego como a identidade consigo mesmo.
- ✓ Diminui a dependência da criança para com os pais, aumentando sua capacidade de dominá-los.
- ✓ A técnica de inversão de papéis é mais eficiente quando há maior proximidade psicológica, social e étnica entre as pessoas. É importante para o processo de socialização de grupos étnicos diferentes.
- ✓ Pessoas esquizofrênicas mostram incapacidade de inverter papéis; a técnica de inversão de papéis mostra-se um risco e é contra-indicada quando uma pessoa tem uma estruturação mínima e outra uma estruturação máxima de

ego. No caso de esquizofrênicos, eles podem aceitar mais facilmente a técnica do duplo.

- ✓ A percepção do papel representa uma função da inversão do papel.
- ✓ A empatia de indivíduos em relação à experiência interior de outros indivíduos – o que pensam, sentem percebem ou fazem – aumenta com a percepção recíproca dos papéis em que operam.

Para Moreno (1983), quanto mais inversões uma pessoa é capaz de realizar maior a expansão do seu self, o que representa o sentido do desenvolvimento humano. O autor tinha imbuído no seu trabalho a idéia da fome cósmica inerente a cada ser humano, que representa a necessidade de conhecer cada parte do universo, cada pessoa com quem se confronta, por meio da inversão de papéis. Nesta interação com o outro, por meio do processo que chama “retrojeção”, na medida em que recebe sinais, idéias, sentimentos do outro, pode ocorrer tanto uma confirmação de sua identidade como a expansão do self, um conhecimento maior de universo por meio da inversão de papéis. O não conhecimento e a impossibilidade de inverter papéis por outro lado amedronta e aliena. Para o autor a fome cósmica e o impulso criador são o sentido da vida.

Moreno (1975,1983), ao criar o psicodrama acreditava que a espontaneidade e a capacidade de inversão de papéis poderiam ser treinadas. Guiava-se também pelo pressuposto de que a espontaneidade-criatividade, o *Tele* e a inversão de papéis estavam interligados e que a capacidade de colocar-se no lugar do outro, compreender suas necessidades e dar respostas adequadas à situação representava o grau máximo de desenvolvimento humano.

2.4.3 Doença mental e o estado psicótico

A doença mental reside na conserva cultural, na repetição, nos papéis estereotipados, culminando com a perda dos papéis sociais e a inexistência de um *Tu*. O *Eu* se volta para seu mundo interno, os papéis e os delírios são tidos como a busca de um outro imaginário para se relacionar. Há um déficit ou inadequação do elemento espontâneo-criativo e do processo télico. O indivíduo submerge nos seus vínculos transferenciais (MORENO, 1975).

Moreno (1975) identifica que a psicose é acompanhada de falta de espontaneidade, criatividade patológica e dificuldade de estabelecer a brecha entre fantasia e realidade. Afirma que no desenvolvimento da psicose o indivíduo perde em primeiro lugar a capacidade de inverter papéis, e à medida que aumenta o nível regressivo, o paciente torna-se incapaz de desempenhar o seu próprio papel. Sob um sinal de alarme, e com o ego fragilizado, há a expansão do si mesmo, como reação de defesa. Dessa forma, com o si mesmo dilatado, não se dá a vinculação com o contra-papel, e conseqüentemente o desempenho de papéis. O autor acrescenta que qualquer interação representa um perigo, dando a sensação de invasão. A falta de vinculação por meio dos papéis resulta na solidão psicótica.

Segundo Moreno (1975), o psicótico, não estabelecendo a relação *Eu-Tu* real, procura a realização por meio de papéis e *Tu* delirantes. Nos seus delírios e alucinações ele estabelece uma relação *Eu-Tu*. Procura o equilíbrio, a identidade com o cosmos não na inversão de papéis, mas na regressão. Chega à experiência cósmica não por meio do *Encontro*, mas sozinho.

O estabelecimento do vínculo com o terapeuta é o ponto central do processo terapêutico, por meio do qual ocorre a rematização, ou seja, a diferenciação *Eu-Tu*, o

resgate de papéis e o desenvolvimento da espontaneidade e do fator *Tele*. A terapia deve oferecer um espaço de realidade suplementar, onde possa haver a revivência do que foi vivido, dentro de um tempo mítico ou da vivência do nunca vivido. Este espaço de realidade suplementar, a possibilidade da realização dramática, da vivência no espaço lúdico, favorece que se instale a brecha fantasia-realidade, o que levou Moreno a afirmar que o psicodrama encontra resultados admiráveis principalmente no tratamento de pessoas psicóticas. As técnicas de aquecimento e de pré-inversão de papéis foram criadas nesta direção, e acompanham as fases da matriz de identidade. (MORENO, 1975).

O psicodrama oferece um *setting* especial para esse desenvolvimento de papéis, do fator tele e da espontaneidade. Em uma realidade suplementar do *como se*, o indivíduo pode experimentar os jogos de papéis desde as primeiras fases. O lúdico, o espaço do imaginário, permite a formação da brecha fantasia e realidade, onde se situa a possibilidade de cura (FONSECA FILHO, 1980; MORENO, 1975; MORENO, Z. T., BLOMKVIST e RÜTZEL, 2001).

Moreno (1993) lembra também que o átomo social, isto é, o conjunto de inter-relações pertencentes ao indivíduo que lhe são agradáveis ou desagradáveis, deve ser considerado no tratamento. No entanto, no caso do psicótico, deve-se olhar mais profundamente a relação dele com ele mesmo. Na relação com os outros as pessoas desenvolvem uma imagem de si mesmas, fator de grande importância, mesmo que seja diferente da imagem que os outros tem de si. No psicótico esse hiato aumenta, e, ao lado do Eu real e íntimo, passa a ter um outro Eu, que exclui e rejeita. A esta relação entre os dois Eus há uma “auto-Tele” que pode ser positiva ou negativa. O autor afirma que no surto psicótico tanto o átomo social como a “auto-Tele” são inundados, destruídos. Propõe um choque psicodramático, que seria reviver o surto no espaço psicodramático em

momentos após a crise ou em momentos de lucidez que convivem com o surto. Isto representa uma forma de integrar os elementos de seu átomo social de forma que as relações que existem durante o surto necessitam de serem trazidas para a realidade. Se esses elementos continuarem inatingíveis ou não integrados a qualquer movimento interno ou externo, podem gerar novamente o desequilíbrio.

Moreno (1993, p.341-342) mostra como se alteram as relações no processo psicótico de um indivíduo, por meio do gráfico de seu átomo social, chamado sociograma, como indicado abaixo: um mulher com relações de mutualidade positivas com a família do marido e amigas, e negativas com sua própria família (Sociograma I), ao entrar em estado psicótico, essas suas relações com o mundo exterior são desfeitas, mudando também a relação com a auto-tele, atribuindo a si própria papéis delirantes, sentindo-se ora uma mágica, ora Cristo, ora um recém-nascido (sociograma II).

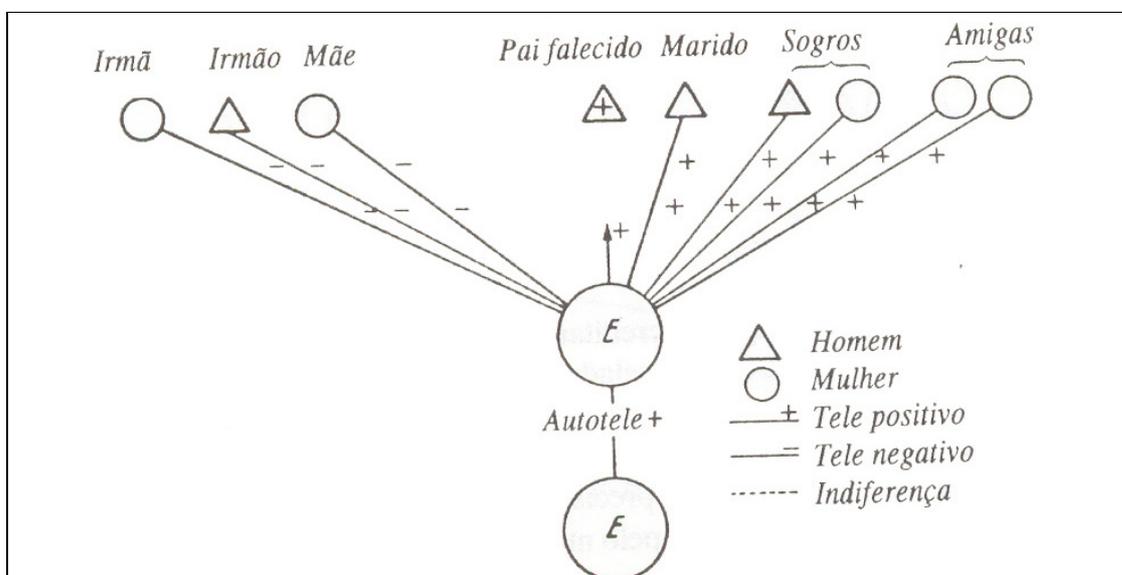


Figura 5 – Sociograma 1

Fonte: Moreno (1993, p. 341)

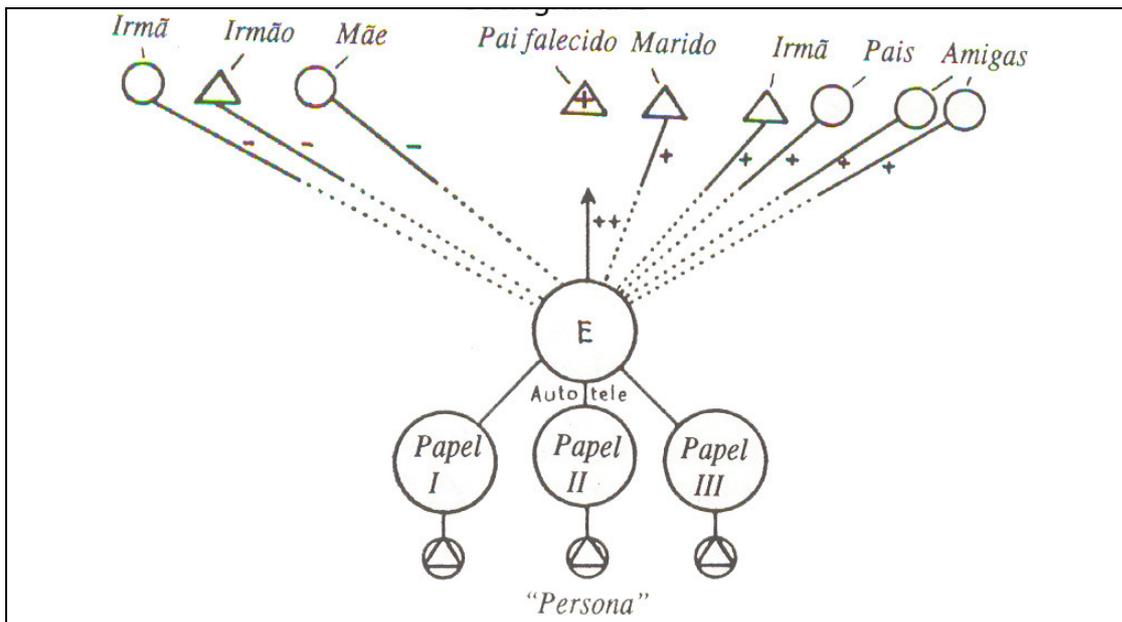


Figura 6 – Sociograma 2

Fonte: Moreno (1993, p. 342)

2.5 A individuação e o processo maturacional de Winnicott

Winnicott (1990) na sua prática de psicanalista e pediatra traz grande contribuição ao estudo dos vínculos, estando todos os seus conceitos fundados na noção de relação. Mostra como as primeiras relações mãe-bebê, indivíduo-meio ambiente são fundamentais para a saúde mental da personalidade, conforme descrito na citação abaixo.

O desenvolvimento emocional nos seus estádios primitivos se refere exatamente aos mesmos fenômenos que aparecem no estudo da esquizofrenia adulta, dos estados esquizóides em geral e das defesas organizadas contra a confusão e a não integração. (WINNICOTT, 1952, p.379).

Traz conceitos como mãe suficientemente boa, falso self e verdadeiro self, objeto transicional referente ao processo de amadurecimento humano, que nos permite compreender a etiologia das patologias graves, esquizóides e vivências psicóticas temporárias em pessoas tidas como normais.

Para Winnicott (1988) o processo de maturação humana tem de um lado a hereditariedade, representada pelo impulso inato para o crescimento, desenvolvimento e integração, do outro lado o meio ambiente e, no meio, a criança com suas vivências.

Para o autor, na fase inicial de vida a criança ainda não é uma unidade, a unidade é a relação indivíduo-meio ambiente. Nesta relação indiferenciada, onde ainda não existe o reconhecimento do eu e do outro, ocorrem os fenômenos de estabelecimento da relação com a realidade externa, a integração do self como unidade a partir do estado de não integração e assentamento da psique no corpo.

Ainda de acordo com Winnicott (1988), o ambiente facilitador, representado pela mãe suficientemente boa, ou suas figuras substitutas, permite um favorável processo de maturação. Esta conotação não tem o valor sentimental, mas refere-se à qualidade da execução das tarefas de cuidados com o bebê.

2.5.1 Mãe suficientemente boa

A mãe suficientemente boa (WINNICOTT, 1956) desenvolve a “preocupação materna primária”, estado psicológico iniciado desde o final da gravidez, em que há o aumento da sensibilidade para com o bebê. A mãe identifica-se com o bebê, pode sentir-se como se estivesse no seu lugar e responder às suas necessidades. Passa a existir uma relação de ego entre a mãe e a criança, e assim o bebê pode começar a existir, a ter experiências e a construir um ego pessoal.

Para o autor, a mãe suficientemente boa oferece uma adaptação ativa às necessidades do bebê, respondendo na medida em que elas aparecem, no momento certo, com apresentação gradativa da realidade.

O autor comenta que a adaptação ativa passa a ser deficiente quando há abandono, quando a satisfação passa a ser irregular, imprevisível; ou quando há superestimulação, quando respostas chegam sem sinal anterior do bebê, podendo haver

sedução do meio ambiente. A criança então passa a formar defesas reativas a essa falha ou invasão e a continuidade do ser é interrompida.

A ruptura de continuidade do ser provoca enfraquecimento do ego e ameaça de aniquilamento do self. A esta sensação de aniquilamento do self Winnicott (1963) chama de *breakdown* (colapso), característico do surto psicótico. São formadas defesas que têm a função de proteger o indivíduo desse rompimento de continuidade do ser, de proteger o self do aniquilamento, “da agonia imaginável”. Não podemos chegar a esta agonia imaginável sendo indescritível, a não ser por meio das ansiedades psicóticas e defesas rígidas que dela advêm.

No desenvolvimento humano psíquico e estruturação do self, Winnicott (1945) identifica os processos de integração, personalização, realização e início das relações objetais que são favorecidos por cuidados maternos correspondentes que denomina *holding*, manejo e apresentação dos objetos.

2.5.2 Holding e integração

Segundo Winnicott (1945, 1960, 1990) *holding* significa sustentação, apoio, proteção de invasões ambientais e de choques. A mãe “advinha” as necessidades do bebê, como fome, frio e sede. Quando a resposta da mãe aparece na medida do movimento do bebê, a adaptação é quase perfeita, o que possibilita a integração do bebê nas suas vivências com o mundo sensorial e motor da primeira fase da vida. Essa relação com o ambiente faz com que o potencial inato para o crescimento se transforme na sensação de existir, na continuidade da existência. A continuidade do ser é a base da força do ego. Ser e aniquilamento são as duas alternativas.

Para o autor a integração está mais associada aos estágios de excitação, estados afetivos e emocionais. Aos poucos ele começa a perceber que é o mesmo em diferentes

momentos: o que se alimenta, que dorme, que chora. Em seguida também reconhece que a mãe é a mesma. Começa a ser formar uma relação de ego entre mãe e bebê e as primeiras identificações primárias.

As características desta fase são assim a identificação primária, processo primário, auto-erotismo e narcisismo primário ou constituição do eu (WINNICOTT, 1960). A criança começa a ser uma pessoa, um indivíduo.

Winnicott (1945) aponta que à medida que há integração do ego iniciam-se as ansiedades de desintegração. Traumas nesta fase de integração são os precursores de sentimento de fragmentação e ansiedade de aniquilamento na psicose, predispondo à regressão quando outras defesas fracassam.

Ele aponta que outra consequência é a não integração do self, que leva à formação de defesas dissociativas, o que não é o mesmo que desintegração. Explica que parte do self permanece oculto, defendendo-se do ataque do ambiente enquanto outra parte fica em contato com o exterior, mas em um movimento de submissão, de passividade em que falseia a si mesmo, constituindo o falso self, o que implica identificações superficiais.

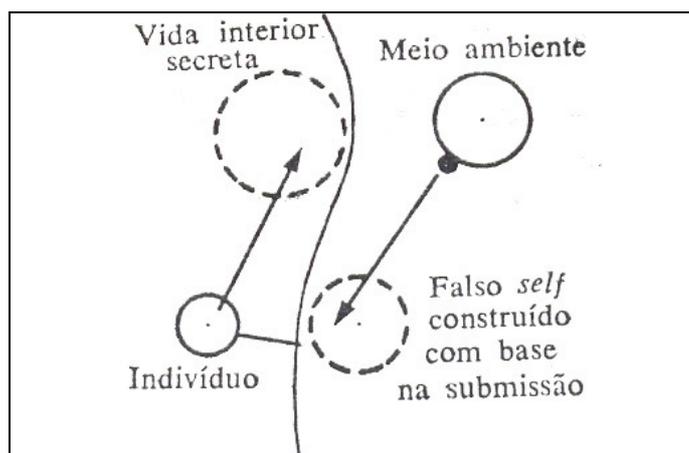


Figura 7 – Constituição do falso self

Fonte: Winnicot (1952, p. 381)

Para Winnicott (1958) o sentimento de não integração pode ocorrer de forma saudável equivalente aos momentos de repouso, de relaxamento, o que constitui a capacidade de estar só, o que representa um dos mais importantes sinais de maturidade no desenvolvimento emocional. Advém da capacidade de estar só na presença materna e implica uma relação de ego suportiva com a mãe, em que o período de relaxamento e isolamento, que se alterna com o de excitação, pode ser vivido com tranquilidade. Pontua que esta presença materna atenta e preocupada identificada com a criança, sem ser invasiva ou intrusiva passa a ser internalizada, possibilitando-o estar só. A relação de confiança com a mãe permite que deste período tranquilo de não integração surja o gesto espontâneo, o ato criativo.

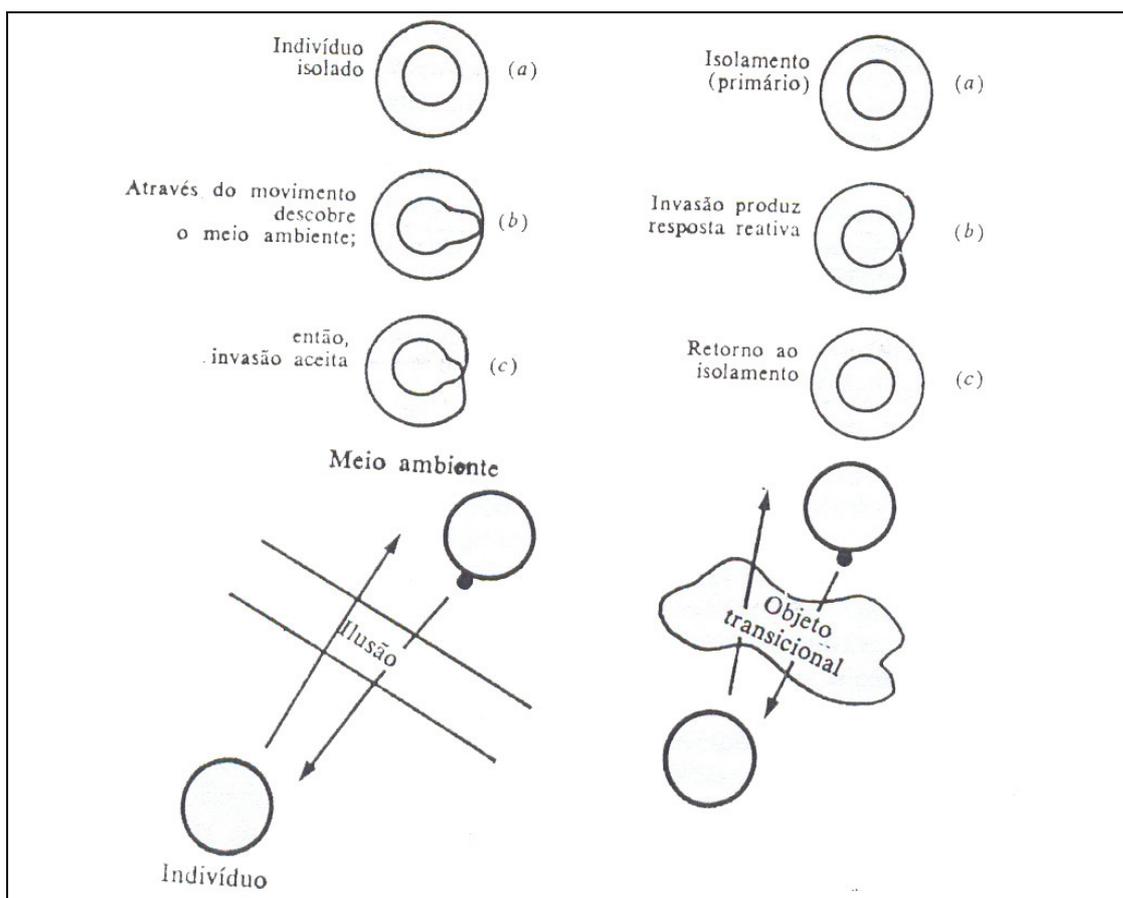


Figura 8 – Esquema de Winnicott sobre a formação do self

Fonte: Winnicott (1952, p. 380)

2.5.3 Manejo e personalização

De acordo com Winnicott (1945), personalização refere-se ao sentimento de estar no próprio corpo. A mãe por meio do manejo – *handling* – com o bebê, dos cuidados diários, da expressão afetiva no atender às necessidades de movimento, de expressão e cuidados corporais, facilita a relação entre sensações cutâneas e musculares com a psique fazendo a ligação psique-soma. Afirma ainda que as dificuldades ou retardos iniciais na personalização relacionam-se aos fenômenos psicóticos da despersonalização.

No início do desenvolvimento existe apenas corpo, não havendo distinção entre psique e soma. Gradualmente os processos da psique e do soma começam uma inter-relação recíproca, formando o esquema corporal, sendo de acordo com Winnicott (1949) a psique:

A elaboração imaginativa de partes, sentimentos, e funções somáticas, isto é, da vivência física (...) em um estágio posterior, o corpo vivo, com seus limites, e com um interior e um exterior, é sentido pelo indivíduo como formando o cerne do self imaginativo. (WINNICOTT, 1949, p.411).

O autor explica que se forma uma membrana limitadora entre o *Eu* e *não-eu*, o início da sensação de “*eu sou*”.

O autor continua descrevendo que a mente é uma função da psique-soma e vem compensar as deficiências do ambiente, quando há irregularidades e atrasos nos cuidados maternos. Quando a mãe é suficientemente boa há uma compensação adaptativa da mente às suas falhas relativas, resultando em compreensão. Se as deficiências ambientais tornam-se repetidas e contínuas há uma hipertrofia da atividade mental. O pensamento passa a controlar, organizar e prever passando a desempenhar a função dos cuidados maternos. A mente opõe-se à relação psique-soma, ficando algo separado, com vida própria, criando uma relação patológica. Essa defesa centrada na mente desenvolve o falso self e pode trazer várias dificuldades, como dependência da mãe real, doenças psicossomáticas,

despersonalização e até estados confusionais. As doenças psicossomáticas seriam uma tentativa de reconstituir a relação psique-soma.

2.5.4 Apresentação dos objetos e realização

Neste estágio de realização Winnicott (1945) aponta que o indivíduo faz o caminho da onipotência até o princípio da realidade a partir da apresentação de objetos por parte da mãe. Tal fase é bem sucedida quando há uma adaptação ativa da mãe nesta fase de dependência absoluta do bebê.

Winnicott (1951, 1975) lembra que a mãe apresenta o seio no momento exato em que ele dá sinais de suas necessidades. Informa que a repetição desse gesto dá a sensação ao infante de que o seio é criação sua, passando a ser um fenômeno subjetivo. A mãe dá então oportunidade do bebê ter a ilusão que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar, havendo uma sobreposição entre o que a mãe proporciona e o que a criança poderia conceber. Assim a mãe permite então que o bebê tenha o seio como parte de si mesmo, estando sob o seu controle mágico e tendo a experiência da ilusão e onipotência. O mesmo se aplica aos cuidados infantis em geral. O autor pontua que essa experiência constitui a criatividade primária.

O autor continua mostrando que gradativamente a mãe vai desiludindo a criança na medida em que ele pode tolerar a frustração e a espera. A oportunidade anterior da ilusão é importante para que o processo de desilusão seja satisfatório. Aponta os meios que o bebê possui para lidar com o fracasso materno ou a adaptação relativa sem traumas: o limite temporal para a frustração curta; um crescente sentido de processo; primórdios da atividade mental; empregos de satisfações auto-eróticas; recordar, viver, fantasiar, sonhar; integração do passado, presente e futuro.

Para Winnicott, o processo de desilusão é anterior ao desmame e prepara a criança para esta fase precedente. A desilusão gradativa traz ganhos no sentido de tornar reais os objetos, experimentar uma relação com a realidade externa, formando uma concepção dessa realidade, a percepção objetiva. A relação de fusão mãe-bebê, no sentido de continuidade, dá lugar à contigüidade, onde o bebê delimita o self dos objetos externos.

No estudo desses processos da interação do bebê na sua situação de dependência absoluta em relação aos cuidados da mãe-ambiente, Winnicott destaca duas idéias fundamentais para a compreensão da saúde mental e suas patologias: o objeto transicional e o falso e verdadeiro self.

2.5.5 Objeto transicional – fenômenos transicionais

Na passagem do objeto subjetivamente concebido para o objetivamente percebido Winnicott (1951, 1975) propõe uma terceira área entre a realidade externa e interna, o espaço intermediário da experiência, do brincar e do jogo, que define como espaço transicional, criador da realidade e, posteriormente, relacionado também à experiência cultural.

O autor comenta que os fenômenos transicionais iniciam dos quatro a seis meses até doze meses de idade. O objeto transicional representa a primeira possessão “*não eu*”. Está relacionado inicialmente com fenômenos auto-eróticos de sugar o polegar ou o punho e em seguida com os primeiros brinquedos, bichinhos ou equivalentes. O objeto transicional está fundamentado na ilusão do bebê de criar o mundo, criar o que lhe é apresentado, o que está fora. Criar algo que já existe é o paradoxo que não deve ser resolvido, não pode ser desmanchado, pois está na base do processo criativo. A área da ilusão por sua vez fornece também o sentido para os objetos, pois é a concepção subjetiva que dá existência aos mesmos. Cria-se a ilusão e depois há posse do objeto.

Segundo o autor, o objeto transicional caracteriza-se pela possessão, a onipotência; pode ser tanto acariciado e amado como mutilado, sobrevivendo ao amor e ao ódio; tem realidade própria, como textura, cor; não vem nem do exterior nem do interior, ocupa um espaço potencial; é acompanhado por fenômenos transicionais como ruídos, movimentos do bebê e podem estar vinculados à atividade de pensar e fantasiar; passa do controle mágico para o controle pela manipulação, envolvendo o erotismo muscular e o prazer de coordenação.

Tem como função auxiliar na transição entre a realidade interna e externa. Por meio do jogo e do brincar a criança aprende a conviver com a tensão advinda da separação entre mundo interno e mundo externo. Constitui uma defesa contra a ansiedade, e citando Illingworth² (1951), sublinha especialmente a do tipo depressivo.

Trata-se de uma área que não é disputada, porque nenhuma reivindicação é feita em seu nome, exceto que ela exista como lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas. (WINNICOTT 1951, p.391).

Continuando, Winnicott assinala que gradativamente os objetos transicionais são descatezizados, perdem o significado, e o espaço intermediário espalha-se por todo o campo cultural, nas realizações artísticas, na religião, na filosofia, no trabalho científico criador. Como psicopatologia ligada a esta fase temos a adicção, fetichismo, pseudologia fantástica e roubo.

Winnicott (1951) também propõe o objeto transicional como precursor do símbolo, nesta ponte entre o subjetivo e objetivo, facilitando o processo de aceitar diferença e similaridade, distinguindo entre fantasia e fato, entre criatividade primária e percepção.

² ILLINGWORTH, R.S. Sleep disturbances in young children. British Medical Journal, 1951

Aponta também uma associação estreita entre o brincar e a fantasia e o sonho e a imaginação ativa.

2.5.6 Verdadeiro *self* e falso *self*

Winnicott (1970) admite uma determinada incerteza em relação ao conceito de *self*, mas dá direcionamentos que o diferem do eu enquanto esquema corporal e do ego. Diz que *self* “é a pessoa que é eu, que é apenas eu, que possui uma totalidade baseada no processo de maturação” (Winnicott, 1970, p.210). Explica que é formado por partes que se aglutinam em um movimento do interior para o exterior no curso do processo maturacional, e pela soma das identificações que constituem a realidade interna psíquica viva.

Para o autor o verdadeiro *self* associa-se à criatividade, espontaneidade, à discriminação entre o externo e interno, e resulta de uma adaptação ativa da mãe na fase de dependência absoluta. O falso *self* nasce como uma defesa contra a invasão do ambiente, a exploração, quando fracassa a adaptação ativa da mãe, e adquire um aspecto de submissão e complacência ao meio ambiente, no objetivo de proteger o verdadeiro *self* da sensação de aniquilamento.

2.5.7 Psicose, regressão e *setting* terapêutico

Nemirovsky (1999) em estudo sobre a compreensão e tratamento das psicoses e outras patologias graves, a partir dos aportes de Winnicott, aponta a importância do contexto vincular na formação de diagnóstico e prognóstico do paciente. Pontua que a compreensão das reações afetivas do sujeito, sua conduta, requer antes o conhecimento da cultura onde está inserido com seus códigos locais, do ambiente onde se processa o tratamento e da relação terapêutica.

O autor afirma que só um novo vínculo pode reparar danos patológicos provenientes das primeiras relações significativas, geradores de sintomas e dentro de um ambiente que produza o mínimo de reações adversas. Com base nas concepções winnicottianas, refere-se às necessidades infantis precoces, não satisfeitas, que permanecem congeladas à espera de um novo objeto. Este novo vínculo tem assim como função propiciar o não vivido, que será posteriormente integrado ao self. A este processo chama de edição, formação do novo, diferenciando do termo reedição, pautado na modificação de situações antigas.

No trabalho analítico Winnicott (1955) dá ênfase ao setting terapêutico na abordagem de pacientes com problemas de identificação primária, para os quais a adaptação ambiental não foi suficientemente boa para estruturação do ego, prevalecendo o que chama de falso self. Para o autor o analista deve oferecer uma adaptação suficientemente boa, permitindo que o verdadeiro self oculto comece a emergir, sendo capaz de assumir os riscos da experiência vivida. Mostra ainda que nesses casos o foco deve dirigir-se aos conteúdos iniciais do desenvolvimento emocional, chamados precoces ou primitivos e não aos conteúdos profundos (Winnicott, 1957).

Nemirovsky (1999) nos esclarece a posição winnicottiana, na qual o primitivo advém da adaptação ativa na fase de dependência absoluta; não faz parte do self, mas funciona como uma rede sustentadora a partir da qual o indivíduo inicia sua história. A partir da experiência, o conteúdo profundo vai se instalando como conteúdo do self e formando o mundo interno. Para Nemirovsky, a relação primitivo/profundo equivale a continente/conteúdo, contexto/texto.

Explica que enquanto conteúdos profundos relacionam-se a conflitos edípicos, com ambivalência, culpa, mecanismos de repressão, os conteúdos precoces representam

déficits ambientais que levaram a falhas na estruturação do ego e no desenvolvimento do verdadeiro self.

Baseando-se nesta diferenciação entre conflitos edípicos e déficits ambientais, Winnicott (1954) formula sua psicopatologia clínica agrupando os pacientes em neuróticos, depressivos e pré-depressivos. Neuróticos são pessoas com dificuldades nas relações interpessoais e funcionam como pessoas totais, sem falhas significativas na fase do desenvolvimento primitivo; segue assim as técnicas freudianas de análise, com base no Complexo de Édipo. Os depressivos – ao recém adquirir o *status* de pessoa total – estão às voltas com os sentimentos de amor e ódio, elaboração das fantasias destrutivas e ao reconhecimento da dependência; equivale à fase de desmame e à posição depressiva de Melaine Klein e requerem a análise do humor. Os pré-depressivos são aqueles que não operam como pessoas totais por não terem desenvolvido a personalidade como uma entidade nos estádios primitivos, por déficits no meio ambiente; estamos diante da psicose e para esses pacientes a ênfase está na provisão e manutenção do *setting* em detrimento da interpretação.

Winnicott (1954) define a psicose como uma organização defensiva do falso self com o objetivo de defender o verdadeiro self. Comenta que encontramos pacientes com defesas caóticas, os mais regredidos clinicamente e aqueles com uma aparente saúde, com defesas mais organizadas, mas com sensações de irrealidade e futilidade. Ser mais regredido não significa ser mais doente, porém mais difícil são os que têm defesas rígidas organizadas. Mostra que a vivência de um colapso (*breakdown*) e a regressão estão mais perto da cura, do encontro com o verdadeiro self. A psicose só pode ser aliviada por um processo de regressão e uma provisão ambiental que lhe responda adequadamente. A regressão nesses pacientes relaciona-se primordialmente às fases iniciais de adaptação

ambiental, sendo uma regressão à dependência e não especificamente aos pontos de fixação das experiências pulsionais do indivíduo.

O autor continua explicando que há uma capacidade latente para regressão alicerçada na esperança ou crença de que déficits ambientais sejam corrigidos. O indivíduo possui a capacidade de congelar situações de fracasso, para descongelar em um momento propício, quando houver um ambiente favorável para uma adaptação adequada. Argumenta ainda que a regressão também pressupõe uma organização egóica complexa que se formou a partir de defesas do falso self. O falso self funciona como zelador do self, em face às falhas ambientais e ameaça do caos, mas deixa uma sensação de irrealidade e futilidade. Na regressão o papel de zelador passa a ser assumido pelo terapeuta, permitindo ao paciente a busca do verdadeiro self. No entanto, no caso de pessoas muito doentes, com nível mínimo de esperança, o terapeuta pode ter a iniciativa de apresentar uma boa maternagem. Essa esperança explica as recuperações espontâneas da psicose, o que não acontece nas neuroses.

Em outras palavras, a psicose está intimamente relacionada à saúde, na qual incontáveis situações de fracasso ambiental são congeladas, sendo, porém, atingidas e descongeladas pelos vários fenômenos da vida cotidiana, como amizades, cuidados dispensados durante uma saúde física, poesia etc. (Winnicott, 1954, p.466).

Segundo o autor a regressão representa um processo de cura ou auto-cura.

Nemirovsky (1999) chama a este processo de edição, no lugar da reedição do enquadre psicanalítico. Nemirovsky (2003) aponta a importância da atitude analítica e de outros elementos que estão a serviço das necessidades do paciente, como se manter calmo, a capacidade de empatizar, estimular no paciente um sistema reflexivo, oferecendo seus pensamentos, os componentes pré-verbais, e para-verbais das mensagens, oferecer reconhecimento, asseguramento, reflexo, sustentação, atenção, atitude analítica. A este

enquadre Winnicott (1964) também chama de condução porque muitas vezes são necessárias ações como entrar em contato com família, cônjuge, médico ou, ao ter de se afastar, deixar telefone onde possa ser encontrado.

O comportamento do analista quando se adapta às necessidades do paciente é percebido pelo paciente como algo que lhe dá esperança de que o verdadeiro self pode finalmente enfrentar os riscos de experimentar a vida. (Winnicott 1955)

Nemirovsky (2003) afirma que o enquadre tradicional da psicanálise possui parâmetros formais bem estabelecidos em termos de local, horário, honorários onde se prevê uma estabilidade e a interpretação é o foco. De forma diversa, no que denomina marco, a estabilidade se dá pela confiança e afetividade adequadas, podendo as variáveis de tempo, espaço serem modificáveis de acordo com a necessidade.

O autor acima referenciado acredita que os conteúdos mais profundos (fase edípica) aparecerão apenas e na medida em que o analista permite a reparação dessas falhas no desenvolvimento, de necessidades não supridas, da história não editada.

E finalmente conclui que o analista assume então a função de mãe-meio ambiente. A transferência é fusional com base nas necessidades, e, com o analista, o paciente pode viver as primeiras fases de desenvolvimento e atingir a integração.

2.6 Síntese sobre os vínculos e o processo de individuação

Considerou-se neste capítulo a individuação como função da vivência nos vínculos. Na teoria moreniana a individuação ocorre por meio da integração dos papéis psicossomáticos, psicodramáticos e sociais, sendo importante na infância a função de ego auxiliar da mãe na relação com o bebê. A individuação processa-se em fases de matriz de identidade, em que a relação com o outro permite a saída da indiferenciação eu-tu para sua separação e capacidade de inversão de papéis, o que propicia a expansão do self. Na crise

psicótica observa-se a ruptura dos papéis sociais, quando o indivíduo perde a capacidade de desempenhar seu próprio papel. Não sendo *eu* não encontra o *tu*, diminui o *tele* e volta-se para seu mundo interno e vínculos transferenciais. A individuação é um processo contínuo desde a matriz de identidade primária – como a família – até os grupos sociais e terapêuticos considerados matrizes de identidade secundárias.

Para Winnicott a individuação está ligada às primeiras relações mãe-bebê que favorece o processo maturacional de integração, personalização e realização, possibilitando o desenvolvimento da identidade primária, das primeiras identificações e do verdadeiro self. A crise psíquica que chama de *breakdown* advém da ruptura na sensação de continuidade de ser e existir, quando as defesas do falso self, que protegiam o verdadeiro self, não são mais efetivas. A esta ruptura o autor associa as *agonias imagináveis*, necessitando o indivíduo em crise de uma relação de continência para que o verdadeiro self possa emergir.

Os vínculos apontam direções e significados, podendo ser fonte de conflitos ou enfrentando-se e assimilando-se as diferenças chega-se a ao estado vincular ou alteridade. O ser é constituído por diferentes vínculos, os intra-subjetivos, intersubjetivos e trans-subjetivos existindo espaços psíquicos diferenciados e mecanismos de ação em relação a cada um deles.

Para Pichon-Rivière, a terapia dos vínculos deve investigar o âmbito psicossocial, sócio-dinâmico e institucional, dentro da perspectiva dialética de constante interação entre vínculos internos e externos.

Veremos nos próximos capítulos como os vínculos na família e os vínculos sociais favorecem ou trazem obstáculos na constituição do indivíduo.

Quadro 2 – Individuação: Winnicott x Moreno

| Winnicott | Moreno |
|--|--|
| Integração dos papéis psicossomáticos psicodramáticos e sociais acompanhado dos elementos espontaneidade, criatividade e tele | Processo maturacional: integração personalização e realização |
| Expansão do <i>self</i> por meio da inversão de papéis. | Desenvolvimento do verdadeiro self; self como a soma das identificações. |
| Formação do eu por meio dos vínculos que se conectam pelos papéis. | Formação do eu por meio da relação mãe e bebê. |
| O eu se torna presente na presença do tu, por meio do encontro onde há mutualidade e reciprocidade. Na vida infantil a mãe desenvolve o papel de ego auxiliar do bebê. | A mãe desenvolve uma preocupação materna primária, e fornece uma adaptação ativa ao bebê, “adivinhandando” suas necessidades. |
| A individuação ocorre por meio da matriz de identidade que vai da indiferenciação à inversão de papéis. a criança estabelece a brecha fantasia-realidade por meio do jogo, do lúdico, quando imita e faz a pré-inversão de papéis. | A criança separa fantasia-realidade por meio do objeto e fenômeno transicionais: área da ilusão onde o objeto é concebido subjetivamente para depois ser percebido objetivamente. |
| A área do jogo, do lúdico, permite o desenvolvimento da espontaneidade e criatividade. | A área do jogo e dos fenômenos transicionais transformam-se nas realizações culturais, artísticas, profissionais. |
| Psicose: sob um sinal de alarme o indivíduo infla os limites do eu como reação de defesa não sendo possível a vinculação com o contra-papel. Há uma regressão com volta para o mundo interno, e suspensão da brecha fantasia- realidade. O eu busca um tu no mundo delirante. Viver novamente as primeiras fases da matriz de identidade no espaço do “como se” restabelecendo a brecha fantasia-realidade e separação eu-tu é o caminho da cura. | O <i>breakdown</i> ou colapso representa ameaça na continuidade do ser, formam-se defesas primitivas. A regressão é um sinal de esperança de encontrar um meio ambiente favorável (relação continente) para a retomada do processo de maturação e busca do verdadeiro self. |

CAPÍTULO 3 – VÍNCULOS E FAMÍLIA

Este capítulo tem como objetivo estudar os vínculos familiares como importantes fatores do processo de individuação de seus membros, com seus elementos impeditivos e facilitadores da diferenciação do self.

A família como elemento de constituição da individualidade tem sido estudada por muitos, a partir da dimensão relacional como inconsciente, oferecendo uma visão complexa que nos permite avaliar os pontos críticos do sofrimento vincular que resultam em intenso sofrimento psíquico. Costa (2003) propõe o estudo da família a partir da confluência de dois eixos fundamentais, conforme descrito a seguir:

O sincrônico, que fala do aqui-e-agora, do modo de funcionamento concreto, imediato e lida com a dimensão consciente da relação; e o diacrônico, dinâmico, histórico, aprofundado e mais voltado para o funcionamento inconsciente. (COSTA, 2003, p.4).

Nesse estudo, a visão sincrônica foi elucidada pela teoria familiar de base sistêmica, em que a família é vista como um sistema aberto pertencente a um sistema maior ou macrosistema, onde se insere a cultura no seu contexto sócio-político-econômico. A individuação vai ser influenciada tanto pela estrutura interna da família como pela relação da família com outros sistemas como escola, igreja e instituições diversas.

O eixo diacrônico do estudo da formação familiar foi estudado principalmente pelas teorias de família de base psicanalítica, a partir das quais podemos compreender a formação da identidade a partir de processos inconscientes tanto da família atual como transgeracionais.

A terapia familiar em ambas as abordagens, sistêmica e psicanalítica, nasceu da necessidade de alternativas para os pacientes psicóticos que no período pós-guerra superlotavam os hospitais (EIGUER, 1985). O autor aponta que a cronicidade e as

estruturas narcísicas chamaram a atenção de analistas e não-analistas que formularam suas teorias e técnicas. Enquanto Théodore Litz pesquisou sobre a posição do pai na família do esquizofrênico, Fromm-Reichman elaborou a teoria sobre a “mãe esquizofrenogênica”; L. Wynne (citados por Eiguer, 1985; Costa, 1990) descobre a relação de pseudomutualidade na família de psicóticos. Como comenta Costa (1990), Bateson, Jackson, Haley e Weakland elaboram a teoria do duplo vínculo, e Laing traz o conceito de mistificação.

Para esse estudo do paciente em crise e seu contexto relacional tornou-se importante a visão complexa da família, e para isso utilizamos no aspecto relacional a abordagem estrutural de Minuchin (1982), o estudo dos jogos na família de pacientes psicóticos de Palazolli *et al.* (1998); e na visão psicanalítica os aportes de Berenstein (1988) e Eiguer (1985) e no aspecto transgeracional Bowen (1976), Boszormenyi-Nagy (1985) e Stierlin citado por Elkaïm (1998) e Costa (1990).

3.1 Família enquanto sistema: estrutura e relações

Minuchin (1982) considera a família a matriz de identidade do indivíduo, lugar onde ocorrem as experiências de identidade com seus dois elementos: pertencimento e ser separado. Para o autor, o sentido de pertencimento de um indivíduo advém do pertencimento a uma determinada família, enquanto o sentido de individuação e de separação por sua vez resulta da participação nos diferentes subsistemas da família e na participação em outros grupos extra-familiares.

O autor indica que a estrutura e o funcionamento da família nos oferecem diretrizes claras para o diagnóstico e tratamento. Compreende o sistema familiar como formado por subsistemas cujas interações e fronteiras que os delimitam são pontos básicos para a compreensão da dinâmica familiar. Afirma que os padrões de interação são constituídos por seqüência de comportamento e atitudes repetidas; papéis ou funções que

são recíprocos ou complementares, regras explícitas e veladas, relações de autoridade ou hierarquia, expectativas e relações de poder.

Distingue-se na família três subsistemas básicos, o conjugal, o parental e o fraternal em que os membros se reúnem para satisfação de necessidades e realização de suas funções (MINUCHIN, 1982). O autor explica que o subsistema conjugal é formado pela relação de casal, com seus níveis próprios de complementaridade, interdependência e acomodação mútua das diferentes características; pode haver apoio à criatividade e às diferentes funções ou um parceiro pode estimular aspectos negativos do outro por meio da desqualificação, ou adotar padrões de dependência-proteção. Indica que o subsistema parental é formado pelas relações pais-filhos e tem as funções de nutrir, guiar, controlar, cuidados com a educação e socialização e que o padrão de interação neste subsistema pode favorecer a autonomia e independência ou a manutenção da dependência. Pontua que o subsistema fraterno, formado pelos irmãos, comporta as primeiras relações sociais com os iguais com experiências de cooperação, negociação, competição, diferentes jogos de poder e escolha de bode expiatório, e que estas primeiras experiências tornam-se significativas na relação posterior com outros grupos. O autor ainda lembra que os subsistemas também podem ser determinados por sexo, interesse e funções, formados de um só indivíduo, de díades e triângulos, além do que cada pessoa pode desempenhar diferentes papéis nos diferentes subgrupos, com diferentes níveis de poder e de complementaridade.

Os sistemas e subsistemas são delimitados por fronteiras que regulam as inter-relações entre os indivíduos por meio de regras explícitas ou implícitas e asseguram a sua diferenciação (MINUCHIN, 1982). O autor explica que as fronteiras protegem a autonomia da família e de seus subsistemas, demarcam a hierarquia, o exercício de autoridade e poder entre seus membros e oferece a justa medida entre proximidade e

afastamento. Comenta que ao mesmo tempo em que auxilia no processo de diferenciação, oferece um sentido de pertencimento, estimulando apoio e solidariedade, criando limites para a expressão de conflitos e competições.

O autor aponta que o bom funcionamento da família requer a existência de fronteiras nítidas entre os subsistemas e da família com o sistema maior, ou social, ao passo que fronteiras emaranhadas ou difusas, ou fronteiras rígidas dificultam o processo de adaptação às novas situações.

Ainda segundo Minuchin (1982), a família emaranhada possui maior nível de interação entre os membros, e tende a oferecer apoio mútuo com mais presteza em horas de estresse ou dificuldades. No entanto, com suas fronteiras difusas e sem limites claros nas suas funções tende à fusão, criando dificuldades de autonomia e independência. Diz ainda que a instabilidade e tensões em um indivíduo ou subsistema exercem influência excessiva nos demais, o que torna o processo de adaptação à mudança deficitária, sendo maior a tendência à manutenção do “*status quo*” maior.

O autor supracitado entende que as famílias desligadas, tendo como característica suas fronteiras rígidas, estimulam a autonomia e independência, podendo haver maior diferenciação entre seus membros, mas pode prejudicar o sentimento de pertencimento, lealdade, e de pedido de ajuda nas horas mais difíceis, além de criar um distanciamento emocional.

Na formação de fronteiras, de acordo com o autor, podemos também observar formas disfuncionais de resolução de conflitos, como a coalizão e o desvio. Na coalizão dois ou mais membros podem unir-se contra um indivíduo, por exemplo, a mãe pode se unir com um dos filhos contra o pai. Explica que o desvio na formação de fronteiras pode levar a formação de bode expiatório, por exemplo, pais podem projetar nos filhos os

conflitos que não conseguem resolver entre si; conflitos no casal podem também ser desviados por meio de preocupação excessiva com um dos filhos vitimizandoo.

O terapeuta familiar estrutural exerce a função de um reparador de fronteiras (GOLDBETER-MERINFELD, 1998) tais como: problemas na delimitação de intimidade do casal em relação aos filhos, a relação de autoridade assumida indevidamente por um dos filhos, permissão para que as crianças possam adquirir independência de acordo com o seu ciclo de vida, e o respeito às escolhas pessoais e diferenças. O autor indica que a boa delimitação dos subsistemas entre si, como do sistema familiar com a família de origem, oferece melhores condições para a funcionalidade da família na resolução de dificuldades, na superação das ansiedades naturais dos processos de mudança e no processo de adaptação. Lembra que o casal precisa separar-se da família anterior, e formar nova estrutura com nova delimitação de fronteiras. Muitos conflitos, adverte o autor, advêm da necessidade de manutenção de estruturas da família de origem, principalmente quando há divergência na experiência anterior entre os cônjuges. Assim acredita que o sintoma e a sua manutenção devem ser avaliados com relação aos padrões familiares, sempre se considerando o contexto. E finalmente lembra que o sintoma indica disfuncionalidade das relações de um sistema, que não está em nenhuma parte isoladamente, mas na interdependência entre os vários subsistemas ou na relação com o macrosistema.

Sem adotar uma posição determinista entre funcionamento familiar e distúrbios mentais, Minuchin (1982) assinala que pode acontecer de o problema estar no indivíduo, assim como no contexto social. E propõe a análise da interinfluência entre os diferentes contextos. Para o autor embora a família seja a matriz psicossocial, está inserida em uma cultura em permanente transformação, e a complementaridade leva a mudanças na estrutura familiar e nas suas funções em lugares e épocas diferentes.

Para uma adequada intervenção e compreensão do estresse familiar, esta deve ser vista em movimento e analisada como se adapta às novas situações, em resposta a pressões internas vindas de mudanças evolutivas, ou a forças externas que podem atuar em um dos membros ou na família como um todo (Minuchin, 1982; Minuchin & Fishman, 1990).

Minuchin e Fishman (1990) apontam que a mudança no sistema familiar requer a co-participação do terapeuta quando este, entre outras técnicas, adota a postura de introduzir-se no sistema familiar. Indicam que o terapeuta pode adotar posições medianas, de proximidade ou de distância, e até fazer coalizões temporárias para mudança nas relações. Dessa forma ponderam que não só a família pode se sentir mais compreendida, mas experimentar novas formas de relações a partir do sistema terapêutico.

As diferentes configurações que o sistema e os subsistemas adotam em um momento de conflito ou mudança podem se tornar patológicas quando impedem o desenvolvimento de um dos seus membros de acordo com o seu ciclo de vida. A família perde sua função de matriz de identidade importante para a individuação e socialização.

Ao lado de conflitos, cisão, coalizão, fusão, outros jogos patológicos podem entrar em cena. Em pesquisa com famílias com membro psicótico em idade juvenil, alguns jogos foram identificados por Palazzoli *et al.* (1998). Estes autores propõem um modelo para a formação da psicose a partir da interação familiar composto de seis etapas: o impasse no casal conjugal, o enredamento do filho no jogo do casal, o comportamento inusitado do filho, a reviravolta do suposto aliado, a explosão da psicose e as estratégias baseadas nos sintomas.

Para os autores, a situação de impasse do casal é caracterizada por conflito no casal em que a luta é seguida por movimentos de evitar a ruptura, não podendo haver ganhador nem perdedor. Informam que quando um dos parceiros coloca-se na situação de

ataque, antes do desfecho, resolução ou definição de posições o outro faz um contra-movimento até o ponto apenas de manter a disputa. Assim, as vantagens no jogo são sempre retiradas pelo outro – de forma ativa ou passiva – e permanece o impasse.

A segunda etapa do jogo, de acordo com os autores, forma-se a partir do enredamento do filho no jogo do casal: o filho envolve-se com o conflito dos pais, tentando modificar o comportamento do provocador ativo, ou por ser alvo também das agressões ou por atitudes de sedução encoberta do provocador passivo ou por movimentos próprios de apoio ao que se põe no lugar de vítima. Lembram, no entanto, que a promessa própria da sedução nunca se cumpre, permanecendo ambígua, sempre adiada, permanecendo o filho preso a esse jogo.

Em seguida mostram que na terceira etapa o filho consegue manifestar a sua posição a favor da aparente vítima e expressa um comportamento violento ou contestador em relação ao provocador ativo, com intenções de rebelar-se, de mostrar ao seu aliado como deveria fazer, ou mesmo na busca de autonomia. No entanto, comentam, o filho não alcança seus objetivos, o provocador não muda sua situação em favor do filho e o perdedor não muda sua postura passiva. A complicação maior aparece quando o suposto aliado volta-se contra o filho em uma coalizão com o suposto inimigo, o que Palazzoli *et al.* (1998) consideram a quarta etapa.

Neste momento o filho sente-se traído, sozinho, aparecendo junto à depressão e à sensação de impotência uma fúria destrutiva e um desejo de vingança: a confusão psicótica o invade, e “os fundamentos lógicos do mundo e de seus significados foram revirados pelo avesso, visto que as previsões que se consideravam certas demonstraram estar erradas” (PALAZZOLI *et al.*, 1998, p.209). Os autores sinalizam que se perde a coerência do mundo cognitivo e afetivo. A sintomatologia psicótica então será sua arma

para conseguir a vitória, dominando o vencedor e mostrando sua força ao perdedor, configurando a quinta etapa.

Os autores mostram o jogo psicótico quando no momento em que o filho explode em uma psicose, o seu aparente aliado forma uma coalizão com o outro cônjuge, voltando-se contra aquele filho. Ao passar o surto o jogo volta à posição inicial, retomando-se à antiga coalizão filho-aparente perdedor, que se rompe novamente em momento de novos surtos. Na verdade, comentam, o filho é apenas um instrumento no jogo do casal e as aparentes alianças um imbróglio. Esta sexta etapa, das estratégias baseadas no sintoma, leva ao processo de cronificação: “cada membro da família organizou a sua própria estratégia em torno do sintoma do filho, que tem o efeito pragmático de mantê-lo” (PALAZZOLI *et al.*, 1998, p. 210).

Esses jogos psicóticos, advertem os autores, não se resumem à tríade pai-mãe-filho. Nas famílias com irmãos os jogos psicóticos se estendem para a fratria, que também entra na formação de coalizões, em busca de prestígio, de alianças. Os autores apontam que os conflitos entre os irmãos são mais facilmente identificados, aparecendo na linha de frente dos conflitos familiares. Da mesma forma, membros de família extensa podem tomar parte dos *imbrogli* interativos, acrescentam.

Os autores conseguem demonstrar por meio dos resultados de sua pesquisa não só o processo interativo que dá origem à psicose como conseguem também sinalizar como as configurações familiares podem indicar o curso que o surto psicótico pode tomar, seja de cronificação ou remissão dos sintomas, o que usualmente é chamado de remissão espontânea:

A partir do momento em que a psicose explode, a família pode pôr em prática intervenções para a mudança. Em alguns casos, podemos supor que elas se cumpram exclusivamente dentro da família: não se pode excluir a possibilidade

de que o protesto psicótico dramático obtenha algum efeito real de transformação e, com isso, vá se atenuando gradualmente até desaparecer. Poderíamos explicar dessa maneira alguns episódios psicóticos que, às vezes, manifestam-se em adolescentes e jovens, e parecem regredir “espontaneamente” e sem deixar vestígios (PALAZZOLI *et al*, 1998 p. 209).

No entanto os autores comentam que mais freqüentemente a mudança nas relações e a extinção do jogo têm o auxílio de terceiros, normalmente de pessoas especializadas.

Enquanto a visão sistêmica nos permite uma visão das configurações vinculares da família em torno de suas fronteiras e limites, suas modificações e os jogos relacionais que se formam nas diferentes situações, a abordagem psicanalítica tem o foco nos aspectos inconscientes da formação e funcionamento do grupo familiar, o que veremos a seguir.

3.2 Família e inconsciente

Um importante segmento dos terapeutas de família de base psicanalítica partiu de conceitos das teorias dos grupos elaboradas por W. Bion, D. Anzieu, R. Kaës e colaboradores, onde se inserem Eiguer, Ruffiot e Kaës (Eiguer, 1985).

Para este estudo utilizaremos os aportes de Eiguer, relativos à identificação dos organizadores inconscientes do grupo familiar, aos aspectos do processo evolutivo da adolescência e à família de psicóticos.

3.2.1 Organizadores familiares inconscientes e o processo evolutivo

Eiguer (1985) fala do processo evolutivo do ser humano, sendo a psicose uma negação dessa evolução. Enfatiza a passagem da adolescência para a maturidade como processada por situações de crise, rupturas, com suas virtualidades próprias da mudança de ciclo de vida. Explica a incidência nessa fase das psicoses, principalmente da esquizofrenia, como resultado do fracasso da crise, da impossibilidade dessa transição, e

observa que outros membros da família também vivem este modelo mítico da negação do processo de evolução.

Ele aponta três organizadores na formação da família responsáveis pela maturação psicológica de seus membros: o eu familiar, a escolha do objeto e a interfantasmática. A relação entre esses organizadores indica, para o autor, três tipos de família, a saber: a normal, estruturada pela castração; a depressiva baseada no temor do objeto; e a narcísica, ou psicótica, regida pelo vazio e ilusão.

O autor indica que o eu familiar é formado pelo sentimento de pertença, pelo habitat interior e ideal de ego coletivo e que na família do psicótico o sentimento de pertença é fragilizado.

A relação de objeto para o autor refere-se à escolha inconsciente do parceiro conjugal a partir de vivências da fase edípica, que podem ser narcísica, edípica ou anaclítica. Ele observa na família de psicóticos uma organização a partir de escolha objetal narcísica, tendo os pais também predominantes traços de narcisismo patológico em relação aos filhos. Sinaliza que fica prejudicada a percepção e sensibilidade em relação às necessidades e demanda do outro, acrescida de rejeição às mudanças, de forma a manter o espelho narcísico relacional – só é aceita uma imagem idêntica, o outro existe para seu próprio reflexo. São ameaçadoras as diferenças na forma de pensar, agir, sentir, e muitas vezes – “seus filhos não podem existir fora de seu próprio desejo nem de sua ambição” (EIGUER, 1985, p. 86).

Considera ainda a negação de diferenças esterilizante para o desenvolvimento dos indivíduos e cita Ruffiot que identifica este fenômeno como uniformização, resultante do temor das diferenças de gerações, de sexos ou mesmo de temperamentos, a partir de fantasias inconscientes de aniquilação e despedaçamento. Comenta que várias situações

podem decorrer da negação de diferenças: paternalização, quando os filhos passam a ocupar o lugar e desempenhar os papéis de adultos, infantilização, acentuando-se a dependência e vulnerabilidade, entre outras. Observa que há um controle onipotente dos pais, que evitam sofrimento de luto e perda pela independência e partida dos filhos.

Em relação à interfantasmática, Eiguer (1985) faz uma diferença entre famílias não psicóticas e famílias psicóticas. Nas primeiras as dificuldades são mais visíveis, a vida interfantasmática produz conflitos mais abertos enquanto na família de psicóticos há uma negação dos problemas que passam a ser direcionados para o paciente designado ou, quando os problemas são explicitados e comentados, não conseguem fazer a ligação com a patologia de um dos seus membros, estando comprometida a capacidade de simbolização, o que aumenta a atividade fantasmática. Diz que os fantasmas são de natureza mais primitiva, de devoração, cerceamento. Explica que não há separação e existência de “barreiras-pele” entre os membros da família, e sim uma relação fusional, propícia à dinâmica de invasão e interpenetração; os fantasmas são vivenciados como invasores e a solução defensiva encontrada é a formação de sintomas psicóticos em um de seus membros.

Propõe uma fórmula: “Assim como o sintoma neurótico é um compromisso entre duas instâncias do aparelho psíquico individual, o sintoma psicótico é uma formação de compromisso empregada pelo funcionamento inconsciente familiar” (EIGUER, 1985, p.89). O compromisso, adverte o autor, leva a carga fantasmática a recair em um membro e propiciar um alívio econômico nos outros, que ficam então protegidos do conflito; mesmo que o sintoma psicótico possa ser entendido a partir do funcionamento inconsciente individual, há uma inscrição familiar no funcionamento psicopatológico do paciente.

3.2.2 A família enquanto estrutura inconsciente

Berenstein (1988) entende a família como uma estrutura inconsciente e toma como base não só a psicanálise como também o estruturalismo desenvolvido por Lévi-Strauss.

Berenstein (1988) também adota as noções da teoria dos sistemas e da comunicação como totalidade, não somatividade, homeostase, equifinidade, autoregulação, a partir da qual considera a eclosão da psicose como uma tentativa de autoregulação e de busca de homeostase diante de situações de grande tensão ou angústia familiar. Utiliza também a noção de sistema do ponto de vista da lingüística, ao citar Saussure (1968, em Berenstein, 1988), afirmando que da mesma forma que o sistema lingüístico com seus signos é indicado pela relação entre os elementos e não pelos elementos individuais, os integrantes da família ganham significado em relação ao sistema. Refere-se ao corte metodológico entre língua e fala daquele autor e propõe então que na família a língua refere-se “ao conjunto de regras inconscientes, a maior parte das vezes, que regulam o funcionamento do grupo familiar, e a fala às realizações individuais dessas regras inconscientes” (BERENSTEIN, 1988, p. 57).

Considera haver dois tipos de regras inconscientes: as mais genéricas que obedecem às prescrições sociais e antecedem à formação de famílias específicas, como o complexo de Édipo e ideal de *Eu*, e as regras que podem tornar-se conscientes. Explica que estas se referem às regras provenientes das pautas de interação entre os membros de uma determinada família. Lembra que há também as regras conscientes formadas na inter-relação entre as regras inconscientes e sua expressão concreta, que surgem a serviço de contradições que apareçam entre o sistema inconsciente e sua manifestação concreta.

Aponta que a partir da noção de sistema chega-se à noção de estrutura inconsciente:

A estrutura inconsciente corresponde a um modelo no qual combinam-se os membros, de acordo com um projeto, geralmente eficaz, e que tem prescrições para a passagem de um estado ao outro da estrutura. O conhecimento dos diversos estados permite-nos traçar regularidades e desvios da regularidade em relação ao sistema familiar. Na verdade, os estados em que se manifesta a estrutura correspondem ao nível das relações sociais e são descontínuos e diferentes. É ao nível de estrutura, reconstruída depois de aplicar a noção de sistema, que podemos estabelecer a continuidade. A estrutura inconsciente constitui a armação elementar e básica que organiza diversas ordens de produção e suas transformações (BERENSTEIN, 1988, p.60).

O autor assim nos mostra que a estrutura inconsciente cria os modelos de família, com suas formas próprias e que este funcionamento familiar mantém na maioria das vezes sua significação inconsciente e pode ser apreendido pela reconstrução histórica da família. Para o autor, os aspectos explícitos como as normas, por exemplo, que regulam o grupo têm muitas vezes sua origem desconhecida, assim como as condições responsáveis pela manutenção dessas normas. Os núcleos históricos são transmitidos por meio das narrações, dos símbolos e mitos familiares, e possuem coesão apesar de freqüentemente incongruentes com a organização familiar. Ele conclui que os determinantes históricos são formadores do inconsciente e este por sua vez da estrutura familiar.

A estrutura inconsciente para este autor pode ser conhecida e examinada por meio das dimensões espacial e temporal da família, e da escolha dos nomes próprios e suas combinações como relatadas a seguir:

a) nomes próprios – a indicação do nome próprio pode estar relacionada a diversos fatores como identificações religiosas, históricas, outros membros da família, moda, praticidade, e sempre indica uma relação significativa e inconsciente entre o doador e o receptor do nome. Indica a origem da estrutura familiar e o equilíbrio na família entre o lado paterno e materno.

b) espaço familiar – a projeção da família no seu espaço habitacional nos permite, a partir dos aspectos sincrônicos, chegar às dimensões psicológicas da família. Tem efeito de comunicação, sendo a distância, a proximidade e o uso

do espaço um reflexo das configurações vinculares e sua tonalidade afetiva. Está ordenado segundo o modelo das relações familiares inconscientes, mas pode também ser um encobridor da estrutura inconsciente quando organizado de acordo com o modelo consciente das relações.

c) tempo familiar – o tempo permite uma visão diacrônica da estrutura familiar e representa também um objeto semiótico. A dimensão temporal inclui o tempo convencional, cronológico, mítico e inconsciente, e permite a leitura da sucessão e da regularidade dos acontecimentos significativos para uma família, revelando a sua estrutura inconsciente. O tempo convencional do relógio e do calendário obedece a normas e acordos, é sempre presente. O tempo biográfico ou cronológico, evolutivo, refere-se ao passado a partir do qual a família agrupa seus acontecimentos significativos, havendo períodos mais importantes, mais lembrados e outros mais esquecidos. O tempo mítico contém, além da relação temporal antes-depois, a explicação causal dos acontecimentos, a perspectiva teórica, formando relações constantes e invariáveis em que situações semelhantes podem desencadear os mesmos acontecimentos. “Está determinado pela confluência de desejos e conflitos que unem seus membros” (BERENSTEIN, 1988, p.194). Um membro ou alguns membros da família tem a função de marcar o tempo mítico de forma que os acontecimentos se reproduzem na mesma ou em diferentes gerações. O tempo inconsciente por sua vez é não evolutivo, a sucessão de acontecimentos não obedece a um tempo cronológico, são invariáveis como no tempo mítico, mas diferencia-se por ser atemporal, portanto reversível, e refere-se ao sentido dado aos acontecimentos. Vários acontecimentos de épocas diferentes podem agrupar-se em uma mesma significação, sendo a relação sempre atual, e, portanto, o tempo inconsciente sempre presente.

Analisando famílias com membros com adoecimento psíquico, Berenstein (1988) nos mostra uma dinâmica de cisão entre sãos e doentes, o que chama de uma organização cindida entre doente e família. A noção de saúde e doença passa a ter um valor natural e

absoluto, apagando o código de valores subjacentes a estas próprias noções, com determinantes culturais, e que traz a diferenciação entre normal e anormal, adaptação e desadaptação. Este modelo dualista oculta outro modelo com pautas de interação inconscientes. Propõe que a doença mental seja examinada como resultante de intercâmbios no sistema familiar, afastando-a como uma questão individual, a exemplo da psiquiatria tradicional, ou com perspectivas de causalidade linear como mãe ou pai esquizofrenogênicos, por exemplo. Os sintomas devem ser vistos em função do contexto sócio-familiar, que por sua vez indica as normas vigentes e os pontos considerados desvios.

O autor cita Lévi-Strauss (1969) lembrando que no sistema dualista a exemplo de grupos divididos em uma comunidade as relações vão desde hostilidade declarada à intimidade estreita, desde rivalidade à cooperação, e que o sistema dualista regula o princípio geral de reciprocidade. O autor continua dizendo que nas metades divididas são mais comuns os traços de rivalidade e solidariedade. Por exemplo, os cuidados e gastos com um filho doente por um lado desencadeia rivalidade e inveja nos outros filhos. As duas metades formam uma oposição, formam um sistema indissolúvel em que uma parte só é compreendida a partir da outra. Outras interações que existem entre os subsistemas da família passam a ficar encobertos nessa divisão entre sadios e doentes. A organização dualista é resultado de uma sucessão de interações e toma lugar quando outros recursos não conseguem resolver situações anômalas dentro da família. O próprio modelo explicativo da família em relação a essa organização não é plausível, faz parte do sistema e encobre suas contradições e anomalias.

Finalmente, frente a esta organização dualista, Berenstein (1988) indica que a intervenção familiar requer um lento processo de apagar as diferenças entre doentes e seus familiares, definindo sua homogeneidade e apreendendo seus significados latentes.

Assinala que a compreensão do contexto sócio-cultural é imprescindível assim como o rastreamento dos determinantes históricos responsáveis pela estrutura inconsciente, passíveis de reconstrução pelo tempo familiar, escolha de nomes e aspectos sincrônicos ligados ao espaço familiar.

3.3 Família e transmissão transgeracional

3.3.1 Transmissão da angústia na família e diferenciação do *self*

Bowen (1976) nos finais dos anos 50 realizou uma pesquisa com pacientes esquizofrênicos que estavam hospitalizados juntamente com seus familiares. Tomou como base a formulação teórica da simbiose mãe-bebê. Observou que em famílias de pacientes esquizofrênicos, a influência emocional entre os membros, não só da figura materna, é enorme, passando a entender a família como uma unidade emocional. Formulou uma teoria, hoje denominada *Bowen Teoria*, cujo ponto principal reside no grau de diferenciação que as pessoas alcançam entre seu processo emocional e seu processo intelectual. Inicialmente percebeu que na família de esquizofrênicos essa diferenciação era deficitária, e, depois, examinando outras famílias das mais desestruturadas às mais funcionais, percebeu que todas tinham em diversos graus diferenças na forma que emoções e processo intelectual eram fusionais ou diferenciados. Este aspecto levou-o a formular a escala de diferenciação do self, o que se tornou pedra fundamental de sua teoria. Observou que os que melhor distinguem entre as emoções e o funcionamento intelectual são mais capazes de lidar com o estresse, adaptar-se às mudanças e libertar-se dos problemas. Segundo o autor, as emoções mais problemáticas para o autor referem-se às ansiedades crônicas, que levam à formação de sintomas e são contagiosas, no sentido de projetar-se sobre a família e a sociedade.

Para o autor uma parte importante da diferenciação do self refere-se ao trânsito e negociação possível entre o sólido self e pseudo self, nas vivências grupais. Explica que o pseudo self é criado a partir de tensões emocionais e compõem-se de princípios, crenças, filosofias e conhecimentos que são impostos pelos grupos ou sociedade, de acordo com seus valores aos quais o indivíduo se conforma. O sólido self, também formado de princípios e crenças, provém, no entanto, das experiências de cada um. Quanto mais diferenciado o self, mais pode apresentar o sólido self, ficando menos suscetível à fusão, distinguindo melhor entre emoções e funcionamento intelectual.

Este autor considera o distúrbio emocional como o mais profundo processo que envolve a vida humana, e o nome doença emocional deveria ficar no lugar dos termos doença mental ou doença psicológica. Questiona o termo normalidade usado em psiquiatria, e por meio de sua pesquisa com famílias, concluiu diferentemente da psicanálise freudiana que psicose e neurose não são entidades diferentes, mas diferem apenas de grau na escala de diferenciação do self, fazendo parte do mesmo *continuum*.

Com estas bases e a partir de sua experiência clínica, elabora os oito conceitos de sua teoria: processo emocional da família nuclear, escala de diferenciação do self, triangulação, processo de projeção familiar, processo de transmissão multigeracional, posição entre irmãos, rompimento emocional, e processo emocional da sociedade (BOWEN, 1976).

Segundo Papero (1998) e Gilbert (2006) o processo emocional da família nuclear refere-se a conflitos no casal, distanciamento emocional, projeção do problema sobre um dos filhos ou disfunção de um dos cônjuges, quando um deles passa a assumir as funções do outro. Explicam que o distanciamento emocional, por sua vez, quando intensificado

chega ao processo de rompimento emocional, que tanto pode ser físico e real como por meio de mecanismos de evitação do contato apesar da presença física.

De acordo com Gilbert (2006) o nível de projeção familiar é relativo ao grau de angústia vivenciado, é automático e inconsciente, e, no caso de projeção de angústia para os filhos, muitas vezes os pais foram recipientes de angústia de seus pais, e em certo grau acontece em todas as famílias. Indica que quanto mais livre das projeções parentais mais a criança pode alcançar diferenciação do self. Papero (1998) aponta que quando angústias não elaboradas e indiferenciação do self passam para outras gerações, ocorre a transmissão multigeracional. Assim, cada família nuclear recebe como legado um determinado nível de ansiedade vinda das gerações anteriores, que pode ser amenizada ou intensificada dependendo de seus recursos emocionais. O autor mostra que quanto melhor o grau de diferenciação do casal em relação a sua família anterior melhor sua capacidade de formar uma família com bom grau de diferenciação e menores as ligações emocionais não resolvidas, o que determina o nível do processo emocional da família.

Gilbert (2006) apresenta outro fenômeno resultante da ansiedade familiar chamado por Bowen de triangulação. O autor lembra que o triângulo representa a unidade básica do sistema emocional, sendo a menor unidade emocional estável, de forma que a unidade é estável apenas no momento de tranquilidade. Assim que a ansiedade surge, imediatamente uma pessoa mais vulnerável é envolvida. Papero (1998) acrescenta que se o triângulo não contiver a ansiedade, outros triângulos vão se formando em relação à mesma situação ou conflito, resultando em triângulos imbricados. Aponta que quanto maior a ansiedade mais triângulos imbricados se formam, potencializando as dificuldades ou distorcendo-as, e que os triângulos podem estabilizar-se, formar novos triângulos, a ponto de envolver toda uma família ou organização que passa a criar polarizações.

A ansiedade familiar também pode ser proveniente das diferentes posições que os irmãos ocupam uns em relação aos outros, com diversas características e diferentes graus de conflitos, como também pode resultar do processo emocional da sociedade (BOWEN, 1976).

A terapia proposta por esse autor tem como objetivo ajudar os membros da família a superar esse estado emocional fusionado, imbricado, em que sua individualidade está presa. O autor considera inatos tanto a força para a diferenciação como os impulsos emocionais contrários. Indica que cabe ao terapeuta motivar a família a alcançar um maior nível de diferenciação, tarefa difícil, sendo as forças fusionais e a tendência para manter o *status quo* muito elevadas. O autor conclui que esse trabalho torna-se mais importante do que a resolução de conflitos, que por si só não significa que a família alcançou um maior nível de maturidade. Ao contrário, o autor afirma que quando no trabalho terapêutico um dos membros consegue se diferenciar, novas luzes são lançadas, o que facilita o movimento nos outros membros, mudando o sistema emocional familiar e assim o estado regressivo de fusão é desfeito.

3.3.2 Família como geradora de mérito e débitos e como fonte da individuação e gratificação

Ivan Boszormenyi-Nagy, citado por Ducommun-Nagy (1998), fundador da terapia contextual, trouxe elementos da psicanálise, das teorias da relação de objeto e teoria dos sistemas. Formulou conseqüentemente uma visão ampla da realidade relacional, que deve incluir a dimensão psicológica do aparato psíquico e seu funcionamento, a dimensão dos fatos referentes aos determinantes biológicos e sócio-históricos, a dimensão transacional ou sistêmica, e incita um novo olhar sobre a dimensão ética na relação.

Para Ducommun-Nagy (1998) a terapia contextual não se define como terapia de base analítica nem terapia sistêmica, embora utilize seus aportes teóricos. O autor pontua

que na dimensão transacional, o termo contexto é utilizado diferente do uso corrente de sistema, designando especificamente o “conjunto de indivíduos que se encontram em uma ligação de expectativa e de obrigação, cujos atos têm impacto sobre o outro” (DUCOMMUN-NAGY, 1998, p.106). O autor comenta que Boszormenyi-Nagy enfatizou a dialética das relações, após ter encontrado apoio e confirmação de suas teorias na filosofia dialógica de Buber, introduzindo a seguir o conceito de lealdade.

A terapia contextual vai além dos aspectos analisados pela teoria sistêmica como papéis, funções, complementaridade, entre outros, e procura compreender os significados subjetivos das relações íntimas e de suas implicações para o processo de formação da identidade (BOSZORMENYI-NAGY, 1993). O autor aponta que na experiência pessoal com sua natureza dialética, o eu necessita de um outro como referência exterior ou como base para a existência. Acrescenta que a necessidade de relação pode direcionar-se no sentido de ter um objeto para a satisfação do próprio impulso de formação da identidade e de necessidade de segurança, passando o indivíduo a ser no processo de expressar-se com o outro. Indica que a privação do contato com o outro, privação do objeto, leva à privação do significado do eu. Concebe “o eu como algo que surge frente aos outros antiteticamente complementares, ainda que seja o outro uma pessoa real ou uma réplica internalizada, como, por exemplo, o superego” (BOSZORMENYI-NAGY, 1993, p. 86).

O autor delimita seis fases ou modos de relação diádica, a partir das formas de eleição do outro e direção dos vínculos, conforme descrições e ilustração a seguir:

- a) **Vivência centrada nos limites do intra-sujeito:** quando não há delimitação do ego e os vários “eu” não estão integrados, o que ocorre na fragmentação esquizofrênica ou nas preocupações hipocondríacas.
- b) **Diálogo interno:** estágio em que o eu se vê confrontado com os outros internalizados, onde ocorrem desde vivências de culpa, quando o

superego se comporta como sujeito sendo a pessoa o objeto de seus ditames, até às alucinações e delírios, com estrutura do ego como objeto interno.

- c) **Fusão:** onde não há limites entre eu e o outro.
- d) **Ser um objeto:** o indivíduo converte-se em objeto frente ao outro, sendo um contexto para a auto-afirmação, formação de identidade e significados do outro.
- e) **Ser um sujeito:** capacidade de eleger objetos e designar papéis aos outros.
- f) **Diálogo:** capacidade de em uma relação experimentar a posição de objeto e sujeito ao mesmo tempo, havendo complementaridade e relações simétricas.

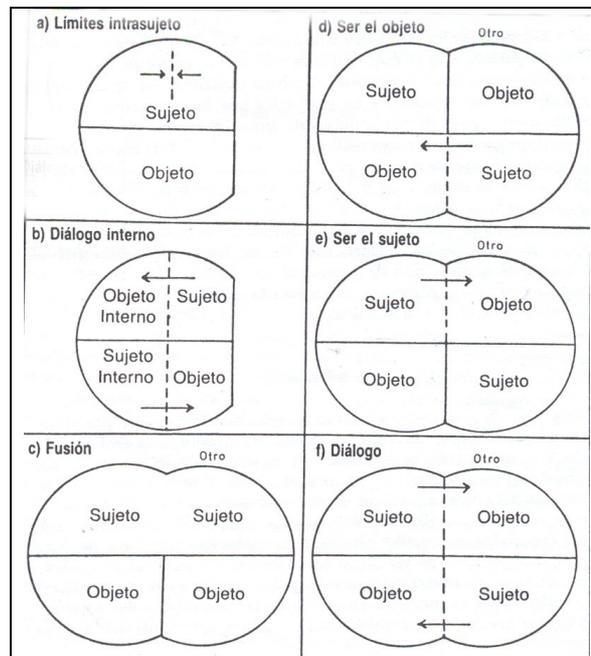


Figura 9 – Fases da relação diádica

Fonte: Boszormenyi-Nagy (1993, p. 93)

Boszormenyi-Nagy (1993) aponta que esta última fase do diálogo supera a parcialidade, onde apenas um membro da díade é sujeito, o que propicia explorações e eleições de bode expiatório. Considera o diálogo como estruturante do processo de individuação, relacional baseado em autonomia aceita, e liberdade existencial.

O objetivo da terapia contextual é facilitar o processo de autonomia, que é inseparável do compromisso pessoal assumido nas suas relações e do reconhecimento das necessidades dos outros (GOLDENTHAL, 1996; DUCOMMUN-NAGY, 1998). Para os autores a questão da justiça é inerente à compreensão dos conflitos e às intervenções do terapeuta, e está presente desde a avaliação inicial. Apontam que a terapia contextual mobiliza os recursos relacionais, elucidando questões de justiça, levando, no caso de díades ou famílias, a escutar e entender as várias posições de cada um, na busca de novas posições na configuração relacional. Assinalam que o terapeuta tem como função desenvolver o senso de justiça entre os membros da família, favorecer o trabalho com as emoções escondidas e os débitos e obrigações ocorridos ao longo do tempo.

Quando não há reciprocidade no dar e receber, estabelece-se uma relação de dívida e mérito entre as pessoas, podendo abalar a confiança familiar e trazer conseqüências inclusive para a geração futura (DUCOMMUN-NAGY, 1998; ELKAÏM, 1998). Os autores pontuam que essas motivações ligadas à balança de equidade são pontos elucidativos de muitos conflitos e formação de sintomas. Lembram que as lealdades intergeracionais também chamadas de lealdades invisíveis, geradoras de legados, devem ser elucidadas e ter outro caminho para sua resolução. E mostram que quando há uma motivação para o dar que não esteja direcionada apenas para a troca, mas para a posição de poder dar ao outro, isto gera uma legitimação construtiva, favorecendo atos de generosidade; ao contrário, quando a pessoa que se sentiu lesada busca nas suas relações a quitação da dívida, constitui a legitimidade destrutiva. Por exemplo, uma mãe que não recebeu atenção e cuidado suficiente dos seus pais pode cobrar interminavelmente atenção dos filhos e maridos que passam a ser desconfirmados nas suas ações.

O conceito de lealdades invisíveis tem relação com o conceito de delegação de Stierlin, como citado por Elkaïm (1998). Delegação significa enviar, confiar uma missão. Este fenômeno observado nas famílias pode ter um aspecto positivo de transmissão de valores e de identidade familiar. Neste caso, cumprir a missão ou função delegada origina sentimentos de auto-estima (STIERLIN, citado por COSTA, 1990). No entanto, a delegação pode tomar uma forma patológica quando incompatível com a idade ou interesse do indivíduo, ou quando confundida por uma mensagem de duplo vínculo. Isto pode gerar nos filhos, por questões de lealdade, aprisionamento nos papéis e funções que lhe foram incumbidos (ELKAÏM, 1998).

3.4 Síntese sobre os vínculos no contexto da família

O processo de individuação a partir dos vínculos familiares mostra-se complexo, na medida em que a família possui uma estrutura inconsciente com aspectos que envolvem transmissões psíquicas transgeracionais, influências da formação do casal, da historicidade na formação atual da família, de delegações e dos débitos e méritos implícitos nas relações.

Os aspectos inconscientes vão formando os modelos de família que também sofrem influências do macrocontexto em que a mesma está inserida. Os sistemas familiares podem ser observados por meio de características de seus subsistemas, e das fronteiras entre os mesmos e com os sistemas maiores, como também por meio dos nomes próprios, espaço e tempo familiar.

No sofrimento psíquico individual sempre se encontra também uma inscrição familiar. A patologia dos vínculos familiares reside na impossibilidade de cumprir seu papel como matriz de identidade, e, portanto, de promover a diferenciação do self e o desenvolvimento do indivíduo de acordo com o seu ciclo de vida. O indivíduo pode estar

preso a jogos relacionais adoecedores ou ao modelo familiar mítico de negação da evolução.

No próximo capítulo será examinada a importância dos vínculos sociais na formação do indivíduo e sua importância como um dos determinantes de seu adoecimento.

Os aspectos levantados do sistema familiar e sua estrutura consciente e inconsciente podem ser resumidos de acordo com o quadro na página seguinte.

Quadro 3 – Aspectos relevantes do sistema familiar

| Autor | Aspectos relevantes |
|-------------------------|--|
| Minuchin | As configurações vinculares no sistema x saúde e patologia familiar. Sistema formado por papéis, regras, autoridade, hierarquia, poder, expectativas, fronteiras e coalizões e desvios. |
| Palazzoli <i>et all</i> | Jogos psicóticos: impasse no casal conjugal, enredamento do filho no jogo do casal, comportamento inusitado do filho, reviravolta do suposto aliado, explosão da psicose estratégias baseadas nos sintomas. A manutenção do jogo ou sua mudança como determinantes do curso da psicose. |
| Eiguer | Psicose como negação da evolução. Inscrição familiar no funcionamento psicopatológico do paciente. Organizadores familiares inconscientes: o eu familiar, a escolha do objeto e a interfantasmatização. Tipos de família: normal e regida pela castração, depressiva pelo temor do objeto e narcísica ou psicótica regida pelo vazio e solidão. |
| Berenstein | Estrutura inconsciente determina modelos de família, e suas significações inconscientes podem ser detectadas pela historicidade, nomes próprios, espaço, tempo familiar. Sistema dualista saúde/doença, normal/anormal em famílias com doença mental |
| Bowen | Grau de diferenciação do self, Projeção familiar, transmissão multigeracional. Rompimento emocional. Triangulação, posição entre irmãos. Processo emocional da sociedade. |
| Helm Stierlin | Delegação familiar |
| Ivan Boszormenyi-Nagy | Lealdades invisíveis: débitos, méritos, expectativas e obrigações, justiça e equidade como fonte de conflitos. A relação dialógica como estruturante da individuação, levando à aceitação da autonomia, e liberdade existencial. |

CAPÍTULO 4 – OS VÍNCULOS NO CONTEXTO DAS REDES SOCIAIS.

Neste capítulo objetivamos conhecer as inter-relações entre vínculos sociais e sofrimento psíquico a partir de evidências provenientes de algumas pesquisas sociais e epidemiológicas detendo-nos em seguida no estudo da rede social, em algumas formas de intervenção em rede e na rede social pessoal como proposta por Sluzki (1997).

O olhar para a relação entre vínculos sociais e saúde mental foi muito apontado no século passado, tendo forte influência as duas grandes guerras e o processo migratório mais intenso e muitas vezes involuntário, com grande sofrimento e rupturas vinculares.

As grandes crises mundiais trouxeram mudanças na compreensão das doenças mentais, na sua etiologia e formas de tratamento. As hipóteses de eugenismo e biodeterminismo caíram por terra. A Primeira Guerra Mundial trouxe evidências de determinantes sociais. As mulheres passaram a sofrer de “estafa industrial”, ao passarem, além das tarefas domésticas, a assumir o trabalho dos homens nas fábricas; os soldados combatentes, incluindo os oficiais em cargos elevados entraram em crise psíquica, com neurose de guerra, necessitando de intervenção psiquiátrica. Teorias ambientalistas em saúde mental foram desenvolvidas; neurose e psicose passaram a ser relevantes; a psiquiatria se estendeu para outras classes sociais, não só para os menos favorecidos; foram introduzidos serviços ambulatoriais e a psicanálise ganhou relevância (ROGERS e PILGRIM, 1996).

Nesse intervalo, ao mesmo tempo em que foi introduzido e muito utilizado o eletrochoque, a insulina e a neurocirurgia, as grandes dificuldades sociais ofereceram campo para o desenvolvimento de novas abordagens psicoterapêuticas. Nasceram as psicoterapias dos vínculos, como o Psicodrama com Jacob Levi Moreno; na Inglaterra,

após a Segunda Guerra Mundial, desenvolve-se também a psicanálise dos grupos e dos vínculos, com Bion e Foulkes e as comunidades terapêuticas de Maxwell Jones e Tom Main; Winnicott teoriza sobre a delinquência infantil a partir do atendimento a crianças que tiveram de se afastar dos pais durante a guerra.

A integração grupal e a influência de forças socioculturais como determinantes de problemas vividos pelos indivíduos e que estão além de problemas particulares foram fruto da clássica pesquisa sociológica empírica realizada por Durkheim, *Le Suicide* (DURKHEIM, 2005/1897). Analisando o suicídio em diversos países tentou correlacioná-lo com a enfermidade mental, ou como chamado na época, alienação mental, não encontrando uma correlação positiva. Descobriu que a taxa de suicídio varia de forma até abrupta em diferentes épocas, em determinadas regiões, decorrente da ruptura do equilíbrio social, como guerras e grandes conflitos na sociedade. A estes suicídios influenciados por traumas sociais, e mudanças repentinas, inclusive aquisição de riqueza, chamou de suicídio anômico. A relação entre suicídio e sociedade continua quando afirma que indivíduos pertencentes a grupos com laços sociais frágeis, voltam-se para si mesmos, desligando-se das referências sociais e cometem suicídios chamados egoístas. E aqueles, muito voltados para as causas sociais, podem provocar suicídios chamados altruístas.

Dessa forma o autor afirma que o suicídio não deve ser visto apenas como um fato particular, mas que o conjunto de suicídios formam uma nova unidade, diferente da soma dos elementos. Esta nova unidade tem natureza eminentemente social.

Como aponta Halpern (2005) a importância dos laços sociais tem sido cada vez mais enfatizada levando à crescente utilização do termo “capital social”, cunhado originalmente entre 1916-1920 por Hanifan, nos Estados Unidos, para referir-se à amizade, solidariedade e relações sociais entre pessoas e famílias que constroem a unidade

social. Halpern (2005, p.7-8) cita outros importantes comentários sobre estudos na área que mostram a importância da coesão grupal e da relação de confiança extra-grupo: os de Bourdieu e Wacquant (1992) que indicam a importância do capital social ao lado do econômico e cultural; de Putman (2000) que mostra que o sucesso dos governos regionais está diretamente relacionado com o grau de associação entre pessoas e grupos e com o nível de confiança que determinada comunidade deposita nas pessoas estranhas; de Fukuyama (1995) que concluiu pela importância da confiança em estranhos para o bom desenvolvimento econômico de um país, o que costumava acontecer nos EUA e Japão, ao contrário da Rússia e países da África, por exemplo. Halpern (2005) então pontua que a confiança social em pessoas estranhas ao grupo tem sido um critério que apresenta significativa validade e confiabilidade como critério de capital social.

Analisando vários usos do termo “*capital social*” e admitindo polêmico o seu uso em relação a que extensão dos fenômenos sociais ele pode ser aplicado, Halpern (2005) o utiliza referindo-se a pequenos, médios e grandes grupos, do micro ao macro contexto social, incluindo desde família, associações e comunidade até países. Para o autor o capital social é constituído de redes sociais, normas, valores e expectativas compartilhadas por um grupo, e de sanções que mantêm tais normas e redes sociais. Indica que pode caracterizar-se como capital social vincular, quando tem a função de unir, agrupar, o que ocorre em pequenos grupos como família, amigos, vizinhança, e grupos de amigos; e como capital social de suporte, de construção de redes quando tem a função de servir de ponte, e abrir caminhos, própria de grupos de conhecidos, associações, movimentos sociais e de relações estabelecidas entre comunidades. Por meio do exercício dessas funções podem-se construir relações de amor, carinho, cuidados, reciprocidade, generosidade, compreensão e respeito mútuos, costumes e práticas compartilhadas ou

afastamento afetivo, exclusão, vergonha, preconceito e estigma, conflitos de grupo e imposição de sanções.

A relação entre vínculos sociais e saúde mental é assim encontrada em todas as dimensões, seja no nível sociocultural mais amplo, da comunidade e das relações pessoais mais próximas de um indivíduo com família, vizinhos, amigos e colegas do trabalho (HALPERN, 2005; SLUZKI, 1997), como veremos a seguir.

4.1 Vínculos sociais e saúde mental ao nível macro-social

No nível macro-social pesquisas sociais e epidemiológicas mostram que a incidência de transtornos psíquicos varia de cultura para cultura (KLEINMAN, 1988) assim como sua manifestação e curso da doença (JABLENSKY *et al.*, 1992), e, dentro de uma mesma cultura há diversidade em relação a gênero e tipo de vida rural ou urbana (KLEINMAN & COHEN, 1997). Almeida Filho *et al.* (1992) apontam as diferenças entre prevalências de transtornos psíquicos entre três áreas urbanas brasileiras – Brasília, Fortaleza e Porto Alegre – concluindo pela diversidade da morbidade psiquiátrica nas referidas cidades, refletindo diversidades socioculturais e de desenvolvimento das regiões, além de indicarem diversidade em relação a gênero e faixa etária. A depressão, avaliada pela OMS (2001) como um dos principais fatores incapacitantes no mundo atual, não só é conceituada distintamente em diferentes regiões, marcadamente entre mundo oriental e ocidental, como apresenta experiências e manifestações diversas de acordo com a cultura (KLEINMAN & GOOD, 1985; MARSELLA *et all*, 1996).

Em relatório sobre a saúde mental, a OMS (2001) aponta fatores diversos como inquietação social e guerras, pobreza, migração, urbanização acelerada, isolamento social, limitadas oportunidades educacionais, falta de acesso a transporte e comunicação e carência de serviços de atenção à saúde mental em determinadas regiões como estressores

relacionados ao adoecimento mental. No entanto, também aponta que todos esses dados são relativos e que mudanças vão produzir efeitos dependendo do nível socioeconômico, sexo, raça e etnia e do próprio circuito que se forma em torno da doença.

A OMS (2001) mostra que a maior prevalência encontrada de transtornos mentais e uso de substâncias entre os pobres e desfavorecidos, por exemplo, pode ser entendida por um lado como decorrente do estresse resultante de limitações sociais, e, por outro lado, a própria pobreza pode ser entendida como resultante do processo de adoecimento, que gera desemprego e isolamento social. Indica também que o desnível de tratamento é maior para a população pobre.

Não só a disponibilidade de serviços em si, mas o tipo de atendimento oferecido difere muito. Esse fato foi apontado por muitos, como Costa (1989), que mostrava a grande prevalência de pobres e negros nos manicômios brasileiros que também recebiam mais facilmente o rótulo de loucos e esquizofrênicos. Fernando (1995) também aponta como as minorias étnicas no Reino Unido recebem diagnóstico de maior severidade, havendo um foco na sintomatologia desvinculada de suas significações sociais e de condições de vida.

Halpern (2005) enfatiza que é a relação de reciprocidade entre fatores como desigualdade econômica, capital social e políticas públicas como determinante da saúde da população que deve ser analisada. Na mesma lógica, Wilkinson (1996) mostra que a relação entre saúde e qualidade de vida nos países em desenvolvimento encontra-se mais determinada por aspectos sociais que materiais, tendo a condição econômica um valor relativo. Afirma que a desigualdade social e econômica mais que a privação econômica em si são fatores de desagregação social, refletindo-se na saúde física e mental da população. Da mesma forma, o autor aponta que entre os países desenvolvidos não é o

nível de riqueza que determina as melhores condições de saúde, mas o nível do *ethos* igualitário existente dentro de cada sociedade. Conclui que saúde e expectativa de vida estão diretamente relacionadas à coesão social e menor nível de desigualdade.

4.2 Vínculos sociais e saúde mental ao nível da comunidade

Ao nível da comunidade, a coesão das redes sociais é um fator determinante de saúde mental (BARRETO, 1994, 2005; HALPERN, 2005; SLUZKI, 1997; WILINSON, 1996). Isso explica o fato de que minorias étnico-culturais com problemas de privação social têm maior nível de saúde mental quando moram em locais de grande concentração e densidade (níveis de pessoas que se conhecem entre si) do que em áreas de menor concentração, mesmo tendo maior poder aquisitivo, realçando a importância do suporte de amigos e parentes, isto é, do capital social vincular (HALPERN, 1983 citado em HALPERN, 2005). Esse fenômeno apontado por Halpern (2005, p.89) mostrou-se evidente em pesquisas por ele citadas, como as realizadas em Chicago com minorias negras, por Faris e Dunham (1939) e em bairros também de minorias étnicas na Inglaterra, por Halpern e Nazroo (2000).

A relação entre migração e saúde mental tem sido apontada por inúmeras pesquisas sociais e epidemiológicas. A OMS (2001) pontua que o processo migratório aumenta o risco de transtornos mentais devido à ausência de redes sociais de apoio com complicações de desemprego. Almeida Filho, Mari & Coutinho (1999), por meio de uma revisão de métodos e estudo em várias pesquisas realizadas na América Latina, e especialmente dos resultados de pesquisa em três áreas metropolitanas brasileiras, rejeitam a hipótese de uma relação direta e positiva entre migração e morbidade psiquiátrica menor. Alegam que conflitos decorrentes da mudança cultural, de padrões econômicos e papéis desempenhados pelos gêneros por si só não respondem pelo desenvolvimento de

transtornos psíquicos. Da mesma forma, os transtornos não são resultantes apenas das condições psíquicas do migrante. Afirmam que o impacto sobre a saúde mental é função da interação entre fatores externos e condições psíquicas, dentro de um sistema global, gerando efeitos psicopatológicos.

No continente europeu, entre os grupos de migrantes, tem importante representação não só as minorias étnicas como também os refugiados e os que buscam asilo político (WATTERS, 2002). Watters e Ingleby (2004) mostram que a incidência de transtornos pós-traumáticos entre o grupo de refugiados não decorre apenas de situações vividas antes da partida do país de origem, mas das condições de inserção no novo país. Em pesquisa sobre serviços de saúde mental para população migrante, Watters (2002) observou que embora haja acesso aos serviços, os mesmos não consideram as necessidades da população migrante. Comenta que são planejados de acordo com os valores e normas do país hospede sem considerar as questões específicas do migrante, seja de minorias étnicas ou de refugiados, apontando para a necessidade desse cuidado nas políticas de saúde mental.

No Brasil há um elevado índice de migração interna, principalmente do interior do nordeste para as grandes cidades. Ferreira (1999, p. 55) aponta a vivência do migrante no encontro com o espaço urbano, sob o impacto da violência, isolamento e desarticulação de suas referências: “um *eu* que não se encontra no antes e um *outro* que não se sabe o que será”. Encontra-se diante do temor da despersonalização e da ambigüidade frente ao novo que precisa assimilar, e o já conhecido que quer conservar. O autor comenta que as tradicionais internações e reinternações, centradas nos sintomas e na doença, sem interações e vinculações afetivas, reforça o seu processo de despersonalização.

Alguns trabalhos grupais são desenvolvidos no sentido de fortalecer os indivíduos por meio de sua identidade social e coesão grupal, considerando a relação entre saúde mental e rede social. Como comentado no capítulo 1, muito conhecidas hoje em dia são as Terapias Comunitárias, desenvolvidas no Brasil pelo antropólogo e psiquiatra Adalberto Barreto, adotadas atualmente em quase todas as regiões do país. A grande demanda por consultas psiquiátricas de uma comunidade de imigrantes do interior do nordeste, situada na periferia da cidade de Fortaleza, levou Barreto (1994, 2005) a transformar o atendimento individual em grupos abertos. A experiência colocou-o frente a frente com a pobreza de laços sociais e o empobrecimento da cultura de origem, levando à perda de identidade social. A recuperação da saúde mental e a prevenção de processo adoecedor e de cronificação estabeleceu-se pela recuperação e fortalecimento da identidade cultural, pelo resgate das práticas, rituais e competências do grupo, e pela busca conjunta de soluções diante das privações sociais (BARRETO, 1994, 2005), processos esses que andam lado a lado com o fortalecimento da rede social.

Um dos precursores do estudo e terapia das redes sociais foi Moreno (1993), que ao lado do psicodrama criou outras técnicas como o sociodrama. O sociodrama é um método pertencente à sacionomia, a ciência que estuda a relação entre o indivíduo, o grupo e a sociedade. Neste método o problema está centrado no grupo e nas suas relações, em que questões de papéis, contra-papéis, co-consciente e co-inconsciente grupal, e comunicação télicas são os fundamentos de seu trabalho. A coesão do grupo é definida pelo grau de percepção télica entre os seus membros, ou seja, pelo número de mutualidades existentes. Quando há muitas escolhas sem reciprocidade dentro de um grupo a coesão é baixa. Observou que em um grupo há as redes provenientes de papéis formais, como chefe-subordinado, onde as funções são pré-estabelecidas, mas há redes

informais formada pelas escolhas técnicas. Quando mais as redes formais e redes informais dentro de um grupo diferem entre si, mais conflitos grupais. As percepções podem ser trabalhadas por meio da técnica da inversão de papéis, o que se torna muito importante quando se trata de grupos com diferenciações étnicas.

4.3 Vínculos sociais e saúde mental ao nível do indivíduo

Sluzki (1997) e Speck e Attneave (1974) apontam como a interação social, seja com amigos, vizinhos ou com participantes das mesmas instituições sociais como escola, igreja ou trabalho são importantes para o processo de construção de nossa identidade, por meio do processo de pertinência, fator importante para a saúde mental.

No entanto, ao passo que a existência de relações próximas é um fator de proteção para a saúde mental, a rede social de pessoas com problema de saúde mental tende a ser menor que usualmente, e quando se trata de pacientes crônicos o número de relações íntimas também é reduzido (HALPERN, 2005; SLUZKI, 1997).

A relação entre rede social e saúde pode ser vista sob o ângulo de círculos virtuosos ou viciosos como aponta Sluzki (1997). Círculos virtuosos referem-se ao fato de que uma rede social substancial é importante para a saúde do indivíduo, ao mesmo tempo em que a saúde do indivíduo mantém a rede social. De modo análogo, círculos viciosos ocorrem na medida em que uma doença crônica afeta a rede social do indivíduo que em movimento de reciprocidade tem efeito negativo sobre esse mesmo indivíduo.

Segundo esse autor, vários fatores da rede social influenciam a saúde do indivíduo na medida em que organizam a identidade, oferecem sentidos, confirmam as competências e ações, e indicam lugares e papéis nos vínculos. O autor também pontua que a reação de alarme e a intensidade do sofrimento em situação de crise podem ser

atenuadas quando há a presença de figuras de apoio, além de uma retroalimentação contínua na rede social que favorece os cuidados com a saúde.

Ao contrário, segundo o autor, o desencadear de uma doença, principalmente crônica, diminuindo os contatos sociais, diminui a mobilidade na rede. O indivíduo assim enfraquece sua capacidade de ação, de iniciativa. O adoecimento dificulta a reciprocidade nas relações e gera efeitos aversivos para alguns. O autor também lembra, para efeito de trabalho com equipes, que aquelas pessoas que cuidam de doentes crônicos sofrem por não se sentirem gratificadas.

Segundo Halpern (2005) as pesquisas mostram muito claramente a relação entre saúde mental e rede social no nível pessoal. Há uma correlação entre participação de redes sociais e sobrevivência (SLUZKI, 1997; WILKINSON, 1996), proteção contra depressão (BARRETO, 2005; HALPERN, 2005) e recuperação de situações traumáticas (SLUZKI, 1997; HALPERN, 2005). A proteção contra demência e perdas cognitivas depois dos 65 anos também é apontada por autores como Fabrigoule *et al.*, Bassuk, Glass e Berkman, e Fratiglioni *et al.*, e citados por Halpern (2005).

Há também uma correlação entre densidade da rede social e re-hospitalização de pacientes que apresentaram quadro psicótico (DOZIER, HARRIS E BERGAMAN citados por SLUZKI, 1997). Quando de baixa densidade, isto é, os componentes da rede não se conhecem entre si, a pouca conexão entre os vários membros impede a circulação de informações, sobrecarregando alguns que podem retirar-se. Da mesma forma, se a densidade é muito alta, e todos os membros da rede se relacionam entre si, a tendência é delegar e sentir-se dispensável em situações de crise.

Speck (1974) comenta que a sua longa experiência em atendimento à família em domicílio, principalmente em situação de psicoses, apesar de mostrar-se bem mais

produtiva que os atendimentos individuais, mostrava que em alguns casos problemas de eleição de bode expiatório, de duplo vínculo e reforço do papel de doente, entre outras questões, encontravam-se fora do núcleo familiar. A partir de 1966 faz reuniões com a rede social do indivíduo, em que todos os participantes eram convidados, iniciando com um paciente em estado esquizofrênico. Tinha como objetivo a ressocialização da unidade familiar, desmistificação dos segredos, quebra dos vínculos patológicos e fortalecimento dos vínculos curativos.

O trabalho de intervenção em rede de Speck e Attneave (1974) centrou-se em situações de crise, acreditando os autores que nestes momentos há maior mobilização para busca e oferta de ajuda, diminuindo o isolamento e a auto-suficiência próprios da vida urbana. Propunham um trabalho de retribalização, ou fortalecimento das redes sociais do indivíduo e da família. Acreditavam também que a maior parte dos casos, senão todos, provinham da alienação da rede social e seus recursos, além do que muitas vezes a rede social origina e perpetua patologias, sendo a família ou o indivíduo o bode expiatório da rede. A rede social passa a ser o alvo da intervenção com o objetivo de resgatar suas funções, tornando-a visível para seus membros.

Sluzki (1997) também se dedicou a redes sociais de pessoas/famílias em crise ou que buscavam ajuda. Entende a família como uma construção cultural, sendo como todo sistema mutável a partir da interação com o meio ambiente, e indica que o objetivo deste trabalho não se destina à “verdadeira família”, mas às relações significativas do indivíduo.

Diferencia também o foco na “rede social pessoal” do trabalho com a ampliação de rede social e a formação de grupos informais de auto-ajuda próprios dos programas de reabilitação psicossocial em áreas diversas como adolescentes, pacientes crônicos, entre outros. Reconhecendo a importância do trabalho com a família por um lado, e o

fortalecimento e ampliação das redes sociais por outro, no entanto, oferece uma abordagem com um terceiro foco, a interface indivíduo-família-inclusão social, que chama rede social significativa, rede social pessoal ou rede micro-pessoal. Não propõe uma substituição, mas um olhar mais complexo nas dimensões vinculares.

O autor define assim a rede social pessoal como o conjunto formado por todas as relações que são significativas para um indivíduo e que são distintas da massa anônima da sociedade. Esta rede pessoal propicia sensação de continuidade e historicidade, além de contribuir para a construção da identidade e auto-imagem é um importante fator para o bem-estar, competência e agenciamento e adaptação a situações de crise.

Para Sluzki (1997) o modelo da rede social representa uma útil ferramenta para organizar as experiências pessoais e coletivas, diante do sofrimento humano e de sua elaboração e reparação. No entanto, ao ser definido como um sistema a utilização seletiva de variáveis pelo observador naturalmente empobrece os sistemas supra-ordenados, referentes aos processos sociais mais amplos, e os subordinados referentes à dimensão individual. Esta realidade requer que não se perca a visão de que há uma influência recíproca entre a rede social pessoal e esses outros sistemas e variáveis.

Esse autor propõe a elaboração do mapa da rede, conforme ilustração a seguir: um círculo com quatro quadrantes relativos à família, amigos, relações de trabalho ou escolares e às relações comunitárias onde se incluem serviços e credos. O círculo maior divide-se também em outros círculos menores estabelecendo-se três níveis para cada quadrante: relações mais íntimas, nível intermediário de relações pessoais com menor grau de compromisso e finalmente um nível com relações ocasionais ou só de conhecidos.

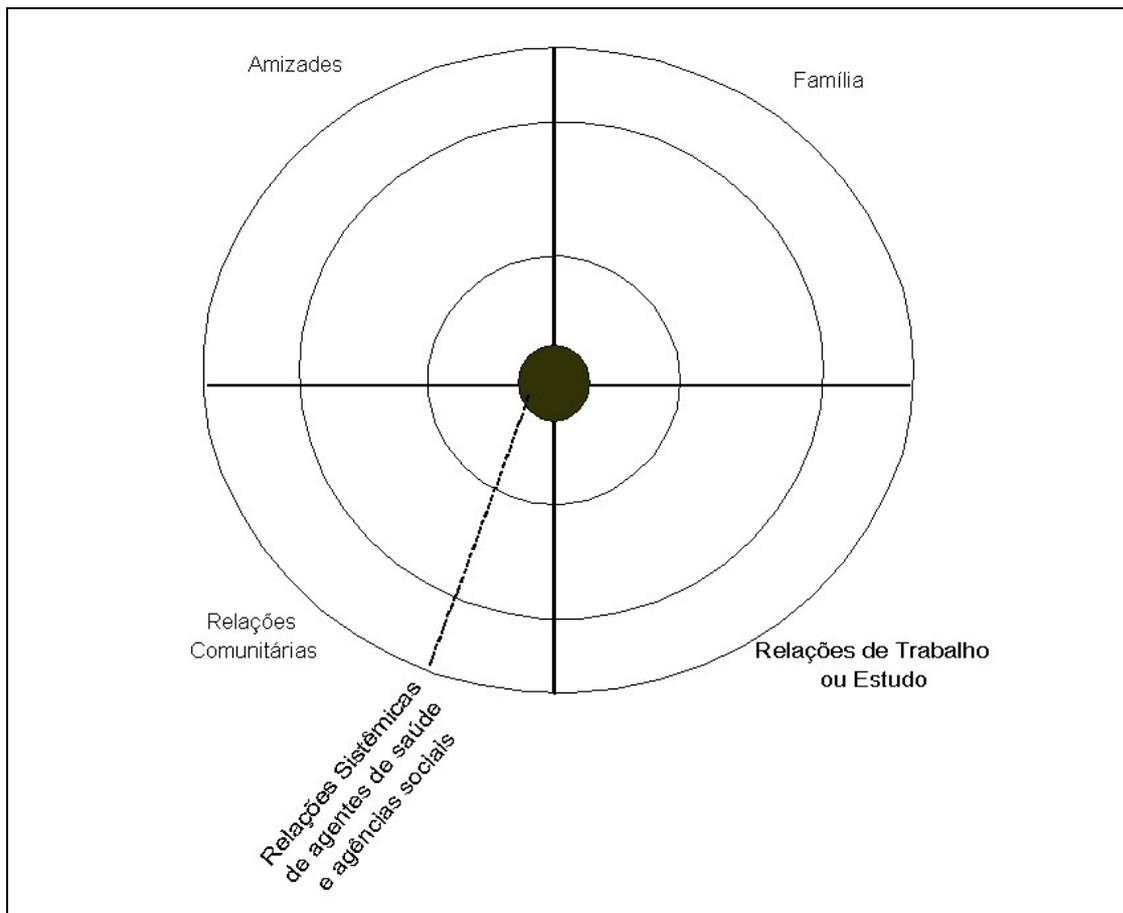


Figura 10 – Mapa de rede

Fonte: Sluzki (1997, p. 43)

Explica que as características da rede pessoal são determinadas por sua estrutura, pelas funções e pelos atributos dos vínculos. A estrutura da rede forma-se a partir do tamanho, da densidade, composição ou distribuição, dispersão, homogeneidade ou heterogeneidade demográfica e sociocultural. Redes de tamanho médio são mais efetivas: quando pequenas geram dependência e quando muito grandes as pessoas podem sentir-se dispensáveis em situações de emergência por acreditar que há muita disponibilidade de ajuda por parte de outros. O mesmo fenômeno ocorre com a densidade, que se refere ao grau de conexão que os membros de uma rede têm entre si, independentemente do informante; uma rede muito densa também exerce maior pressão em relação às normas do

grupo, oferecendo menos liberdade aos seus componentes. A composição ou distribuição indica se uma pessoa tem vínculos em diversas áreas ou limita-se, por exemplo, a vínculos de trabalho ou de família. A dispersão indica a distância geográfica entre os vínculos de forma que vínculos mais íntimos, mas distantes espacialmente, prejudicam o acesso e velocidade de respostas. E por último, a homogeneidade ou heterogeneidade demográfica e sociocultural identifica possíveis conflitos entre subgrupos da rede ou mesmo a diferença de subgrupos ligados a cada membro de um casal.

O autor também dispõe sobre as diferentes funções dos vínculos na rede. Podem servir de companhia social, de apoio emocional, de guia cognitivo e conselhos, de regulação social; ajuda com bens materiais ou de serviços ou com forma de acesso a novos contatos. Um mesmo vínculo pode ter mais de uma função; uma pessoa pode ter vínculos diferentes com diferentes funções, enquanto outra pode se concentrar em vínculos com uma mesma função. Uma pessoa que tem mais vínculos de apoio emocional pressupõe uma pessoa mais dependente e insegura, e difere muito daquela que forma a maioria de seus vínculos com objetivo de acesso a novos contatos, o que pode aparentar uma rede maior, mas certamente com baixo nível de intimidade. De modo geral, a combinação de funções oferece mais estabilidade e confiabilidade aos vínculos.

Os atributos dos vínculos, também de importante análise para o autor, referem-se a diversos fatores como: predominância de suas funções; versatilidade, isto é, um vínculo com função de companhia social pode em determinado momento tornar-se apoio emocional; reciprocidade; intensidade ou compromisso da relação ou grau de intimidade; frequência do contato ou intensidade e por último à história da relação, que pode indicar diferentes significados.

As dimensões da rede pessoal têm uma relevância clínica para Sluzki (1997), diante do atual contexto social, em que um número crescente de pessoas moram sozinhas, de casais sem filhos ou com filhos que passam a morar distante; do aumento na emigração, onde se perde os laços com a família mais ampla; da perda de atividades tribais com as famílias extensas; e finalmente diante da menor pressão para atividades sociais formais e informais.

O autor enfatiza o efeito terapêutico da elaboração do mapa social trazendo dois importantes pontos para discussão. O primeiro ponto refere-se ao fato de o indivíduo começar a questionar a sua própria rede social enquanto visualiza e nomeia os vínculos no mapa. Terapeuta, paciente e/ou família podem detectar as necessidades de melhorar as habilidades sociais e identificar as partes da rede ou os vínculos que em situação de crise podem servir de apoio, podem ser modificados ou desativados. Nessa investigação compartilhada da rede social cabe ao terapeuta levantar questões para que surjam alternativas por parte do paciente, lidando Szluki com a noção de competência utilizada por outros terapeutas sistêmicos. O paciente pode melhor buscar soluções viáveis para si e para o seu contexto social.

No segundo ponto referente ao problema mantido ou constituído pelo sistema, o autor refere-se principalmente a “famílias multiproblemáticas”, as quais alude ser na maioria das vezes famílias de maior carência socioeconômica e dependentes de agências sociais e de saúde. Indica nesses casos uma avaliação macro-sistêmica para identificação de agências com maior interação na situação do paciente ou família, e que podem ser incluídas nas reuniões grupais. Nestas reuniões podem ser compartilhadas as diferentes formas de compreensão do problema e busca de soluções, e, conseqüentemente alcançadas diferentes formas de falar sobre o problema.

4.4 Síntese sobre a relação entre vínculos sociais e saúde mental

Esse capítulo trata da relação entre vínculos sociais e saúde mental. Essa relação tem sido apontada por estudos epidemiológicos e sociais que mostram a variação da incidência do adoecimento psíquico em diferentes culturas e dentro da mesma cultura. O aumento dos diferentes transtornos em períodos de conflitos sociais não só revelou esse fenômeno, mas originou diferentes terapias do grupo social.

A relação entre vínculos sociais e saúde mental estende-se do macro ao micro contexto social. Fatores sociais como migração, pobreza, limitações sociais podem constituir-se como estressores relacionados ao adoecimento mental, principalmente quando há desigualdade social e/ou ruptura ou ausência de laços sociais mais próximos.

A terapêutica dos grupos sociais foi desenvolvida por Moreno, que entre outros métodos criou o sociodrama, o tratamento dos grupos sociais, com a análise e tratamento dos vínculos formados por papéis e contra-papéis, influenciados pelo co-consciente e inconsciente grupal, e com diferentes formas de agrupamentos, a partir de escolhas mútuas e incongruências, sendo esta uma fonte de conflito.

No Brasil, atualmente assistimos o desenvolvimento de terapias comunitárias com o objetivo de fortalecimento da rede social e resgate da identidade social e cultural (BARRETO, 2005). A rede social de um indivíduo é fator de manutenção e recuperação da saúde. Enquanto pessoas saudáveis possuem uma rede social mais suportiva, doentes crônicos possuem uma rede social reduzida, o que, por sua vez, refletem negativamente nesses indivíduos (SLUZKI, 1997). Para Sluzki (1997) as redes sociais organizam a identidade, oferecem sentidos, confirmam as competências e ações, indicam lugares e papéis nos vínculos, e atenuam situações de crise. Este autor tem desenvolvido terapias com a rede social significativa de pessoas com sofrimento psíquico.

Quadro 4 – Relação Saúde Mental e Vínculos Sociais

| Aspectos Relevantes | Terapêutica |
|--|---|
| <p>Fatores estressantes: inquietação social, migração, pobreza, limitação social e isolamento social (OMS, 2001)</p> <p>Interação entre capital social x desigualdade econômica x políticas públicas (Halpern, 2005)</p> <p>Saúde como resultante da coesão grupal e do ethos igualitário dos grupos (Wilkinson, 1996)</p> <p>Posição sociométrica: maior número de mutualidades com outros membros do grupo favorece à coesão grupal e saúde mental.</p> <p>As redes sociais organizam a identidade, oferecem sentidos, confirmam as competências e ações, e atenuam a situação de crise (Sluzki, 1997)</p> | <p>Moreno (1993): sociodrama</p> <p>Speck e Attneave (1974), Sluzki (1997): terapia incluindo a rede social da pessoa em crise psíquica grave.</p> <p>Sluzki (1997): importância do conhecimento da rede social pessoal e significativa para o trabalho de prevenção e tratamento em saúde mental.</p> <p>Barreto (2005): Terapia comunitária – importância da identidade social e cultural e do fortalecimento das redes sociais como fator de saúde mental.</p> |

PARTE II

CAPÍTULO 1 – OS VÍNCULOS TERAPÊUTICOS NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Este capítulo destina-se a identificar a presença do trabalho terapêutico com os vínculos nos serviços de saúde mental que recebem pessoas em situação de crise psíquica do tipo psicótica, conforme caracterizadas no capítulo 1, quer seja em emergências hospitalares ou serviços comunitários.

Apesar do vínculo hoje ser visto como fator fundamental na constituição de saúde e na construção do sofrimento psíquico, serviços de crise em sua maioria continuam não privilegiando esse importante fator. Intervêm principalmente, quando não só, na dimensão biológica do paciente. E como complicador, esse olhar restrito às sintomatologias, característico dos prontos-socorros psiquiátricos, agrava e confunde os diagnósticos, resultando em pacientes tidos, em sua maioria, como psicóticos, que em seguida são encaminhados para ambulatório. Silveira (1992) já apontava para o aspecto iatrogênico do atendimento apenas medicamentoso ao paciente psicótico e realizado por meio de consultas rápidas ambulatoriais. Defensora da abordagem Junguiana, em que a expressão da “loucura”, o contato com as imagens do inconsciente são eminentemente terapêuticas, a autora também afirmava que:

Entusiasmo pela redução do tempo de internação, graças ao controle dos sintomas sufocados pelos neurolépticos, revela-se ilusório se detidamente estudado. Tanto assim que não foi obtida nenhuma mudança quanto ao número de reinternações após sua utilização, de acordo com as estatísticas (SILVEIRA, 1992, p.13).

O problema da porta giratória tem sido apontado como uma realidade presente no atual sistema de saúde mental no Brasil (CAMPOS, 2004) e no exterior (GOODWIN, 1997).

A prática das instituições em admissão de pessoas em surtos psicóticos foi bem comentada por Moffat (1991) como prática das desvinculações, quando disse:

(...) em geral o que ocorre logo depois do surto psicótico é uma espécie de readaptação ao mundo convencional. Apenas, já é tarde para sair tão rapidamente como se entrou, porque a pessoa teve “cortados os seus víveres” pelos de fora, perdeu seu trabalho – o que às vezes é definitivo num país onde há milhões de desocupados – foi eliminada mentalmente de seu grupo familiar e perdeu o contato com os amigos, além de possuir agora a marca estigma do diagnóstico (como um grande carimbo nas costas: “esquizofrênico”). O hospício é como um poço profundo no qual se entra rápido mas do qual é difícil sair, pois suas paredes são escorregadias como na incompreensão e no abandono, e não há como agarrar-se” (MOFFAT 1991).

Embora a afirmação acima tenha sido formulada nos anos 70, ainda hoje podemos observar essa realidade de desvinculação, com todo o movimento de desospitalização e desinstitucionalização. As iniciativas para evitar a cronificação, o isolamento e a estigmatização por meio de serviços alternativos à hospitalização não têm sido suficientes para modificar o atendimento ao paciente em crise.

Mais recentemente, Ferreira (2001) aponta para a realidade das emergências psiquiátricas, como ambientes de espectro despersonalizante, onde as reinternações reforçam o processo de alienação, fragmentando cada vez mais a personalidade. Comenta que enquanto a psicose relaciona-se ao processo de estranheza, onde as questões alterativas e subjetivas encontram-se transtornadas, os serviços de emergência não oferecem o acolhimento necessário para que a vivência relacional terapêutica se instale e sejam considerados os fatores socioculturais presentes no adoecimento.

Campos (2004), durante o Encontro Nacional dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), afirmou que persistem como pontos fracos nos movimentos das Reformas Psiquiátricas tanto o tratamento a portadores de sofrimento mental severo e persistente como o atendimento à situação de crise. Comentou ainda que tem sido detectada a fragmentação sistêmica entre os serviços de crise/emergência/urgência e os

serviços comunitários em todos os países que têm reavaliado sua organização na política de saúde mental. Acrescenta que no Brasil muitos dos CAPS III, onde estão previstas internações de curta duração para tratamento de situações de crise, ou têm se transformado em grandes ambulatorios, com dificuldades para enfrentamento da crise ou têm se mantido dentro da proposta, mas com uma lógica manicomial. O autor afirma que a política, a lógica e a ética pertencentes aos projetos terapêuticos são decisivas para mudança, o que representa um desafio desde que os saberes e práticas vigentes são oriundos de uma episteme em verdade manicomial.

Leal et al. (2005) em trabalho apresentado no XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Belo Horizonte, 2005, fazem uma crítica à hegemonia da psicopatologia descritiva utilizada para intervenções nos CAPS defendendo a *psicopatologia do ser social* como indispensável para noções de inclusão social e autonomia. Assim, apontam a importância de um cuidado e novos dispositivos que consideram a experiência do sujeito no mundo e com o mundo, sendo a relação humano-social constitutiva do próprio ser.

Esses autores assinalam que dentro do atual contexto, com a diminuição dos sintomas positivos decorrentes do uso de psicofármacos, a psicopatologia descritiva torna-se cada vez menos suficiente. Afirmam que se delírios e alucinações eram indicativos de adoecimento mental, hoje as síndromes esquizofrênicas apresentam-se mais por meio de problemas em relação ao mundo que por meio da sintomatologia positiva. Como consequência os diagnósticos assemelham-se mais a questões de personalidade, e pessoas acometidas dessas dificuldades correm o risco de serem deixadas de fora dos cuidados psiquiátricos.

Dessa forma, os serviços de crise, fazendo parte do sistema como um todo, carregam consigo todas as dificuldades inerentes à implementação de uma nova forma de atenção em saúde mental. Esta vem, há meio século, se incorporando a um novo

paradigma que aponta para a interação entre a pluralidade de fatores biológicos, sociais e psicológicos (OMS, 2001), o que requer uma abordagem multicultural e interdisciplinar. A definição de saúde mental proposta pela OMS fala de “um completo bem-estar físico, mental e social”.

As dificuldades para a concretização desse novo paradigma aparecem em vários níveis, desde a filosofia que permeia todo o trabalho, o arcabouço administrativo dos serviços e a formação e funcionamento das equipes interdisciplinares. Com predominância do modelo biológico, as outras profissões permanecem periféricas como apoio. Igualmente decisivo é o valor político e apoio financeiro na criação de serviços substitutivos ao hospital, muito variável dependendo do contexto sociopolítico de cada região e país.

A desconstrução dessa herança cultural tem sido árdua. Herdamos não só a função de coação, segregação e controle social das antigas instituições de saúde mental (FOUCAULT, 1975) como a falida tentativa de objetivação dos distúrbios psíquicos, onde a pessoa fica obscurecida. A partir dessa premissa o movimento de desinstitucionalização italiana, nos anos 70, baseou-se na hipótese de que “o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social” (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, p. 27). Até hoje a postura objetivista mostra-se predominante, ainda que conviva muitas vezes dentro do mesmo serviço, com aquelas que enfatizam o homem em relação ao seu meio e seu grupo social. Este fato gera confusões conceituais e filosóficas, acirrando conflitos de equipe em relação à organização do serviço, a posturas e planos terapêuticos, com conseqüências danosas para aqueles em tratamento.

Enquanto dificuldades provenientes da predominância do modelo biológico são coincidentes no mundo ocidental, outros aspectos são variáveis no desenvolvimento de

serviços substitutivos ao hospital nos diferentes países, de acordo com seu contexto sociopolítico. As mudanças iniciaram em décadas diferentes, com diversas modalidades teórico-administrativas nos serviços, assim como o funcionamento de equipes.

Compreender o desenvolvimento do atendimento à crise nos serviços de saúde mental fornece um bom indicativo da necessidade cada vez mais premente de um olhar mais complexo, observando-se as configurações vinculares como um dos fatores inerentes à própria crise, onde também se encontram os vínculos terapêuticos. Com este intuito serão examinadas de forma sintética as mudanças na atenção à saúde mental e nos serviços de crise no Brasil e Inglaterra, onde se insere a maioria dos serviços visitados nesta pesquisa.

1.1 Desenvolvimento de serviços de crise no sistema de saúde mental da Inglaterra

Na Inglaterra, como em outros países da Europa, após a Segunda Guerra Mundial, com o advento do *Welfare State*, houve a iniciativa de substituição dos hospitais por serviços na comunidade. Naquele país a mudança se inicia com a criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1948, e principalmente com a Nova Lei de Saúde Mental de 1959, que dá ênfase aos cuidados comunitários (JONES, 1972), e à criação de serviços com equipes multidisciplinares. Houve uma redução gradativa de hospitais, que passaram a ter número reduzido de leitos comparado aos antigos hospitais, redução do tempo de internação e criação de centros comunitários de saúde mental – *Community Mental Health Centre* (CMHC).

No entanto, somente nas décadas de 80-90 houve maior diversificação de serviços além dos centros comunitários em saúde mental, e na década 90 assistiu-se a crescente participação das organizações de usuários de saúde mental e de

cuidadores/familiares na discussão e implementação de políticas e serviços de saúde mental.

De acordo com Gondim (2000), em pesquisa realizada na região de *East Kent*, com uma população de 604 mil habitantes, podiam ser encontrados para usuários adultos, além de um hospital psiquiátrico, hospitais-dia, centros comunitários de saúde mental; vários centros-dia organizados pelo departamento de Assistência Social e pelas organizações de voluntários, lares abrigados, residências terapêuticas. Nos finais da década de 1990, dois serviços haviam sido recém-criados: *The Mental Illness Support Team* (MIST) com a função de atendimento à situação de crise, destinado a pacientes graves, psicóticos, neuróticos ou com severa depressão, que oferecia visitas e tratamento domiciliar por equipe de enfermagem, e com funcionamento contínuo durante 22 horas nos dias de semana e 16 horas nos finais de semana; e uma equipe do próprio centro de saúde mental – *Assertive Outreach Services* – destinado ao acompanhamento mais efetivo, por meio de visitas periódicas a pacientes mais isolados, que por si só não procuravam tratamento, com grande índice de reinternações, e situações mais graves de envolvimento com a justiça, risco de suicídio e uso de drogas ilícitas. Além desses serviços, podia-se também contar com apoio e aconselhamento nas organizações de usuários e cuidadores/familiares.

No entanto, em 1999, apesar das mudanças, quarenta (40) anos após a lei que deu impulso à implementação de cuidados comunitários, pesquisas revelaram várias deficiências em função da fragmentação de serviços. Estes possuíam um arcabouço burocrático preso às especializações de base apenas disciplinar, onde o tratamento divide o paciente em porções, em partes, quando este já sofre de uma desorganização consigo mesmo, falta de integração e com rupturas vinculares. O tratamento individualizado

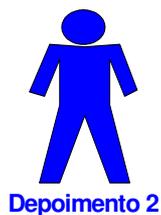
centrado nas necessidades como um todo ficou difícil nessa estrutura; a adesão do usuário ao tratamento era comprometida e ficava interrompida a continuidade do acompanhamento de pacientes graves. A taxa de abandono ao tratamento foi observada em 25-40% nos centros comunitários de saúde mental – CMHC (HUXLEY, 1990). Isso resultou em elevado número de reinternações, de pacientes na rua, desabrigados ou com problemas na Justiça, e no fenômeno de transinstitucionalização (COWEN, 1999; GOODWIN, 1997), em que pessoas continuam a ter na sua interação com o mundo social o único papel de doente mental, com vínculos limitados aos serviços de saúde, o que desafia o objetivo de ressocialização. Durante as crises a opção ainda era a internação hospitalar, não tendo os serviços comunitários portas abertas, no sentido de livre acesso, necessitando de encaminhamentos de outros serviços. O serviço de crise, o MIST, não se mostrou efetivo.

Para Gondim (2000), em pesquisa junto a usuários naquele país, a fragmentação de serviços era uma das grandes insatisfações: ter os aspectos tão importantes de suas vidas tão divididos entre as diversas instituições, ter em seus técnicos de referência, seja na assistência social (*care manager*) ou serviços de saúde (*key worker*), uma relação muitas vezes apenas administrativa. Pacientes em internação queixaram-se de que após a alta iam mudando de equipe, impedindo laços mais estáveis, “tendo que começar tudo de novo”. Ainda durante esta pesquisa, usuários identificaram como ponto de mudança em suas vida alguns vínculos estabelecidos, conforme depoimentos a seguir.

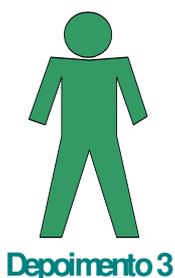


Depoimento 1

Aprendi a fazer perguntas a mim mesmo por meio de conversas freqüentes com a auxiliar de serviço social de um dos serviços que freqüentava e a partir daí não mais tive internações.



Fui aceito para trabalhar em uma organização voluntária e isso melhorou minha auto-estima, apesar de ter boa relação com o meu médico, foi este trabalho que me transformou.



Em ocasião de grande crise, recorri a um serviço voluntário e uma pessoa me escutou durante três horas, tive grandes *insights* e comecei a escrever a história de minha família, quando consegui perceber que depressões estavam se repetindo e eu teria de pará-las em mim, para poupar meus filhos; conversei com meus filhos sobre o assunto, e minha história já tem formato de um livro.



Participando do fórum dos usuários, sempre procuro enfrentar minhas crises de ansiedade, sendo palestrante nas várias reuniões com o público, noto que cada vez fico menos ansioso.

Pode-se entender que há um pedido claro de vínculos mais estreitos e estáveis. Os usuários, por meio de suas organizações, têm lutado por mais espaços de escuta e psicoterapias nos serviços, e criticam as ofertas de grupoterapia por tempo limitado e curto, de três a seis meses: “quando estamos entrando no processo terapêutico o grupo acaba”. Como uma nação com grande desenvolvimento do setor de voluntariado, organizações oferecem treinamento para o papel de amigo qualificado, “advocate”, que forma um vínculo estável com a pessoa e auxilia no que precisar, desde tarefas domésticas, sair para um café, um passeio, e servir de intermediário em uma consulta médica ou junto à assistência social, por exemplo.

Portanto, naquele país, nos finais dos anos 90, o movimento da desospitalização, a criação de centros comunitários de saúde mental – CMHC, a importante valorização de aspectos sociais, como aquisição de direitos e benefícios provenientes da assistência social, o desenvolvimento do voluntariado e o estímulo à participação política ainda não haviam sido suficientes para oferecer ambientes de maior acolhimento, onde pessoas em tratamento possam desvincular-se do papel único de paciente psiquiátrico, e desenvolver-se por meio de outros papéis sociais. Ademais, o atendimento a situações de crise não conseguia sair da convencional hospitalização.

Essas dificuldades não ficaram despercebidas pelo governo. Em 1998, o secretário de saúde Frank Dobson, observando as lacunas dos serviços e seus problemas decorrentes, afirmou a necessidade de uma profunda modificação na estrutura dos serviços, o que denominou *third way* (terceira via) para a saúde mental.

O secretário de saúde argumentou que os serviços substitutivos à hospitalização – *Community Care* – haviam falido. Enquanto beneficiaram alguns, aqueles mais vulneráveis e com dificuldades de engajamento nos serviços foram prejudicados, aumentando o número de moradores de rua. Falou também dos riscos para si próprio e para os outros. Sem intenção de voltar para o tratamento asilar, já provado como deletério, e com intenção de modificação radical nos serviços de saúde existentes, propõe criação de serviços de crise, funcionando 24 horas, sete dias por semana, melhor assistência para pacientes mais graves com dificuldades de engajamento no serviço, treinamento de equipes mais especializadas, preparação adequada em saúde mental também para os serviços de rede básica, além de nova legislação, entre outras determinações (DEPARTMENT OF HEALTH, 1998).

A partir de então novas diretrizes foram lançadas. Em 1999 o governo lançou novo modelo para saúde mental em nível nacional *The National Service Framework for Mental Health*, em que determinou o funcionamento de centros comunitários de saúde mental 24 horas, todos os dias da semana, com rápido acesso e criação de serviços domiciliares e de intervenção em crise *Home Treatment and Crisis Resolution Team* (DEPARTMENT OF HEALTH, 1999).

Em 2001 lança as diretrizes para implementação de novas políticas de saúde mental *Policy Implementation Guide – PIG* (DEPARTAMENTO OF HEALTH, 2001), com definições mais específicas dos serviços a serem criados, assim estabelecidos:

- *Crisis Resolution/Home Treatment Team*: serviço de intervenção em crise e com acompanhamento domiciliar, destinado a pessoas com graves distúrbios, entre 16 e 65 anos, em episódio de crise aguda, com objetivo de substituir a hospitalização.
- *Early Intervention in Psychosis*: intervenção precoce nas psicoses, destinado a pessoas entre 16 e 35 anos com primeiro episódio de surto psicótico.
- Ampliação do *Assertive Outreach Team*, para as pessoas com dificuldades severas e persistentes que não aderem aos serviços, como já especificado acima.

Em 2003, o governo publica diretrizes para atendimento a pessoas com distúrbio de personalidade, entendendo que as mesmas têm dificuldade de acesso a serviços de saúde mental e à psiquiatria, que historicamente tem excluído este tipo de sofrimento psíquico. O departamento nacional de saúde publicou o *Policy Implementation Guidance for Personality Disorder: No longer a diagnosis of exclusion (2003)* e o Instituto Nacional para Saúde Mental – NIMHE publicou *Breaking the Cycle of Rejection – the Personality Disorder Capabilities Framework (2003)*, com o objetivo de implementar serviços e

equipes com conhecimento apropriado, habilidades e atitudes para o tratamento efetivo de distúrbio de personalidade.

A maior incidência de distúrbio de personalidade refere-se ao tipo *borderline*, apresentando uma grande demanda nas emergências psiquiátricas em situações de crise, tanto por pessoas só com este diagnóstico como acompanhado de outros distúrbios, como depressão e esquizofrenia (FAGIN, 2004). Há dificuldades de diferenciação entre distúrbio de personalidade e doença mental, e enquanto uma parte de psiquiatras considera não tratáveis, outros mostram resultados otimistas (FAGIN, 2004; FONAGY & BATEMAN, 2006). Dammann (2004) aponta para a dificuldade de se diferenciar personalidade *borderline* e esquizofrenia em adolescentes que apresentam sintomas psicóticos. Dammann (2004) comenta que por muito tempo adolescentes com personalidade *borderline* eram apontados como esquizofrênicos em função dos sintomas positivos como *ouvir vozes*, mas que também é um sintoma típico de *stress* pós-traumático e distúrbios de personalidade *borderline* e dissociativo.

Para a proposta desta tese, vamos nos deter nas resoluções governamentais e implementação dos serviços de crise, e no funcionamento das comunidades terapêuticas que já têm uma tradição na Inglaterra, atendendo pessoas em sofrimento psíquico com psicoses, neuroses graves e distúrbios de personalidade.

1.1.1 Serviços de crise

Intervenção em Crise/Tratamento Domiciliar – *Crisis Resolution/Home Treatment Team*

De acordo com as diretrizes governamentais, PIG – *Policy Implementation Guide* (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001), este serviço é destinado a pessoas entre 16 e 65 anos, com doença mental grave (ex. esquizofrenia, distúrbio maníaco-depressivo,

depressão severa), e em grave episódio agudo que sem o acompanhamento do serviço de intervenção em crise seria necessária uma hospitalização. Estão excluídos casos de desordem de ansiedade, uso de álcool ou drogas em nível primário, doenças orgânicas inclusive demência, distúrbios de aprendizagem, diagnóstico exclusivo de desordem de personalidade, auto-agressão sem distúrbio psicótico ou depressão grave e crises apenas relacionadas a conflitos relacionais. Veio substituir o serviço já existente, o *Mental Illness Support Team* (MIST), já mencionado, que oferecia atendimento emergencial durante os períodos noturnos e finais de semana, mas com menor suporte e sem continuidade de atendimento, e mais restrito especificamente ao ato de medicar.

O documento também determina que além de responsabilizar-se pela avaliação, tratamento e encaminhamento das pessoas dentro dos critérios acima, a equipe de resolução de crise – *Crisis Resolution/Home Treatment Team* – tem a função de monitorar as internações da região adstrita com a função de *gate-keeping*. Os outros serviços, antes de encaminhar para hospitalização, devem entrar em contato com esse serviço que irá proceder à avaliação e decidir pela inclusão no programa ou se necessário pela internação. Nesse último caso, a equipe fica responsável por acompanhar o tempo de internação e trabalhar no sentido de apressar a alta, oferecendo alternativas de continuidade em outros serviços.

A intervenção em crise em domicílio, de acordo com a proposta governamental, propõe que a pessoa seja atendida dentro de ambiente menos restritivo e sem a quebra de seu dia a dia. O serviço pode ser oferecido em diferentes ambientes além da residência, a combinar com a pessoa e seus familiares, como alternativa ao hospital. O *PIG* determina o funcionamento de equipe multidisciplinar, com acesso rápido 24 horas e sete dias por semana; visa oferecer acompanhamento intensivo, ser assertivo, buscar engajamento,

reduzir a vulnerabilidade para crise, aumentar a resiliência, e oferecer aprendizagem a partir da crise; deve acompanhar a pessoa até a resolução da crise, e fazer o encaminhamento necessário em seguida.

O tempo de atendimento deve ser flexível de forma a solucionar a crise e atender às necessidades da pessoa. A idade limite também pode ser flexível para cada serviço de acordo com características locais. Cada localidade com 150.000 habitantes deve possuir um serviço de intervenção em crise, com uma média de 14 profissionais, atendendo de 20 a 30 pacientes por vez.

A equipe deve ser formada por psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares de nível técnico e pessoal administrativo. A abordagem utilizada deve estar relacionada a metas e objetivos definidos na avaliação com base em solução de problemas. O foco deve ser dirigido ao transtorno psíquico em si, dentro de visão psiquiátrica e às necessidades sociais a ele relacionadas, como moradia ou outras dificuldades domésticas. O plano terapêutico deve contar com participação do usuário e seus familiares ou cuidadores.

As diretrizes governamentais (PIG, 2001) estimaram a criação de 335 serviços de resolução de crise até o final de 2004, sendo que em meados de 2005 um total de 343 foi implementado, segundo Anderson (2006). Este autor comenta que tal modelo de intervenção em crise foi importado da Austrália, onde o modelo de intervenção em crise de Gerald Caplan (1969) teve grande influência. Anderson (2006) considera como especificidade deste serviço de resolução de crise o tratamento intensivo 24 horas e a sua função de *gate-keeping*, por meio da qual evita internações, ou quando necessárias procura diminuir a sua duração, como especificado acima. As outras características, como equipe

multidisciplinar e envolvimento de usuários/ familiares fazem parte da política dos outros serviços de modo geral.

Anderson (2006) fez uma análise, a partir de estudo etnográfico, em duas diferentes equipes de resolução em crise localizadas ao nordeste da Inglaterra, com o objetivo de entender a natureza desse serviço e avaliar a coerência entre as diretrizes governamentais (PIG, 2001) e a prática desenvolvida. Para isso ele analisa como a crise é identificada, entendida e tratada. Com base no pressuposto de que a equipe constrói e reflete as predisposições e pontos de vista de seus membros, o autor concluiu que a crise para a qual a equipe responde é psiquiátrica, havendo uma definição mecânica e medicalizada da crise, a partir do modelo médico com sua classificação e diagnóstico. O autor observou que naquele contexto a crise é vista como dificuldade no funcionamento habitual da pessoa onde estão claras questões de saúde mental e dificuldades de mecanismos de lidar com os problemas; pressupõe questões internas e externas. As necessidades de âmbito social avaliadas e escolhidas para intervenção devem estar em relacionamento estreito com o quadro mental. Na avaliação de Anderson (2006) esses serviços seguem as diretrizes governamentais contidas na *Policy Implementation Guide* (2001), e dentro deste enfoque têm não só alcançado seus objetivos como começa a se formar um novo modelo de atendimento em crise na comunidade, a partir da experiência das equipes. Conclui que o funcionamento da equipe adquire uma conotação de cuidados de emergência psiquiátrica na comunidade.

Nos dois serviços por ele analisados de intervenção em crise não havia psicólogos nem terapeutas ocupacionais, como previsto no documento. O envolvimento de usuários/familiares varia de caso para caso. Há uma tendência à participação conjunta, mas a última palavra fica com o saber profissional.

Na sua pesquisa, Anderson (2006) também aponta dilemas originados pela natureza do serviço: a característica de atendimento breve do modelo de resolução de crise, de três a seis semanas, seguido de encaminhamento, entra em choque com a necessidade da equipe de oferecer um melhor serviço; o plantão de 24 horas, que acarreta maior revezamento da equipe, dificulta a relação mais estreita com um mesmo técnico. Para o autor, isso limita alguns objetivos contidos no documento governamental como, por exemplo, aprender com a crise, que requer maior tempo de elaboração. Outro dilema presente nas discussões e decisões da equipe refere-se à objetivação de critérios para inclusão ou exclusão no serviço e à identificação das necessidades sociais que merecem intervenção, o que ele chama de processo de racionamento do serviço.

Outra pesquisa em equipe de resolução de crise situada no bairro de *North Islington*, cidade de Londres (JOHNSON *et al*, 2005) também aponta resultados positivos na diminuição da necessidade de hospitalização em situação de crise aguda, objetivo maior do programa. Com acompanhamento de oito semanas após a crise, com atendimento nesse serviço, houve uma redução de internação de 59% para 22%. Foi encontrada também maior satisfação dos usuários. No entanto, indicadores clínicos e sociais utilizados nesse grupo e no grupo atendido convencionalmente em hospital não mostraram diferenças após seis meses de seguimento, o que os pesquisadores aludem à intervenção muito breve em relação a uma longa história de adoecimento e exclusão social.

Intervenção Precoce nas Psicoses – *Early Intervention in Psychosis*

O governo inglês por meio de seu manual de implementação de novos serviços, *The Policy Implementation Guide – PIG* (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001) traz determinações relativas ao programa de intervenção precoce nas psicoses, que se destina a pessoas entre 14 e 35 anos, apresentando pela primeira vez sintomas psicóticos, durante os

três primeiros anos de adoecimento. Essa faixa etária é considerada, de acordo com o documento, período de maior incidência de início das psicoses. O programa objetiva diminuir o tempo de acesso ao tratamento, estimado na época em média de dois anos desde os primeiros sinais, facilitar a identificação do problema e busca de ajuda. Considera a evidência de que nos primeiros anos de adoecimento há grandes riscos de prejuízos físicos, sociais e problemas com a justiça; de que uma em cada dez pessoas com psicose comete suicídio, e dois terços dessas mortes ocorrem nos primeiros cinco anos de doença.

Esse documento também propõe: reduzir o estigma associado à psicose e maior conscientização de profissionais e comunidade sobre os primeiros sinais e necessidade de avaliação e intervenção precoce; trabalhar em prol da estabilidade na vida dos usuários e de seu desenvolvimento; envolver familiares, comunidade e serviços primários de saúde; ser oferecido em locais e formas menos restritivas e estigmatizantes; dar ênfase aos papéis sociais, observando oportunidades de educação e trabalho; centrar-se mais na administração de sintomas que em diagnósticos e oferecer um engajamento continuado e com sentido com base em metas a serem alcançadas. O tempo de acompanhamento previsto vai de dois a três anos e com posterior encaminhamento para outros serviços de forma cuidadosa e eficiente. Houve uma previsão de um serviço com três ou quatro equipes para cada milhão de habitantes e um total de implementação de 50 serviços naquele país.

Também fazem parte do documento algumas especificações, como treinamento para detecção precoce das psicoses e avaliação abrangente, que envolve desde as áreas clínicas às sociais, como psiquiátricas, psicológicas, ocupacionais, de interesses, nível de suporte da família e grupo imediato; utilização de baixas doses de neurolépticos atípicos, antidepressivos e estabilizadores de humor quando necessário; utilização de terapias cognitivas e comportamentais quando apropriado; contato no mínimo mensal com

familiares ou pessoas significativas; opções de psicoeducação, terapia e suporte familiar. Os serviços também devem prever situações de crise, desenvolver plano de prevenção de recaídas, evitando ao máximo a internação; devem centrar-se nas necessidades do usuário e dar tempo suficiente para o estabelecimento de relações e estabilização de sintomas.

A implementação deste serviço na Inglaterra segue as indicações de um movimento internacional de prevenção precoce nas psicoses, iniciado na década de 1990. A partir de então, a clínica e pesquisa das psicoses têm mudado seu foco dirigido à psicose já instalada, ao primeiro episódio de psicose, e, por último, à sua fase prodrômica ou pré-psicótica (PHILLIPS, MCGORRY, YUNG et.al., 2005). Segundo os autores este novo programa baseia-se na existência de uma fase de sintomas não específicos ou prodrômica acompanhada de uma crescente dificuldade funcional do indivíduo antes da eclosão da psicose com seus sintomas positivos e específicos, as duas fases coincidindo principalmente com o período da adolescência ou passagem para a vida adulta. Comentam também que o programa tem como base os indicadores de ganhos da recuperação da psicose quando de sua intervenção precoce.

Costa (2006), por meio de uma meta-análise que envolve sinais e sintomas da fase prodrômica, assinala uma ampla variedade que pode incluir sintomas neuróticos como ansiedade, intranqüilidade, raiva, irritabilidade; sintomas relacionados ao humor, como depressão, anedonia, culpa, idéias suicidas, oscilação do humor; mudança da volição, como apatia, perda de interesse e desejo, fadiga, perda de energia; mudanças cognitivas, como distúrbio da atenção e concentração, devaneio, bloqueio do pensamento, abstração reduzida; sintomas físicos, envolvendo distúrbios do sono, alimentação e queixas somáticas; mudança de comportamento como agressividade, isolamento, impulsividade; dificuldades no desempenho de papéis na escola, trabalho e outros, e, finalmente outros sintomas como

mudanças na mobilidade, manifestações obsessivas compulsivas, dissociativas, sensibilidade interpessoal aumentada, mudanças no sentido do eu, dos outros ou do mundo.

Várias estratégias para identificar a fase pré-psicótica têm sido desenvolvidas (PHILLIPS, MCGORRY, YUNG et.al., 2005) em diferentes países como Austrália, Alemanha, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Holanda, Noruega e Reino Unido. Para os autores há um consenso de desenvolvimento de distúrbios cognitivos, afetivos e sociais em tempo pregresso à eclosão da psicose, e vários fatores de risco servem de base para formular escalas para índices de prevenção, sendo alvo de pesquisas para decrescer os falso-positivos, como: faixa etária de adolescente e jovem adulto, distúrbio de personalidade esquizotípico, história de psicose em familiar de primeiro grau, crescentes dificuldades do funcionamento psicossocial, longa duração de sintomas não específicos, comorbidade com depressão, desorganização; e também presença de pelo menos um dos seguintes sintomas com frequência e duração no mínimo de uma semana: idéias de auto-referência, pensamento mágico, distúrbio da percepção, ideação paranóide e pensamento, discurso, comportamento ou aparência estranhos.

A associação internacional de psicose de início recente – *The International Early Psychosis Association* (IEPA) foi criada em Melbourne, Austrália em 1996 e formalizada em 1997 em Stratford, Reino Unido. Após duas conferências em Melbourne (1996) e Nova York (2000), a Terceira Conferência em Copenhague (2002) teve grande peso internacional, com relatos de pesquisas que resultou em entusiasmo na perspectiva de reduzir dramaticamente o impacto dos distúrbios psicóticos (MCGORRY, NORDENTOFT & SIMOMSEN, 2005). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001) a esquizofrenia e outras formas de psicose ocupam o terceiro lugar como fator incapacitante, merecendo destaque como problema de saúde pública. A partir de apoio da

OMS, da *International Early Psychosis Association - IEPA*, da *Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia – IRIS* - (Iniciativa para Reduzir o Impacto da Esquizofrenia -), outras organizações como *Rethink* e *National Institute of Mental Health for England - NIMHE* (Instituto Nacional para Saúde Mental na Inglaterra) e documento proveniente de *Newcastle Early Psychosis Declaration* (2002), foram elaborados *Consensus Statement* (BERTOLOTE & MCGORRY, 2005) e em seguida, no mesmo ano de 2002, durante a III Conferência de Copenhague, foram elaborados manuais clínicos (MCGORRY, 2005a). Segundo os autores referidos esses documentos representam uma declaração internacional para intervenção rápida e efetiva para adultos jovens na sua primeira crise psicótica, sua família, amigos próximos e outros cuidadores, assegurando direitos de cidadania e inclusão social. A declaração prevê melhoria no acesso e engajamento nos serviços de intervenção precoce, conscientização da comunidade, recuperação, envolvimento da família, treinamento para profissionais e apoio à pesquisa, entre outras recomendações.

Inúmeras pesquisas têm sido desenvolvidas examinando a correlação entre tempo de psicose não tratada - “Duration of Untreated Psicose” (DUP) - e resultados clínicos e psicossociais; intoxicações ou deteriorações no cérebro por demora no tratamento, necessidade ou não de uso de neurolépticos na fase inicial do quadro psicótico, e efeitos das psicoterapias. Os resultados mostram-se ainda variáveis e polêmicos.

O tempo de psicose não tratada – DUP – torna-se mais longo quando do início insidioso da psicose, e por fatores do contexto social como desemprego, enquanto o envolvimento da família na busca de ajuda diminui este intervalo (MORGAN et.al. 2006).

Craig et.al. (2000) encontraram em sua pesquisa o diagnóstico como importante fator no tempo que as psicoses ficam sem tratamento (DUP): mais longo para esquizofrenia ou psicose esquizoafetiva, menor para depressão com quadro psicótico e

mais breve ainda para distúrbio bipolar com características psicóticas. Questionam pesquisas que trabalham apenas com índices de recaídas ou remissão, sem diferenciar quadros esquizofrênicos e esquizoafetivos dos esquizofreniformes – este último com melhor prognóstico – sugerindo o uso do critério do DSM IV, de seis meses de adoecimento para classificação da doença. Utilizando uma perspectiva longitudinal com base no diagnóstico e critérios epidemiológicos e acompanhando por 24 meses 444 pacientes após sua primeira admissão e tratamento em diferentes serviços psiquiátricos de uma região de Nova York, observaram que o tempo de psicose não tratada por si só não determina os resultados clínicos do tratamento, e que não há efeitos psicotóxicos provenientes da exposição prolongada à psicose. No entanto pacientes com esquizofrenia e distúrbio esquizoafetivo apresentaram pior curso da doença (34,2% continuaram doentes, 51,7% tiveram remissão parcial e 14,1% remissão total) acompanhado depois pela depressão psicótica (12,9 % continuaram doentes, 22,9 % com remissão parcial e 64,3% com remissão total) e com melhor curso para o distúrbio bipolar com características psicóticas (4,3 % continuaram doentes, 15,5% tiveram remissão parcial e 80,2% remissão total).

Naz, Bromet, e Mojtabai (2003), da Universidade de Nova York, em Stony Brook, apresentam pesquisa onde fazem a distinção entre primeiras admissões de pessoas com quadro esquizofrênico e esquizofreniforme, concluindo que este último forma uma categoria heterogênea, necessitando ser mais bem delineado por trazer implicações para o tratamento. Observaram que 94% dos pacientes inicialmente diagnosticados com esquizofrenia mantiveram este diagnóstico, 24 meses depois; dos pacientes com diagnóstico esquizofreniforme, metade mudou para esquizofrenia ou distúrbio esquizoafetivo em 24 meses, 13 % para distúrbio afetivo e 19% permaneceu com o diagnóstico de esquizofreniforme.

Outras pesquisas (NORMAN et. al., 2005) mostram que embora não haja ainda resultados que demonstrem o efeito causal entre tempo da duração de psicose não tratada e resultados da intervenção, há evidências da intervenção precoce ter influência nos resultados do tratamento, principalmente na remissão de sintomas positivos. Consideram que não só o tempo de intervenção, mas a melhoria do atendimento deve ser considerada, pelo potencial que apresenta nos bons resultados. Correlações entre possíveis efeitos neurotóxicos provenientes da demora de intervenção nas psicoses para esses autores têm sido inconsistentes, resultados também encontrados por Ho, Alicata, Moser *et all*, (2003), assim como Craig, Bromet, Fennig, *et all* (2000), já citados.

A relação entre tempo de adoecimento sem tratamento e resultados clínicos foi mostrada por outra pesquisa com quatro anos de acompanhamento de pacientes em serviços da Irlanda, utilizando o DSM IV para critérios de esquizofrenia e distúrbio esquizofreniforme: maior decréscimo no funcionamento global (DSM IV) e aumento de sintomas positivos para maior tempo de psicose não tratada (CLARKE *et all*, 2006). Resultados semelhantes foram encontrados por Kilesey, Scott, Denney *et all* (2006) em acompanhamento de pacientes de primeiro episódio por um ano: a duração de sintomas psicóticos sem tratamento foi relacionada a piores resultados clínicos e psicossociais.

Melhor resultado para sintomas negativos foi encontrado em dois grupos com intervenção precoce (cinco semanas) em relação a dois grupos de controle (dezesseis semanas) durante um ano de tratamento para um total de 281 pacientes com avaliação final de 88% da amostra; no entanto, sintomas positivos, qualidade de vida, tempo de remissão, curso da doença e avaliação global do funcionamento não mostraram diferenças (LARSEN et.al, 2006). Resultados semelhantes foram encontrados por Haan, van Der Gaag e Wolthaus

(2000), da universidade de Amsterdam, Holanda, que por meio de suas pesquisas não apóiam o uso de antipsicótico no início ou durante os primeiros sinais de psicose.

Birchwood, Spencer & McGovern (2000), partindo do pressuposto de que há uma variação individual tanto na natureza como no tempo decorrido entre os primeiros sinais e eclosão de sintomas psicóticos, propõem uma lista personalizada de indicativos dos primeiros sinais de psicose para prevenção de recaídas (*relapse signature*). Entendem que sintomas não específicos como humor depressivo, esquiva, problemas de sono e alimentação são os primeiros sinais, seguidos de instabilidade emocional e finalmente sintomas específicos como distúrbios do pensamento, senso-percepção ou comportamento. Acrescentam que a maioria dos pacientes e familiares é capaz de detectar a configuração particular dos primeiros sinais; ao serem identificados devem ser relacionados com as formas pessoais e familiares de manejo; e finalmente que para cada estágio dos sinais devem ser desenvolvidas diferentes técnicas de intervenção.

Segundo Tarrier, Lewis, Haddock Bentall, *et all* (2004) a intervenção precoce nas psicoses, quando associada à terapia cognitiva comportamental ou aconselhamento mostrou melhores resultados na redução de sintomas, durante pesquisa com 18 meses de acompanhamento. Não demonstrou, no entanto, diferenças para o índice de recaídas ou re-hospitalização em relação ao tratamento convencional. Por outro lado, apontam que a intervenção familiar tem demonstrado consistentes resultados de eficiência e eficácia na prevenção de recaídas, o que lhes faz sugerir a combinação de terapia familiar e terapia cognitivo-comportamental ou aconselhamento. Resultados semelhantes foram alcançados por Penn, Waldheter, Diana, Mueser *et all*, (2005): terapia individual cognitivo-comportamental com modesta eficácia na redução de sintomas, apoio e melhora na qualidade de vida, mas com mínima eficácia na prevenção de recaídas; apontam pesquisa

que demonstram a eficácia da intervenção familiar; propõem a intervenção multiprofissional, compreensiva no sentido amplo, como promissora de redução de sintomas, de re-hospitalização, e melhoria relativa à vida funcional.

Têm sido levantadas críticas e debates sobre a intervenção precoce, sobre a necessidade e efeitos prejudiciais do uso de medicação antipsicótica na fase inicial e/ou prodrômica da psicose e sobre questões éticas que envolvem a pesquisa de tratamento da fase precoce de psicose sem medicação.

Algumas contradições e problemas com os serviços de prevenção precoce das psicoses são apontados por Warner (2005), tanto na prevenção depois de desenvolvidos os sintomas psicóticos como na fase prodrômica. Ele questiona a relação entre intervenção precoce e bom resultado, assim como a associação entre a demora do tratamento da psicose, risco de recaídas, maior morbidade e pior prognóstico, afirmando a necessidade de se considerar os índices de remissões espontâneas. Este autor, com base em evidências (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1979), argumenta que há remissão de sintomas psicóticos em 25-50 % dos casos em países desenvolvidos. Isso leva, de um lado, à exclusão dos casos de bom prognóstico, quando a amostra refere-se a pacientes com longa duração da doença, e, por outro lado, a resultados tendenciosos, quando a amostra refere-se a pacientes com intervenção precoce, pois já incluem naturalmente aqueles de bom prognóstico. Na intervenção durante a fase prodrômica, antes da eclosão da crise, Warner (2005) argumenta que não há instrumentos adequados para avaliação de sinais, podendo resultar em prejuízo para os falso-positivos. Os riscos desnecessários de medo da doença, de restrição de objetivos de vida e de uso de medicação com seus efeitos colaterais devem ser considerados.

No entanto, McGorry (2005b), diante das polêmicas, argumenta pela grande necessidade de inclusão da intervenção precoce na psiquiatria, pelos riscos de morbidade e mortalidade que acompanham os distúrbios psicóticos em fases críticas da passagem para a vida adulta e em vista das evidências crescentes de que a intervenção precoce no mínimo tem melhorado os resultados a curto prazo. Com outros autores (PHILLIPS, MCGORRY, YUNG *et all*, 2005), McGorry admite e considera as limitações do programa como a possibilidade de aumentar ansiedade e estigma e a probabilidade de reações adversas de antipsicóticos para aqueles que não necessitam, apontando a importância de cuidados éticos. No entanto, mostrando as vantagens e progressos adquiridos, posiciona-se a favor da implementação de intervenção precoce em centros que recebem pessoas que procuram ajuda, defendendo assim o programa de críticas em relação ao perigo de sugestões indiscriminadas de tratamento. Phillips, McGorry Yung *et all* (2005) informam que nesses centros tem sido encontrado um índice de 22 % a 54% de previsão corretas de desenvolvimento de psicoses, o que representa um ganho, e que os centros têm como finalidade ajuda para dificuldades atuais, ao lado da prevenção. McGorry (2005b) entende que um efeito iatrogênico deve-se à má qualidade dos serviços, e defende o maior investimento nos mesmos e em pesquisas correlatas, apontando formas de decrescer os falso-positivos. Acredita que desafios éticos, clínicos e científicos fazem parte das mudanças paradigmáticas, e argumenta que se não há cura, os efeitos de melhoria de vida de pacientes e familiares e a capacidade de administrar as vulnerabilidades são objetivos da saúde pública.

Outros compartilham o pensamento crítico de Warner (2005) sobre o programa de intervenção precoce, com predomínio do modelo médico. Bola (2006) questiona a recomendação da Associação Americana de Psiquiatria de uso de pelo menos um ano de

antipsicótico no episódio psicótico. Bola e Mosher (2002) apontam a importância de se identificar pacientes que não necessitam de medicação nos seus primeiros episódios de psicose. Citam estudo exploratório retrospectivo em dados de pesquisa realizada no *Soteria Project*, Califórnia, onde desenvolveram modelos para este propósito. Foi analisada uma amostra de 179 pessoas, solteiras, jovens, no primeiro ou segundo episódio de esquizofrenia, de acordo com critérios do DSM-II, depois convertidos no DSM-IV, admitidas parte em tratamento convencional hospitalar e parte no *Soteria Project*, no estilo de comunidade terapêutica. Evidenciou-se que aqueles que receberam tratamento psicossocial sem medicação, perfazendo um total de 43% da amostra total, durante os dois anos de acompanhamento, mostraram melhores resultados que o restante (em uso de medicação). A avaliação baseou-se em critérios de re-hospitalização, psicopatologia, funcionamento social e ocupacional, e capacidade de viver independentemente. Apenas 58% dos pacientes admitidos no *Soteria Project* receberam medicação e apenas 19% mantiveram a medicação antipsicótica no intervalo de dois anos.

Bola e Mosher (2002) defendem a hipótese de que um grupo de pessoas previamente identificado, nos primeiros episódios de psicose, responde melhor a tratamento psicossocial com o mínimo ou sem uso de medicação psicótica. Desenvolveram modelo de identificação desse grupo utilizando três fatores: Escala de Competência Social para Adolescentes de Goldstein – *Goldstein Adolescent Social Competence Scale*, idade e número de sintomas apresentados. Chamam a atenção para a iatrogenia por meio dos efeitos colaterais e tóxicos da medicação, e para a oportunidade de se oferecer tratamentos alternativos, o que tem sido reivindicação dos usuários de saúde mental também nos Estados Unidos. Da mesma forma, diante da imensa heterogeneidade do curso da esquizofrenia e de quadros esquizofreniformes, sublinham a importância de

individualização do tratamento, evitando “pacotes feitos” e observando a resposta de cada um ao tratamento. E finalmente mostram as vantagens do tratamento psicossocial em ambiente extra-hospitalar, tendo como base a socioterapia (*milieu therapia*), base do tratamento do *Soteria Project*.

O *Soteria Project* (MOSHER, 1999) foi desenvolvido de 1971 a 1983 na Califórnia, sediado em uma casa – *Soteria House* – onde pessoas nos seus primeiros episódios de psicose eram tratadas por meio de ambiente acolhedor, tolerante, suportivo como se estivessem em sua própria residência. Uma média de oito pessoas era cuidada nessa casa por não-profissionais, mas que tinham interesse na área e/ou que tinham parentes com problemas psíquicos. O ambiente era considerado terapêutico, sem psicoterapia formal e as pessoas recebiam acompanhamento psiquiátrico, mas a maioria sem medicação. Tinha como base princípios da filosofia fenomenológica-existencial também adotada por Ronald Laing na Inglaterra. Hoje se encontram serviços com filosofia semelhante na Suíça (*Bern Soteria*), na Alemanha e Hungria.

Com base nessa experiência, Mosher (2002) faz uma crítica mais ampla ao modelo biológico da psiquiatria, com suas hipóteses de determinação genética, de desequilíbrio bioquímico do cérebro e lesões neurológicas. Para ele fatores ambientais e relacionais são muito mais evidentes nas causas e curso dos distúrbios psíquicos, e finalmente lembra que a cronicidade está mais ligada à medicação e institucionalização, à destruição da rede social, marginalização, discriminação, e suas conseqüências sociais. Em 1998 desliga-se da Associação Americana de Psiquiatria (APA) e com críticas anuncia que em verdade estava se desligando da associação psico-farmacológica americana.

Essas polêmicas são exemplos da não integração do modelo biopsicossocial de tratamento. A predominância do modelo biológico permanece, atualmente com matizes psicossociais, o que difere do modelo psicossocial com apoio da psiquiatria médica.

Os dois serviços de crise mencionados, a intervenção precoce nas psicoses e a equipe de resolução de crise, como vimos, têm características onde predominam a visão da doença centrada na remissão de sintomas. Embora com cuidados nas necessidades sociais, orientação e apoio à família, comunidade e profissionais, ainda diferem muito do trabalho psicossocial propriamente dito.

De forma inversa, o tratamento oferecido nas comunidades terapêuticas tem o foco no aspecto psicossocial e nos vínculos. As comunidades terapêuticas originaram-se no período da II Guerra Mundial, quando catástrofes sociais provocaram maior demanda para a saúde mental. A psicanálise entrou nos hospitais, foram criadas comunidades terapêuticas, desenvolvidas psicoterapias de grupo de base psicanalítica, e teorias e intervenções de família. Posteriormente, nos anos 60-70, a antipsiquiatria trouxe novos enfoques e pequenas comunidades terapêuticas tipo residência foram criadas. Vamos descrever a seguir essas modalidades de serviço na Inglaterra.

Comunidade terapêutica

Atualmente na Inglaterra a filosofia e a abordagem da comunidade terapêutica, psicossocial em sua essência, são utilizadas em vários serviços de saúde mental e de assistência social, em alguns hospitais psiquiátricos ou serviços menores tipo residência e também em algumas prisões. São dirigidas para atendimento à criança e adolescentes, adultos e famílias, e destinados a diversas formas de sofrimento psíquico que incluem distúrbios de personalidade, psicoses, neuroses graves, síndromes pós-traumáticas, distúrbios alimentares, e drogadicção, estando no início o desenvolvimento para distúrbios

de aprendizagem (ASSOCIATION OF THERAPEUTIC COMMUNITIES, 2005, disponível em www.therapeuticcommunities.org/directory.doc).

Em 2005, na região da Inglaterra, de acordo com a Associação de Comunidades Terapêuticas existiam entre suas entidades-membros cerca de trinta e duas comunidades para adultos, onze que atendiam crianças e adolescentes e quatro que recebiam famílias para tratamento; cerca de treze com recursos do governo por meio do Serviço Nacional de Saúde – NHS, dezenove pertencentes a órgãos voluntários e três de financiamento independente ou lucrativas. A grande maioria (26) destinada a distúrbios de personalidade, abertas também a outras necessidades como psicose, casos crônicos com necessidade de reabilitação, distúrbio pós-traumático, dificuldades alimentares. Entre esses, alguns abertos exclusivamente a distúrbios de personalidade (5). Poucos serviços são específicos em drogadicção associados a distúrbio de personalidade (4) ou associados a outros distúrbios (2).

As comunidades terapêuticas fundamentam-se no princípio de que a melhor forma de tratar o sofrimento psíquico encontra-se na relação interpessoal desenvolvida em determinado local, em que todos os membros, pessoas em tratamento e profissionais, participam da manutenção e criação do ambiente terapêutico. Segundo Healy (2006) comunidade terapêutica representa o local para se viver e desenvolver a partir de três pontos principais: aprender por meio do relacionamento, assumir e encorajar responsabilidades e centrar-se na vida diária. Lembra que as mudanças advêm por meio de participação efetiva, divisão de trabalho, tomadas de decisão e de responsabilidades, de formação de relações, de dar e receber ajuda; e também por meio de espaço regular para discutir e examinar os pensamentos, sentimentos, problemas e aquisições adquiridos nesse processo de envolvimento. Na comunidade terapêutica desenvolve-se uma cultura de

questionamento e abertura, e de continência para sintomas provenientes do sofrimento emocional ou psíquico (MAIN, 1989).

Essa cultura terapêutica, de acordo com Maxwell Jones (1972), um dos criadores da comunidade terapêutica, é favorável à intervenção em crise, pois o trabalho regular e pontual com problemas que vão surgindo na convivência e desempenho dos papéis oferece possibilidades de novas percepções e de novas formas de reagir, sendo uma 'aprendizagem ao vivo'.

A Associação de Comunidades Terapêuticas, de acordo com seus valores principais, define (HAIGH, 2006) como padrão de seu funcionamento:

1. Toda comunidade encontra-se regularmente.
2. Todos os membros da comunidade trabalham em conjunto e dividem as tarefas diárias.
3. Todos os membros compartilham dos momentos sociais.
4. Todos os membros estão juntos nas refeições.
5. Os membros assumem diversos papéis e níveis de responsabilidade.
6. Aspectos informais do dia-a-dia fazem parte do trabalho da comunidade.
7. Todos os membros podem discutir qualquer situação de vida dentro da comunidade.
8. Todos os membros regularmente discutem suas atitudes e sentimentos em relação aos outros.
9. Todos os membros dividem responsabilidades com o outro.
10. Todos os membros da comunidade criam um ambiente emocionalmente seguro para o trabalho da comunidade.
11. Todos os membros da comunidade participam do processo de escolha e seleção de novos profissionais.
12. Todos os membros participam do processo de decisão de entrada de novos clientes na comunidade.

13. Toda a comunidade envolve-se na decisão de planos para o cliente-membro quando este deixa a comunidade.
14. Há maior tolerância para distúrbio de comportamento e expressões emocionais que em outros ambientes.
15. Correr riscos de forma positiva faz parte do processo de mudança.
16. As comunidades terapêuticas têm um claro padrão de limites e regras que devem ser compreendidos por todos os membros.

De acordo com Maxwell Jones (1972), a comunidade terapêutica tem contribuído de forma significativa para a psiquiatria social e para uma nova visão de saúde e doença, com foco nas forças sociais que atuam no paciente ou no paciente em potencial. O autor sugere um trabalho conjunto com outras disciplinas, visando a identificação da matriz relacional do paciente e utilização do potencial terapêutico dos membros da família, comunidade e dos membros da equipe profissional. Vê na abordagem do social e de suas determinações o campo propício para a psiquiatria preventiva e comunitária de Caplan. Além da psiquiatria centrada nos sintomas e da psicanálise com o olhar nos conflitos intrapessoais, acredita ser imprescindível a complementação da teoria social e dinâmica dos grupos.

Maxwell Jones (1972, p. 16) exclama: “os anos de guerra foram minha salvação”, mencionando sua entrada no campo da psiquiatria social. Trabalhando inicialmente com militares sofrendo da síndrome do esforço e seus aspectos psicossomáticos, descobre a importância do grupo e da dinâmica grupal, o que veio substituir os eventos apenas informativos ou educacionais sobre a doença. A interação entre pacientes e profissionais propiciou uma aprendizagem social dos desencadeantes dos sintomas. Dedicou-se em seguida ao trabalho com grupos de ex-prisioneiros de guerra, com sérios problemas de adaptação social, no então hospital Belmont, depois chamado

Hospital *Henderson*. Este programa recebeu apoio espontâneo de um grupo de empregadores e por meio da participação em grupos de trabalho, desenvolvendo um serviço de Recuperação Social. Desde 1946 esse hospital assumiu uma clientela de distúrbio de personalidade, o que prevalece até hoje.

Em doze anos de trabalho no Hospital *Henderson*, Jones (1972) desenvolveu as bases da comunidade terapêutica. Em seguida desenvolveu seu trabalho na área da psiquiatria, durante quatro anos nos EUA e em seguida na Escócia. Ali dirigiu hospital psiquiátrico que já funcionava como hospital aberto e onde encontrou ótimas condições para implementação da abordagem social da comunidade terapêutica.

Esse autor observou que se o olhar da equipe se amplia da situação da doença para “as pessoas e situações com as quais o paciente está em contato, este poderá ter uma chance de inteirar-se dos papéis sociais que lhe possibilitarão manter-se sadio” (JONES, 1972, p. 13). Maxwell Jones, psiquiatra e psicanalista, também conhecia e utilizava o psicodrama. Moreno (1992b), comentando o caráter promissor do psicodrama analítico menciona:

O trabalho do corajoso grupo inglês de psicanalistas e psicodramaticistas, Dr. Maxwell Jones, do Hospital Geral de Sutton; Dr. S. H. Foulkes, no Hospital Maudsley; e o Dr. Joshua Bierer, no Instituto de Psiquiatria Social. (MORENO, 1992b)

Assim Maxwell Jones utiliza no seu trabalho a teoria dos papéis, o enfoque interpessoal ou vincular, a teria social, além dos princípios da psicanálise e da psiquiatria.

Maxwell Jones (1972, 1976) estabeleceu como bases da comunidade terapêutica a importância da cultura do ambiente hospitalar constituída pelos relacionamentos e atitudes e comunicação entre seus membros; a análise dos papéis e das relações de papéis; a aprendizagem social por meio da interação entre todos os membros que participam da vida hospitalar; a oportunidade de que em ambiente de maior tolerância e com uma equipe

treinada o paciente pode experimentar outras formas de se relacionar, o que chamou de socioterapia; utilização de intervenção em crise para aprendizagem social; discussão e exame das dificuldades interpessoais e possibilidade contínua de *feedback* e confrontos em sentido terapêutico; relações horizontais, caráter democrático e igualitário, com redistribuição do poder, da autoridade e da capacidade de decisões. Sintetizando, as bases da comunidade terapêutica, de acordo com o autor, envolvem participação ativa em lugar da segregação e custódia ou atitude passivo-dependente, democratização em lugar de hierarquização, permissividade em lugar de restrições rígidas, e comunalismo em lugar de posições terapêuticas especializadas.

Maxwell Jones (1972) aponta que esses princípios foram desenvolvidos por meio de reuniões diárias da comunidade, seguidas de reunião de avaliação ou revisão da equipe e de direção de pacientes por meio de conselhos. Observou-se que as reuniões comunitárias adquiriram a dinâmica dos grupos menores, com fenômenos de liderança, transferência, expressão de conteúdos latentes e manifestos e defesas; e facilitação de verbalização de sentimentos mais profundos. O processo de identificação com os objetivos do tratamento e com o grupo social leva a um sentido de identidade pessoal, e fortalecimento do ego.

Hoje, o Hospital *Henderson*³, onde Maxwell Jones desenvolveu seu trabalho, representa um centro de excelência no tratamento de severos distúrbios de personalidade. É financiado pelo Serviço Nacional de Saúde (NHS) e funciona com abordagem de comunidade terapêutica democrática. Indicado para pessoas com longa história de problemas emocionais, interpessoais e de comportamento, acompanhados de impulsividade, auto-agressão, distúrbios de humor, tentativas de suicídio e outros

³ ¹ Manuais Informativos.

transtornos mentais, excluindo-se esquizofrenia, quadro psicótico agudo e distúrbios de aprendizagem; estão também excluídos usos atuais de álcool e drogas ilícitas. Antes da admissão, deve ser retirada qualquer medicação psicotrópica, incluindo antidepressivos e tranqüilizantes. Atende cerca de 29 pessoas, entre 18 e 60 anos, sendo o tratamento sempre voluntário, em um tempo médio de 9 a 12 meses; cada paciente possui seu próprio quarto. Possui equipe multidisciplinar com cerca de 30 membros, formada de arte-terapeutas, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, terapeutas sociais e assistentes sociais; pessoal administrativo faz parte da equipe. Tem como base reuniões comunitárias e terapias de grupo de diversas naturezas como: arte-terapia, psicodrama, grupos de trabalho, jardinagem, grupos de pré-alta, grupos de recém-chegados, grupos de homens, de mulheres, grupo de projetos, entre outros. Reuniões com residentes e equipe para situações críticas podem acontecer a qualquer hora do dia ou da noite. Nos finais de semana o tempo é livre e os residentes podem sair para encontrar amigos e parentes se desejarem. E finalmente para pacientes egressos há acompanhamento na comunidade por equipe do serviço e eventos semanais abertos no hospital. Pesquisas demonstram mudanças positivas psicológicas e de comportamento, redução de uso de serviços de saúde mental e da área judicial. Encontram-se na Inglaterra outros serviços semelhantes como o “Main House” em Birmingham.

Outro importante pioneiro da comunidade terapêutica, citado por Brook (1993), foi Tom Main, psiquiatra, que teve também suas primeiras experiências com grupo em hospital destinado a ressocialização de ex-prisioneiros de guerra. Trabalhou em hospital militar com inovadores da terapia de grupo de base analítica, Bion e Foulkes, o que ficou conhecido como Experimento Northfield (BROOK, 1993), experiência essa que lhe possibilitou inovações no Hospital Cassel, do qual foi diretor por tinta anos desde 1946.

No hospital Cassel, Tom Main, citado por Brook (1993), introduziu visões como “hospital como uma comunidade”, opondo-se ao papel de paciente com dependência da equipe técnica próprio dos hospitais tradicionais, utilizando o potencial terapêutico, suporte social e oportunidades emocionais que ocorrem nas comunidades constituídas espontaneamente. Incentivou a participação na organização e planejamento das atividades diárias. Acreditava que distúrbios de comportamento advêm de problemas não resolvidos na comunidade e estabeleceu a cultura do questionamento –*culture of inquiry* – em que ansiedades, posturas defensivas, dificuldades relacionais e de comportamento são continuamente discutidas favorecendo o amadurecimento da personalidade e cultivando espaço para as terapias individuais. Além das reuniões comunitárias havia muitas reuniões de equipe para trabalho com a comunicação, competição e com a angústia suscitada no trabalho, de forma que, recebendo suporte, o trabalho seria mais bem desenvolvido. Implementou a psicanálise no hospital e favoreceu a autonomia da enfermagem em relação ao médico no trabalho com os clientes. Enfermeiros deixaram de fazer coisas “para” os pacientes para fazer “com” os pacientes em uma cultura comunitária, iniciando-se assim uma nova especialidade de “enfermagem psicossocial”, fundamental no hospital. Hoje, os profissionais do hospital *Cassel* promovem curso de pós-graduação nessa especialidade, dirigido não só para enfermeiros mas também para outras categorias que desejem especializar-se em atendimento psicossocial.

O Hospital *Cassel* representa hoje, assim como o Hospital *Henderson*, um centro de excelência, pertencente ao NHS, com abordagem em comunidade terapêutica democrática, com suas atividades características de reuniões comunitárias, grupos de trabalho e finais de semana livres. Oferece ainda atendimento psicanalítico em grupo, individual e às famílias e enfermagem psicossocial. Atende jovens de 16 a 23 anos,

adultos e famílias com crianças de até 16 anos. Indicado para problemas de distúrbios de personalidade, com múltiplos sintomas. Estão excluídos usos atuais de drogas e álcool, esquizofrenia, psicoses agudas, mas incluem quadro *borderline* com quadro psicótico transitório. Pesquisas (CHIESA *et al*, 2004; CHIESA e FONAGY, 2003) indicam melhores resultados quando o tratamento é feito em duas etapas, com média de seis meses a um ano de internação e um a dois anos de acompanhamento em atendimento externo, na comunidade, por membros da equipe. Esse hospital foi visitado durante este estudo e observações mais detalhadas serão feitas na segunda parte desta tese, relativas a dados da pesquisa.

Outra importante contribuição inglesa para serviços de saúde mental com caráter psicossocial ocorreu nos anos 60-70 com a antipsiquiatria, que teve como fundamento a desmistificação da esquizofrenia como doença e sua compreensão como questão social e cultural, com contribuições para a teoria e terapia familiar. Liderada naquele país principalmente por Ronald Laing, que empreendeu muitos trabalhos e pesquisas com David Cooper e Aaron Esterson, todos considerados psiquiatras existencialistas, (SEDGWICK, 1975). O principal intento da antipsiquiatria era questionar o modo como a doença mental era vista e tratada e opôs-se à dicotomia saúde/doença e normal/anormal; fez parte de um movimento de contra-cultura.

Laing citado por Sedgwick (1975), psiquiatra e psicanalista, foi influenciado pela fenomenologia existencial e pela arte, opôs-se à visão de sinais e sintomas psicóticos como bizarros e estranhos, que seguem uma classificação nosológica e mostrou o seu significado existencial como resposta a uma interação social. Usou o termo insegurança ontológica para explicar a realidade da doença mental, que representa uma profunda insegurança pessoal em relação aos limites entre o self e o mundo, com prejuízo do processo de diferenciação e individuação e o processo de solidão psicótica. Entendia que a

vivência e expressão da experiência psicótica levariam à cura e ao processo de integração pessoal e criou ambiente propício com continência para o processo de regressão. Assim, em 1965 nasceu a comunidade terapêutica conhecida como *Kingsley Hall*, com a idéia de um lugar onde pessoas adoecidas ou com perdas do próprio self, pudessem “morrer e renascer” (SCHATZMAN, 1975). Esse autor informa que até seu fechamento em 1970 cerca de 120 pessoas ali foram tratadas, sem medicação, não havendo nenhum suicídio.

A experiência em *Kingsley Hall* foi fundamental para o surgimento de pequenas comunidades terapêuticas, lideradas por seus participantes, membros da *Philadelphia Association*, criada em 1965, por Laing. Mais tarde, em 1970, outros de seus membros criaram a *Arbours Association*, com novas comunidades terapêuticas.

A *Philadelphia Association*, ao longo do tempo, teve cerca de 20 comunidades terapêuticas, que por serem pequenas residências com cerca de até oito pessoas, eram denominadas casas comunitárias. Hoje a *Philadelphia Association*, disponível na rede mundial de computadores no endereço www.philadelphia-association.co.uk, possui duas comunidades terapêuticas e ministra cursos de psicoterapia, em que a relação entre psicanálise, filosofia e cultura é realçada.

Cooper (1975) teve uma experiência dentro da visão da antipsiquiatria criando uma unidade, chamada Vila 21, em 1962, com características de comunidade terapêutica em um grande hospital psiquiátrico de Londres, dedicada a adolescentes e jovens nos primeiros episódios psicóticos. Procurava dar um espaço para a continência à experiência psicótica e evitar a entrada na carreira convencional de paciente psiquiátrico, em que o *ser* era invalidado. Um terço dos pacientes teve diagnóstico de esquizofrenia. Desenvolvia atividades rotineiras, privilegiando-se o grupo, a participação, a escolha, as reuniões comunitárias. Em situações de crise a qualquer hora do dia ou da noite reuniões eram

organizadas. A relação com a família foi considerada, realizando-se pesquisas sobre a família de pacientes esquizofrênicos. Foi estudada a relação entre os mecanismos da equipe de lidar com suas próprias ansiedades, o que chamou de irracionalidade institucional e seu efeito sobre os pacientes. A equipe trabalhava suas angústias em reunião específica. O resultado desse programa, segundo o autor, apontou para a diminuição significativa de reinternações.

Dentro da mesma perspectiva, Berke e Schatzman (BERKE, 1990), que viveram na *Kingsley Hall*, após o seu fechamento, criaram a *Arbours Association* em 1970 junto com outros interessados em oferecer um espaço não hospitalar, com suporte psicoterapêutico para pessoas com sofrimento psíquico ou doença mental, que dentro de sua filosofia e arcabouço teórico preferem chamar de sofrimento emocional. Tiveram como principal objetivo evitar o aspecto alienante formado por meio da relação paciente-equipe, própria das instituições convencionais e mudar a visão em relação ao paciente que habitualmente na nossa cultura o prendia à identidade de doente.

A *Arbours Association* possui hoje três comunidades terapêuticas, pequenas residências de até 8 pessoas, cada uma coordenada por dois experientes psicoterapeutas que dirigem reuniões comunitárias duas vezes por semana. Facilitadores moram nas residências, que também contam com a presença de estagiários. Os residentes têm terapia individual duas vezes por semana e sessões de arte e movimento, ambas uma vez por semana. Possui também um Centro de Crise, *Arbours Crisis Centre*, criado em 1973, residência que recebe até seis pacientes por um período de três meses a um ano em média e que oferece um ambiente terapêutico mais intensivo, no dia-a-dia, para pessoas e famílias em crise psíquica. Esta última será mais detalhada na segunda parte da tese, por ter feito parte da pesquisa a serviços.

Ao lado da criação de comunidades terapêuticas, as décadas de 60 e 70 também fizeram florescer serviços de intervenção em crise em hospitais, a partir dos fundamentos das teorias sistêmicas e psicanalíticas de família, que privilegiam o significado da doença em relação ao seu contexto vincular, e com o cuidado de não estabelecer vínculos terapêuticos iatrogênicos e de não iniciar carreiras psiquiátricas sem volta.

Um desses serviços foi criado por Scott (1973a), que denominou “barreiras no tratamento” ao obstáculo proveniente da visão cultural em relação à doença mental no mundo ocidental. Essas barreiras começam a partir do diagnóstico, quando o paciente recebe o rótulo de psicótico ou neurótico e passa a assumir o papel de doente e a delegar a responsabilidade de sua internação e seu tratamento a outros, o que denominou o “paciente padrão”. Tal barreira dificulta, desde o início, o tratamento que envolve prioritariamente as relações do paciente.

Desafiando essa barreira, Scott (1973a, 1973b) iniciou uma experiência no Hospital Napsbury, com trabalho na admissão de pacientes, que na sua grande maioria – 90% – chegavam em situação de crise. O autor relata que procedia a uma entrevista aparentemente simples, incentivando o paciente a explicitar os motivos que o levaram ali e de que forma o hospital podia ajudá-lo, o que se tornou condição para que o paciente permanecesse na internação. A postura de não acatar “discursos psicóticos” mostrou que sofrimentos, dificuldades e angústias poderiam ser expressos. A internação só era feita mediante os motivos da demanda. A mesma entrevista era feita com os familiares. A hipótese do autor era de que a introjeção do papel de doente faz manter escondida a parte mais consciente, a intencionalidade, as percepções e a capacidade de agenciamento do paciente. No entanto, segundo o autor, esse papel também passa a ter um poder e função de controle nas suas relações, na família e na equipe, por exemplo. Por sua vez, a família,

comunidade e profissionais tendem a reforçar esse papel de doente, despersonalizando o indivíduo, motivados pelo medo da loucura.

O autor aponta que essa experiência levou à redução significativa do número e do tempo de internações: de uma média de 38 pacientes, com internação de 28 dias, passou para 13 pacientes com tempo de internação entre 5 a 11 dias. Houve também redução da utilização de tranquilizantes. A equipe passa a ter mais tempo para atendimento na comunidade, de forma que Scott fez uma transição entre intervenção em crise do hospital para a comunidade.

Por meio de teste *–The Family Relationship Test–* Scott procurou medir as percepções mútuas entre paciente e familiares e concluiu que, apesar de muitas imprecisões, os pacientes apresentaram um melhor índice de percepções sobre os familiares e sobre como estes os viam, do que os familiares, o que apoiou sua hipótese de que o papel de doente leva a uma percepção do paciente como vítima, incapaz e mais afastado da realidade do que em verdade se encontra. Indica que é necessário diferenciar a doença ou sofrimento em si da imagem cultural da doença.

1.2 Atendimento à crise nos serviços do sistema de saúde mental no Brasil

A reforma no sistema de saúde mental brasileiro teve início mais tardio que na Inglaterra, ocupando espaço apenas no final da ditadura militar, nos anos 80. Embora o Sistema Único de Saúde tenha sido criado em 1990, hospitais psiquiátricos públicos já existiam desde 1852, quando doentes mentais passaram a ter assistência do governo, benefício apenas de militares na época (MARSIGLIA,1990). Embora pareça um privilégio, a realidade desses hospitais não fugiu ao quadro mundial da prática de exclusão e custódia das instituições de saúde mental.

A título de esclarecimento, antes do SUS, tinham direito a hospitais públicos para outras especialidades apenas aqueles filiados ao antigo INAMPS, ou seja, os que pagavam contribuição para o Instituto Nacional de Previdência Nacional. O restante, não podendo fazer uso de clínicas ou hospitais privados ficavam com a opção de casas de beneficência ou prontos-socorros municipais.

O governo inicia a realização de convênios com hospitais privados, a partir de 1953 (MARSIGLIA, 1990). Esse fator se tornou um impasse mais tarde para a Reforma Psiquiátrica, sendo os donos de hospitais um dos segmentos que lutou contra a aprovação da atual lei de saúde mental, Lei n.º10.216/2001. Essa lei demorou dez anos para ser aprovada no Congresso Nacional, tamanha a resistência e luta de interesses.

A partir dos anos 70, a Reforma Psiquiátrica brasileira deu os seus primeiros passos, liderada por um grupo de profissionais, que mais tarde ganhou a adesão de alguns usuários e familiares. A esse movimento denominou-se luta antimanicomial, que tomou força no final da ditadura, de onde partiram em fins dos anos 80 e na década de 90 as primeiras transformações de grandes hospitais, a criação dos primeiros serviços substitutivos, os Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS) e os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), além da luta para a aprovação da referida lei.

A partir dos anos 80 inicia-se o fechamento de alguns hospitais psiquiátricos, a maioria por decisões judiciais, frente ao tratamento precário, prejudicial e iatrogênico, ferindo os princípios de Direitos Humanos. De modo geral, na cultura hospitalocêntrica as relações entre a psiquiatria e a realidade social era negada, o que resultava em dogmatismo e totalitarismo dos arcabouços teóricos e opressão e malefícios para a vida dos pacientes (COSTA, 1989). Se usarmos a conceituação buberiana, o doente era um *Isso* na relação, usado e explorado e sem chances de se tornar um *Tu*. Se lembrarmos o trabalho de Pichon-

Rivière (1988a; 1988b) com seus grupos operativos e de Maxwell Jones (1972) com sua comunidade terapêutica, ou Moreno (1975, 1993) com o psicodrama, podemos dizer que os pacientes não tinham oportunidade de aprendizagem social, cada vez perdiam mais seus papéis, o que resultava em um processo extremamente adoecedor, desprovendo a pessoa de sua própria humanidade.

A partir de meados dos anos 90, e principalmente nos últimos anos, de acordo com o Relatório de Gestão 2003-2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde Mental, tem incentivado a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, e dentro de sua política prevê a ampliação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), também chamados de CERSAM e NAPS, de Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), redução de leitos em hospitais psiquiátricos e migração de leitos de hospitais de maior para os de menor porte; incentivo da inclusão social pelo trabalho por meio da rede solidária; criação de programas de ações de saúde mental na atenção básica com o apoio das equipes matriciais de referência e nos programas de Saúde da Família; Centros de Convivência e Cultura para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

O governo também criou em 2003, por meio da Lei n.º10.708, o programa "De Volta para Casa" concedendo auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica, mais de dois anos. O programa procura dar condições ao paciente para o retorno à sua casa, casa substituta ou a transferência para residência terapêutica dentro dos objetivos de inclusão social. Essas pessoas devem se filiar a um CAPS da sua região, e para que o município esteja habilitado para o programa deve possuir um serviço continuado em saúde mental, ter um projeto de

reabilitação psicossocial e uma equipe específica para realizar as ações de reabilitação, inserção e acompanhamento do beneficiário no programa.

A atual avaliação realizada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental relativa à implementação de serviços substitutivos mostra-se otimista. No seu Relatório de Gestão 2003-2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) afirma a existência atual de cerca de 1.011 CAPS contra 170 em 2000, sendo 98,6% pertencentes ao SUS, tendo havido incentivo para municipalizar os poucos serviços filantrópicos ou privados existentes na rede e que ofereciam serviços relevantes. Está prevista (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) a existência de CAPS I, com equipe mais reduzida, para uma população de 20.000 a 70.000 habitantes, de CAPS II, para uma população de 70.000 a 200.000 habitantes e CAPS III, com alguns leitos internação breve, funcionando 24 horas, 7 dias por semana, para uma população acima de 200.000 habitantes. Segundo o coordenador-geral de saúde mental do Ministério da Saúde, em entrevista concedida a Thiago Brandão da Agência Brasil o número ideal de CAPS no Brasil seria 1.200. De acordo com o Relatório de Gestão 2003-2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) há também cerca de 400 ambulatórios, 475 residências terapêuticas, e 2.219 pessoas recebendo o benefício “De Volta para Casa”, a maioria em residências terapêuticas. Os Centros de Convivência e Cultura ainda necessitam de maior estruturação e desenvolvimento, havendo atualmente 60 desses centros, a maioria concentrada nos municípios de Belo Horizonte, Campinas e São Paulo.

Também em 2000, 95 % dos custos em saúde mental eram dirigidos ainda para hospitais e, em 2006, esta taxa baixou para 48%, tendo sido 51 % aplicados em serviços extra-hospitalares. No período de 2003 a 2006 houve uma redução de 11.826 leitos, havendo atualmente 226 hospitais psiquiátricos com o total de 39.567 leitos, sendo que em 1996 havia 62.514 e em 2002 pouco mais de 50.000.

As transformações e implementações de serviços ainda são variáveis de região para região, sendo o valor e a vontade política local decisivos. O Relatório de Gestão 2003-2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) também aponta que enquanto os serviços substitutivos concentram-se mais no Sul e Sudeste, as regiões Nordeste e Centro-oeste tiveram maior crescimento nesse período, destacando-se atualmente com maior cobertura de CAPS por número de habitantes os estados de Sergipe e Paraíba. A capital da República, ou melhor, o Distrito Federal, encontra-se em penúltimo lugar, seguido pelo estado do Amazonas.

Há um grande trabalho pela frente, de treinamento de pessoal, profissionais ainda naturalmente presos a antigos paradigmas e de discussão sobre plano terapêutico dentro de uma assistência psicossocial. No entanto, desde 2002, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Permanente de Formação em Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, e em 2005 implementou o incentivo à supervisão clínica institucional dos CAPS, por meio da Portaria GM n.º 1.174 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Observa-se no Brasil um grande investimento para a desospitalização e desinstitucionalização, implementação de serviços diferenciados para população infanto-juvenil e para especificidade de álcool e drogas. Ainda de acordo com o Relatório de Gestão 2003-2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), o crescimento iniciou nos últimos 10-12 anos, sendo mais significativo nos últimos quatro anos, em termos nacionais.

O tempo ainda é pequeno para a consolidação e avaliação de novas práticas. No entanto, a Reforma Psiquiátrica brasileira no momento, com ganhos consideráveis em relação à desospitalização e criação de serviços comunitários, já apresenta as mesmas lacunas que na maioria dos países, como apontou Campos (2004), já citado no início deste

capítulo, no Encontro Nacional de CAPS: consolidação do programa de acompanhamento a pessoas com dificuldades persistentes e severas e atendimentos a pessoas em crise.

1.2.1 Serviços de crise

Campos (2004) assinalou a tendência para transformação de serviços CAPS III em ambulatório. Conseqüentemente o atendimento à crise pode continuar dentro dos moldes apenas da psiquiatria biológica com encaminhamento para internação e em seguida ambulatorial. No entanto, se os modelos vigentes, as estruturas dos serviços e as questões políticas têm sido um entrave para mudanças, sempre houve iniciativas de transformação.

Nise da Silveira (1992) cita vários exemplos de trabalhos distintos em diferentes partes do país, e em diferentes décadas, entre eles o seu próprio trabalho no Centro Psiquiátrico Pedro II, em que a partir da Seção de Terapêutica Ocupacional nasceu o Museu de Imagens do Inconsciente. Esse serviço atendia pacientes psicóticos em ambiente onde o convívio e o afeto estimulavam a criatividade, esta entendida como potencializadora de forças auto-curativas e no qual “a tarefa do terapeuta será estabelecer conexões entre as imagens que emergem do inconsciente e a situação emocional vivida pelo indivíduo” (SILVEIRA, 1992, p.18). Embora não fosse um serviço de crise propriamente dito, tinha uma outra abordagem em relação ao *diferente* que *a loucura* traz e as imagens do inconsciente tinham o seu espaço de expressão e compartilhamento. Em outros espaços eram desenvolvidas outras atividades consideradas pela autora como fortalecedoras do ego, que trabalhavam o relacionamento com o meio social, oficinas de encadernação, salão de beleza, festas comemorativas, lazer, com o cuidado de respeitar as capacidades adaptativas de cada um. Esse trabalho, que tinha como foco o convívio afetivo, o acolhimento às expressões do inconsciente e o resgate e fortalecimento dos papéis sociais, teve início nos anos 50 com precariedade de uma rede de serviços.

Mais recentemente as iniciativas com sucesso nesse sentido merecem destaque como a experiência dos CERSAM em Belo Horizonte (LOBOSQUE, 2001), que têm desenvolvido um acolhimento a crises graves, diminuindo o recurso ao hospital psiquiátrico. Sendo serviços territorializados, funcionam com portas abertas à comunidade, no sentido de acesso direto, com equipes permanentes de acolhimento a novas demandas. A autora cita experiência semelhante nos primeiros NAPS de Santos nos anos 80.

Outro procedimento diferenciado para atendimento à crise foi desenvolvido por Corbisier (2000) em emergências psiquiátricas, no Rio de Janeiro. A autora chamou a atenção para desconexão entre a emergência e a enfermaria, aonde os pacientes chegam já muito medicados sem ter havido anteriormente uma escuta sobre os motivos e razões que os levaram ao pronto-socorro psiquiátrico. Lembra que nessa lógica o sintoma é algo que necessita ser suprimido, extirpado, sem ser relacionado com a história de vida e sem necessidade de escuta.

A autora cita várias iniciativas de grupos de recepção em emergências onde a escuta pôde transformar o sentido desse serviço, ressaltando que “a escuta revelava-se um dispositivo criador de fluxos de vida” (CORBISIER, 2000, p. 60). Cita como resultados importantes a criação de laços terapêuticos, propiciador de continuidade no tratamento e a avaliação de demanda, com redução de encaminhamentos para enfermaria e ambulatório, diminuição da psiquiatrização da população, onde mal-estar e sintoma deixaram de ser sinônimos.

Assim, Corbisier (2000) acredita que ser atendido por uma equipe e em grupo, escutar a dor do outro e entender o sintoma como uma parte de algo maior, de uma história de vida que chegou a um ponto insuportável, a gota d'água, e não o problema central, representa momentos de trocas subjetivas, onde o discurso delirante pode ser acolhido e a

loucura vista como uma das expressões dos sentimentos. Podemos entender que essa nova forma de relação terapêutica tem um ato de construção e desconstrução do sentido do sofrimento e seu tratamento, com novos dispositivos de acolhimento que favorecem a modificação de aspectos subjetivos e intersubjetivos, indo além de uma intervenção medicamentosa e resultando em diferentes encaminhamentos.

Conceber assim a emergência de um hospital implica por si só criar um tipo de espaço diferente do tradicional. A idéia concebe o espaço e o espaço provoca os novos modos de viver o momento do encontro com a própria crise. O novo lugar que é psíquico e que é físico, acolhe a crise dos mundos de cada um. (CORBISIER, 2000, p.64).

Os grupos de recepção têm representado uma importante estratégia para mudança na assistência de saúde mental no Brasil, em emergências ou ambulatórios (MARON, 2000), com o sentido de desmedicalizar e subjetivar (TENÓRIO, 2000). Rechtrand e Leal (2000) propõem que se relacione a subjetividade do paciente, os saberes técnicos da equipe e os recursos disponíveis no serviço e na rede de saúde para a implementação e um modelo de atendimento em emergências psiquiátricas.

As experiências de grupo de recepção e atendimento à crise em alguns CAPS, NAPS ou CERSAM têm sido uma experiência de grande importância para mostrar a realidade e a possibilidade de novos rumos no atendimento à crise. No entanto, ainda representam uma pequena parcela de experiência dentro do contexto maior dos serviços públicos brasileiros.

1.2.2 Serviços de crise na nova política de saúde mental

O atendimento diferenciado a situações de crise ainda não ganhou evidência, ainda não se sobressaiu como projeto específico, o que torna os acolhimentos à crise ainda muito variáveis de acordo com a disposição e criatividade de cada local e serviço, como foram as implementações dos primeiros serviços substitutivos. Em nível de Política

Nacional de Saúde Mental estão previstas três formas de melhor atender à crise (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, 2004):

- Em hospitais de pequeno porte, seja hospitais gerais, CAPS III, emergências gerais, articulados com os outros serviços de referência para o paciente, de forma a substituir a internação em hospitais psiquiátricos.
- Acolhimento à crise em CAPS I e II, que, sendo serviços diurnos, devem se preparar para o atendimento de pacientes em crise, a não ser em casos para os quais a internação seja indispensável.
- Articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, havendo supervisão da equipe de saúde mental local, trabalho ainda muito incipiente.

A articulação com o SAMU representa disponibilidade de atendimento às emergências domiciliares ou para encaminhamento, se necessário. Essa proposta ainda está dentro do objetivo de disponibilizar serviços, de formar uma rede de atendimento de acesso rápido. E naturalmente, a crise nesse sentido, é entendida como uma emergência, com atendimento na área médica e de enfermagem, e sem dúvida dentro dos limites de seus objetivos pode ter melhor qualidade dentro de uma equipe treinada.

A mudança para internações em pequenos hospitais também se refere ao movimento de desinstitucionalização, de internações mais breves, com melhores condições para a pessoa internada viver esse momento sem ambiente agressivo e para os profissionais terem melhores condições de atendimento, o que representa mudanças das condições básicas de assistência.

O acolhimento à crise em CAPS seja I, II ou III pode representar uma mudança qualitativa mais ampla, como algumas experiências mencionadas já têm demonstrado. Torna-se importante descrever melhor o funcionamento e estrutura de um CAPS.

1.2.3 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial, assim como os CERSAM e os NAPS foram oficializadas por meio da Portaria GM n.º 224/92 e regulamentados pela Portaria GM n.º 336/92, e são unidades regionalizadas de saúde que devem oferecer atendimento em regime diário. Os CAPS devem se capacitar cada vez mais como substituto ao hospital, não sendo apenas um intermediário entre o ambulatório e a internação hospitalar. Destinam-se aos cuidados de pessoas com intenso sofrimento psíquico que lhes traga dificuldades de desempenhar suas funções, principalmente aqueles com transtornos severos e/ou persistentes. Têm tanto a função de reabilitação psicossocial como de atendimento à crise.

Com esse objetivo, de acordo com a necessidade, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) oferece serviços em diferentes níveis: desde o intensivo ou diário; o semi-intensivo, duas vezes por semana ou não intensivo, uma a duas vezes por mês. Visa assim, por meio de “cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações, favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 12).

O plano terapêutico deve envolver atividades terapêuticas voltadas para o indivíduo, grupo, família, atividades comunitárias e assembleias que organizem a convivência, articulando cuidados clínicos com reabilitação psicossocial. Quando necessário, o cuidado pode ser feito em domicílio.

As atividades grupais devem incluir oficinas terapêuticas, culturais, expressivas, de alfabetização, psicoterapias, de lazer, de suporte social e oficinas geradoras de renda. O atendimento à família pode incluir a família nuclear, grupo de familiares ou membros da família que necessitem.

As atividades comunitárias são importantes com o objetivo de trocas sociais e de integração do serviço e do usuário com a família, comunidade e sociedade em geral. Envolvem festas, participação em eventos culturais, esportivos, entre outros.

A equipe de um CAPS deve ser multidisciplinar com assistentes sociais, equipe de enfermagem, terapeuta ocupacional, arte-terapeuta, psicólogos, psiquiatras, pedagogos, artesãos, professor de educação física e equipe administrativa. A equipe deve funcionar de forma interdisciplinar. Ao paciente é indicado um técnico de referência, com quem pode fazer uma vinculação mais estreita e organizar seu plano terapêutico.

O CAPS deve possuir portas abertas no sentido de acolhimento diário, sem filas de espera para o atendimento. Uma equipe de dois profissionais a cada vez deve se responsabilizar por esse acolhimento, organizar a inserção do paciente no serviço ou fazer encaminhamentos externos, quando for o caso.

Finalmente, o CAPS representa a porta de entrada para os serviços de saúde mental de uma dada região, sendo referência para essa comunidade. Tem assim a função de organizar as redes de serviços de saúde mental de seu território, dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, no Programa de Saúde da Família (PSF) e Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PCA), encaminhar e acompanhar usuários que moram em residências terapêuticas na região e acompanhar pacientes inscritos no programa "De Volta para Casa", do Ministério da Saúde. Deve promover ações intersetoriais relativas às áreas de esporte, lazer, educação, cultura e trabalho.

O funcionamento do CAPS como previsto pelo Ministério da Saúde, possuindo uma rede bem articulada, vem evitar o grande problema vigente nos sistemas de saúde mental – de fragmentação dos serviços –, e a grande diferença se forma na sua estrutura de portas abertas e acolhimento diário, onde pacientes em crise ou necessitando de ajuda têm acesso. Essa modalidade de serviço oferece ao paciente um grupo mais estável, com referência e com continuidade, podendo recorrer quando necessário, estimulando o sentimento de familiaridade e de pertença. A modalidade de serviço CAPS III, além de funcionar 24 horas e finais de semana, ao contrário dos CAPSs I e II, abertos de segunda a sexta de 8 às 18 horas, possui alguns leitos para os pacientes que precisarem de uma breve internação, e esta representa a grande mudança em termos de possibilidade de um trabalho vincular em crise para aqueles que necessitam invariavelmente de uma internação, em que devem se manter os cuidados personalizados, e não apenas o tratamento dos sintomas.

A organização de serviços de assistência à saúde mental, tendo o CAPS como referência, porta de entrada, e coordenador das demais ações de intercâmbio e suporte em relação à Atenção Básica, favorece a integração de serviços, facilita o acesso, e tem condições pela estrutura prevista em atender a pessoa em sua totalidade, acolhendo o sofrimento e trabalhando a sua realidade social. Isto vem prevenir problemas vivenciados por outros países, que embora tenham iniciado há mais tempo sua reorganização de serviços, como a Inglaterra, tiveram que enfrentar questões de fragmentação de serviços.

No entanto, muitas questões e muitas barreiras precisam ser vencidas no Brasil para o adequado funcionamento do CAPS. Se não há rede de serviços, se por motivos diversos as ações intersetoriais não acontecem, se não são criados Centros de Convivência e Cultura, e, como ponto também fundamental, se a equipe não tem preparo necessário para uma visão mais integrada de saúde mental, com compreensão da interdependência

dos fatores sociais inerentes ao processo de adoecer, com profissionais preparados para trabalho com redes sociais e família, o CAPS corre facilmente o risco de institucionalizar o usuário. O CAPS pode provocar o processo de transinstitucionalização, quando o paciente, embora com vida mais ativa, nas oficinas e terapêuticas grupais que ali se desenvolvem, não se desvinculam do papel de doente. Isto tem muita probabilidade de acontecer quando permanece subjacente a idéia central de doença mental, localizada apenas no indivíduo, e posturas objetivantes, com dificuldades de abertura para uma troca intersubjetiva, quando a equipe esconde seus medos e ansiedades em relação ao sofrimento psíquico atrás de seu saber, seja de médico, psicoterapeuta, oficinairo, e outros. Se o trabalho com a família e rede social limita-se apenas à informação, à orientação em como lidar com a doença e detectar sintomas, sem o desenvolvimento de uma postura crítica e de compreensão da implicação de cada um no favorecimento, manutenção ou cronificação dessa *doença*, apenas uma parte da mudança foi alcançada.

As dificuldades encontradas nos sistemas de saúde mental, dentro e fora do país, de atendimento à crise e acompanhamento de pessoas portadoras de sofrimento psíquico severo e persistente, continuam um desafio. Algumas experiências serão mostradas na parte de visitas a serviços.

Embora o CAPS tenha a proposta de acolher pacientes em crise, algumas lacunas aparecem, como, por exemplo, o atendimento a pessoas nas suas primeiras crises, mais freqüentes na idade de adulto jovem ou no final da adolescência. Da mesma forma, quando por meio dos seus documentos o governo cita o atendimento à crise em unidades em hospitais gerais, emergências de hospitais de pequeno porte, não há uma diferenciação para as primeiras crises. Isso incita, inicialmente, a pergunta da importância da atenção especial às primeiras crises. E em seguida surge a questão de que se no atual momento da

reforma da saúde mental no Brasil a prioridade refere-se à implementação de uma rede de serviços, podendo futuramente estender-se para as particularidades como as primeiras crises.

1.3 Síntese sobre os vínculos terapêuticos no contexto dos serviços de crise em saúde mental

Este capítulo teve como objetivo situar os serviços de crise no desenvolvimento atual de dois sistemas de saúde mental, o do Brasil e o da Inglaterra, analisando o lugar que ocupa o trabalho com vínculos, sejam sociais, familiares e terapêuticos, nas intervenções em crise.

Na Inglaterra, com mais de quarenta anos de implementação de serviços comunitários e com significativa diversificação de serviços nos últimos vinte anos, os serviços de crise representavam uma lacuna importante na transformação da assistência à saúde mental, foram detectados problemas como elevado índice de reinternações, fenômenos de transinstitucionalização e “porta-giratória”. Em 2001, o governo inglês determinou a criação de serviços comunitários de crise, com o objetivo de diminuir a hospitalização, acreditando também que um bom atendimento a crise viria não só favorecer melhores índices de recuperação, como também evitar as perdas funcionais e o estigma para aqueles acometidos de sofrimento psíquico grave. Os dois tipos de serviços comunitários de crise criados foram:

– O *Crisis Resolution/Home Treatment Team*, serviço de intervenção em crise na comunidade, 24 horas, 7 dias na semana, em domicílio, feito por equipe multidisciplinar. Tem apresentado maior satisfação dos usuários e aproxima-se do modelo social, na medida em que considera e oferece apoio às condições sociais relacionadas à eclosão da

crise, envolve a família e relações significativas. No entanto, ainda centrado na redução de sintomas, tem funcionado como uma emergência psiquiátrica na comunidade, com predominância do modelo médico-biológico. Os vínculos terapêuticos são de curta duração e sem estabilidade, devido ao próprio funcionamento da equipe. Pesquisas mostram redução importante de internações, mas ainda não há resultados, em longo prazo, de prevenção de recaídas.

– O serviço de Intervenção Precoce nas Psicoses baseia-se na hipótese de maior recuperação, prevenção de recaídas e menores perdas funcionais, quanto menor o tempo de psicose não tratada ou intervenção ainda na fase prodrômica. Os resultados ainda são variáveis e polêmicos quando se coloca a questão das remissões espontâneas do episódio psicótico, dos diferentes cursos da esquizofrenia ou dos quadros esquizofreniformes, do perigo de estigma e ansiedade, quando dado o diagnóstico precoce de psicose, e dos efeitos prejudiciais do uso de neurolépticos na fase inicial ou na fase prodrômica da psicose para todos que apresentem seus sinais e sintomas, sem uma diferenciação mais aprofundada de cada caso. O programa trabalha indivíduo, família e rede social e acompanha o paciente por até dois ou três anos, oferece vínculos terapêuticos estáveis, mas, mesmo com visão biopsicossocial, ainda tem predominância do modelo médico-biológico, centrado nos sintomas. Há grande influência da psiquiatria preventiva e comunitária de Caplan, apresentando ênfase na abordagem psico-educacional.

As polêmicas ocorrem entre os grupos, um com predominância do modelo biológico, com visão mais objetiva da doença, e outro com predominância da visão fenomenológica e existencial do sofrimento psíquico, com ênfase nos fatores ambientais, no corpo social e nas suas relações. Com esta segunda perspectiva, funcionam as comunidades terapêuticas, que também representam o terceiro serviço, com importância

no contexto atual na resolução das lacunas do sistema de saúde mental na Inglaterra, principalmente para portadores de transtorno de personalidade, quando é notória a grande frequência, nos serviços de crise, de alguns tipos de distúrbios como o *borderline* e o dissociativo.

As comunidades terapêuticas, surgidas no período pós-guerra, têm ênfase no grupo, na socioterapia e na matriz social do indivíduo. As pequenas comunidades terapêuticas, ou casas comunitárias, surgidas no movimento da “anti-psiquiatria”, atendem as várias formas de sofrimento psíquico, neuroses graves, psicoses e distúrbios de personalidade, têm base psicanalítica, abrangendo a psicoterapia individual, grupal e a socioterapia, uma delas é um centro de excelência em crise. Nesses serviços, predomina o trabalho com os vínculos, sejam os formados no grupo, no aqui-e-agora, sejam os terapêuticos, com os profissionais, sejam os internos e os familiares.

O Brasil ainda encontra-se em fase de implantação dos serviços comunitários, não havendo ainda espaço para um foco em serviços especializados em crise. A desospitalização tem sido crescente, com a implantação de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como locais de referência em saúde mental de cada território. O projeto dos CAPSs oferece importantes condições de trabalho comunitário, facilidade de acesso ao tratamento e trabalho integrado com a rede de serviços de saúde. Sua estrutura permite evitar problemas já experimentados em outros sistemas de saúde mental, como o da Inglaterra, por exemplo, a fragmentação de serviços e dificuldade de acesso direto aos serviços de saúde mental. Como centro de referência de uma comunidade, permite a manutenção de vínculos terapêuticos com um mesmo grupo, facilitando o sentimento de pertença e a quem recorrer prontamente em situações de crise. No entanto, o atendimento à crise, como previsto nos CAPSs, ainda tem sido precário, mantendo-se a tendência de

encaminhar para internação hospitalar. O bom desenvolvimento de atendimento à crise nos CAPSs tem se limitado a algumas regiões, entre elas, os CERSAMs de Belo Horizonte e os CAPSs de Campinas. Além da proposta de atender crises no CAPS, o Ministério da Saúde propõe o atendimento a crise em unidades de psiquiatria, em hospitais gerais, em hospitais psiquiátricos de pequeno porte e o treinamento nos serviços de atendimento à urgência médica – SAMU para prestar atendimentos de urgência em psiquiatria. A polêmica no Brasil ainda instala-se na aceitação dos serviços comunitários por parte dos profissionais que ainda defendem o tratamento hospitalocêntrico, nas disparidades dos governos locais em investir na saúde mental e na formação de profissionais para o trabalho interdisciplinar, com uma visão psicossocial da saúde mental.

PARTE III

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA

Esta tese teve como objetivo um estudo mais aprofundado da situação do paciente em crise psíquica e de suas relações interpessoais. Procurou investigar os conflitos e/ou rupturas de vínculos durante a eclosão de uma crise de sofrimento psíquico grave: o que ocorre com os vínculos, quais os vínculos relacionados com a crise, identificando aqueles adoecedores, os mantenedores do adoecimento, e aqueles com potencial terapêutico e facilitadores de mudança. Foram estudadas as configurações vinculares na família, na rede social, e os vínculos terapêuticos e/ou hospitalares.

Pretendeu-se identificar nos serviços de crise as propostas terapêuticas disponíveis, coerentes ou não com a importância dos vínculos, e conhecer novas implementações favoráveis à mudança, inclusão social e prevenção do processo de cronificação, por meio de visitas a diferentes serviços de crise, no Brasil, Inglaterra e Bélgica.

1.1. Objetivos gerais

A partir do episódio de crise vivenciada pelo sujeito, analisar suas configurações vinculares, a fim de entender os sentidos dos vínculos na construção do sofrimento psíquico.

1.2. Objetivos específicos

- ✓ Identificar os vínculos familiares, sociais e terapêuticos do sujeito em crise.
- ✓ Identificar as formas de atendimento de instituições de saúde mental acolhedoras do paciente em crise.
- ✓ Refletir sobre as alternativas de vínculos, sejam pessoais, relacionais ou institucionais que propiciem a manutenção da saúde mental do sujeito.

1.3. Metodologia utilizada

1.3.1 Este estudo foi dividido em duas etapas:

- a) Pesquisa com pessoas em situação de crise psíquica grave.
- b) Pesquisa junto aos serviços de atendimento de pacientes em crise.

1.3.2 Local do estudo:

- a) O atendimento de pacientes em crise se realizou em Brasília, DF.
- b) A pesquisa junto aos serviços foi realizada em Brasília, na região de *East Kent* e em Londres, na Inglaterra e em Bruxelas na Bélgica.

1.3.3 Procedimentos:

a) A primeira etapa foi centrada no método clínico com atendimento psicoterapêutico de sujeitos em crise. Os atendimentos foram realizados em consultório e em clínica universitária, e caracterizou-se como estudos de caso.

A seleção dos sujeitos para a pesquisa foi feita por meio de contato com pacientes e familiares, pesquisa em prontuário no caso de pacientes internados, e com pacientes que acompanhados por familiares procuraram espontaneamente tratamento, na clínica particular.

Após aceito o convite para participar da pesquisa foi solicitado o preenchimento, concordância e assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) específico, conforme Anexo 1, antes do início dos procedimentos. O familiar ou familiares, após mostrarem-se disponíveis para participar do atendimento, também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico.

b) A segunda etapa foi realizada por meio de métodos de pesquisa qualitativa em serviços de saúde mental que atendem pacientes em situação de crise, nas três regiões mencionadas acima, Brasil, Inglaterra e Bélgica.

1.3.4 Instrumentos e técnicas utilizados

a) Na primeira etapa, as psicoterapias foram realizadas com abordagens psicodramática e sistêmica; foram feitas anotações sistemáticas das sessões. Os atendimentos individuais foram feitos uma vez por semana ou duas vezes, quando necessário; uma paciente foi atendida em psicoterapia familiar e de casal uma vez por semana durante um ano, e em seguida quinzenalmente. Foram também realizados atendimentos de emergência e acompanhamento do paciente a unidades de crise em hospital, quando necessário. Atendimentos de emergência também foram feitos em nível domiciliar.

Ao término do processo terapêutico foi realizada uma entrevista semi-estruturada com os sujeitos, gravada e transcrita, e posteriormente uma segunda entrevista com espaço médio de um ano entre as duas. Estas tiveram como objetivo pesquisar as mudanças de suas configurações vinculares a partir da crise, e conhecer as percepções e sentimentos dos pacientes em relação a suas vivências de crise, e os sentidos que atribuíram às mesmas.

Uma paciente teve atendimento familiar, e com os dois outros, atendidos individualmente, foram também realizadas entrevistas com a família para obtenção de dados e elaboração de Genograma (conforme Anexo II), e intervenções com algumas sessões de terapia familiar, quando necessário.

b) Para a segunda etapa foi utilizado nas visitas às instituições um roteiro para entrevista semi-estruturado, conforme Anexo III. Foram realizados contatos iniciais e entrevistas com profissionais, observação participante e não participante,

participação por meio de estágio em alguns centros de atendimento na Inglaterra, participação no Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses, GIPSI, da Universidade de Brasília, UnB, e observação participante no Hospital São Vicente de Paula, HSVP, e no Instituto de Saúde Mental - ISM, conforme Anexo IV.

Procedeu-se também à pesquisa documental por meio de relatórios, artigos, livros, projetos e resultados de pesquisas de alguns serviços, quando disponíveis, e manuais informativos, leis e decretos governamentais.

1.4. Sujeitos e instituições

1.4.1 Sujeitos

a) Na primeira etapa fizeram parte do estudo três adultos jovens, entre 18 e 35 anos, em situação de sofrimento psíquico grave, em até o terceiro episódio de crise, ou que tinham recém passado por essa experiência nos últimos dois anos. A delimitação do número de crises e idade teve como objetivo entender a crise sem os efeitos de cronificação que pudessem advir de iatrogenia dos tratamentos ou alienação resultante do isolamento social. A inclusão de pacientes que já haviam passado por uma situação de crise, em tempo recente teve como objetivo a compreensão da relação crise-configurações vinculares, tendo como base a perspectiva e a análise do próprio sujeito da experiência.

Os pacientes ao iniciarem o tratamento estavam assim dispostos:

1. paciente do sexo feminino, 29 anos, casada, com filhos. Inicia tratamento/pesquisa em fase aguda da primeira crise, durante internação psiquiátrica.
2. paciente do sexo feminino, 22 anos, inicia tratamento/pesquisa logo após fase aguda da primeira crise; e

3. paciente do sexo masculino, 19 anos, solteiro. Inicia tratamento/pesquisa cerca de um ano após sua primeira crise.

1.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos pacientes em crise por comprometimento de fatores orgânicos como epilepsia, tumores, lesões, retardo mental e por indução de uso de drogas. Foram também excluídos pacientes cujas famílias não puderam participar dos atendimentos ou sem pelo menos um familiar responsável pelo mesmo, com quem tenham convivência suficiente para fornecer informações adicionais sobre seus vínculos e a composição da estrutura familiar.

1.4.3 Instituições

Os procedimentos e tipos de visitas às instituições estão detalhados no Anexo IV. Também se encontram no Anexo IV os contatos com profissionais que forneceram dados e facilitaram as visitas, assim como as visitas a outros centros que não de crise, feitas no exterior, que sem uma função direta de levantamento de dados, foram importantes na ampliação da visão do contexto do sistema de saúde mental da região.

Foi a seguinte a relação de serviços visitados, que atendem pacientes em crise psíquica:

Brasil/Brasília

- Hospital São Vicente de Paulo
 - Emergência psiquiátrica
 - Ala de internação
- Instituto de Saúde Mental
- Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (Universidade de Brasília – UnB).

Inglaterra

Serviço de intervenção em crise:

- *East Kent Crisis Assessment and Treatment Team – CAT Team (East Kent)*

Serviço de intervenção precoce nas psicoses:

- LEO – *Lamberth's Early Onset, South London and Maudsley NHS Trust*
(Londres)
- *East Kent Early Intervention in Psychosis Service (East Kent)*

Comunidade terapêutica

- *The Cassel Hospital* (Londres)
- *The Arbous Crisis Centre* (Londres)

Bruxelas

Serviços pertencentes ao Hospital da Universidade Católica de *Louvain – Cliniques Universitaires St. Luc.*

- Centro de Crise
- Unidade de Psiquiatria com internação para adultos
- Departamento de adolescentes: ambulatório e centro pedagógico

Centro de emergência e de crise do Centro Hospitalar *Brugman* da Universidade Livre de Bruxelas.

1.5. Análise dos resultados

a) Na primeira etapa, foram utilizados os dados do processo psicoterapêutico. As informações sobre o paciente e sua família, história do sofrimento psíquico, história de vida, dados psicodinâmicos e relacionais e a relação terapeuta-paciente orientaram para uma compreensão mais aprofundada da realidade particular de cada um e de suas configurações vinculares. As mudanças nessas configurações vinculares foram observadas durante e após a crise, com o intuito de apreender suas influências e sentidos.

As entrevistas foram analisadas a partir das narrativas dos sujeitos e do aprofundamento do processo clínico, o que permitiu o estabelecimento de categorias básicas de análise das configurações vinculares, suas mudanças, e interrelações, descritos a seguir no próximo capítulo, pág.182.

b) Na segunda etapa, os dados colhidos nas visitas às instituições permitiram avaliar etapas do processo de desintitucionalização nos serviços de acolhimento à crise e identificar a importância atribuída aos vínculos nas práticas de atendimento dos pacientes.

A partir dos resultados obtidos na primeira e segunda etapas, procedemos à análise do papel dos vínculos no desenvolvimento do processo de reintegração do paciente em sofrimento psíquico grave.

1.6. Procedimentos éticos

Em atendimento à Resolução n.º CNS 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, encaminhamos o projeto desta tese para o Conselho de Ética em pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Após sua aprovação foi solicitado o Consentimento Informado dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Procedemos aos cuidados éticos de sigilo e confidencialidade. Foi priorizado o acompanhamento psicoterapêutico e seus cuidados, sendo para cada caso a pesquisa uma possibilidade de ser realizada ou não, podendo haver desistência em qualquer fase do processo.

CAPÍTULO 2 – RESULTADOS E ANÁLISES DOS DADOS

2.1 Dos Sujeitos

Nessa pesquisa foram acompanhados em processo terapêutico três sujeitos que vivenciavam situações de crise psíquica grave. O acompanhamento terapêutico durou de dois anos e meio a três anos, dependendo do sujeito, e entrevistas foram realizadas ao término do tratamento e repetidas com um intervalo de um ano entre as duas. Um dos sujeitos teve acompanhamento em terapia familiar e de casal e os outros dois em terapia individual, havendo também contatos com seus familiares, e pelo menos uma entrevista para obtenção de dados.

Foram identificados e analisados seus vínculos familiares, sociais e terapêuticos. Foi também identificada a configuração vincular que foi se formando e transformando a partir da crise, observando-se os vínculos relacionados com a crise, os adoeecedores ou mantenedores da crise, os com potencial terapêutico e aqueles facilitadores de mudança. O aprofundamento do processo clínico e as narrativas dos sujeitos durante as entrevistas permitiram estabelecer a análise a partir das seguintes categorias:

- a) Identificação
- b) Genograma
- c) Descrição dos vínculos intra-familiares
- d) Descrição dos vínculos extra-familiares
- e) Primeira crise
- f) Fatores críticos da configuração vincular que antecederam a primeira crise
- g) Configuração vincular na eclosão da primeira crise
- h) Inter-relacionamento entre os diversos fatores no momento da crise
- i) Primeiro ano de tratamento e sua configuração vincular

j) Segundo ano de tratamento e sua configuração vincular

k) Terceiro ano de tratamento e sua configuração vincular

Os nomes utilizados são todos fictícios.

2.1.1 Simone: libertando-se dos vínculos aprisionadores

a) Identificação

Paciente do sexo feminino, 22 anos, solteira, estudante universitária com interrupção temporária dos estudos, residindo com os pais; com experiência de trabalho de um ano em empresa familiar. Filha caçula de três irmãos.

Primeira crise aos 22 anos, com mais duas crises nos anos seguintes, sem internação. Acompanhada em psicoterapia por três anos.

b) Genograma

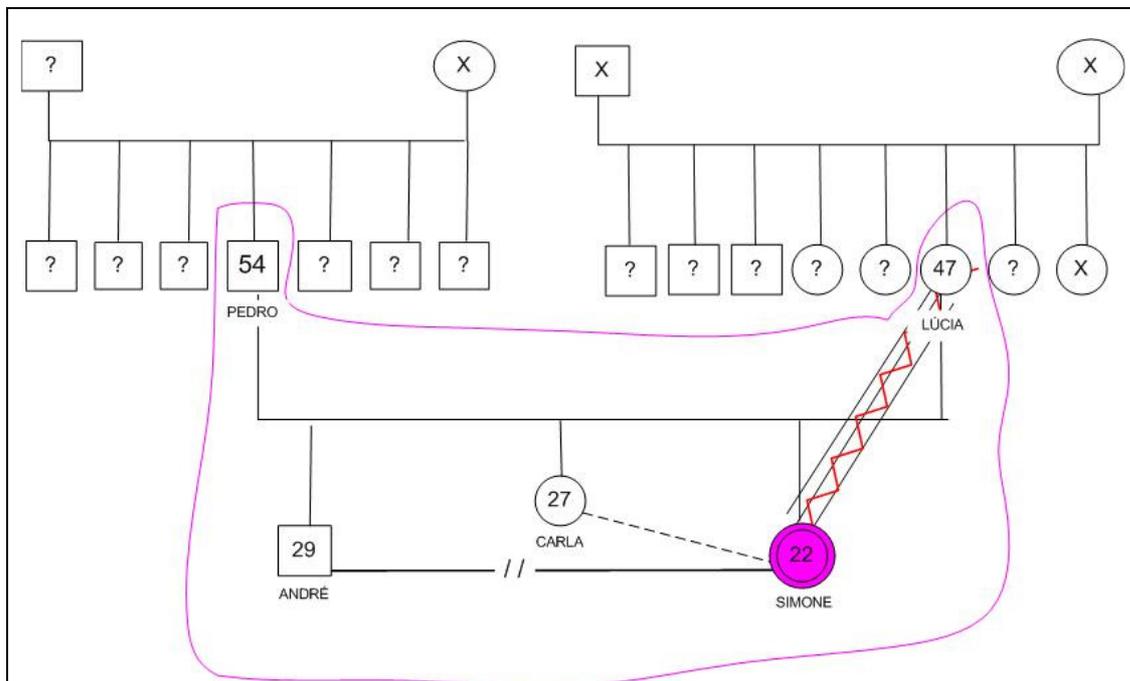


Figura 11 – Genograma de Simone

c) Descrição dos vínculos intra-familiares

- Simone e o pai: ligação forte na infância e adolescência e com conflitos posteriormente.
- Simone e a mãe: vínculo fusional e conflitivo
- Simone e o irmão: afastamento e rompimento.
- Simone e a irmã: afastamento.

d) Descrição dos vínculos extra-familiares

- Família extensa: sem aproximação com familiares nem vínculos significativos
- Amigos: Rede de vínculos de amizade significativos, mas incongruentes com os vínculos familiares
- Escola: em interrupção dos estudos
- Trabalho: instabilidade no vínculo de trabalho

e) Primeira Crise

Simone, na época da primeira crise, morava em companhia da mãe há cerca de um ano. Havia mudado da cidade por sugestão dos pais, por apresentar comportamentos tidos como problemáticos como excesso de gastos, saídas longas e viagens sem aviso prévio à família, e saídas com grupos de amigos não aceitáveis. A mãe, com preocupações em relação à filha, ao mesmo tempo que vivia problemas conjugais, e com novos planos de expansão da empresa familiar, fixa nova residência com a filha.

A relação conflitiva é acirrada, de um lado a mãe querendo cuidar e controlar, e de outro Simone querendo fugir do controle da mãe, saindo cada vez mais com grupos de amigos, desaparecendo por alguns dias, com descontrole e excesso de gastos, e sem mais

cumprir seu horário na empresa familiar em que trabalhava. A relação começa a ficar cada vez mais tensa, com sofrimento intenso no vínculo mãe-filha, chegando à violência e suscitando em Simone fortes sentimentos de raiva, culpa e aprisionamento. Chegando ao desespero, tem idéias e atitudes suicidas. Recebe telefonemas do pai, que a acalma, e decide receber ajuda. Mãe e filha voltam para casa, esta última iniciando tratamento.

f) Fatores críticos da configuração vincular que antecederam a primeira crise

A família apresenta uma estrutura aglutinada, de acordo com os aportes de Minuchin (1982), e um nível de diferenciação do self deficiente (BOWEN, 1976). Pais formam vínculos fusionais com os filhos que têm dificuldade de criar independência, conseguida pelos irmãos de Simone em forma de rompimentos bruscos e abruptos, saindo de casa sem aviso prévio ou rompendo vínculos.

Os vínculos fusionais dos pais com Simone, a filha mais nova, são fortes, sendo essa também depositária dos desejos maternos de auto-realização, o que caracteriza uma projeção narcísica (EIGUER, 1985). Simone comenta: “ela é obcecada por mim, então ela faz o controle sobre a minha vida, além dos limites... é muito possessiva”. Sentia, no entanto, não se ajustar às expectativas, havendo uma preocupação materna constante com seu peso supostamente acima da média. Quando adolescente sente não combinar com a cultura e valores da família, notadamente a vida empresarial. Interessava-se por esportes e não sentia reconhecimento e participação dos pais nas suas atividades, embora já tenha sido uma das importantes atividades paternas quando a mesma era ainda criança. Considera o melhor vínculo dentro da família o que tem com seu pai, tendo sido muito ligada a ele na infância e adolescência.

Pais vindos do nordeste, com grande empenho em melhorar de vida, criando uma cultura familiar voltada para o trabalho e crescimento econômico, sendo bem-sucedidos.

Relação de casal conflituosa, com excesso de controle e ciúme por parte da esposa e anterior uso do álcool por parte do marido; incidência de violência doméstica e mais de uma separação conjugal. O casal vincula-se por meio da filha, com uma relação em desvio (MINUCHIN, 1982), representando Simone o ponto de articulação de uma relação de muitos atritos. As posições ocupadas por Simone dificultam seu processo de individuação.

Uma das separações conjugais ocorre na adolescência de Simone, que percebeu na época o irmão como autoritário, querendo ocupar o lugar do pai. A relação entre os irmãos tendeu ao afastamento emocional e hoje há um rompimento.

Filha mais nova, sobressaía-se nos estudos, reconhecida como inteligente, sendo o orgulho dos pais: “meus pais me amam muito, exageradamente”; este fato suscitou situação de rivalidade com a irmã, que se mostrava ciumenta diante da atenção diferenciada que Simone recebia dos pais. A posição entre irmãos (BOWEN, 1976) representa um ponto de conflito na família.

Os vínculos sociais foram marcados na adolescência com grande sofrimento por perdas. O processo migratório de mudança da cidade levou ao afastamento de relações importantes, principalmente amigos e escola, perdendo uma rede social suportiva que lhe forneça sentidos e identificações (SLUZKI, 1997). Queixa-se de não ter conseguido nos novos grupos uma identificação e adaptação que substituísse os vínculos anteriores. Filiou-se a vários grupos jovens, alguns contestadores da ordem social, tendo em seguida participação bastante ativa na igreja.

Teve algumas relações amorosas heterossexuais e na fase universitária vivenciou uma paixão e relacionamento homossexual. Esse vínculo resultou em grande sofrimento e descontrole emocional. A namorada apresentava comportamento de controle, ciúme, possessividade, sendo a relação marcada por ambivalência e difícil finalização: “Eu ficava

aprisionada àquela pessoa, aprisionada aos sentimentos e aos jogos emocionais a que fui submetida; eles abalaram totalmente o meu emocional aí eu fazia as minhas fugas, os vícios todos, bebia demais, voltei a fumar, voltei a beber muito e saí da igreja”. Simone viveu também conflitos em relação à sua opção sexual.

A partir de então a família é surpreendida com atitudes impulsivas, gastos excessivos e viagens repentinas da filha. Aumentam consideravelmente os conflitos com a família, pelo comportamento e pela revelação de sua opção sexual: “abalou demais o sistema... já havia conflitos antes, eu já era fora dos padrões antes, por outros motivos”. O vínculo com os pais fica mais tenso, originando-se um ciclo de cuidado, controle, raiva, revolta, culpa e tristeza.

g) Configuração vincular durante a primeira crise

Quadro 5 – Configuração vincular durante a primeira crise de Simone

| VÍNCULOS ÍNTIMOS | |
|---|--|
| Família | Vínculos amorosos |
| Conflitos pai-mãe-separação. Conflito filha-pais. Filha estava morando apenas com a mãe. Relação de controle, ambivalência e simbiose. | Sem vínculos amorosos estáveis. Rompimento anterior sem elaboração. |
| VÍNCULOS SOCIAIS | |
| Amigos | Estudo e trabalho |
| Com grupo de amigos, mantinha vida social ativa. Rede de amigos não aceita pelos pais. | Estudo interrompido na época. Trabalha em empresa familiar e passa a não cumprir horários. |
| VÍNCULOS TERAPÊUTICOS | |
| Inexistentes. | |

h) Inter-relacionamento entre os diversos fatores no momento da crise

Paciente com tendência depressiva desde a infância, tinha o hábito de ficar em “um canto” e chorar. As perdas e afastamentos vinculares tinham forte impacto. Quando criança ficava muito em companhia do pai enquanto a mãe trabalhava, e lembra que quando ele saía ficava na espreita da porta, esperando-o. Nunca superou perdas decorrentes da mudança de cidade na adolescência, e sempre teve dificuldades de elaborar

perdas e rompimento de relacionamento significativo em que ocorreu intensa paixão. No final da adolescência, vivencia conflitos em relação à aceitação de sua opção sexual.

A fase adolescente trouxe problemas de rebeldia em relação aos pais, período de busca de diferenciação e formação da identidade, como apontam Erikson (1959) e Eiguer (1985). Simone viveu conflitos em relação aos valores da família, esta muito voltada para o mundo do trabalho enquanto a mesma gostava de outras áreas como esportes, artes, e cultivar as relações de amizade. Ao mesmo tempo recebia muita atenção dos pais, principalmente da mãe, com vínculo fusional e conflitivo.

Ficava dividida na relação com os pais, principalmente com a figura materna, convivendo de um lado com a dependência, medo da perda, e por outro com um intenso desejo de separação e individuação. Dividia-se entre satisfazer expectativas e romper com padrões familiares. Expressava seus conflitos com atos de impulsividade e agressividade, sofrendo em seguida com sentimentos de culpa e tristeza.

Tinha como objetivo maior a vivência de um grande amor e dedicação à área artística. A diferença entre seus valores e de sua família e a incongruência de suas escolhas amorosas e de amizades em relação à família levam a um sentimento de privação de sua própria existência, motivo que a levou a atitudes de “querer morrer”, de desespero.

i) Primeiro ano de tratamento e sua configuração vincular

O tratamento de Simone inicia a partir de uma situação de emergência depois de movimentos suicidas. Vivia uma situação de crise emocional já há bastante tempo, interpretada pela família como questões de comportamento, o que incentivava o controle. Não procurou ela própria ajuda profissional diante do sofrimento emocional vivido na relação familiar e vínculo amoroso.

Foi encaminhada para psicoterapia pelo psiquiatra. Aceita e investe bem no tratamento medicamentoso, mostra-se assustada diante de tudo que aconteceu, e embora se queixe de perda de criatividade e da capacidade de sentir, como chorar, por exemplo, considera a medicação importante naquele período. Utiliza medicação à base de neurolépticos, estabilizador do humor e ansiolítico. Recebeu o diagnóstico de distúrbio bipolar.

No início da terapia existe uma demanda explícita dos pais em reorganizar a vida da filha, bastante aliviados por ter sido detectado um distúrbio psíquico, sendo mais compreensível o adoecimento, o que no momento justificou o que entendiam como dificuldades no comportamento. A partir de então os pais lhe designam o lugar de “doente”, inicialmente não contestado pela filha, que se sente protegida, pelo tratamento, das instabilidades existentes na sua vida. No entanto, um outro lado quer independência, sendo esta sua demanda:



Pseudônimo
Simone

Quero ter uma vida minha, uma vida própria, sinto-me presa numa torre, de onde é muito difícil sair

Na psicoterapia estabelece um vínculo de confiança, com completa assiduidade. Há uma busca contínua de independência emocional e afetiva no sentido de romper os vínculos fusionais e sonhos em adquirir autonomia. Vive muita insegurança em iniciar um processo de individuação.

Inicia nova relação amorosa com uma jovem, e apresenta muitos titubeios entre viver um amor e isto representar a perda do amor dos pais. O vínculo permanece estável e oferece apoio e suporte para Simone, que mostra também relativa estabilidade emocional. Único vínculo próximo fora do grupo familiar.

Mantém o relacionamento em sigilo e algumas saídas súbitas ou gastos excedentes eram vistos pelos pais como recaída. Há um esquema de vigilância e controle no dia-a-dia de Simone. Ocorrem alguns atritos em função do uso de bebida alcoólica, mesmo que esporadicamente, do regime alimentar para emagrecer e hábitos de saúde como uso excessivo de refrigerantes. A filha reage com expressões fortes de raiva e agressividade. No entanto, o período é caracterizado por estabilidade emocional.

Afasta-se dos amigos, não só por sua rede de amigos não ter aprovação dos pais, como por decidir mudar de ambiente, considerando que seu grupo a desestabilizava emocionalmente e motivava o uso de bebida alcoólica.

Retoma os estudos universitários seis meses após iniciado o tratamento, sem dificuldades na aprendizagem, mas evitando novas amizades. Temia suas próprias reações e o controle dos pais.

- **Configuração vincular no primeiro ano de tratamento**

Quadro 6 – Configuração vincular no primeiro ano de tratamento de Simone

| VÍNCULOS ÍNTIMOS | |
|---|---|
| Família | Vínculos amorosos |
| A identificação de distúrbio psíquico traz alívio para os pais em relação a comportamentos incompreensíveis para os mesmos. A filha e seu tratamento passam a ser o centro de suas atenções, com dinâmica de vigilância e controle. Mantém-se o afastamento dos irmãos e a divisão entre a necessidade de fusão e desejo de independência | Relação amorosa estável |
| VÍNCULOS SOCIAIS | |
| Amigos | Estudo e trabalho |
| Empobrecimento da rede de amigos e dificuldade de contato com novas pessoas, por insegurança pessoal e controle paternos. Fica restrita à convivência com os pais. | Retoma os estudos sem dificuldades seis meses após iniciado tratamento. |
| VÍNCULOS TERAPÊUTICOS | |
| Vínculo estável com psiquiatra, aceita e investe no tratamento. Sente perda da criatividade e da capacidade de sentir emoções com a medicação, mas a considera importante. Inicia vínculo de confiança com psicoterapeuta. | |

j) Segundo ano de tratamento e sua configuração vincular

O processo psicoterapêutico continua com fortalecimento do vínculo e ganhos na percepção de si e do outro. Mantido tratamento psiquiátrico.

Nesse período há uma continuação da dinâmica familiar de ter como centro o tratamento de Simone. Apesar de boa percepção da posição de cada um no vínculo, e de sua própria dependência emocional e afetiva, a falta de autonomia financeira por um lado, e por outro o medo da separação, de ferir e ser ferida, e o medo da perda ainda vigentes, mantêm a ligação simbiótica. Simone possui uma percepção mais adequada das relações familiares, e posição de cada um, confirmando as descobertas de Scott (1973) de que o paciente geralmente apresenta melhor percepção da família e de seus membros do que os familiares, o que o fez acreditar que a consciência e o lado saudável existe, porém esconde-se por meio da visão cultural da “doença mental”.

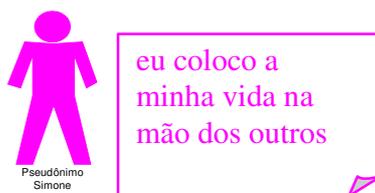
Simone ganha mais autonomia por meio de estágio remunerado, podendo usar mais livremente seu salário. Diversifica a rede de amigos por meio de colegas da universidade e retoma algumas amizades que eram anteriormente aprovadas pelos pais. Faz planos em relação à vida profissional.

O vínculo amoroso permanece estável na maior parte do tempo, mas com rompimento ao final do período. Nova paixão leva a atitudes imprevisíveis, viagens súbitas, trazendo transtorno no meio familiar e desestabilização emocional em Simone. Sente-se sempre dividida entre dois amores: família e namorada. Projeções e vivências reais de não aceitação de sua opção sexual intensificam a conturbação dos afetos, dos quais procura sair por meio da raiva, impulsividade e atitudes reativas aos pais. De acordo com os aportes de Fonseca (1980), Simone encontra-se em uma fase de matriz de identidade em que necessita o reconhecimento do *Eu*, apresentando tendência a formar

vínculos fusionais, não tendo ainda alcançado uma fase de diferenciação eu-tu, fator desencadeante de crises em rompimentos amorosos. A permanência nessa fase configura uma posição depressiva (FONSECA, 1980).

Essa crise mostra a luta entre manutenção e separação fusional. Algumas sessões de psicoterapia são feitas com a família. O comportamento impulsivo e agressivo limita-se aos vínculos com os pais, não ocorrendo em outros vínculos dentro do mesmo período de tempo. Na sessão de terapia familiar, se em um momento há uma intensa expressão de raiva, no momento seguinte consegue tranquilizar-se e conversar sobre o ocorrido. A família estuda ou avalia internação em clínica especializada, mas diante da estabilização do quadro, a mesma não ocorre.

Ao final da crise, observa-se um movimento de conciliação com o mundo familiar, com seus valores e cuidados, expressões de raiva dão lugar a expressões amorosas e há adesão a expectativas dos pais, principalmente maternas. Apesar da manutenção dos vínculos fusionais, inicia-se um novo momento interior de reflexão e *insights* importantes sobre o apaixonar-se, suas projeções, a busca de si mesma, a dependência:



Percebe a importância de responsabilizar-se sobre sua vida, seus interesses e objetivos. Inicia uma importante ampliação da percepção de si mesma. Resolve dar espaço em sua vida para atividades artísticas.

- **Configuração vincular no segundo ano de tratamento**

Quadro 7 – Configuração vincular no segundo ano de tratamento de Simone

| VÍNCULOS ÍNTIMOS | |
|--|--|
| Família | Vínculos amorosos |
| Manutenção dos vínculos simbióticos e relação de controle e vigilância. | Maior parte do tempo estável com rompimento no final do ano. Nova paixão leva à desestabilização emocional e familiar. |
| VÍNCULOS SOCIAIS | |
| Amigos | Estudo e trabalho |
| Retoma amizade antiga que tinha aprovação dos pais. Inicia aos poucos nova rede de amizade com colegas de universidade. Não há muito investimento, nem liberdade nesta área. | Continua estudo universitário e inicia estágio remunerado, adquirindo um pouco de autonomia. |
| VÍNCULOS TERAPÊUTICOS | |
| Vínculo estável com psiquiatra e com psicoterapeuta. | |

k) Terceiro ano de tratamento e sua configuração vincular

Esse período é caracterizado por maior instabilidade emocional e familiar, com mudanças significativas.

Simone havia perdido seu estágio remunerado, não houve explicação do motivo. As razões imaginadas falam das percepções mútuas pais-filha. Enquanto os pais pensam ter havido excessos por parte da filha, esta imagina ter havido interferência dos mesmos, pondo fim à sua relativa autonomia financeira.

Um novo relacionamento amoroso é ponto de partida para mudanças na configuração vincular. Simone adota comportamentos anteriores de impulsividade, desejo de independência dos vínculos familiares, desaparecimento de casa por alguns dias, viagens súbitas, gastos excessivos. Grande tensão familiar, com sofrimento e preocupação dos pais. Diferentemente de outras ocasiões, revela seu romance e confirma sua opção sexual. A tensão aumenta. Em reuniões de família há uma grande expressão de raiva principalmente em relação à mãe. Novas sessões de terapia familiar são requeridas e passam a ser realizadas com pai e filha. Há um afastamento espontâneo da mãe nas

sessões. Temas sobre autonomia, limites, invasão, controle, raiva, laços familiares, cuidados e aceitação da homossexualidade vêm à tona, em um misto de percepções reais e transferenciais.

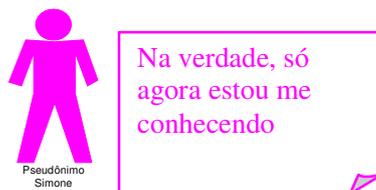
A instabilidade da família aumenta com reação do psiquiatra, que segundo informação dos pais, diante do não cumprimento por parte da paciente das orientações anteriores, desliga-se do caso e a encaminha para outro profissional com indicação de internação. Em nova consulta, na iminência de uma internação, a sensação de aprisionamento suscita reações de revolta. Pais acolhem reação da filha.

Em uma das ocasiões de conflito familiar, Simone vivencia novo desespero, com movimentos de auto-agressão. Levada para emergência hospitalar solicita a presença de sua psicoterapeuta. Procedida longa entrevista pai-filha-psicoterapeuta, filha, filha-psicoterapeuta, e orientação e informação ao pai e à filha. Estes dois últimos acatam a indicação psiquiátrica da não necessidade de internação. A visão desse profissional foi condizente com conflitos nas relações familiares e vínculos em fusão. Incentiva Simone a atitudes de tomada de responsabilidade por seu amadurecimento e autonomia.

Novas sessões de psicoterapia pai-filha. A mãe permanece ausente das sessões e o pai assume a liderança no tratamento e nas decisões em relação à filha. Ao longo do desenvolvimento dessa última crise, observou-se uma interferência paterna na simbiose mãe-filha.

A partir de negociações entre pai e filha, surge a decisão de Simone morar em outra cidade, com vida relativamente independente, com apoio financeiro do pai, assumindo a convivência com nova relação amorosa. Estávamos há dois anos e meio do início do tratamento.

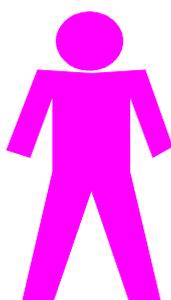
Um ano e três meses depois, em entrevista com Simone, e contato com os pais, encontro-a, ainda morando em outra cidade, com estabilidade emocional. Nenhuma outra crise ocorreu nesse período. Refere um período de desânimo e falta de concentração, que explica pela introdução do uso do lítio em sua medicação – ao qual não se adaptou. Havia iniciado novo processo psicoterapêutico e psiquiátrico. Seu psiquiatra estava questionando o diagnóstico de distúrbio bipolar e começava a retirada da medicação. Retomou os estudos após pequena interrupção no período de mudança, estabeleceu uma nova rede de amizades. No novo papel de dona-de-casa aprende novas funções domésticas e controla os gastos financeiros dentro do orçamento do casal. Ainda que em dependência econômica dos pais, esse controle nos gastos foi uma importante mudança. Sente-se feliz no novo relacionamento. Comenta o desenvolvimento de conhecimento mútuo, e acrescenta:



Essa tomada de distância da relação familiar foi importante para a percepção de si própria e experiência de uma independência, mesmo que relativa, com direção a uma saída da posição fusional. No entanto, observa-se que não foi alcançada ainda uma fase de diferenciação filha-pais. Pais mostram-se muito inseguros com a capacidade de independência da filha, temem recaídas e mantêm o controle e a percepção de “papel de doente” da filha. Há pelo menos um contato diário, seja por telefone ou outras formas, e acompanhamento freqüente no local. Essa dependência também é mantida por Simone, para quem os contatos têm um papel ambíguo de controle e asseguramento emocional. Sonha com uma vida própria como algo ainda distante de si, e o grande amor devotado aos

pais a entristece por não corresponder às suas expectativas. A busca de si mesma e a necessidade de reconhecimento dos pais caminham juntas.

Simone revê suas crises tendo como base os motivos familiares, a aceitação de si mesma e a rejeição do mundo em relação a si. Nesse momento não entende suas questões emocionais como problema psiquiátrico, e tem como razões de suas depressões e euforias anteriores questões psicológicas e traumas. Percebe-se que começa a sair do “papel de doente”, utilizando outras explicações e conceitos para seu sofrimento emocional. Antigamente, embora trouxesse seu sofrimento relacional, e buscasse mudanças, procurava enquadrar suas instabilidades afetivas na descrição conceitual do distúrbio bipolar. Há quase dois anos atrás, assim fazia referências:



Pseudônimo
Simone

Há euforias boas e ruins... a euforia ruim que eu chamo é o estado de violência, quando você chega à violência, quando você passa além de ser violento consigo mesmo, que é o mais comum, e você passa a ser violento com os outros, violento de agressão não só de agressão verbal, mas física “... era um loucura, me dava uma agonia muito forte, eu tinha que sair de qualquer jeito, tinha que sair, tinha que sair, tinha que sair... fiquei descontrolada... fui violenta... acredito que deve ter um processo químico no cérebro, no organismo que seja parecido com o que acontece quando a pessoa cheira cocaína, a euforia do distúrbio bipolar é igualzinha quando você cheira cocaína.

Note-se que nunca houve relatos de uso de drogas, sendo apenas uma analogia.

Os cuidados com a filha ainda se mantêm como ponto importante de contato pai e mãe; o pai continua à frente dos cuidados com a filha, recebendo pressão da figura materna por maior aproximação pais-filha.

- **Configuração vincular no terceiro ano de tratamento**

Quadro 8 – Configuração vincular no terceiro ano de tratamento de Simone

| VÍNCULOS ÍNTIMOS | |
|--|--|
| Família | Vínculos amorosos |
| Aumento de tensão nos vínculos familiares. Início de rompimento da simbiose mãe-filha com interferência do pai. Simone deixa de morar com os pais e assume relação amorosa. Passa a viver em outra cidade. | Nova paixão, assumindo uma relação amorosa estável, com quem passa a conviver. |
| VÍNCULOS SOCIAIS | |
| Amigos | Estudo e trabalho |
| Mantém uma rede escassa de amizades no primeiro período. A partir da mudança de residência amplia a rede de amigos. | Mantém estudos durante parte do período, tendo perdido o estágio remunerado. Interrompe estudos por questões de mudança. |
| VÍNCULOS TERAPÊUTICOS | |
| Rompimento com psiquiatra durante uma crise. Manutenção de vínculos com psicoterapeuta até mudança de cidade. | |

Síntese e comentário final

A primeira crise de Simone ocorreu aos 22 anos, sendo precedida por três anos de instabilidade emocional, relacionamento fusional e conturbado com os pais, marcado por ambivalências com necessidade e medo da separação e da individuação. Precedido também por vínculo amoroso conflitivo e fusional e ambivalências em relação à identidade sexual, além de perdas da rede social durante a adolescência, por migração, mudança de cidade, perdendo o grupo próximo de amigos, importante elo de identificação e suporte emocional (SLUZKI, 1997), que contrabalançavam um nível elevado de tensões emocionais em uma família com baixo índice de diferenciação do self (BOWEN, 1976). Havia relações narcísicas dos pais com os filhos (EIGUER, 1985) e relações fusionais impeditivas de independência (EIGUER, 1985; MINUCHIN, 1982). A relação simbiótica dos pais com transtornos de fusão-separação, e figura materna com mecanismos de possessividade-controle, passa a ser o espelho da relação dos pais-filha, principalmente mãe-filha. A dinâmica familiar não se mostrou favorável como matriz de identidade de

diferenciação do self (MORENO, 1975; MINUCHIN, 1982) na afirmação da identidade na passagem da adolescência para a vida adulta, possuindo características de família psicótica, com jogos de impasse do casal (PALAZZOLI *et al.*, 1998) em que a filha ficava enredada.

Simone, ao mesmo tempo em que desejava sua independência emocional e a continuação de seu processo de individuação, mostrava-se temerosa em relação ao rompimento dos vínculos fusionais. No entanto estabeleceu vínculo terapêutico de confiança e empático, formando um vínculo de suporte em que se sentia protegida. Buscava ajuda nos momentos críticos. A relação terapêutica foi importante no sentido de respaldar o auto-conhecimento, fortalecendo seus recursos egóicos de lutar pela sua independência emocional. O vínculo com o pai – com características fusionais mais amenas – deu suporte na tentativa de quebra da simbiose mãe-filha. Após a primeira crise, a vivência de vínculo amoroso estável veio ajudar o processo de estabilidade emocional, os vínculos profissionais do estágio remunerado representaram o início do retorno à autonomia, e a possibilidade de uma vida em comum com a companheira, em cidade diversa da dos pais, possibilitou o desenvolvimento de vários papéis de autonomia, como dona de casa, controladora de orçamento e a construção de nova rede social. Ainda que o estado fusional com os pais ainda não estivesse desfeito, mantendo-se relações de cuidado-controle pais-filha, e temor de separação filha-pais, a vivência de papéis permitiu a fortalecimento do *Eu* (MORENO, 1975), e a vida de casal novas descobertas de si mesma.

A relação psicoterapeuta-família foi favorável. Ao mesmo tempo que o vínculo de proteção filha-psicoterapeuta permitia o desenvolvimento do verdadeiro self, a relação pais-psicoterapeuta também era de confiança e havia um pedido de ajuda nos cuidados com a filha, e apoio nos seus momentos de instabilidade, o que possibilitou as intervenções terapêuticas.

2.1.2 Felipe: desfazendo a delegação

a) Identificação

Paciente do sexo masculino, 19 anos, solteiro, estudante, sem experiência de trabalho, cursando o ensino médio, residindo com pais e irmãos. Único filho homem e caçula.

Primeira crise aos 18 anos, vivenciou três crises no primeiro ano, foi acompanhado em psicoterapia por três anos, sem nenhuma internação.

b) Genograma

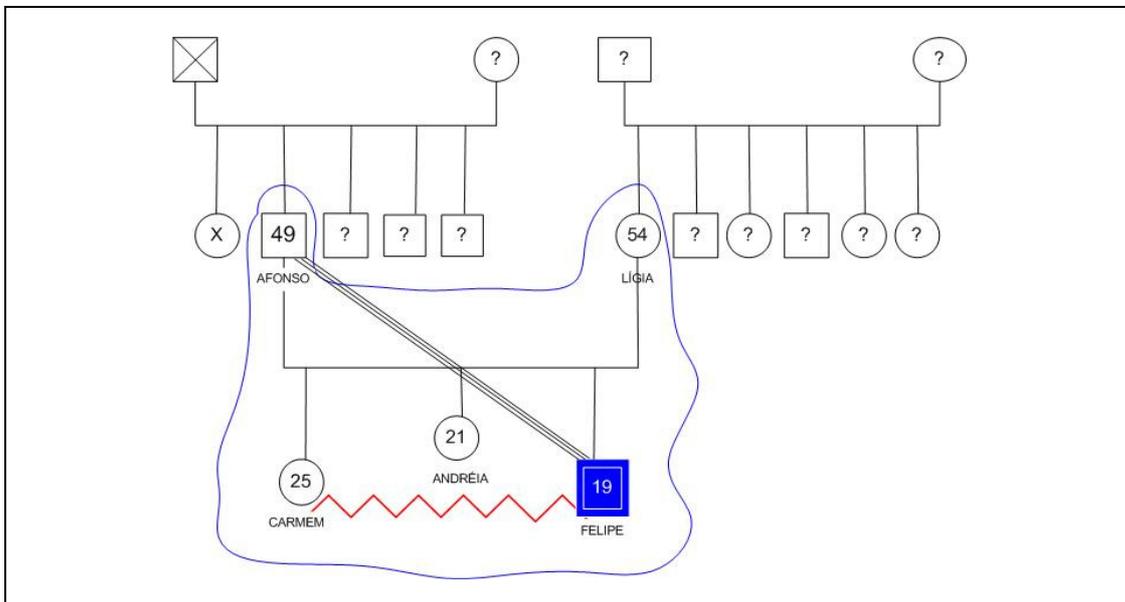


Figura 12 – Genograma de Felipe

c) Descrição dos vínculos intra-familiares

- Felipe e o pai: expectativa paterna de que o filho o superasse. Pai sempre investiu de forma diferenciada na educação do filho, com todas as facilidades de instrumentalização, e orgulhava-se de suas aquisições.
- Felipe e mãe: filho com problemas de saúde física desde o nascimento, suscitando superproteção da mãe.

- Felipe e a irmã mais velha: rivalidade forte, não havendo na cultura familiar a valorização da primogenitura.
- Felipe e a segunda irmã: laços de amizade, sem conflitos.

d) Descrição dos vínculos extra-familiares

- Família extensa: família extensa grande com bons vínculos
- Amigos: presença de rede de amigos, pratica de atividades de lazer
- Escola: boa vinculação a escola e colegas

e) Primeira crise

A primeira crise ocorreu aos 18 anos, cursando o ensino médio, sendo marcada por um quadro sintomatológico de ansiedade, agitação, perda de sono e dificuldades em se alimentar. O mal-estar emocional irrompeu em um intervalo de poucos dias.

Sentia-se frágil, confuso e vulnerável, levando-o a ficar preocupado com sua imagem diante dos outros e a desenvolver ideias persecutórias. Comenta:



Pseudônimo
Felipe

Não sabia o que estava acontecendo... eu tinha medo que as pessoas pensassem que eu estava usando algum tipo de droga, que não era verdade porque eu nem bebo, nunca bebi, procuro nem tomar refrigerantes...como não podia comer quase nada, eu tomava muita água e ia muito ao banheiro, e aí eu pensava, meu Deus, as pessoas devem estar pensando que eu estou usando drogas.

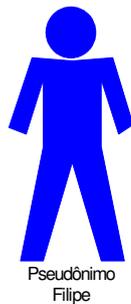
O contexto familiar do momento trouxe complicações: vésperas da formatura da irmã mais velha, quando se aguardava a família extensa vindo do Nordeste para participar do evento. Felipe sentiu-se muito exposto:



Eu estava meio desequilibrado física e emocionalmente queria que eles me vissem bem e não mal.

Face às suas ansiedades, pediu para ser levado ao médico, mas os familiares não entenderam de início a gravidade de suas queixas.

Com percepção aguçada de auto-referência sentia-se acusado e apontado por todos, temia que a notícia ganhasse proporções nacionais, e que pudesse prejudicar a carreira de seu pai. Lembra que:



No ponto alto da crise, mesmo me depreciando em todos os sentidos, eu me valorizava assim, eu inflava o meu valor, eu pensava que era tão importante, que todo mundo já sabia. Percebia as pessoas cochichando a meu respeito.

Acreditava que o pai já estava resolvendo essa situação, pois as notícias de que seu filho estaria envolvido com drogas ou em algo não aceito socialmente iria ser prejudicial para ambos.

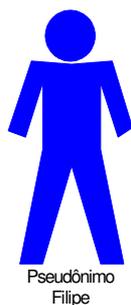
f) Fatores críticos da configuração vincular que antecederam a primeira crise

A história familiar mostra a incidência de dois conflitos significativos: o conflito de auto-imagem provindo de um lado da delegação paterna de ser um grande homem; de outro a imagem de fragilidade resultante de sua vivência pessoal de cuidados com a saúde aliados à superproteção da mãe; e o conflito de rivalidade com a irmã mais velha.

Pais casados com duas filhas e um filho sendo o paciente o caçula. Provenientes do Nordeste com metas de crescimento e objetivos de alcançar melhores oportunidades

profissionais. Pais com nível superior completo, a mãe sem exercer sua profissão, decide-se pelo lar. Paciente nasceu com problemas de saúde, tendo requisitado cuidados médicos contínuos em relação principalmente à sua alimentação até a sua adolescência. Pai investiu na educação do filho, de forma diferenciada em relação às filhas, com melhores colégios e mais facilidades. Sempre mostrou orgulho das aquisições do filho frente aos amigos e aos parentes. Paciente com bom relacionamento com a irmã mais próxima e relação de muita competitividade com a mais velha, que apontava seus privilégios e considerava-o mimado e irresponsável. Apesar de bom poder aquisitivo, a família sofre de instabilidade financeira e problemas de saúde do pai.

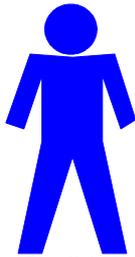
Na história social há a perda de um importante vínculo significativo: o mestre que lhe confirmava como jovem forte, de coragem e força de vontade, que o ajudava a enfrentar sua divisão entre forte e fraco. Há alguns anos Felipe participava de um time esportivo em que o professor tinha uma importante função de mestre. Este não pôde cumprir a promessa feita anteriormente de acompanhar o grupo até o final do curso e desliga-se, levando à extinção do time. Felipe comenta:



Quando ele quebrou a promessa foi uma coisa que me abalou bastante, era um professor inspirador, ... desses que realmente modificam...

Ele inspirava a força da guerra, ir adiante a qualquer custo.

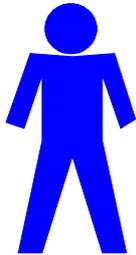
Seu professor ofereceu-lhe vivências inéditas:



Pseudônimo
Filipe

Eu era mimado e frágil, era sempre doente, não podia fazer coisas, não podia, não podia, não podia, e esse cara dizia: *você não só pode como vai fazer agora...* era uma coisa que nunca tive, se for pensar assim, uma pessoa que me levasse ao limite... essa experiência eu carrego hoje em várias coisas.

Na sua vida escolar era considerado um aluno espirituoso, alegre e inteligente, mas sua desorganização resultava em notas baixas. A entrada nesse grupo foi fruto de grande esforço pessoal, tendo se empenhado com afinco nos testes de seleção. O resultado foi surpresa para todos, e recebeu elogio público sobre sua força de vontade e determinação. Foi-lhe outorgado reconhecimento e nova identidade, e assim descreve sua experiência:



Pseudônimo
Filipe

Eu lembro que andei assim vendo os meus colegas, me sentindo totalmente diferente, me dava a sensação de serenidade maravilhosa, uma coisa incrível, durou aquele dia e talvez os próximos... Hoje em momentos de conquista me sinto assim, mas nada é igual em intensidade àquela sensação.

As configurações vinculares no momento da crise apresentaram a disposição conforme quadro abaixo. E em seguida será analisada a inter-relação entre os vínculos e a eclosão da crise. Em seguida serão acompanhadas as transformações das configurações vinculares durante o tratamento.

g) Configuração vincular na eclosão da primeira crise

Quadro 9 – Configuração vincular na eclosão da primeira crise de Felipe

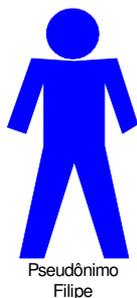
| VÍNCULOS ÍNTIMOS | |
|--|--|
| Família | Vínculos amorosos |
| Fase de formatura da irmã mais velha, com quem tinha vínculo de competição. Paciente estava sentindo-se frágil e teme ser visto assim por familiares. Medo de prejudicar o pai por sentir-se acusado por todos de uso de drogas ilícitas. (ideação paranóide). | Não relatado |
| VÍNCULOS SOCIAIS | |
| Amigos | Estudo e trabalho |
| Rede ampla de amizades, sem dificuldades nesta área. | Sem alteração no desempenho de seus papéis de estudante. Perda de vínculo significativo, com professor que tinha confirmado sua identidade de jovem forte, capaz e determinado. |
| VÍNCULOS TERAPÊUTICOS | |
| Bom contato habitual com médico clínico, a quem procura no momento da crise. | |

h) Inter-relacionamento entre os diversos fatores no momento da crise

Podemos caracterizar a crise psíquica de Felipe como expressão de um sofrimento que apareceu de forma repentina, sem que houvesse pródromos que indicassem seu mal-estar, isto é, sinais e sintomas observáveis. No entanto, houve um sofrimento vincular com história de perda cuja significação está alicerçada no ciclo de vida e desenvolvimento psicossocial, assim como na estrutura familiar consciente e inconsciente.

Lembrando o princípio de policausalidade do adoecimento psíquico (Pichon-Rivière, 1988a), podemos examinar aspectos constitucionais e disposicionais relacionando-os aos acontecimentos atuais que precederam a crise. Sem o objetivo de deter-se nas teorizações de constituição e disposição, torna-se necessário apontar alguns traços de personalidade e formas de vinculação que advêm destes dois fatores.

Felipe desde pequeno teve grandes ambições profissionais, seja por identificação, seja por delegação paterna. Cresceu dentro de uma classe privilegiada com notório poder de influência, sempre tendo desejos de alçar posições altas:



Vi o que funcionava e não funcionava neste meio desde pequeno, e tenho a impressão que mesmo que não tivesse tido esta influência, não tivesse sido criado neste meio, tenho uma inclinação minha, interior, minha mesmo quanto a esse tipo de coisa, sei lá...

Sempre foi muito firme nos seus propósitos e sempre renegou uso de drogas ou qualquer prática que viesse atrapalhar seus planos, evitando qualquer influência do grupo de amigos. Procurava evitar qualquer escândalo dessa ordem.

O seu poder de determinação sempre foi um traço marcante ao longo do seu tratamento, assim como a clareza de seus objetivos. Na psicoterapia mostrou capacidade empática e facilidade de estabelecer vínculo de confiança. Estando prestes a fazer a passagem da adolescência para a maturidade, questões evolutivas críticas por natureza, como aponta Erikson (1959), Felipe tinha de superar conflitos advindos da inscrição familiar inconsciente, lembrando Eiguer (1985). A delegação paterna, conforme Helm Stierlin (citado por Costa 1990), trouxe responsabilidades extras, criando tensões em relação ao cumprimento de seus objetivos. Por outro lado, havia um conflito na sua auto-percepção, decorrente de diferentes lugares que lhe foram assinalados (Moguillansky, 1999) por seus familiares. O homem culto e bem-sucedido designado pelo pai entrava em conflito com o menino frágil com problemas de saúde e para quem a mãe reservou um lugar de proteção, projetando seus medos maternos. Por outro lado a relação com a irmã mais velha, marcada por competição, apontava-lhe um lugar inverso aos seus objetivos e

delegação paterna: o irresponsável. No subsistema fraterno havia dificuldades, e a competição inerente era acirrada por diferentes regras e expectativas na relação do pai com os filhos, provocando tensões no sistema familiar (Minuchin, 1982). A posição entre irmãos, um dos aspectos estudados pelo Bowen (1976) era um gerador de angústia.

No caminho da maturidade e autonomia tinha como desafio superar estas contradições e poder integrar suas vivências de menino frágil, ambicioso, responsável e irresponsável, com privilégios que estavam gerando débitos (BOSZORMENYI-NAGY, 1993) em relação à família e principalmente em relação ao pai. Com ambições e comprometido com seu futuro, estas dificuldades emocionais possivelmente estavam na origem de suas dificuldades de se organizar nos estudos, impedindo-o de conseguir resultados no rendimento compatível com sua inteligência, sendo o seu papel de estudante decisivo para alcançar seus objetivos. Observando o seu átomo social (MORENO, 1975,1993) e seu mapa de rede (SLUZKI, 1997) tinha boas relações com amigos, colegas, família extensa, tendo vínculos em todas as áreas, sem dificuldades significativas de incongruências na escolha de suas relações (MORENO, 1993), ou nas características estruturais da rede (SLUZKI, 1997).

A partir dessa configuração vincular pode-se entender as significações dos desencadeantes da crise. A relação mencionada com o professor e sua participação no time, grupo coeso, competitivo, que acreditava na vitória, foi muito importante para a afirmação de sua identidade. Com a interrupção, esse processo também é rompido, ocasionando uma grande perda. Felipe se encontra novamente com as figuras de frágil, irresponsável, situação que gera insegurança com o evento da formatura da irmã mais velha, a que na posição de competição desafiava sua capacidade e compromisso. A

insegurança aumenta com a vinda de muitos membros da família extensa para quem o pai sempre mostrava orgulho em relação ao filho.

A crise assim se instala. Sem os recursos egóicos (Caplan, 1969) para resolver esse dilema, precedido por uma situação de perda de vínculo significativo para seu processo de passagem adolescência-maturidade, o sofrimento psíquico provoca uma cisão de seu mundo interno, considerando os fatores psicodinâmicos apontados por Simon (1989) e Pichon-Rivière (1988a) presentes na crise. As figuras internalizadas, ameaçadoras de seu projeto de vida foram inicialmente projetadas na área corpo, com sensação de mal-estar físico, e depois projetadas na área mente formando ideações paranóides. Pode-se identificar o núcleo depressivo com situação de perda, considerado como originário da crise, lembrando a teoria da doença única de Pichon-Rivière (1988a), expressa de acordo com as disposições pessoais. Ainda dentro dos aportes de Pichon-Rivière, pode-se também entender que o mal-estar físico, ligado à dificuldade de elaborar o luto, no momento que se espera a grande família, muda a área fenomênica de sua expressão e aumenta a cisão, diminuindo a percepção da realidade. Este autor explica que a mobilidade das estruturas relaciona-se com os vínculos que vão se formando.

i) Primeiro ano de tratamento e sua configuração vincular

Felipe foi o primeiro a identificar seu sofrimento emocional e a pedir ajuda. Pediu ao pai que o levasse ao médico. De início a gravidade não foi compreendida, mas em seguida foi consultado por seu clínico habitual que lhe encaminhou à psiquiatria, com quem fez um bom vínculo de confiança:



Ao sair deste psiquiatra já senti um alívio... melhor, porque ele me disse que ia ficar bem... então à noite, mesmo que não tivesse tomado remédio teria me sentido melhor.

Em algumas semanas retorna às aulas e meses depois tem duas outras crises, o que dificulta sua vida escolar. As duas crises que procederam apresentaram sintomas de euforia, no entanto, sem ideação paranóide. Sentia um



Pico de energia, eu acho que tinha diminuído muito os remédios porque o pessoal sentia uma estabilidade”

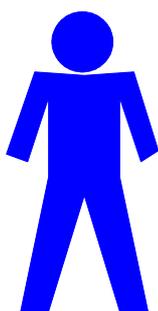
Descreve uma vivência de energia muito produtiva seguida de uma queda muito forte, um desânimo ao retomar a medicação. Sentindo falta da fase eufórica interrompe novamente os remédios fazendo nova crise. A medicação passa a ser controlada diretamente pela família por algum tempo e assumida por Felipe nos outros anos. Usou durante o tratamento medicação à base de neuroléptico, estabilizador do humor e ansiolítico. Recebe diagnóstico de distúrbio bipolar. As crises agudas tiveram curta duração. Não houve reincidência de quadro agudo com características de euforia nem ideação paranóide.

Entre a segunda e a terceira crise procura psicoterapia por indicação do psiquiatra, sendo acompanhado inicialmente pela mãe. Faz bom vínculo, no sentido de confiança e investimento no processo.

A demanda inicial do tratamento psicoterapêutico teve como foco a elaboração do luto e compartilhamento da dor do afastamento de seu professor. Alguns meses depois,

coincidindo com o final do ano letivo, traz pedidos claros e objetivos de ajuda para organização do estudo a fim de ser aprovado e finalizar seu curso. Os períodos de crise e afastamentos temporários da escola interromperam o andamento de seus trabalhos. Traz muita angústia da possível reprovação, o que significaria não correspondência aos desejos e investimentos paternos, o que representaria para Felipe uma traição em relação a um pacto implícito.

Na difícil tarefa de finalizar o Ensino Médio, sentiu grande apoio e incentivo de colegas e professores, formando um clima de força grupal, de torcida de todos. Seu objetivo tornou-se objetivo comum, elevando seu sentimento de pertença, aprovação e confiança. Ao final, o grupo fez-lhe novamente sentir-se vencedor.



Pseudônimo
Filipe

Mas foi assim um feito, sabe, quase todas as pessoas que eu conhecia me prometiam alguma coisa: 'se você se formar a gente vai fazer tal coisa...' sabe, todo mundo.... como se fosse um objetivo da escola inteira... e aí quando eu consegui foi muito legal, chamaram-me para receber o diploma, todo mundo levantou, bateram palma, na foto está todo mundo com um sorriso assim de ponta a ponta assim sabe.

Essa vivência pôde lhe trazer novas marcas de vitória e reconhecimento, restabelecendo a experiência interrompida do time do qual fazia parte, e que antecedeu à sua crise inicial. Felipe comenta:



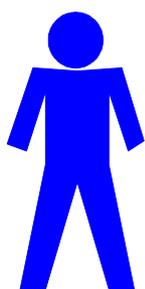
Pseudônimo
Filipe

Eu sabia que dali para frente estaria tudo mais ou menos certo, seria bom pelo menos por um tempo, e foi assim mesmo. Esse fato veio satisfazer minha necessidade de mudança e de um marco que a delimitasse.

Neste primeiro ano de tratamento Felipe recebeu apoio de vínculos terapêuticos, dos vínculos familiares, mantendo-se o conflito com a irmã mais velha, mas sem acirrá-los. Os pais atendem à necessidade de Felipe em relação ao seu tratamento e seus estudos. Não se observou estigmatização em que Felipe ficasse preso ao papel de doente; nem cisões/doentes, como aponta Berenstein (1988), na família com doença mental. Apesar do pai apresentar problemas de saúde física, tem um papel de destaque como chefe da família.

Os vínculos pertencentes à sua rede escolar foram de grande valor terapêutico. Esse segmento da rede social assumiu a função, lembrando Sluzki (1997), de apoio emocional, de ajuda, na medida em que professores aumentaram o prazo dos trabalhos, e de regulação social na medida em que mostraram a importância de sua aprovação e ficaram coesos na torcida da vitória, o que permitiu a Felipe retornar ao processo de afirmação de identidade neste momento de passagem da adolescência para a juventude. A necessidade de reconhecimento social para legitimar a identidade foi apontada por Erikson (1959).

Finalizado o colégio, não teve mais crises desta natureza.



Pseudônimo
Felipe

Depois que acabou o colégio acabaram as crises, literalmente, depois do dia da formatura não teve nenhuma coisa significativa assim...só uma crise de dispepsia disfuncional, que é ansiedade que é muito pouco, muito diferente daquelas crises, mais mentais e psicológicas.

Felipe continua em uso de medicação e psicoterapia por mais dois anos.

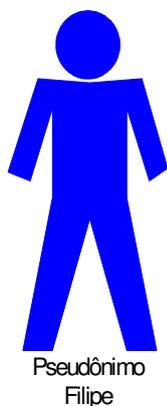
- **Configuração vincular no primeiro ano de tratamento**

Quadro 10 – Configuração vincular no primeiro ano de tratamento de Felipe

| VÍNCULOS ÍNTIMOS | |
|---|--|
| Família | Vínculos amorosos |
| Apoio no tratamento e nas necessidades de F. sem que houvesse estigmatização ou cisão familiar saúde/doença. Muita tensão familiar (pais-F.) em relação à vida escolar e perigo de reprovação . Ansiedade de F.pela apreensão de não corresponder aos anseios e investimentos paternos. | Não relatado. |
| VÍNCULOS SOCIAIS | |
| Amigos | Estudo e trabalho |
| Manutenção da rede de amigos e boa convivência. | Área de muita tensão, requerendo muita organização e esforço para manter os trabalhos em dia e recuperar o tempo de licença médica em função da crise. Forte sentimento de pertença, e apoio a partir do incentivo e da força grupal de colegas e professores para a aprovação no final no curso. Capacidade de lidar com situação em que sentia falta de colaboração de um dos professores. |
| VÍNCULOS TERAPÊUTICOS | |
| Vínculo de confiança e apoio com o psiquiatra. Vínculo de confiança com psicoterapeuta, grande investimento na psicoterapia. | |

j) Segundo ano de tratamento e sua configuração vincular

Esta representou nova etapa na vida de Felipe, com entrada na universidade, adquirindo forma eficiente de organização nos estudos. Continuou apresentando determinação forte nos seus objetivos, o que o auxiliou na resolução de seus conflitos.



Entrei na faculdade aí tudo mudou... a responsabilidade, tudo mudou radicalmente. Na escola não tinha como mudar, de repente pensava eu, sem um marco, sem uma coisa muito séria assim. Todo ano eu quase reprovava, eu dizia o próximo ano... ficava assim... Então desde o primeiro semestre eu me certifiquei de fazer o oposto, sabe, tudo antes da hora, todas as tarefas, dez era o mínimo, e acabou que incrível que já ganhei, já estou na terceira bolsa.

A reorganização da vida estudantil ocorreu concomitantemente ao encontro de novo mestre, que reconheceu sua capacidade, o confirmou, e incentivou os seus objetivos de crescimento profissional. Com ele formou um vínculo significativo e recebeu orientação de múltiplas pesquisas. Comenta:



Pseudônimo
Filipe

E cada coisa que eu conseguia, monitoria, por exemplo, parecia que alimentava esta ganância de notícias boas. Quando eu chegava em casa, ah... ganhei oh! O pessoal oh!...oh!... então era assim sempre pensando na próxima boa notícia.

Os sucessos adquiridos reforçaram sua organização e passaram a estabelecer metas mais claras e definidas.

No entanto, é na vida amorosa que vive seus conflitos. Uma paixão veio colocá-lo novamente diante das figuras de fraco e forte, e da competição. O vínculo que se forma é ambíguo, entre paixão e grande amizade. A jovem, optando pela amizade, sempre emite comunicação com características de dupla vinculação, deixando-o confuso, enciumado, com intensas angústias de perdê-la para outro, sentindo-se em desvantagem diante de sua fragilidade física. Sofre dispepsias funcionais, seu sofrimento psíquico sendo dirigido para o seu corpo, e essa situação tende a atrapalhar sua organização nos estudos e frequência às aulas. Sente sua vida estudantil e profissional ser ameaçada.

Mantém tratamento psiquiátrico nessa fase com diminuição da dosagem de neurolépticos. Tendo interrompido a psicoterapia por curto período, retoma e investe com afinco. Luta para não ser dominado por seus conflitos e pelos intensos afetos que lhe envolvem. Mostra-se bastante objetivo nas suas demandas.

Toma medidas práticas para romper com este vínculo amoroso ambíguo, que se mostrava adoecedor, de forma a tornar rara a convivência entre os dois, e afastando-se definitivamente da jovem. Retorna à estabilidade emocional.

Além dos vínculos terapêuticos de apoio, os vínculos sociais de Felipe, amigos e colegas são estáveis e suportivos, assim como os familiares. Nesse ano, embora tomado por momentos de angústia, pôde-se observar que Felipe já conseguiu mudar o padrão de funcionamento, estando mais seguro de sua identidade, usufruindo os resultados de sua organização do estudo, resultados estes que em si já produzem novas mudanças. A relação com o seu professor fortalece sua auto-estima, sendo fonte de reconhecimento.

- **Configuração vincular no segundo ano de tratamento.**

Quadro 11 – Configuração vincular no segundo ano de tratamento de Felipe

| VÍNCULOS ÍNTIMOS | |
|--|---|
| Família | Vínculos amorosos |
| Relações estáveis, sem conflitos ou tensões significativas. | Vínculo amoroso conflitivo, comunicação ambivalente, duplo-vínculo. Ansiedade depressiva, medo da perda para um terceiro. Toma atitudes práticas para cortar o vínculo. |
| VÍNCULOS SOCIAIS | |
| Amigos | Estudo e trabalho |
| Presença de rede de amigos e sem queixas nesta área. | Paciente inicia nova fase de melhor dedicação aos estudos, com bastante segurança nesta área. Estabelecimento de novo vínculo significativo com professor que reconhece sua competência e lhe dá incentivos. |
| VÍNCULOS TERAPÊUTICOS | |
| Relação estável com psiquiatra e diminuição progressiva da medicação. Retoma psicoterapia e mantém vínculo de confiança. | |

k) Terceiro ano de tratamento e sua configuração vincular

Esta etapa inicia com novo vínculo amoroso já estabelecido e com conflitos na área familiar incidindo na área de estudos.

Conflitos em relação à delegação paterna são acirrados. Felipe identifica-se com área acadêmica diversa da paterna, e, embora estando seguro em relação à sua escolha, teme o sentimento de traição. Enquanto confirmado e incentivado no ambiente universitário, não recebe reconhecimento e estímulo paterno na nova empreitada. Sofre por ser um caminho não valorizado pelo pai, sendo que desde criança sentia-se como ponto de orgulho paterno *“aí eu senti uma pressão tremenda mesmo... eu comecei a ir num outro rumo... que é completamente assim em paridade assimétrica”*.

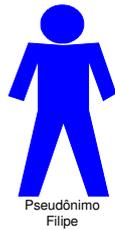
O conflito é intensificado por questões de saúde do pai, e Felipe sofre pelo temor de perdê-lo e de não conseguir cumprir a delegação, acertar “dívidas” a tempo. Sente-se no dever de dar o retorno:



Se você investe alguma coisa, via de regra você espera alguma coisa de volta, então na minha cabeça isto sempre foi complicado assim.

Todo o investimento diferenciado na sua educação em relação às irmãs começa a pesar *“além de eu ser homem e tudo mais”*.

A família passa por dificuldades financeiras, o que torna os privilégios de Felipe menos aceitáveis pelas irmãs, principalmente pela mais velha. Começam as cobranças, criando tensões em Felipe:



Porque eu nunca tive nenhum tipo de cobrança, a cobrança que eu tinha era de eu ser eu mesmo, era de eu ser sabe, engraçado, ter espírito... o pessoal apreciava este tipo de... estes pensamentos

Em meio a esse sofrimento psíquico proveniente de sua relação familiar, novas demandas na vida estudantil se fazem presentes. Época de dividir estudo com estágio, o que requer mais esforço. Duvida de sua capacidade física, sendo assaltado por imagens de menino franzino e lembranças da superproteção materna. Os medos maternos introjetados foram traduzidos por Felipe como fragilidade e impossibilidade de lutar e esforçar-se.

Consegue ao final do período organizar sua vida de estagiário e estudante e tem uma conversa franca com o pai sobre sua carreira profissional. Começa a despotencializar o peso fantasmático das delegações, adquirindo maior liberdade de escolha.

Mantém investimento na psicoterapia. Mantém contato com psiquiatra mais esporadicamente, e apesar de intenso sofrimento emocional, por conta própria começa a retirar a medicação. Nunca relatou antes problemas no uso da medicação, mas no momento sente necessidade de acordar mais cedo e dormir menos tempo, em função dos estudos. Ao final do período relata que a retirada total foi acordada com seu psiquiatra.

Nesse período havia estabelecido vínculo amoroso estável, vivenciando o novo papel de namorado fixo. Consegue enfrentar ciúmes ou insegurança com mais facilidade. Há uma comunicação clara no casal, o que não remete a conflitos antigos nem provoca novas dificuldades, apesar de alguns períodos de tensão no relacionamento. Vínculo significativo e positivo para o amadurecimento pessoal. Vínculo também de apoio que auxilia no questionamento do sentimento de dívida para com o pai. Este vínculo também cumpre uma importante função de acesso a novos contatos, segundo classificação de

Sluzki (1997), servindo de ponte para diversificação de vínculos terapêuticos e contato com outros grupos.

Inicia tratamento com remédios florais que sente atuar bem na ansiedade e na dispepsia funcional. Por questões de ordem prática a terapia finaliza, e não usando mais medicação, não tem também mais vínculo com psiquiatra.

- **Configuração vincular no terceiro ano de tratamento**

Quadro 12 – Configuração vincular no terceiro ano de tratamento de Felipe

| VÍNCULOS ÍNTIMOS | |
|--|--|
| Família | Vínculos amorosos |
| Angústia do paciente em relação à saúde do pai. Auto-cobrança em cumprir delegações e acertar “dívidas” contraídas. Conflito em interessar-se por área acadêmica diversa da profissão paterna. Teme traí-lo e não corresponder a seus investimentos. | Novo vínculo amoroso satisfatório. Sente-se confirmado, admirado e querido. Relacionamento estável. Propicia estímulo para ampliação e diversificação da rede social e vínculos terapêuticos. |
| VÍNCULOS SOCIAIS | |
| Amigos | Estudo e trabalho |
| Sem alterações, mantendo boas relações na rede de amigos. | Luta por manter sua organização e iniciar nova etapa em que mais horas de trabalho e maior esforço são requeridos. Titubeia diante das novas tarefas. |
| VÍNCULOS TERAPÊUTICOS | |
| Estáveis, mantendo a confiança e compromisso. | |

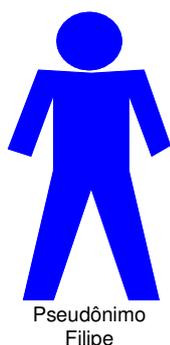
1) Quarto ano e sua configuração vincular

Seis meses após último contato, e quatro anos após a primeira crise, Felipe diz sentir-se tranqüilo, seguro, continua bem em direção à sua profissão, recebeu novos prêmios acadêmicos. Não sente o peso da delegação paterna na medida em que pôde escolher um caminho profissional para o qual se sentia mais atraído, tendo esse assunto sido abordado no item anterior. Sabe que um dia vai chegar na posição esperada pelo pai, mas comenta *“isto vai acontecer no meu tempo, e da minha forma, pois eu também tenho este objetivo, mas a longo prazo”*. Felipe sente-se na condução de sua vida profissional.

A relação competitiva com a irmã mais velha foi amenizada. A segunda irmã, que desempenhava um importante papel na família de esteio, já casada, muda para outra cidade. Felipe começa a desempenhar este papel de suporte para os pais, orientando-os em algumas questões e também resolvendo questões de ordem prática, o que o coloca na posição de responsabilidade. Passa a ter vínculos de reciprocidade com os pais e cumpre o papel de filho homem: “*que ela tomava muito a liderança lá de casa e eu queria este papel, eu gosto deste papel, então era impossível fazer este papel lá em casa... eu pude ter o papel de liderança, o que é importante para mim.*” Essa nova posição vincular veio enriquecer o seu ciclo de amadurecimento, reconhecimento e autonomia.

Observa-se que Felipe começa a imprimir sua criatividade nos papéis sociais, ao mesmo tempo em que desempenha os papéis esperados – o que o satisfaz por consegui-los cumprir – consegue tanto maior equilíbrio da balança de méritos e débitos, conforme conceitua Boszormenyi-Nagy (1985), como colocar sua forma pessoal nessa ajuda, adquirindo maior realização no papel, fenômeno apontado por Moreno (1975).

Mesmo sem práticas de ordem religiosa, pela primeira vez fala em fé, em força maior. Acredita em uma força que sente dentro de si:



Engraçado, é uma coisa estranha né? Que eu sempre penso nestas coisas, tem a ver com esta meta maior, coisa de nordestino, esta meta grande Acreditar numa coisa assim, acreditar que você tem uma meta, que você tem uma força que é sua e que ninguém pode tirar, aí quando você tem alguns elementos que confirmam isso assim, uma força brutal sabe...sei agora que as coisas que dão certo derivam de coisas que estão dentro de mim, e que ninguém pode tirar.

Considera que sempre foi guiado por pensamento racional-científico, e agora passa a admitir o lado irracional, inexplicável da vida “... *pela primeira vez estou começando a*

ficar espiritualizado.. acreditando numa força que reforça a minha força... e estranhamente a minha crença de que vou seguir em frente”. Esses comentários de confiança, de auto-estima, e segurança são indícios de forte contato com o verdadeiro self, nos temos winnicottianos.

- **Configuração vincular no quarto ano**

Quadro 13 – Configuração vincular de Felipe no quarto ano

| VÍNCULOS ÍNTIMOS | |
|--|---|
| Família | Vínculos amorosos |
| Mudança no subsistema fraterno. Felipe passa a exercer função de apoio em questões da família passado a experimentar vínculos simétricos e de reciprocidade em relação aos pais. | Permanece estável |
| VÍNCULOS SOCIAIS | |
| Amigos | Estudo e trabalho |
| Rede diversificada de amigos, sem conflitos na área. | Novas conquistas como fruto de seu trabalho Acadêmico. Vínculo em que sente-se seguro com domínio das tarefas requeridas, e com bom grau de organização. |
| VÍNCULOS TERAPÊUTICOS | |
| Estabelecimento de novos vínculos terapêuticos não tradicionais. Utilização de florais. | |

Síntese e comentário final

Entende-se – pelo acompanhamento de Felipe nesses três anos e meio – que sua crise teve características de distúrbio bipolar com ideias paranóides no início, teve remissão completa, caracterizando-se como um período de passagem da adolescência para a juventude, em que delegações paternas, projeções maternas e posição de irmãos geraram um nível considerável de angústia. A disposição de sua rede social foi importante para a resolução de seus conflitos, novos vínculos lhe ajudaram na afirmação de sua identidade, e contou com apoio de vínculos terapêuticos.

Embora detectados conflitos no sistema familiar consciente e inconsciente a família assumiu uma posição saudável frente às dificuldades emocionais de Felipe, sem cisões são/doentes nem estigmatizações, não lhe prendendo ao papel de doente. Utilizando os conceitos de Eiguer (1985), a família tem características de normal ou neurótica, com preservação do eu familiar, pertença, e ideal de ego coletivo, sem nível de interfantasmática elevado. Não foram também identificados jogos psicóticos e impasses do casal que levassem Felipe a enredamentos, de acordo com conceitos de Palazzoli *et.al.* (1989).

Felipe sempre mostrou determinação na sua busca de afirmação, necessidade característica de seu ciclo de vida. Seu sofrimento emocional lembra o comentário de Winnicott (1990) de que muitas pessoas vêm em busca de ajuda trazendo uma parte saudável, mais estruturada, e um núcleo mais regressivo que necessita amadurecer. Déficits na fase de personalização, segundo conceitos desse autor, acarretam problemas psicossomáticos, sendo essa uma das reações de Felipe frente à angústia. Podemos dizer que esse é o exemplo de Felipe, que contou com um lado saudável e bem estruturado de sua personalidade auxiliando na resolução de seus conflitos, suas perdas e inscrições familiares de delegações e sua relação psique-soma. Durante o processo psicoterapêutico mostrava com facilidade a direção da busca de seu self.

Sob o ponto de vista da teoria moreniana (MORENO, 1975) percebe-se ao final uma integração de seus papéis psicossomáticos, psicodramáticos e sociais; sentia-se criativo no desempenho de seus papéis, indicador de saúde mental, e podemos acrescentar emocional e social.

2.1.3 Cristina: refazendo a rede social

a) Identificação

Paciente de sexo feminino, 29 anos, casada, três filhos. Natural de cidade do interior do nordeste, veio para Brasília para trabalhar e viver junto do namorado, seu marido atual. Trabalhou como doméstica até os dois anos de idade da primeira filha, quando passa a dedicar-se apenas à família. O casal tem como objetivos uma estrutura familiar sólida, aquisição de casa própria e dedicação aos filhos.

Família de origem rural, segunda filha de uma série de sete, sendo a filha mulher mais velha.

Primeira crise aos 29 anos, com internação e uma crise um ano depois sem internação. Acompanhada em psicoterapia familiar e de casal por dois anos e meio.

b) Genograma

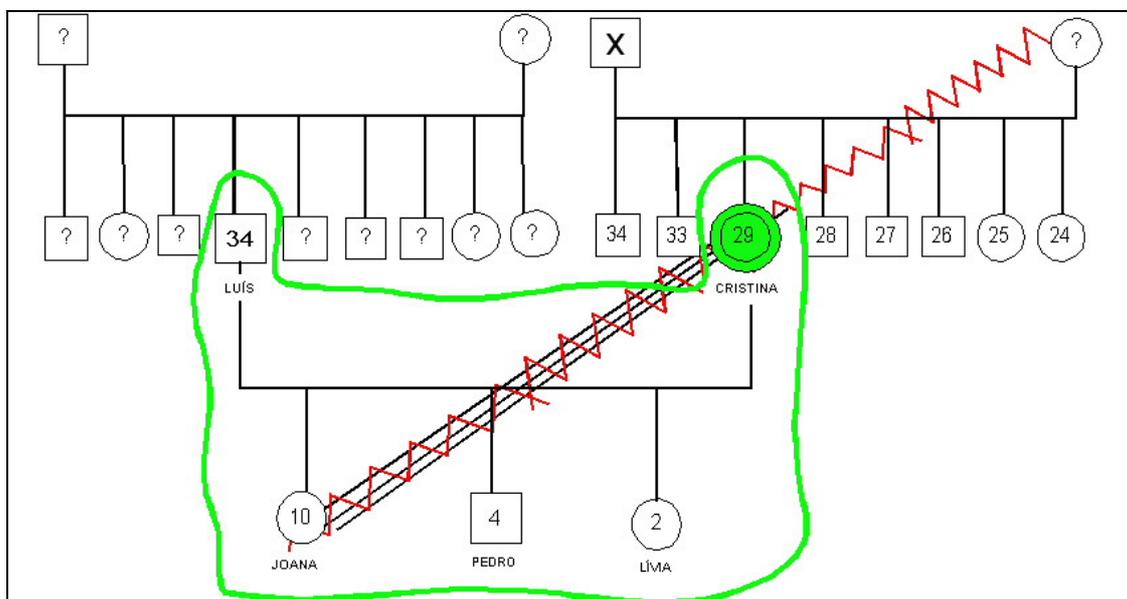


Figura 13 – Genograma de Cristina

c) Descrição dos vínculos intra-familiares

- Cristina e o marido: vínculo de cuidado com a esposa, assumindo papel paterno.

- Cristina e a filha mais velha: com o sofrimento emocional de Cristina, filha passa a assumir parte das funções maternas, no que se refere às funções domésticas. Conflitos com a cobrança da mãe, e filha como depositária da irritabilidade materna. As duas vivenciam o fenômeno de “delírio a dois”.
- Cristina e o filho do meio: função materna bem desenvolvida
- Cristina e a filha mais nova: função materna bem desenvolvida

d) Descrição dos vínculos extra-familiares

- Família de origem: mora na sua maioria no nordeste.
- Cristina com a mãe: relação de conflito, Cristina sente falta do afeto materno e tem lembranças de abuso em relação ao trabalho doméstico quando criança.
- Com os irmãos: mantêm preocupação de irmã mais velha, com ansiedade em relação às suas condições de vida. Quando criança Cristina sofreu de parentalização, ocupando indevidamente o lugar de mãe dos irmãos.
- Com a irmã que mora no DF: relação de amizade, e convivência dificultada por morarem em cidades satélites distantes uma da outra.
- Com o terceiro irmão: relação de afastamento depois do mesmo morar em sua casa
- Com família do marido: boas relações com os cunhados e sente-se mais acolhida afetivamente pelos sogros que pela mãe.
- Relação com amigos e vizinhos de distanciamento
- Sem contato com outros grupos ou instituições
- Sem relações de trabalho

e) Primeira crise

A primeira crise de Cristina manifesta-se como um transtorno psicótico do tipo esquizofreniforme, com angústia, insônia, delírios persecutórios, pensamentos intrusivos, com vozes de comando ou ameaça. Foi precedida por sofrimento psíquico prolongado, com vozes de comando ou ameaça. Foi precedida por sofrimento psíquico prolongado, com pródromos depressivos. Desde a gravidez da filha mais nova, na época com um ano e oito meses, demonstrava preocupação excessiva com as condições de vida diante do crescimento da família. Em seguida apresenta muita irritabilidade e dificuldades com os afazeres domésticos. Esposo e filha mais velha passam a auxiliá-la. Procura ajuda no Posto de Saúde de sua cidade, recebe uma prescrição de Cloridrato de Fluoxetina, e utiliza esta medicação anti-depressiva por um tempo sem apresentar melhoras.

Começa a desenvolver idéias persecutórias de ordem moral, vizinhos e conhecidos estariam falando mal de seu comportamento em relação à fidelidade ao marido. Desenvolve também ciúmes em relação ao marido. Afasta-se da única vizinha com quem mantém relacionamento de média proximidade. Fica cada vez mais difícil sair de casa, deixa de freqüentar a igreja, por sentir-se mal em ambientes públicos. Fica muito ansiosa também quando anda de ônibus.

Apresenta delírio místico, compartilhado com a filha mais velha, em que vê e conversa com o anjo de Deus. Na maioria das vezes ele traz alento, avisando que tudo vai sair bem, mas às vezes traz preocupações de ordem moral, com informações de que parentes e amigos estariam criticando sua conduta. O marido preocupado, considerando que isto traria complicações, proíbe esposa e filha da prática de receber e conversar com o anjo de Deus, ordem que foi acatada por ambas, mas com sentimentos de perda.

Surge uma situação de emergência quando depois de dois dias sem se alimentar nem dormir, intensifica as idéias persecutórias, guarda todos os objetos que costumavam

ficar fora de casa, fecha a casa anunciando que seriam roubados. Ao ser levada à emergência psiquiátrica, inicialmente foi apenas medicada. Ao sair da consulta, irritando-se com o marido e alegando que o mesmo a queria matar, o psiquiatra opta pela internação. Passa a acreditar que outros membros da família também querem matá-la. Tentar fugir do hospital sem sucesso. Permanece na emergência de crise por três dias e mais cinco dias na ala de internação.

f) Fatores críticos da configuração vincular que antecederam a primeira crise

A história familiar de origem apresenta situações traumáticas significativas: pai alcoólatra e situação de violência doméstica na infância de Cristina; exploração do trabalho infantil por parte da mãe na puberdade e adolescência; abuso sexual de parente. Na história social observa-se um crescente isolamento social até a eclosão da crise.

Família de origem de cidade do interior do nordeste, onde Cristina nasceu e de onde emigrou para trabalhar e casar. Na infância, pai trabalhador do campo e mãe com atividade doméstica. Presença de relação conflituosa pai-mãe, pai em uso de bebida alcoólica, violento com a mãe e com os filhos. Sente medo e raiva. Cristina presenciou muitas cenas de violência doméstica, e ainda criança, com cerca de oito anos, impulsionada pela revolta, ingere excesso de medicação caseira, numa tentativa de suicídio. Quando socorrida, enfrenta o pai ao falar da raiva pelo seu comportamento.

Nesta idade também sofre abuso sexual de rapaz, que morava próximo, de quem tinha informação não muito clara de ser seu meio-irmão por parte de pai. Sente-se desamparada por não ter tido a proteção dos pais que não tomaram nenhuma providência a seu favor.

Aos dez anos, por motivo de desemprego, o pai fica depressivo, sem recuperar-se ficando sempre “em cima da cama, e incapacitado”, até sua morte alguns anos mais tarde. Cristina começa a conviver com raiva e pena em relação ao pai. Essa angústia é

transmitida, de acordo com noções de Bowen (1976) para a relação de Cristina com a família atual. Na gravidez da terceira filha teme falta de condições materiais de suprir as necessidades da família, iniciando um quadro depressivo.

Com o adoecimento do pai, a família muda para uma pequena cidade próxima e a mãe começa a trabalhar fora, deixando os afazeres domésticos e cuidados com os irmãos sob responsabilidade de Cristina. Mãe passa a ausentar-se da casa por dias seguidos, e passa a ser “mal-falada” na vizinhança, fato que envergonhava a filha. Passou a exigir da filha que também cumprisse seu trabalho de limpeza no grupo escolar em que trabalhava. Cristina abandona a escola pela impossibilidade de conciliar todas as tarefas da casa, substituir a mãe no trabalho externo e freqüentar as aulas. Sofre pelo excesso de trabalho, e pela impossibilidade de continuar os estudos.

Tinha na avó materna uma figura de apoio. A avó morava em casa vizinha e passa a ter cuidados com a neta:



Ainda bem que eu tinha minha avó, ela que fazia o papel de mãe.

A avó alerta a mãe de Cristina: “ tome cuidado ...esta menina quando casar não vai dar conta de tomar conta do marido e dos filhos porque já trabalha muito agora..”

Sentia-se responsável pelos irmãos, posição que ocupa até hoje, a quem recorrem para pedir apoio. Três irmãos chegaram a morar com Cristina depois de casada, sendo que um deles fazia uso abusivo de álcool e apresentava outros problemas emocionais, como ameaça de auto-agressão. Para preservar a família e filhos pequenos não mais o acolheu em sua casa.

Na adolescência trabalha em casa de família, tem muito cuidado com o seu comportamento, pois teme que a imagem da mãe, “mal-falada” recaia sobre si. Teve o reconhecimento da dona da casa, fato significativo, que elogiando seu comportamento permite a sua convivência com as filhas fora de casa. Sonha com sua própria casa, e com o “príncipe encantado”.

Namora aos dezesseis anos e casa aos dezoito. A formação do casal com características da colusão oral (Willi, 1978) é marcada pela busca de cuidados um com o outro. Na escolha do parceiro, Cristina disse para si mesma:



Pseudônimo
Cristina

Este homem vai me salvar, me tirar da situação difícil em que vivo

O marido por sua vez fez sua escolha em termos “ esta moça é muito organizada e cuidadosa, vai ser boa esposa”. Nos primeiros anos de casada Cristina manteve-se ativa, trabalhando e sempre organizada. A renda do casal possibilitou mais tarde a compra de casa própria, no entorno de Brasília, fato importante para a família, já com uma filha.

Com a mudança para o entorno, inicia sofrimento por isolamento social. Nasceram mais dois filhos e Cristina não trabalha em função dos cuidados de mãe. Não tem opção de creche pública, nem condições financeiras para optar por uma creche particular. No seu novo contexto familiar e social Cristina revive seu drama de asoberbamento de serviço. Sem apoio de familiares, amigos e vizinhos, cuida da casa e dos filhos e sente-se sozinha. A cidade, com grande índice de violência, dificulta a saída com os filhos. Sendo católica, o bairro é habitado por pessoas de outra religião, havendo uma divisão neste sentido e pressão para mudança de religião. A família não cede e sofre rejeições. A relação do casal vai tomando mais a forma de “pai-filha” no sentido de proteção e cuidados. Cristina fica

mais dependente e sofre com a ausência do marido quando ele vai trabalhar. Ele, por sua vez, assume a família como o grande provedor e protetor: “sou o tronco dessa família”, “sou a base dessa família”, “a família tem que estar bem”.

Segundo relatos do marido, este trouxe de sua família de origem a vivência de muita união entre os pais, e muito cuidado destes para com os filhos: “quando meu pai chegava ficava todo mundo em volta dele, era uma alegria”. O desejo de repetir o clima da família anterior, no entanto, leva-o a uma atitude de negação de problemas no seio da família, e muitas vezes de desconfirmação do sofrimento de Cristina. As projeções intergeracionais (Bowen, 1976), seja de angústias da família de Cristina, ou de expectativas da família do marido, impedem a diferenciação e a resolução de dificuldades na família atual.

Família de três filhos (10, 4 e 1,8 anos). Com os filhos menores Cristina, mesmo em meio a seu sofrimento é uma mãe dedicada e cuidadosa. Com a filha mais velha, instalou-se um conflito de origem transgeracional. Com o adoecimento da mãe, a filha assume algumas das suas tarefas nos cuidados com a casa, assim como Cristina assumiu as tarefas após o adoecimento do pai. Cristina então entra em conflito entre querer ser cuidada, e exigir ajuda da filha por um lado, e por outro, não querer repetir sua própria história de exploração pela mãe. Por vezes tem cuidado com a filha, por vezes fica exigente e irritadiça, sendo agressiva com a mesma. A filha inicia um processo de parentalização (Eiger,1985) acrescido de uma competição mãe-filha do lugar ocupado ao lado do pai. Cristina tece desconfianças na relação pai-filha, embora com crítica a este respeito.

A família organiza-se com fronteiras difusas, em termos de diferenciação de papéis, com estilo emaranhado (Minuchin, 1982). Este estilo que influencia a confusão de

papéis, filha parental e esposo-pai, também une a família em torno do tratamento de Cristina, com muita disponibilidade, o que representa um bom prognóstico.

g) Configuração vincular na eclosão da primeira crise

Quadro 14 – Configuração vincular na eclosão da primeira crise de Cristina

| VÍNCULOS ÍNTIMOS | |
|--|---|
| Família | Vínculos amorosos |
| <p>O marido com função paterna em relação à esposa.</p> <p>Conflitos com a filha mais velha a quem passa a cobrar tarefas domésticas, com repetição transgeracional e com quem compartilha um delírio místico.</p> <p>Filha inicia processo de parentalização.</p> <p>Funções maternas bem desenvolvidas com filhos menores.</p> | <p>Casamento estável.</p> |
| VÍNCULOS SOCIAIS | |
| Amigos | Vínculos Comunitários |
| <p>Vizinhança dividida por credos religiosos; sendo minoria, sofre por isolamento.</p> <p>Escassa rede de amizades.</p> <p>Família extensa mora em outro estado.</p> <p>Idéias persecutórias levam ao afastamento de vizinhos.</p> <p>Cidade com índice significativo de violência; teme sair de casa com os filhos.</p> | <p>Inicialmente impossibilitada de frequentar atividades comunitárias de sua igreja por não ter com quem deixar filhos pequenos.</p> <p>Posteriormente, as idéias persecutórias a impedem de frequentar a missa nos finais de semana.</p> |
| VÍNCULOS TERAPÊUTICOS | |
| <p>Sem vínculo no momento.</p> | |

h) Inter-relacionamento entre os diversos fatores no momento da crise

Cristina traz da infância situações que fizeram suas marcas, de violência, desamparo, medo, e exploração de seu trabalho infantil. Traz para a vida adulta sentimentos sobretudo de raiva não elaborados, e necessidade de proteção.

No entanto, apresenta capacidade de organização e planejamento, desde criança, ao assumir as tarefas da mãe, e cuidar dos irmãos; e de determinação no cuidado consigo própria quando começa a trabalhar quando adolescente:



Pseudônimo
Cristina

Procurei fazer tudo certo para ganhar a confiança das pessoas

Faz planos e deseja mudar a sua vida e fazer diferente dos pais, trazendo também preocupações de ordem moral:



Pseudônimo
Cristina

Tive todo o cuidado de não ser falada como minha mãe, e disse para mim mesma que ia ter minha casa própria.

Sua determinação possibilita-lhe que faça um pedido explícito de ajuda ainda na enfermaria de crise, o que resultou na sua participação na presente pesquisa com tratamento psicoterapêutico. Os papéis bem desenvolvidos servem de apoio à fase mais regredida. Embora ainda delirante mantém uma parte sadia, o que lembra as colocações de Berke (2002) de que na psicose devemos considerar a parte sadia e a parte doente, as relações transferenciais e as reais.

Podemos rever a compreensão do adoecimento psíquico de Pichon-Rivière (1988a) que fala da mobilização de estruturas de acordo com os vínculos presentes. Entendemos que passa de uma estrutura neurótica, com formação de defesas mais eficientes, quando mostra capacidade de organização e planejamento, para uma depressiva quando inicia o empobrecimento da rede social, e para a esquizoparanóide quando há um quadro de isolamento social, trazendo todos os afetos amedrontadores não elaborados de

situações passadas, que passam a ser projetados no ambiente, e manifestadas por meio da área mente em forma de idéias persecutórias, de ordem moral.

Os seus sintomas ganham sentido na sua história. Uma criança a quem o excesso de trabalho doméstico dificultou sua vida com a escola e amigos, trazendo grande sentimento de solidão, se vê novamente isolada, tendo apenas o trabalho com a casa e a vida da família nuclear fazendo parte de sua vida. Essa situação traz uma interação entre vínculos internos e externos, fazendo emergir núcleos regredidos de sua personalidade. Entendemos que seu núcleo regredido encontra-se na fase de matriz de identidade do reconhecimento do tu, que segundo Fonseca (1980) pode levar à formação do tu delirante.

Lembrando novamente Pichon-Rivière (1988a) o adoecimento mental está ligado à incapacidade de suportar uma grande quantidade de sofrimento. Ademais, naquele momento também não havia uma rede social suportiva que lhe auxiliasse na superação de seus conflitos.

i) Primeiro ano de tratamento e sua configuração vincular

A demanda de tratamento foi feita diretamente pela paciente que na sua primeira internação psiquiátrica faz um pedido de socorro:



Pseudônimo
Cristina

Por favor, me tire daqui. Estou com depressão, mas posso tomar o remédio em casa. Meu marido trabalha, não pode ficar direto com as crianças, e ainda estou amamentando minha filha mais nova

No dia seguinte o pedido se repete.

Esse primeiro vínculo terapêutico com o hospital mostrou-se assustador, e veio reforçar o desamparo social em que vivia Cristina. Na enfermaria de crise não há vinculações terapêuticas continuadas, estando os profissionais na maioria de plantão; não

há psicólogos, profissionais de referência, e a assistente social lida apenas com procedimentos em relação à internação e algumas orientações à família quando da primeira internação; condições físicas desfavoráveis, como camas sem lençóis, ou despersonalizantes, como uso de uniforme. Ao passar para a ala de internação as condições melhoram, em termos físicos, de equipe, e acompanhamento por um mesmo profissional, mas tendo ainda a precariedade da escuta. Cristina exclama:



Procurei responder tudo
direito ao médico para sair
logo de lá.

Cristina e sua família passam a fazer parte do Grupo de Intervenção Precoce em Primeira Crise do Tipo Psicótica (GIPSI). Feita uma visita domiciliar que estreitou os laços com a família, com objetivos de avaliação familiar e social. Nas sessões de terapia familiar ganhou relevância a transmissão transgeracional (Bowen, 1976) de adoecimento, parentalização e conflito mãe-filha, da família de Cristina, e a necessidade do marido preservar o mito da família unida proveniente de sua família de origem, fatores que acarretam o perigo de não delimitação entre as gerações. Ficou claro também o pedido implícito de abertura das fronteiras rígidas da família em relação à rede social. Neste sentido a vinculação às terapeutas e à Universidade onde faziam tratamento teve um caráter terapêutico em si. O deslocar-se para o Plano Piloto pareceu agradável desde o início.

Nessa fase Cristina foi apresentando melhoras na relação com o mundo exterior. Diminui o medo de ficar só em casa sem o marido, o medo de sair e ser olhada pelas pessoas. Aos poucos volta a cumprimentar os vizinhos, convidar um casal amigo e a receber visitas da irmã e cunhado. A rede social inicia a ser reconstruída. Passa a ficar menos dependente do marido:



Já me conformei que meu marido precisa trabalhar, já entendi.

Essa primeira mudança, da abertura das fronteiras da família e de Cristina para a rede social provocou novas mudanças, e a família começa a fazer planos de vender a casa e mudar para um outro local próximo de familiares, e com melhor convívio também para as crianças.

A terapia teve a função de reparação de fronteiras também nos subsistemas familiares, lembrando Goldbeter-Merinfeld (1998) que afirma ser esta uma das funções da terapia familiar. A família pôde experimentar uma construção de fronteiras entre o papel de pais e filhos, quando o casal pôde discutir e tomar decisão em relação ao papel da filha, o espaço do brincar e do ajudar. Havia o medo explícito da repetição da história de Cristina com a filha mais velha. A filha mais velha teve oportunidade de expressar sua ambivalência em relação ao papel de criança e de dona de casa.

- **Configuração vincular no primeiro ano de tratamento**

Quadro 15 – Configuração vincular no primeiro ano de tratamento de Cristina

| VÍNCULOS ÍNTIMOS | |
|--|---|
| Família | Vínculos amorosos |
| Marido continua protetor em relação à esposa. Filha começa a retornar aos poucos ao funcionamento no subsistema filial. Casal faz planos de mudar de bairro, querendo maior contato com os familiares, e ambiente de mais interação social para os filhos. | Casamento estável. |
| VÍNCULOS SOCIAIS | |
| Amigos | Vínculos Comunitários |
| Visita mais freqüente da irmã e cunhado O casal volta a convidar outro casal amigo nos finais de semana, melhorando o contato social Cristina retoma o contato com vizinha | Cristina volta a sair para fazer compras com o marido, e ter algumas atividades de lazer, em companhia da família nas proximidades. |
| VÍNCULOS TERAPÊUTICOS | |
| A família estabelece vínculos estáveis com psicoterapeutas, iniciando terapia de família. | |

j) Segundo ano de tratamento e sua configuração vincular

O segundo ano de tratamento inicia com uma nova crise de Cristina. Segundo os familiares, ela mostra-se mais alterada após a data do dia das mães. Lamentou muito por sua mãe não ter feito contato nesta data. Apresenta idéias delirantes, e refere escutar a voz de Deus que lhe promete resolução de seus problemas: vai lhe dar uma casa melhor do que a que tem, e vai fechar o hospital onde foi internada um ano antes, depois de denúncias sobre o mesmo. Recusa alimentação, pois só precisa de água para viver, segundo a orientação divina.

Essa crise foi precedida de maior angústia e acusação em relação ao marido de tê-la internado em hospital psiquiátrico. “aquele lugar é um inferno. Eu nem dormia com medo de alguém me bater, me agredir”; “eu senti passarem a mão na minha perna, queriam me estuprar”; “a gente andava sem calcinha, só com aquela roupa de lã.”; não tinha toalha para tomar banho”; “como é que vou ficar boa do lado de tanta gente pior do que eu?”

Houve uma intervenção rápida da equipe, com visita domiciliar, onde foi realizado um trabalho de aceitar a medicação. Inicialmente recusou a medicação afirmando que todos queriam lhe fazer mal, mas como já tinha estabelecido anteriormente confiança com a equipe terminou por aceitar. Dias depois ela agradece. Observamos que nesse contexto, as terapeutas desempenharam um papel de maternagem. A paciente em seus agradecimentos referia-se expressamente ao lugar de mãe ocupado pelas terapeutas. Lembramos Winnicott (1954) que fala da psicose como uma regressão a situações de dependência, que ficaram congeladas esperando um ambiente favorável a uma adaptação adequada.

Observamos que para esta paciente, esta confiabilidade estreitou os vínculos terapêuticos, e a equipe desempenhou o papel de mãe suficientemente boa, na concepção de Winnicott (1956), apoiando Cristina e a família na busca de melhores recursos para a situação.

A relação terapêutica estabelecida com Cristina e sua família foi fundamental na resolução rápida dessa crise, saindo do quadro agudo logo em seguida, um ou dois dias. Primeiro no pedido de ajuda a tempo do marido, depois pela relação de confiança estabelecida anteriormente, fazendo a família receptiva para orientações. Houve a ameaça de ser reforçada a posição de doente durante essa segunda crise, assinalada pelo marido e filha, mas amenizada por meio de terapia familiar.

A partir dessa crise Cristina pôde trazer mais conteúdos de sua relação com a mãe, passa a reconhecer sua raiva, seu temor de repetir situações que leve a críticas morais, e sente-se mais confiante de trazer lembranças mais dolorosas como o abuso sexual na infância. Novas mudanças foram observadas em Cristina e ela inicia uma fase de mais autonomia. Introduzida a terapia de casal, alternada eventualmente com a terapia de família. A família apressa a venda da casa e conseguem mudar para perto de familiares.

Na nova moradia, estabelece-se uma rede social mais suportiva para o casal e para os filhos.

- **Configuração vincular no segundo ano de tratamento**

Quadro 16 – Configuração vincular no segundo ano de tratamento de Cristina

| VÍNCULOS ÍNTIMOS | |
|---|--|
| Família | Vínculos amorosos |
| <p>Nova crise de Cristina leva a família à apressar os planos de mudança de residência.</p> <p>Durante a segunda crise há o perigo de retorno ao lugar de doente assinalado pelo marido e filha.</p> <p>A inserção em uma nova rede social auxilia a reorganização dos subsistemas.</p> | <p>Casamento estável.</p> |
| VÍNCULOS SOCIAIS | |
| Amigos | Vínculos Comunitários |
| <p>Há uma expansão da rede social a partir de mudança de local de moradia.</p> <p>Convivência com familiares que também têm filhos pequenos.</p> <p>Os familiares facilitam acesso a novas amizades.</p> | <p>Passa a ter mais atividades de lazer.</p> <p>Freqüenta a igreja do novo bairro.</p> |
| VÍNCULOS TERAPÊUTICOS | |
| <p>Cima de confiança facilitou a resolução rápida de nova crise, estreitando os laços terapêuticos. Desempenho de função de maternagem.</p> | |

k) Terceiro ano de tratamento e sua configuração vincular

Este ano é marcado por novas mudanças. Cristina volta a ampliar sua rede social pessoal (Sluzki, 1997) com vínculos que têm a função de apoio social, companhia e acesso a novas amizades. A filha pré-adolescente vai ganhando independência da antiga paternalização, com atividades de sua própria idade ampliando seu próprio grupo de amigos. Na vizinhança também há crianças pequenas como os filhos menores.

Cristina também passa a viajar sozinha para visitar seus familiares. Passa a ter uma atividade de voluntariado na igreja, auxiliando na alfabetização, o que aumenta sua auto-estima. No começo desse ano houve um início de terapia individual, mas sem continuação.

Entendemos que Cristina saiu da fase psicótica, e conseguiu junto com a família imprimir mudanças que permitem uma retomada de crescimento para todos. Havia a opção de continuar, mas houve um acordo mútuo de finalização de tratamento, que durou dois anos e meio. por meio de contatos feitos seis meses depois, com três anos de sua primeira crise e dois anos da segunda, Cristina continua bem, sem recaídas, e com suas atividades na família, contatos com familiares e amigos, participação na igreja, e com mais atividades de lazer.

Configuração vincular no terceiro ano de tratamento

Quadro 17 – Configuração vincular no terceiro ano de tratamento de Cristina

| VÍNCULOS ÍNTIMOS | |
|---|--|
| Família | Vínculos amorosos |
| Com diferenciação nos subsistemas de casal e filial. Maior independência de Cristina em relação ao marido. | Casamento estável. |
| VÍNCULOS SOCIAIS | |
| Amigos | Vínculos Comunitários |
| Rede social de apoio, companhia, e acesso a novos amigos. Convivência com familiares. | Cristina assume trabalho voluntário na igreja Maior acesso a atividades de lazer. |
| VÍNCULOS TERAPÊUTICOS | |
| Finalização do processo terapêutico com acordo mútuo. | |

Síntese e comentário final

Cristina, casada e com três filhos, tem sua primeira crise aos 29 anos, precedida por um sofrimento psíquico prolongado, e pródromos depressivos. Aproximadamente dois anos antes apresentava ansiedade, preocupação excessiva e irritabilidade em relação às condições de vida para a família, já tendo seu segundo filho. Sua crise teve manifestação esquizofreniforme, com delírios de perseguição, quando teve sua primeira e única internação, tendo uma segunda crise um ano depois. Acompanhada em psicoterapia de

família e de casal, por dois anos e meio, apresentou remissão completa dos sintomas, com retomada gradual de autonomia durante o tratamento.

Sendo detectadas situações de transmissão de angústia a nível familiar (BOWEN, 1976), e tendências a repetições de conflitos, o quadro depressivo inicial teve como desencadeante o empobrecimento de vínculos sociais. Como mãe de filhos pequenos, Cristina chegou quase ao isolamento social do mundo externo à família por condições adversas do local onde morava, sendo a sua posição na rede social foi importante desencadeante do seu sofrimento psíquico, fato apontado por Sluzki (1997). A partir da crise passa a ocupar o lugar de doente, e inicia-se um processo de parentalização da filha mais velha, fato já vivido com sofrimento na sua própria infância, e o marido passa a ocupar um papel de salvador da família, trazendo conseqüências de prisão ao papel de doente por parte de Cristina. Há uma inversão nas fronteiras dos subsistemas, dificultando Cristina retomar os seus papéis.

A relação com os terapeutas iniciou uma troca com o mundo extra-familiar, abrindo as fronteiras antes rígidas para a rede social, tendo o papel de reparação de fronteiras internas e externas (GOLBETER-MERINFELD, 1998) permitido à família sair do isolamento e buscar mais interação com a rede social. Mudam de lugar de moradia, ficando próximo aos parentes, momento em que a vivência de novos vínculos e novos papéis sociais têm reflexo na própria reconfiguração de fronteiras dos subsistemas familiares. A filha volta para o subsistema filial, e passa a ter sua rede social de pré-adolescente. As necessidades de Cristina puderam ser reconhecidas sem patologizar suas preocupações e tristezas, evitando a cisão que começava a se formar entre sãos/doentes, própria da família de psicótico, de acordo com Berenstein (1988).

A participação da família no programa de Intervenção Precoce nas Psicoses significou intervir de forma precoce na repetição transgeracional da relação mãe-filha, na transmissão de angústias e expectativas, na abertura de fronteiras da família para a rede social, na organização dos subsistemas, na possibilidade da filha mais velha viver sua própria história, e Cristina voltar a participar em atividades da comunidade retomando seu próprio desenvolvimento, e constituindo-se por meio de novos papéis (MORENO, 1975) e resgatando a capacidade de aprendizagem com a realidade (PICHON-RIVIÈRE, 1988a).

2.2 Dos Serviços Visitados

Nesta parte serão descritas as visitas e pesquisas feitas a serviços de saúde mental que acolhem pessoas em crise psíquica. A pesquisa seguiu o roteiro de levantamento de dados conforme Anexo III.

Os resultados são oriundos de uma pesquisa documental e de visitas realizadas em serviços de saúde mental no Brasil e no exterior, em Bruxelas na Bélgica, e em Londres e na região de *East Kent* na Inglaterra. Os dados foram complementados a partir das entrevistas realizadas com profissionais, e observação participante.

O estudo relativo ao desenvolvimento de serviços de crise nos sistemas de saúde do Brasil e Inglaterra, contidos na Parte II desta tese foi possível por existir um conhecimento prévio em fase de mestrado que possibilitou este acompanhamento. A visita aos serviços de crise de Bruxelas, embora não constando do planejamento inicial, foi fruto de uma oportunidade valiosa, e cujos dados mostraram-se importantes de análise.

Os resultados e dados obtidos foram organizados de acordo com as seguintes categorias:

- a) Tipo de serviço e objetivos
- b) Estrutura e equipe

- c) Procedimento terapêutico
- d) Vivências no serviço e/ou considerações

2.2.1 Serviços de saúde mental em Brasília

Hospital São Vicente de Paulo

Este hospital caracteriza-se como pronto atendimento psiquiátrico, com emergência 24 horas, enfermaria de crise, unidade de internação e tratamento e ambulatório. Caracteriza-se como hospital de grande demanda, sendo o único hospital psiquiátrico da rede pública do Distrito Federal, além de uma outra internação psiquiátrica em hospital geral. Este último, o Hospital de Base do Distrito Federal, HBDF, possui uma emergência com internação de curta duração, e uma unidade de internação e tratamento destinado a pessoas com sofrimento psíquico acompanhadas de intercorrências clínicas. Lembramos também que o Distrito Federal contava com carência séria de serviços comunitários de saúde mental na época desta pesquisa, no ano de 2004-2005.

O Hospital São Vicente de Paulo também possui um setor de oficinas artesanais – para pacientes ambulatoriais – e um programa de acompanhamento domiciliar de pacientes com distúrbios severos e persistentes, com múltiplas internações, denominado “Vida em Casa”.

Unidade de emergência do Hospital São Vicente de Paulo

a) Tipo de serviço e objetivos

A unidade de emergência é composta de um posto de pronto atendimento e uma enfermaria de crise. Essa unidade caracteriza-se por uma passagem rápida, com internações de poucos dias ou duas a três semanas. O pronto atendimento recebe diariamente um total de 20 a 30 pessoas, sendo que apenas uma parte é admitida em

internação. Os internados, necessitando de permanência maior são encaminhados para a ala de internação e tratamento. Recebe pessoas acima de 18 anos.

b) Estrutura e equipe

A recepção na emergência é realizada por psiquiatra que procede à avaliação, e faz encaminhamentos para enfermaria de crise, ambulatório ou encaminhamento externo, fornecendo receita médica. Apesar de elevado índice de procura, pequena percentagem é indicada para internação. O grande afluxo deve-se à falta de serviços de saúde mental na rede, sendo o único lugar de portas abertas, além da emergência da unidade em hospital geral mencionada. Grande parte necessita de renovação de receitas médicas. A carência de serviços na rede impossibilita encaminhamentos, estando o ambulatório sem disponibilidade de consultas no prazo de cinco a seis meses.

Como parte da pesquisa, foi proposta a criação de um grupo de acolhimento na emergência com participação de psicóloga e estagiárias de psicologia em conjunto com outros profissionais da equipe – enfermeiro e assistente social. A proposta depois de iniciada foi inviabilizada por não ter como fazer encaminhamentos, os pacientes não terem a disponibilidade de voltar para freqüentar o grupo, muitos morando distante, sem condições de arcar com as passagens, e a participação da avaliação em parceria com psiquiatras foi vetada por questões de sigilo médico.

A enfermaria de crise possui cerca de 46 leitos, havendo sempre excedentes, recebendo os diferentes tipos de transtornos psíquicos, com exclusão de intoxicação alcoólica, quando o paciente é então encaminhado para hospital geral. A equipe é composta por uma assistente social em meio turno, um auxiliar de serviço social, e em cada turno: dois psiquiatras, ficando um no pronto atendimento, um ou dois enfermeiros, oito a doze auxiliares de enfermagem durante o dia e seis a oito durante a noite. Não há

psicólogo. Há uma participação eventual de trabalho realizado por terapeuta ocupacional, isto é, uma vez por semana. Com grande número de pacientes há carência de pessoal e de material básico como lençóis para os colchões, e toalhas para o banho. O paciente muitas vezes enxuga-se com o uniforme que estava utilizando e que será trocado após o banho.

c) Procedimento terapêutico

O tratamento desenvolvido tem caráter medicamentoso centrado na redução de sintomas. O clima da unidade como ambiente de tratamento é bastante prejudicado em função de sua estrutura. Há uma superlotação, não há privacidade, com cerca de 6 a 8 pacientes por quarto, com diferentes patologias. É praticada a contenção mecânica, com a complicação de que pacientes em contenção ficavam nos quartos comunitários, tendo passagem livre pelos quartos para a população internada, provocando um clima emocional pesado e fácil contágio de emoções.

Clientela de grande carência social, não encontra nessa unidade um suporte necessário, como trabalho terapêutico com a família, e trabalho de rede social. A estrutura da unidade impedia a formação de vínculos terapêuticos satisfatórios, pelo grande número de pacientes e poucos técnicos, e pelo tratamento apenas medicamentoso. A equipe também possui grande revezamento, para cumprir as 24 horas. A equipe de psiquiatras composta em média por 14-15 psiquiatras funciona em forma de plantão, de forma que em cada dia o paciente é avaliado por médicos diferentes.

d) Vivências no serviço e/ou considerações

A vivência pessoal neste serviço, onde frequentei durante três meses, foi por demais estressante. As condições de número elevado de pacientes, dentro de um pequeno espaço, favorece a já conhecida contaminação de emoções dos hospitais psiquiátricos. O índice de carência social faz emergir sensação de impotência, sem que haja canais para

intervenções nesse sentido. A falta de uma equipe mais permanente, que funciona em plantões, dificulta a formação de vínculos, assim como o número reduzido de técnicos. Há uma tendência natural para evitar o contato, seja cumprindo tarefas, seja não valorizando o sofrimento humano na sua subjetividade, mas adotando atitudes objetivantes. A falta de estrutura adequada de continência para a crise leva os profissionais a terem iniciativas mais pessoais, buscarem soluções possíveis, mas independentes de um arcabouço de programa da Instituição, o que não garante a sustentabilidade das ações.

Unidade de internação e tratamento do Hospital São Vicente de Paulo

a) Tipo de serviço e objetivo

Essa unidade de internação, também para adultos, recebe aqueles pacientes da enfermaria de crise que necessitam de maior tempo de internação. Parte da clientela é proveniente do entorno do Distrito Federal, também carente em serviços de saúde mental, e de cidades próximas de estados vizinhos. Tem como objetivo o tratamento medicamentoso e a redução de sintomas.

b) Estrutura e equipe

A unidade possui 71 leitos. Possui um ambiente terapêutico mais ameno por ocupar um espaço maior que a emergência, com pacientes com quadro sub-agudo, tendo saído da fase aguda na enfermaria de crise, e com técnicos mais fixos. Cada paciente é acompanhado por um residente psiquiátrico e um psiquiatra. O tempo de internação varia de poucos dias a três meses.

Por turno, a equipe é composta de um psiquiatra, residentes psiquiatras, um a dois enfermeiros, de oito a doze auxiliares durante o dia e de seis a oito durante a noite,

uma assistente social e uma terapeuta ocupacional. Nos finais de semana e no período noturno o plantão da psiquiatria é coberto pelo médico da unidade da emergência.

c) Procedimento terapêutico

Os pacientes são atendidos por psiquiatras e residentes, pela equipe de enfermagem, havendo também um setor de terapia ocupacional com atividades diárias e um campo de futebol. Não há psicólogos. Familiares são convocados para coleta de informações e recebem orientação. Semanalmente, um grupo de familiares é dirigido por psiquiatra e terapeuta ocupacional para orientação e informação. Não há trabalho dirigido à rede social ou terapia familiar.

d) Vivências no serviço e/ou considerações

A ala de internação mostra-se um pouco mais amena em termos de ambiente emocional. Com espaço físico um pouco mais amplo, os pacientes são admitidos nesta unidade após saírem do quadro mais agudo. Mesmo com equipe mais permanente e relações mais próximas técnico-pacientes, não há um trabalho interdisciplinar que possibilite a visão do todo de cada pessoa. A ausência de psicoterapeutas provoca lacunas na busca de sentido da situação de crise, e aumenta o foco na doença, sintomas, e tratamento medicamentoso. A presença de terapia ocupacional e assistência social traz melhores condições de apoio e convivência que na enfermaria de crise, descrita anteriormente.

Hospital-dia do Instituto de Saúde Mental do Distrito Federal

a) Tipo de serviço e objetivos

O Instituto de Saúde Mental – ISM, sediado na cidade satélite de Riacho Fundo, Distrito Federal possui atualmente uma unidade de hospital-dia, um ambulatório, um

CAPS I, e uma enfermaria/moradia em que os pacientes, provenientes de um extinto hospital psiquiátrico conveniado, e afastados dos laços familiares, aguardam a implementação de residências terapêuticas. Possui também uma Cooperativa – CABESSA, com oficinas de geração de renda.

Foi um dos primeiros serviços alternativos ao hospital a serem criados no Brasil, inaugurado em 1987, e teve como objetivo servir de ponte entre a internação e o retorno à sociedade. Os primeiros pacientes vieram da internação do hospital São Vicente de Paulo, passando em seguida a haver procura espontânea da comunidade. A falta de rede de serviços de saúde mental em Brasília trouxe complicações. O ambulatório, antes apenas de acompanhamento de egressos, teve um aumento exacerbado de pacientes externos ao hospital-dia.

Em 1994 foi criado um CAPS I, no ensejo dessa nova nomenclatura para serviços substitutivos. No entanto, em verdade, esta unidade passou a assumir as atividades do então ambulatório de egressos, com atendimentos psicológico, psiquiátrico, de serviço social, trabalho de rede social e oficinas terapêuticas e de geração de renda, sem a frequência intensiva ou diária característica do hospital-dia. Hoje podemos entender esses dois serviços, hospital-dia e CAPS I como atendimentos intensivo e semi-intensivo de Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) como preconizado pelo Ministério de Saúde (2004).

O ISM desenvolveu, nos seus primórdios, atividades terapêuticas e artesanais, terapias individuais, grupais, de família e trabalho de rede social, possuindo uma abordagem biopsicossocial mais integrada. A ênfase neste trabalho ao longo do tempo foi perdendo suas características, e a estrutura da equipe interdisciplinar foi dando lugar à equipe multidisciplinar. Isto se deveu ao fato de que o ambulatório absorveu os diferentes

profissionais. O hospital-dia, que contava com a presença e participação efetiva de diferentes categorias profissionais nas suas atividades diárias, passou a ser conduzido na maior parte do tempo pela equipe de enfermagem, forma característica das instituições tradicionais, embora com consultas de outros profissionais. A abordagem biopsicosocial integrada deu lugar à abordagem bio-psico-social, com dimensões independentes.

O crescimento ambulatorial pode ser explicado por motivos de carência de serviços de saúde mental no Distrito Federal, como forma de absorver a grande demanda, e por motivo ideológico-político. Ideologia, neste caso, refere-se às estruturas de poder técnico-paciente, em que é mais fácil atitudes de prescrição e orientação próprias dos ambulatórios que as trocas intersubjetivas em atividades mais compartilhadas. Motivos políticos dizem respeito inicialmente à importância que é conferida à saúde mental pelo governo federal e local. É bem conhecida nos serviços públicos brasileiros a dificuldade de continuação de projetos e a ingerência político-partidária. Além do mais a reforma psiquiátrica requer uma preparação de pessoal dentro do novo paradigma de atenção à saúde mental, sob o risco dos CAPSs transformarem-se em ambulatórios, ou serem serviços abertos com filosofia manicomial, como apontou Campos (2004).

A presente pesquisa vai se referir apenas ao funcionamento atual do hospital-dia. Este tem como objetivo o tratamento e reabilitação de indivíduos a partir de 18 anos, com intenso sofrimento psíquico, de forma recente ou persistente, que como consequência tiveram ou estão tendo perdas funcionais, rupturas ou conflitos nas suas relações familiares e sociais. Atende quadros psicóticos, neuróticos graves e distúrbio de personalidade, em início de adoecimento ou com distúrbios severos e persistentes. Na admissão têm prioridade pacientes egressos de internação psiquiátrica.

b) Estrutura e Equipe

A sua equipe é formada de psiquiatra, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistente social, auxiliar de serviço social, farmacêutico, psicólogos, nutricionistas e auxiliares de nutrição e pessoal administrativo, alguns dos quais também participam de atividades terapêuticas. Alguns desses profissionais também desempenham funções de terapeuta familiar e terapeuta comunitário.

Está localizado em bonito espaço, originalmente uma chácara presidencial, com ampla área verde, com área de esporte e piscinas, o que possibilita um número de atividades mais diversificado, promoção de atividades físicas como caminhadas e prática de esportes.

Funciona de segunda a sexta em horário diurno, e possui cinco equipes multidisciplinares com uma média de 15 pacientes cada. Apenas um desses grupos possui assistente social, e o psicólogo de forma geral tem atualmente um tempo limitado no hospital-dia. Uma das equipes destina-se ao cuidado de pacientes com distúrbios severos e persistentes, que estão no serviço há mais tempo, não dispoendo ainda o DF de uma rede de serviços como Centro de Convivência e Cultura, em que a atenção pudesse ser mais diversificada. O tempo médio tem sido de um a dois anos de tratamento.

O hospital-dia tem recebido para tratamento indivíduos que estão na ala psiquiátrica do sistema prisional, encaminhados pelo Tribunal de Justiça e Vara de Execução Criminal para um período de reabilitação e socialização antes do retorno às suas casas, ou aguardando residências terapêuticas.

c) Procedimento terapêutico

A admissão aos grupos é feita por meio de uma avaliação médica inicial, e em seguida admissão pela enfermagem. Além do tratamento medicamentoso, são oferecidas

atividades terapêuticas ou artesanais, acompanhamento psicológico, atendimento à família, e reunião de familiares. Dois grupos têm terapia de grupo com psicólogo uma vez por semana, e dois grupos, atividade terapêutica de pintura e livre expressão.

Há um leque de outras atividades como mosaico, trabalhos manuais, computação, alfabetização, teatro, terapia corporal, coral, horta, futebol, vôlei e atividades de lazer como jogos; há duas oficinas de produção de renda, organizadas pela Cooperativa CABESSA, a serigrafia e a marcenaria.

Alguns pacientes freqüentam de segunda a sexta e outros em dias alternados de acordo com as atividades escolhidas.

As reuniões de familiares têm freqüência mensal, e os atendimentos à família nuclear são realizados, quando necessário, com enfoque de orientação. Visitas domiciliares também ocorrem com o objetivo de avaliação da situação familiar e intervenção.

d) Vivência no serviço e/ou considerações

A vivência no ISM, ao longo dos anos, como parte da equipe, além do curto espaço de tempo em que esta pesquisa foi realizada, tem sido muito importante para compreender a complexidade que envolve a saúde mental, tanto na abordagem do sofrimento psíquico, como nas estruturas de tratamento e cuidado. Fica claro a importância de se considerar o sistema de saúde mental como descrito por Watters (1996), e com o olhar na inter-relação entre seus diferentes níveis: nível institucional, formado por políticas de governo e por grupo de instituições relacionadas como assistência social, moradia, trabalho, etc; nível de serviços, com o arcabouço teórico, administrativo, formação de equipe, e procedimentos; e nível pessoal que envolve a relação direta paciente-técnico, com as questões intersubjetivas. Se políticas de governo levaram à criação do ISM como um dos primeiros

serviços alternativos, políticas também trabalharam em direção a sua destruição enquanto serviço criado com abordagem psicossocial, que privilegiava a inter-relação entre indivíduo, grupo, comunidade, expressão do ser, e a terapêutica das relações.

Há um sentimento de interrupção de um projeto e da capacidade de construção de equipe. A estrutura de continência ao outro e o ânimo da equipe em aperfeiçoar-se se não aliada à política de governo que lhe dê sustentação, termina por ruir. Política de saúde mental necessita estar articulada à preparação da equipe em desenvolver um trabalho psicossocial, e os técnicos uma preparação pessoal para as trocas intersubjetivas. No entanto, a força da cultura de um grupo e de uma instituição torna-se evidente na experiência do ISM: quando a política torna-se mais favorável, a cultura inicial tende a emergir devagar, como uma planta que não morreu e precisa de cuidados.

Grupo de Pesquisa e Intervenção Precoce em Primeira Crise do Tipo Psicótica

a) Tipo de serviço e objetivos

Esse programa de pesquisa e intervenção precoce nas psicoses é desenvolvido na Universidade de Brasília, no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos pertencente ao Departamento de Psicologia Clínica, sob a coordenação do Professor Dr. Ileno Izídio da Costa. Tem como objetivo o atendimento a pessoas em sua primeira crise psicótica. Foi implementado em 2003, tendo iniciado em 2001 como um Grupo de pesquisa, planejamento, e reflexão sobre o que é denominado “Psicose” na linguagem ordinária e técnica, com estudos em psicopatologia, psicoterapia e linguagem.

Está inserido no movimento internacional iniciado nos anos 90 que aponta a importância da intervenção precoce para redução da morbidade, prevenção de perdas

funcionais e relacionais. De acordo com Costa (2007), os objetivos podem ser assim descritos:

- ✓ Fazer o reconhecimento e a identificação de indivíduos que estejam experienciando sintomas tidos como psicótico.
- ✓ Promover ajuda imediata e a prevenção de recaídas.
- ✓ Propiciar intervenções clínicas de cuidado e acompanhamento.
- ✓ Promover oportunidades de pesquisa interdisciplinar.
- ✓ Promover intervenções baseadas nos recursos de cada paciente e de sua família, pautando o trabalho da equipe nas especificidades de cada indivíduo.
- ✓ Defender o uso de medicamentos adequados (anti-psicóticos atípicos/ nova geração) em dosagens adequadas, a fim de permitir o entendimento da crise em si.
- ✓ Minimizar as morbidades secundárias e os traumas de um atendimento em serviços psiquiátricos.
- ✓ Proporcionar a integração entre pesquisa, educação e tratamento para pacientes em sofrimento psíquico grave.
- ✓ Promover e capacitar profissionais para desenvolver pesquisas e intervenções nesta área.
- ✓ Desenvolver e testar novos tipos de intervenção.
- ✓ Adaptar à nossa cultura intervenções que sejam baseadas em evidências.
- ✓ Treinar profissionais para o trabalho em equipe interdisciplinar, com atuação sistêmica, pautada nos contextos familiares e sociais, tecnicamente qualificada e atenta aos conteúdos do sofrimento dos indivíduos atendidos.
- ✓ Esclarecer o diagnóstico.
- ✓ Realizar um trabalho de sensibilização junto aos profissionais que tradicionalmente realizam o primeiro contato com os indivíduos no momento de crise do tipo psicótica (bombeiros, policiais e atendentes de emergências hospitalares).
- ✓ Realizar um trabalho de orientação primária sobre conceitos como psicose e crise e sua diferenciação em relação às especificidades da adolescência junto às comunidades.

- ✓ Demonstrar, por meio da intervenção precoce adequada, que a cronificação não é inerente à psicose, mas um reflexo de uma estrutura institucional/ de atendimento que favorecem a deterioração do paciente.

b) Estrutura e Equipe

O GIPSI possui na sua estrutura uma equipe interdisciplinar, formada em Psicologia, Psiquiatria e Serviço Social. Estando inserido o programa dentro da Universidade, fazem parte alunos de Pós-Graduação, Estágio e Iniciação Científica. O atendimento é realizado no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos, CAEP, em forma de consultas, portanto no regime ambulatorial, com visitas domiciliares se necessitar. Com abordagem psicossocial, a terapia familiar é parte fundamental do atendimento. As pessoas podem ser encaminhadas por instituições havendo também procura espontânea. São aceitos no programa pessoas em situação de primeira crise, cuja família esteja disposta a participar do processo terapêutico. Estão excluídos uso atual de substâncias e quadro causado por condições orgânicas. Torna-se também necessário a concordância e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com as normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

c) Procedimento terapêutico

São funções do programa a avaliação, acompanhamento e intervenção junto aos indivíduos em primeira crise psicótica. Procura oferecer um programa compreensivo, dinâmico e sistêmico, incluindo terapia individual e terapia familiar sistêmica com frequência semanal e trabalho de rede social. Podem ser realizadas visitas domiciliares e intervenções em situação de emergência.

Para isso a equipe realiza inicialmente a avaliação nestes três níveis, por meio de processo psicodiagnóstico individual, e instrumentos de avaliação familiar e social. As

intervenções podem ser feitas na abordagem psicodinâmica, e fenomenológica-existencial. A terapia familiar fundamenta-se na abordagem sistêmica e psicodinâmica. Utiliza o método de Equipe Reflexiva, em que um grupo assiste a terapia, podendo, por meio de técnicas específicas influenciar, dar sugestões e compartilhar sua visão do processo em curso.

O tempo de atendimento tem seguido o padrão de outros programas de intervenção precoce em diferentes países, com a duração de dois a três anos.

Há reuniões clínicas semanais para discussão de casos, e a equipe cumpre a tarefa de pesquisa organizando dados e preparação de trabalhos. São feitas pesquisas para trabalhos de Iniciação Científica, Mestrado e Doutorado. Conceitos como família e psicose, pródromos, crise, e o próprio conceito de psicose têm sido alvo de questionamentos utilizando-se os pressupostos da Filosofia Analítica, da Linguagem Ordinária, da Pragmática, da Psicologia Crítica, da Reforma Psiquiátrica, da Teoria Sistêmica, da Teoria da Complexidade e das bases epistemológicas da pós-modernidade.

Tem sido possível por meio de estudos longitudinais do indivíduo e de sua inserção nos grupos sociais e família levantar questões diagnósticas, não só por ser habitual o indivíduo chegar com diagnóstico diverso daquele manifestado por meio da pesquisa e tratamento, como porque ao longo do processo as manifestações tomam formas diferentes de acordo com as mudanças nos três níveis apontados, individual, familiar e social.

d) Vivência no serviço e/ou considerações

A aprendizagem característica da participação deste Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses – GIPSI, foi a importância do trabalho contínuo, sistemático de uma equipe coesa para assimilar a complexidade que envolve a psicose, no indivíduo, no grupo familiar, e na relação terapêutica. O foco na terapia familiar, a discussão de equipe, o estudo aprofundado e supervisionado permitem o contato com novas realidades e

dinâmicas que relativizam a noção de psicose enquanto doença. A influência do trabalho de equipe e com a equipe mostra-se visível no andamento das terapias, havendo uma troca mútua entre transformação da equipe e da família atendida. Aprendi que quanto mais complexa é uma situação, mais importante o funcionamento de equipe.

Síntese e considerações sobre os serviços visitados em Brasília

Foram pesquisados três serviços públicos e um serviço na Universidade de Brasília. O Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses – GIPSI vem mostrando a importância de um trabalho psicossocial com pacientes em primeira crise, sendo, no entanto, um serviço que necessita ser ampliado para atender maior número de pessoas, se considerarmos a demanda existente. Os serviços públicos trazem a forma de estruturas confusas e enxertadas pela premência de necessidade de atendimento numa rede minguada de serviços. Enquanto o Brasil assistiu nos últimos dez anos a um crescimento de serviços comunitários na maioria de seus estados, Brasília permanece em penúltimo lugar nesse grupo, sendo que foi o criador de um dos primeiros serviços alternativos no país.

Assim, no Hospital São Vicente de Paulo, particularmente na enfermaria de crise, encontra-se uma forma arcaica de atendimento, baseada apenas no enfoque medicamentoso, e em 2004 ainda tinha características desumanas e deprimentes, como contenção mecânica em quartos coletivos, uso de uniformes, falta de lençóis para os colchões, de toalhas para banho, e estruturas físicas deficientes. Observa-se freqüentes reinternações. Esse panorama provoca tensões na equipe, que procura meios de melhorar a situação. Hoje, em 2007, uma equipe de auxiliares de enfermagem procura, por telefone, acompanhar e orientar o uso da medicação de pacientes que receberam alta, com o intuito de diminuir o alto índice de reinternação.

A ala de internação, com tratamento mais humanizado, no entanto, permanece com abordagem apenas biológica. Não há trabalho psicoterapêutico nem terapias de família, exceto grupo de orientação.

No outro verso da medalha, no mesmo hospital, encontram-se atividades de caráter mais social, como as oficinas artesanais frequentadas por 60 pacientes ambulatoriais, e o programa “Vida em Casa”, que se destaca como um modelo social-comunitário original e eficiente de acompanhamento e atenção a pessoas com transtornos severos e persistentes. Este programa foi criado por iniciativa da assistente social Maria Anunciação Castro Alves, também terapeuta familiar, que o coordena, e que trouxe sua experiência com trabalho anterior de rede social desenvolvido no Instituto de Saúde Mental, quando então coordenava a equipe de assistentes sociais. O programa começou após o fechamento judicial da Clínica Planalto. O serviço oferece visita domiciliar por equipe interdisciplinar, atendimentos à família e grupos de famílias na comunidade. Atende atualmente 370 pacientes, sendo mais de 200 filiados ao programa de Benefício “De Volta para Casa” do Ministério da Saúde. Os resultados têm mostrado uma redução significativa do número de reinternações dos pacientes inscritos no programa.

O Instituto de Saúde Mental também traz a marca da discrepância, com inovações e retrocessos. Se antes podíamos encontrar pacientes em situação de crise, hoje, o hospital-dia tem se estruturado mais para a reabilitação social, com marcas significativas de institucionalização, e com seguimento ambulatorial de controle dos sintomas, situação de serviços de saúde mental que em outra época, nos anos 70-80 foi criticada por Nise da Silveira (1992). Experiências anteriores mostraram a importância de se atender pacientes em crise na mesma equipe que tem acompanhado o paciente em tratamento, e de uma abordagem terapêutica com a família, de forma mais freqüente. Atualmente, a diversidade

de atividades traz um enriquecimento ao serviço, mas não traduz necessariamente uma abordagem psicossocial, permeando a relação entre paciente-técnico-instituição, com exceções, baseada no vínculo doente- profissional do saber, com o diferencial que há mais humanização. A humanização por sua vez, significando, no caso, melhores condições materiais, ausência de contenções mecânicas e de maus-tratos, é uma condição básica de direitos humanos, e de qualquer serviço, e não necessariamente de saúde mental. Podemos dizer que atualmente o Instituto de Saúde Mental caracteriza-se como um trabalho bio-psico-social com dimensões independentes, onde os atendimentos e as visões não têm um nível satisfatório de integração.

Para um melhor desenvolvimento de serviços, e integração das abordagens, há a necessidade de implementação de uma rede de serviços, e capacitação de pessoal na área de saúde mental dentro do novo modelo de atenção.

Os serviços públicos visitados mostram a influência da desarticulação entre políticas públicas e assistência à saúde mental: as iniciativas dos profissionais e o bom desenvolvimento de alguns programas não conseguem sustentabilidade na construção de estrutura de serviços.

Quadro 18 – Serviços Visitados em Brasília/Brasil

| Características | Serviços | | | |
|---------------------|--|---|---|--|
| | Internação hospitalar | Internação hospitalar | Hospital-dia | Intervenção Precoce nas Psicoses |
| Tipo | Unidade de Emergência do Hospital São Vicente de Paulo | Ala de Internação e Tratamento do Hospital São Vicente de Paulo. | Instituto de Saúde Mental | Grupo de Pesquisa e Intervenção Precoce nas Psicoses (GIPSI) |
| Nome | médico-biológica | médico-biológica | biopsicossocial | Psicossocial: psicodinâmica e sistêmica |
| Abordagem | - psiquiatria - enfermeiro - assistente social | - psiquiatria - enfermeiro - assistente social - terapeuta ocupacional | - Psiquiatria - enfermeiro - assistente social - psicólogo - nutricionista - farmacêutico - oficineiros | - psicologia - alunos de graduação e pós-graduação em psicologia - assistente social - psiquiatria |
| N.º Pacientes | 46 mais excedentes | 71 | 60 | 6-10 |
| Tempo de tratamento | dias a três semanas | dias a três meses | um a dois anos | Um a dois anos |
| Atividade | - medicação - eventual terapia ocupacional | - medicação - terapia ocupacional - reunião de familiares | - medicação - terapia de grupo - atividades terapêuticas artesanais e de geração de renda - esportes - reunião de familiares - orientação à família - visita domiciliar | - Psicoterapia individual e familiar - Avaliação psicodiagnóstica - Visita domiciliar - Orientação psicoeducacional |

2.2.2 Serviços visitados na Inglaterra

The Arbours Crisis Centre

a) Tipo de serviço e objetivos

Este Centro de Crise pertence a *Arbours Association*, entidade não-governamental, e recebe pessoas encaminhadas da área da saúde, assistência social ou Justiça – instituições estas que financiam o tratamento – ou da área privada. Pertence à Associação das Comunidades Terapêuticas, do tipo pequena comunidade, residencial, tendo mais aspecto de “abrigo para situação de crise” e difere das outras três comunidades terapêuticas de *Arbours Association*, de permanência mais longa e com objetivo de reabilitação social. Possui abordagem psicanalítica.

O Centro de Crise da *Arbours Association* oferece tanto suporte pessoal e psicoterapêutico durante as primeiras crises para pessoas e famílias como também atendimento a pessoas com maior tempo de adoecimento com longa história de internações. Atualmente, o maior número de encaminhamentos de órgãos governamentais têm sido de pessoas que não alcançam resultados em outros tipos de serviço, sendo considerado um serviço mais caro que os convencionais da rede como centros comunitários de saúde mental, ambulatórios e hospitais. Como critérios de admissão estão incluídos: ansiedades, depressão, psicoses, neuroses graves, distúrbios de personalidade, distúrbios alimentares, auto-agressão, e excluídos usos atuais de drogas ou álcool.

Iniciado em 1973, teve influência dos vários ambientes e comunidades terapêuticas criadas nos anos 50 e 60 no Reino Unido, e, particularmente, dos trabalhos seminiais de Dr. Thomas Main, do Hospital Cassel; do Dr. Maxwell Jones, do Hospital *Henderson*; Dr. Murray Jackson do Hospital *Maudsley*; e Dr. Ronald D. Laing da comunidade *Kingsley Hall*. Influenciado também por trabalhos de intervenção em crise de

Dr. Scott do Hospital Napsbury e do Dr. C. Murray Parkes no Hospital de Londres, e finalmente pelo trabalho de Dr. Loren Mosher nos EUA no *Soteria Project*, e trabalhos semelhantes na França e Itália.

b) Estrutura e Equipe

Situado na parte norte de Londres, em confortável casa de três andares. A equipe é formada de três residentes terapêuticos, oito psicanalistas, assistente administrativo, assistente clínico responsável pelo contato com outros serviços da rede, enfermeira, terapeutas em arte, movimento e música, perfazendo um total de 18 pessoas que atendem no Centro.

Três residentes terapêuticos recebem até seis pacientes como hóspedes – assim são denominados – e que ali passam a viver como em sua própria casa. Os residentes não precisam ter uma formação específica, mas normalmente são pessoas com interesse em formação para psicoterapeutas ou áreas afins da saúde mental. Cada residente fica diretamente responsável por um ou dois hóspedes, recebe supervisão semanal individual e em grupo por parte da equipe de psicanalistas do Centro e uma supervisão de técnico externo ao Centro. Os residentes terapêuticos têm como exigência estar em processo de psicoterapia psicanalítica. Além de serem recipientes de fantasias e transferências do hóspede, no viver comum do dia-a-dia, são modelos de papéis para os mesmos por meio da interação social. Na ocasião, a equipe de residentes era formada por enfermeira psiquiátrica, com interesse em enfermagem psicossocial e duas outras pessoas com interesse em áreas terapêuticas afins. Freqüentavam cursos ministrados pela *Arbours Association*.

Os psicanalistas dão suporte ao Centro, formam a “Equipe de Liderança” e ficam responsáveis pela psicoterapia individual, pelas reuniões de grupo e pela supervisão dos

residentes terapêuticos. Toda quarta-feira há uma série de reuniões técnica e administrativa, e uma vez por mês um estudo de caso.

Cada residente possui uma equipe terapêutica formada por um dos residentes, um psicanalista – que é o líder da equipe – e às vezes um estudante em formação, da Arbour.

c) Procedimento Terapêutico

Nesse ambiente não só é incentivada a formação de vínculos como os mesmos são trabalhados intensivamente dentro da abordagem psicanalítica, em três sistemas terapêuticos: socioterapia ou *milieu* terapia, terapia de grupo e terapia individual (BERKE *et al.*, 2002).

Fazem parte da socioterapia: o viver junto, a responsabilidade por algumas tarefas como fazer compras, preparar as refeições, saídas – inclusive as de lazer – e festas comemorativas como Natal, por exemplo.

As terapias de grupo acontecem três vezes por semana, por meio de três reuniões semanais com todos os residentes e hóspedes; mais um grupo de criatividade e de arteterapia semanal. Um grupo semanal de movimento e corpo também faz parte, embora nesse período não estivessem acontecendo.

Na terapia individual, três vezes por semana, está incluída a equipe terapêutica – o psicanalista, o hóspede e seu residente terapêutico designado. A inclusão do residente terapêutico na sessão tem como objetivo ter os cuidados necessários para que o mundo interno já cindido ou fragmentado da pessoa em sofrimento psíquico possa experimentar uma integração. Evita assim que o hóspede projete sua cisão na equipe.

Fases do tratamento

Chegada, adaptação, saída, fazem parte do percurso dos hóspedes na *Arbours Crisis Centre*, e equivalem às fases do tratamento da crise. Segundo Berke (1987) há cinco fases: chegada, acomodação, fixação, saída e acompanhamento, que assim as descreve:

Na entrada do hóspede, a equipe terapêutica, residente e líder (psicoterapeuta) procuram aliviar os medos e o estresse em relação a esse momento, que podem ter expressões neuróticas ou psicóticas dependendo dos conflitos em jogo e da personalidade da pessoa. É uma fase caracterizada por sentimento de inadequação, inutilidade, vergonha, culpa, impotência, desesperança, medo da rejeição e ansiedades depressivas. São também feitas mediações junto à família e à rede social e avaliados o nível de suporte disponível e a viabilidade de terapia familiar. Berke (1987) aponta que famílias de pessoas depressivas tendem a colaborar e, ao contrário, quando há afetos persecutórios a família mostra-se mais fragmentada e oferece pouco suporte. Em caso de famílias perseguidoras há necessidade de proteger o hóspede do envolvimento familiar até que o hóspede se acomode na nova situação. Há uma tendência à transferência positiva em relação ao Centro como um todo, como um seio bom, calmo, aconchegante e continente.

Na segunda fase, da acomodação (*settling-in*) os medos mostram-se diminuídos e iniciam-se as preocupações com os motivos que levaram à crise e ao tratamento. Observa-se uma crescente habilidade no hóspede de tolerar seu sofrimento psíquico, e os afetos que precisam ser trabalhados. A equipe terapêutica neste momento confirma as suas percepções e ajuda na mobilização de recursos e fronteiras egoícas. Estabelece-se a aliança terapêutica e uma sutil negociação entre hóspede e terapeutas, de aceitação ou não da realidade. Tem sido uma fase decisiva no tratamento, e aqueles que não conseguem

atravessá-la tendem a abandonar o Centro. As percepções transferenciais começam a se diferenciar entre os diversos membros.

A terceira fase constitui-se pela maior consolidação das relações e do mundo intrapsíquico, maior participação nas atividades do Centro e enfrentamento da depressão. Ansiedades depressivas subjacentes à expressão do adoecimento começam a ser reconhecidas, assim como os mecanismos e sintomas em ação, o que vem possibilitar a fase de reparação. Enquanto essa é uma fase conflitiva para personalidades esquizóides e borderlines, o depressivo tende a melhorar nessa fase.

A fase seguinte, da finalização e saída do hóspede do Centro, pode ser acompanhada facilmente por uma crise semelhante à inicial, suscitada por ambivalência, tentativa de evitar a tristeza, sentimentos depressivos da separação e pelo desejo de permanecer no Centro. A dor da separação na verdade é vivida por todos – hóspedes e residentes – e o compartilhar este momento depressivo possibilita a passagem por essa fase de despedida.

Após a saída do Centro vem a fase de acompanhamento que vai de semanas a meses e inclui desde acompanhamento inicial no próprio Centro, seguido de processo psicoterapêutico mais intenso; no caso de pessoas que apresentaram distúrbios mais severos e que possuem a rede social mais fragilizada, é indicada a ida para uma das comunidades terapêuticas da *Arbours Association* ou de outros grupos.

Berke (1987) continua a explicar que um grupo de apoio, com orientação psicodinâmica é oferecido duas vezes por semana para os egressos que necessitam maior acompanhamento, assim como para aqueles que aguardam vaga para entrada no Centro. Mensalmente há uma reunião aberta da *Arbours* para todos os que já viveram no Centro e

nas suas comunidades, os atuais hóspedes e membros da equipe técnica, facilitando a manutenção de vínculos e a consolidação intrapsíquica.

O Centro de Crise da *Arbours Association* também oferece um grupo de apoio para familiares e amigos significativos dos seus hóspedes. Oferece ainda um serviço de consulta domiciliar a situações de crise, em que sua equipe depois da avaliação pode fazer os diversos encaminhamentos para terapias individuais, grupais, de família, casal ou para o próprio Centro.

Durante a estadia no Centro, quando necessário, são feitos contatos e parcerias com a rede social e de outros serviços de saúde e assistência social, empregadores e companhia de seguros.

De acordo com avaliações regulares a cada três a nove meses após a saída do Centro, estima-se que 80% dos hóspedes conseguem assumir uma vida quase que independente⁴. Entre novembro de 2005 a outubro de 2006, entre dez pessoas seis voltaram para suas casas, duas pessoas passaram a morar independentemente e duas pessoas foram para o hospital. Em uma das avaliações de períodos anteriores (BERKE, 1987), em um espaço de cinco anos, dos 153 hóspedes, 106 voltaram para casa, 16 foram para comunidades terapêuticas da *Arbours*, seis para outras comunidades terapêuticas, três saíram de férias, quatro foram morar com amigos, cinco com parentes, um assumiu um trabalho onde residia, três foram morar em nova casa ou apartamento, sete foram para o hospital e um voltou para o centro de origem.

A *Arbours Association* oferece curso de formação em psicoterapia psicanalítica e consultoria para instituições e profissionais.

⁴ Análise documental – folhetos informativos.

d) Vivência no serviço – descobrindo a sua lógica

No ambiente do Centro de Crise da *Arbours Association* chama atenção a suavidade no desenrolar do dia-a-dia, o falar baixo, a calma e o silêncio da casa, a forma cuidadosa dos residentes dirigirem-se aos hóspedes, convidando-os para tarefas ou atividades, mas evitando grandes estimulações e respeitando as recusas. Um dos objetivos do Centro de Crise é oferecer um clima emocional tranqüilo, diverso do contato atribulado do hóspede com seu mundo interno, permitindo ao hóspede a elaboração dos afetos e pensamentos, de acordo com os aportes de Bion (1977, citado por BERKE, 2002).

Foi observado também que no dia-a-dia, nas refeições, passeios, lanches em Cafés, tanto o silêncio era bem tolerado, como nas conversas os temas relacionavam-se a assuntos sociais, do cotidiano ou questões práticas, e o assunto doença, problemas, sintomas, não vinham à tona, o que era coerente com o ambiente de uma casa e com a posição de moradores ou hóspedes e não especificamente de uma instituição de saúde, ou de pacientes. Não é que não fossem percebidas pessoas em sofrimento, ansiosas, ou isoladas, mas a existência de espaços diferentes para terapias individuais e de grupo e a frequência das mesmas, organizavam e delimitavam naturalmente os três sistemas, o que me pareceu bastante terapêutico em termos de discriminação de espaços, de papéis, enriquecimento dos mesmos e organização do mundo interno.

Certa vez, estando com uma das hóspedes na sala de estar, esta começa a compartilhar comigo sua história, suas dificuldades e resolução tomada semanas antes de abandonar a medicação. Como recém-chegada e como estagiária por curto período, preocupei-me em não saber ainda o meu papel nesta situação e na possibilidade de confundir-me com o papel de terapeuta. Resolvi apenas escutar com atenção e ser continente.

Um outro, com uma postura levemente formal, mas com interesse, iniciava conversas inclusive sobre o Brasil e outros países, mas interrompia de repente o contato e retirava-se. Comecei a perceber a nítida diferença entre o ambiente de convivência e um ambiente onde assumimos o papel técnico, em uma instituição de saúde. No primeiro, a situação exige calma, tolerância diante do limite e do tempo do outro em fazer contato. Temos que nos haver com o desconhecido que há no outro, e mais ainda com o compromisso em estar para o outro. No segundo, embora essa atitude fosse esperada, o papel de técnico nos protege diante do estranho e nos dá margem para evitar o contato, das mais diversas formas, dando diagnóstico, ocupando-se de serviços burocráticos, entre outros. O ambiente do centro é propício para essa forma de contato mais individualizado no dia a dia.

Uma outra hóspede evitava minha aproximação e tendia a fugir na minha presença, e assim reagia a novos contatos, como sutilmente a sua residente responsável me explicou. Fiquei impressionada com a forma discreta e cuidadosa com que os profissionais se referiam a dificuldades de seus hóspedes. Uma única vez, já na minha terceira semana, um dos profissionais que costumava freqüentar a casa se referiu a uma atitude de uma das hóspedes citando um diagnóstico, o que me pareceu fora daquele contexto, pois não estávamos em reuniões clínicas que aconteciam todas as quartas-feiras, e já pude perceber o fato como uma discrepância.

Uma certa vez tocou o alarme e alguém estava com fogo no quarto, provavelmente de forma intencional. Medidas práticas foram tomadas, sem alarde, e ninguém ficou referindo-se ao fato ou levantando questões. O residente terapêutico ofereceu seu apoio e a pessoa preferiu ficar só naquele momento, sendo respeitada. A casa retomou seu ritmo calmo como habitual.

Na primeira semana fiquei um pouco perdida, pouco movimento na casa, os hóspedes ficavam durante muito tempo em seus quartos no andar de cima, principalmente de manhã, tendo eu espontaneamente me reservado à convivência no andar térreo, ambiente mais social. Vindo de um serviço de saúde mental que tem um grande número de atividades predeterminadas, estranhei no início. Fui apreendendo aos poucos a atmosfera de uma casa. A qualquer hora, respeitando as atividades terapêuticas, geralmente à tarde, cada um saía quando precisava resolver suas questões particulares, ou à noite; às vezes as pessoas convidavam outras. Os residentes ajudavam com informações ou apoio em questões externas ao centro, quando necessário; em caso, por exemplo, de consultas médicas, dentistas, benefícios sociais, mas nunca tomavam atitudes no lugar do hóspede.

Fui compreendendo aos poucos que ali funcionava um princípio winnicottiano (WINNICOTT, 1956) quando este afirma que a mãe suficientemente boa espera um sinal do bebê, para satisfazer sua necessidade. A superestimulação provoca um retraimento do self, e como defesa o desenvolvimento do falso self. Assim, fui percebendo como o tempo de cada um era respeitado, e aguardavam-se as iniciativas.

Com a mesma lógica funcionava um grupo de criatividade com a frequência semanal. A princípio imaginei que teria a direção de um técnico, ou seja, de um dos residentes, e percebi que escolhido um tema, seja com música, jogo, ou outra forma de expressão, o residente ia dando continência para que um dos hóspedes assumisse a liderança e coordenação do grupo.

Os espaços sociais, como refeições, passeios, idas a Cafés, eram sempre compartilhados por hóspedes, residentes e estagiários, assim como os grupos de expressão, e criatividade. Ambiente de liberdade, alternados com terapias onde a relação é o foco, estavam na base da sua filosofia os atos de desenclausurar o paciente de seu papel de

doente e incentivar sua responsabilidade e engajamento pessoal e relativo ao tratamento, aspecto bem realçado por Scott (1973b) no seu trabalho de intervenção em crise do Hospital Napsbury. Assim, todos tinham a chave da casa que nunca era fechada do lado de dentro.

Em documentário recente, a filosofia do Centro é exposta por meio do trabalho com uma hóspede que tinha saído de internação hospitalar de dois anos contínuos. Ao chegar ao centro, surge uma situação onde freqüentemente à noite ela saía e enfrentava situações difíceis, algo semelhante à perda de consciência, ou desmaios, às vezes sendo trazida por policiais que davam suporte na hora. A casa continuou a ficar aberta todas as noites, até que a hóspede decidiu por si mesma que estava difícil de lidar com essa situação, e pediu para fechar a porta à noite, em busca de proteção, o que então é acatado pela equipe, pelo período em que foi necessário.

Em entrevista durante o estágio com o diretor do centro, Joseph Berke, ele diz que riscos são enfrentados dentro dessa filosofia e prática, e que sua experiência mostra que vale a pena, nunca houve suicídios na casa, desde sua fundação, em 1973. Ausência de suicídios também ocorreu no *Kingsley Hall*, primeira comunidade onde ele viveu e trabalhou ao lado de Ronald Laing.

Segundo Joseph Berke (2002), psicossocial refere-se à expressão do sofrimento nas relações que devem ser trabalhadas terapêuticamente. O hóspede sempre traz um lado saudável ao lado de sua parte mais regredida, e estabelece tanto relações transferenciais como não-transferenciais, estas últimas resultantes de percepções reais. O adoecimento psíquico é tido como questões de afetos, de emoções, difíceis de serem suportadas e são expressas e projetadas nas relações seja consigo ou com os outros. O que faz o ambiente terapêutico, fundamentalmente, é a capacidade de continência, de contenção terapêutica destes afetos, para que a pessoa possa transformá-los. A equipe deve ser capaz de suportar,

de conter em si mesma tais afetos e emoções que vêm do hóspede; pode devolvê-las no tempo certo, de forma terapêutica, quando perderem seu caráter ameaçador, capacitando o hóspede a conter suas próprias emoções. O manejo da transferência, e identificação da contratransferência torna-se essencial nesse processo. Os fundamentos da psicanálise tornam-se aplicadas ao ambiente terapêutico como um todo.

Durante a entrevista, Joseph Berke também comenta que neste processo de contenção da ansiedade a medicação às vezes ajuda e é necessária, mas dentro de uma avaliação geral pode trazer mais prejuízos que benefícios. O centro possui na equipe pelo menos uma enfermeira e um psiquiatra que assiste o hóspede. No entanto, a medicação psiquiátrica quando utilizada é de responsabilidade de um médico ou psiquiatra da rede de saúde, independente ao centro. Se o paciente resolve deixar a medicação, a decisão é respeitada. Pede-se que o hóspede não passe os finais de semana fora por pelo menos 15 dias, e a equipe dá suporte ao seu manejo em relação à administração de suas ansiedades.

A abordagem psicossocial fundamenta-se no trabalho terapêutico com os diferentes vínculos: a socioterapia, com foco na convivência diária, e reuniões de grupo; os vínculos familiares também são considerados, com campo para terapia familiar; os vínculos sociais por meio do contato com estagiários, visitantes, relações com outros serviços, além do contato particular de cada hóspede com sua própria rede social; e finalmente o ambiente terapêutico também se mostra continente e propício para que os vínculos internos, provenientes das relações objetais possam ser expressos e cuidados.

Nesse particular, todo o clima do ambiente no *Arbours Crisis Centre* e suas atividades propiciam um encontro com seu mundo interno, um encontro consigo mesmo, o que favorece a regressão. Ficou famoso o processo terapêutico de regressão de Mary Barnes, no *Kingsley Hall*, acompanhado por Joseph Berke, relatado pelos dois (BARNES

& BERKE, 1977). Lembrando Winnicott (1963), a regressão não é a doença, quando ela acontece o surto já aconteceu, no sentido de contato com intensas angústias, tão grandes que impensáveis, e que levam para a formação de mecanismos primitivos, frutos da despersonalização, desrealização e/ou desintegração, ou para a regressão, quando há um vínculo de confiança que a sustente, com a esperança de encontrar o verdadeiro self.

Minhas vivências ajudaram-me a compreender a lógica do Centro. Quando estava passando para uma fase de adaptação a um novo ambiente, por sua cultura psicanalítica não familiar na minha vida profissional, por estar em outro país e não dominar com fluência a língua falada, o estágio chega ao fim. A devolução da chave do centro a uma das residentes no último dia, foi uma grande dor. Passei a sentir nostalgia das experiências que não vivi, desejando ter participado do desenvolvimento desse tipo de serviço desde seu início.

Síntese

O *Arbours Crisis Centre* funciona inicialmente com o claro intuito de servir de abrigo e preservar o portador de sofrimento psíquico de ficar preso ao papel de doente e iniciar um processo de institucionalização. Tem na crise a possibilidade de crescimento e mudança, e assim ajuda para que cada um encontre o sentido para suas diversas experiências emocionais.

As fases de estadia no centro, descritas por Berke (1987), conforme exposto acima, equivalem às próprias etapas do processo de intervenção em crise, em que o quadro psicopatológico não é visto separadamente como foco, mas está diretamente relacionado com as condições de vida relacional do paciente, com os conflitos experienciados, com a personalidade, com os distintos momentos do tratamento e as novas relações que vão se estabelecendo com outros hóspedes e equipe terapêutica. O foco está nas relações, tanto

naquelas provenientes das percepções transferenciais como naquelas reais vividas no dia-a-dia do centro.

Utiliza abordagem psicanalítica, e o ambiente é trabalhado no sentido de receber as projeções provenientes dos vínculos internos, ou relações objetais, e conter os diversos afetos ameaçadores e destrutivos e as ansiedades depressivas que estão subjacentes à fenomenologia expressa na crise, seja comportamentos estranhos, agressividade e isolamento, entre outros. A equipe é treinada no manejo da transferência, contra-transferência e identificação projetiva, que em diferentes momentos são mais direcionadas ou para residentes terapêuticos ou para psicoterapeutas, havendo um cuidado e suporte regular entre os membros da equipe. A terapêutica reside na capacidade da equipe em digerir, sustentar e conter esses afetos, devolvendo-os transformados de forma a serem contidos pela própria pessoa que os projetou. As angústias e ansiedades transitam entre hóspedes e terapeuta, e o ato de compartilhá-los e transformá-los representa o principal elemento de mudança.

As percepções reais e as relações mais isentas de transferência são incentivadas, assim como o desenvolvimento e desempenho dos diferentes papéis no cotidiano do centro, promovendo o senso de independência e responsabilidade.

The Cassel Hospital

a) Tipo de serviço e objetivos

O Hospital *Cassel* pertence ao Serviço Nacional de Saúde – NHS – e destina-se ao tratamento de pessoas com severos distúrbios psíquicos, com três grupos de clientes que convivem no dia-a-dia do hospital: jovens de 16 a 23 anos, adultos e famílias. Fundado em 1919, no final da Primeira Guerra Mundial, por Ernest Cassel, para tratar soldados

sofrendo de neurose de guerra, possuía inicialmente uma linha psicoterapêutica eclética até ter como seu diretor o psiquiatra e psicanalista Tom Main, que ali desenvolveu uma comunidade terapêutica, após sua experiência no Hospital Militar de Northfield, durante a Segunda Grande Guerra. Desde então possui uma tradição psicanalítica, com trabalho de enfermagem psicossocial de orientação psicodinâmica. (MAIN, 1989)

Serviço para problemas emocionais complexos, hoje especializado em distúrbio de personalidade, incluindo o borderline. Considerado um serviço de excelência nessa área, onde se encontra grande proporção de pessoas com auto-agressão e tendência ao suicídio, e que sofreram diferentes formas de abuso. Normalmente são encaminhados pacientes que não mostraram resultados em outros serviços de saúde mental e que estão repetidamente procurando emergências ou serviços de crise. É considerado um serviço caro, como as comunidades terapêuticas de modo geral, por atenderem por maior tempo menor número de pessoas, com equipe maior e diversificada.

b) Estrutura e equipe

Cada unidade – a de jovens, adultos e famílias – possui uma equipe própria de enfermeiros psicossociais, psicanalistas e de auxiliares (*support worker*), alguns sendo voluntários advindos da área da saúde, educação e afins. Há uma enfermeira-chefe de cada unidade, normalmente mais presente, e os outros técnicos fazem escalas diferenciadas. Há também uma equipe responsável pela organização de atividades comunitárias sob a coordenação de uma enfermeira em que participam também pacientes. Havia técnicos da área de educação para as crianças, para a unidade de família. Há um total de 51 técnicos.

Há um representante dos pacientes que recebe os visitantes para apresentação do serviço, reúne-se com os colegas a fim de discutir suas propostas e reivindicações e faz parte do grupo de organização de atividades comunitárias.

Dois assistentes sociais participam rotineiramente da equipe, um para a unidade de famílias e outro para os grupos de adultos e jovens. Fazem a ligação com as famílias e com a rede social, incluindo serviços de saúde, justiça e assistência social. Na ocasião havia um assistente social.

A maioria dos pacientes não recebe medicação psiquiátrica e quando o fazem a mesma é de responsabilidade de psiquiatra da rede de saúde. Alguns pacientes apresentam transtornos psicóticos associados ao distúrbio de personalidade.

A unidade de famílias atende à complexidade das necessidades das crianças, como parque, berçário, cozinha própria, maternal e jardim de infância e escola para crianças menores. As crianças maiores freqüentam escolas locais. As famílias possuem um dos pais com problemas de saúde mental, ou distúrbio de personalidade e crianças que sofreram abuso por parte dos pais ou cuidados indevidos. Normalmente há o risco de perda da guarda da criança, o hospital servindo de avaliação e tratamento. As famílias permanecem em média de três meses a um ano. O hospital recebe famílias desde 1949.

c) Procedimento terapêutico

O esquema terapêutico do Hospital Casseladota a socioterapia, ou *milieu* terapia, terapia de grupo, de família, terapia individual e outras reuniões grupais.

Em cada grupo a terapia individual, com freqüência de duas vezes por semana, é de responsabilidade de psicanalistas. Esses não participam das atividades comunitárias rotineiras, e só encontram os pacientes nas sessões de psicoterapia.

Os grupos de adulto e de jovens também têm terapia de grupo, uma vez por semana, normalmente com o psicanalista responsável pela unidade. Também têm terapia de família, de acordo com a viabilidade e necessidade.

A socioterapia está presente no hospital como um todo e em cada grupo específico, e constitui-se do trabalho e do viver diário em grupo. A equipe de atividades comunitárias organiza os grupo de trabalho de manutenção e limpeza, preparação do café da manhã, sendo o almoço e jantar de responsabilidade de funcionários; cuida da divisão do orçamento por grupo e atividades, e pelas atividades comemorativas. Organiza as reuniões comunitárias que acontecem três vezes por semana e são coordenadas por um paciente com o apoio de um técnico. Cada grupo específico de pacientes e técnicos também tem reuniões três vezes por semana, tendo como foco o dia-a-dia de cada um no hospital, as regras, as relações dentro do grupo, organização de atividades do grupo como passeios, vivência dos finais de semana, de forma a integrar todas essas experiências. A reunião é coordenada por um dos pacientes.

A equipe técnica tem suas reuniões próprias de cada grupo para discussão, acompanhamento e avaliação do tratamento. Há também uma reunião semanalmente de toda a equipe para compartilhar ansiedades, stress e dificuldades emocionais em relação ao trabalho.

Pacientes podem se ausentar nos finais de semana, indo para suas casas ou casas de amigos, mas têm uma hora determinada para estarem de volta no domingo à tarde. Pacientes recém admitidos permanecem direto durante os primeiros quinze dias. Durante a semana, no período noturno apenas um enfermeiro fica no serviço responsável por todos os pacientes. Intercorrências acontecem envolvendo sexualidade, conflitos entre pacientes, tentativas de suicídio, e o profissional, de acordo com a filosofia do trabalho, conta com os outros pacientes para sanar dificuldades. A ajuda mútua está na base da comunidade terapêutica segundo seu diretor Kevin Healy. Toda manhã há uma reunião curta com todos os profissionais onde o enfermeiro relata a experiência da noite anterior.

As famílias em tratamento são formadas por pais e filhos ou pais solteiros, normalmente mães com um ou dois filhos. Quando precisam sair contam com a colaboração dos outros pacientes, sejam jovens ou adultos para cuidar das crianças. Esse trabalho de *babysitter* é voluntário, e, pacientes depois de certo tempo em tratamento, podem desempenhar este trabalho.

Em relação ao tempo de tratamento, as pesquisas têm demonstrado que melhores efeitos têm sido encontrados quando há um período de seis a nove meses de internação, morando na comunidade terapêutica, seguido de dois anos de atendimento externo com psicoterapia e acompanhamento da enfermagem psicossocial. Resultados têm sido mais promissores na relação com a rede social, amigos e trabalho, assim como no uso de serviços de saúde e na administração da própria sintomatologia. Este tratamento integrado, em duas etapas, tem sido adotado nos últimos anos (CHIESA & FONAGY, 2003; FONAGY & BATEMAN, 2006).

d) Vivência no serviço – descobrindo a sua lógica

O estágio foi realizado durante a semana que antecedeu o Natal. Fiz parte do grupo de adolescentes e jovens e tive a oportunidade de participar de todas as atividades, exceto das psicoterapias.

Chamou-me à atenção a frequência das atividades de grupo, a intensidade da participação e das trocas intersubjetivas, sejam naturais ou facilitadas por reuniões com orientação psicodinâmica. As constantes intervenções terapêuticas no cotidiano do hospital eram coerentes com os princípios da comunidade terapêutica de participação, de dar e receber ajuda, e de experimentar um espaço de expressão de sentimentos e pensamentos suscitados no dia-a-dia.

Uma adolescente foi escolhida para me apresentar o hospital, uma enorme casa, onde as três unidades estavam bem acomodadas. Recebe em seguida, em uma conversa informal, um *feedback* positivo em relação a sua tarefa por um profissional. Sofria de inseguranças significativas.

Nas reuniões do grupo, com profissionais e pacientes, a coordenação feita por um dos pacientes, que era revezado semanalmente, era de boa forma levada a termo. A pauta dos temas era bem organizada. A época natalina trazia à tona os sentimentos de amor, união, desamor e solidão, o que propiciava uma avaliação sociométrica dos vínculos mais significativos. As decisões relativas a: “com quem passarei meu Natal” são informadas. É também o lugar da fala e do compartilhar de emoções, nem sempre fáceis de serem expressas ou de serem confrontadas, mas o grupo estava ali, preparado para permitir, aceitar e dar continência aos afetos mais hostis e dolorosos com seus relatos de vida. O grupo imprime a força do enfrentamento, e se uma pessoa não fala, o outro pode ajudá-la levantando questões e revelando os sentimentos encobertos.

Observa-se nos pacientes, pela própria patologia, uma instabilidade emocional e instabilidade nas relações. A reunião onde técnicos compartilham suas tensões relativas ao trabalho torna-se importante espaço de detectar dificuldades no grupo e na relação paciente-terapeuta.

Nessa época de festejos e comemorações um outro elemento entra em discussão: o uso de bebida alcoólica nas saídas noturnas. O limite entre participação e exclusão, cautela e esquivia, autonomia e dependência, entre autoridade e democracia fica às vezes difícil de ser demarcado. O hospital é aberto e pacientes podem sair acompanhados ou sozinhos, respeitando algumas regras e as atividades terapêuticas e grupais preestabelecidas. O não cumprimento de regras e os conflitos são trabalhados nos vários espaços terapêuticos.

Nas reuniões comunitárias, o tema do Natal também foi central, incluindo desde os preparativos da festa como sentimentos envolvidos, relativos à comunidade e relativos à expectativa do final de semana. Na reunião escolhe-se por votação o coordenador das reuniões comunitárias de cada mês.

O horário das refeições marca bem a vivência de comunidade. Há um agrupamento por afinidades, adultos, jovens, crianças e bebês dão um colorido à sala de refeições, e muitos auxiliam e se interessam pelas crianças. Nessa época festiva há uma descontração no ambiente e alguns se mostram orgulhosos por estarem responsáveis pela decoração natalina. No dia da comemoração, a festa de Natal e o almoço seguem seu ritmo tradicional, com apresentações, músicas, brincadeiras e discurso. Há uma semelhança com uma grande família.

O período da manhã é sempre preenchido com reuniões e trabalhos grupais. Os grupos de trabalho são muito dinâmicos, e tive oportunidade de participar do grupo de limpeza da sala de refeições e da cozinha. Todos parecem saber de seus papéis e há um bom desempenho prático. No período da tarde há mais horários livres, são organizados passeios, tem a tradicional hora do chá.

Particpei de um dos passeios a uma cafeteria, tive conversas informais em muitas ocasiões, mas uma semana foi um tempo limitado para maiores vivências. No entanto, foi possível apreender a dinâmica daquela comunidade terapêutica, em que a ação e a interação predominavam. A escolha de tarefas, desempenho dos papéis e diferentes espaços de trabalhar os conflitos que iam surgindo, com estímulos para enfrentamento de emoções foi a tônica mais visível.

Em entrevista com a enfermeira-chefe, esta explica que naquele ambiente a regressão emocional é tolerada porque inevitavelmente acontece, mas o maior incentivo

está no enfrentamento das próprias emoções, no confronto com o grupo, na confirmação da parte sadia, desenvolvimento de novos papéis e novas formas de reagir. Difere um pouco de comunidades terapêuticas para pacientes com quadros mais psicóticos, que tendem a ser mais tolerantes com o comportamento e onde a continência para regressão tem importante papel. Essa distinção foi importante para a compreensão das comunidades terapêuticas.

Síntese

A abordagem psicossocial do Hospital *Cassel* refere-se principalmente à expressão do sofrimento emocional e relacional nas atividades e no convívio diário. Estes podem ser trabalhados no aqui e agora, com espaços terapêuticos onde relatos de vida, situações antigas e atuais podem ser integradas. Para isso, com bases nos fundamentos teóricos de Tom Main (1989), é adotada uma cultura de questionamento “culture of inquiry” onde as situações são exploradas, todos podem fazer suas colocações pessoais e para tanto há um treino da equipe em enfermagem psicossocial. Há um domínio do processo grupal. Tom Main (1989) foi um que alertou para a relação entre o que se estava processando com os pacientes e o clima emocional da equipe.

Esse hospital ministra um curso de enfermagem psicossocial psicodinâmica em nível de pós-graduação, validado pela University of East London (UEL). Tem também um centro de pesquisa e oferece consultoria a profissionais e instituições.

***East Kent Crisis Assessment and Treatment (CAT) Team* – Serviço de intervenção em crise na comunidade**

a) Tipo de serviço e objetivos

Serviço específico de crise, criado em abril de 2004, de acordo em as diretrizes governamentais. Veio substituir um serviço já existente o *Mental Illness Support Team* (MIST), que oferecia atendimento emergencial durante os períodos noturnos e finais de semana, mas com menor suporte e continuidade de atendimento, e mais restrito especificamente ao ato de medicar.

Trouxe a junção com o modelo social na medida em que as necessidades sociais são consideradas. Oferece apoio à pessoa na resolução de dificuldades de seu cotidiano que podem ter funcionado como desencadeante ou podem aumentar o nível de stress e angústia; procura aliviar as tensões no nível familiar e ajudar a prevenir as perdas funcionais após a crise.

Em consonância com o plano de governo, tem como objetivo oferecer acesso rápido ao serviço, com avaliação e tratamento para aqueles em situação de crise psíquica grave. Tem como filosofia oferecer um serviço de intervenção em crise na comunidade, apropriada e segura, prevenindo hospitalização. Pode também cuidar de pacientes já hospitalizados favorecendo um processo de alta antecipada.

b) Estrutura e equipe

A equipe tem sede própria onde recebe encaminhamentos e distribui tarefas, mas o serviço é oferecido em domicílio ou outro lugar escolhido por ambas as partes. O tratamento domiciliar pode ser recusado pelo usuário ou considerado não necessário pela equipe. Pode haver encaminhamento para internação.

A equipe possui 40 membros sendo: um coordenador (enfermeiro), dois psiquiatras, dois assistentes sociais, duas terapeutas ocupacionais, um médico clínico, um farmacêutico em meio período, três administrativos, dezessete enfermeiras comunitárias, nove auxiliares; e dois profissionais responsáveis por monitoramento e acompanhamento de pacientes em internação, tanto para referir quando necessário como para evitar internações prolongadas organizando a alta por meio de trabalho de rede com outros serviços. Acompanham em média 25 pacientes por vez.

A implementação da equipe obedeceu aos critérios de planejamento e seleção de pessoal realizada por um grupo de profissionais, usuários e familiares/cuidadores. O treinamento envolve aspectos de cuidados médicos gerais e temas como inclusão social, avaliação de risco, avaliação em saúde mental, atendimento domiciliar e treino de papéis.

c) Procedimento terapêutico

Fornece um plano terapêutico *Crisis Action Plan*, trabalhado conjuntamente com paciente e cuidadores/familiares, constando o número de visitas da equipe, tipo de intervenção requerida, informação de como estabelecer contato em situação de emergência, orientação em relação à medicação, levantamento de necessidades e expectativas do paciente e cuidadores e discussão sobre o papel da família, amigos e dos outros profissionais de saúde envolvidos.

Os desencadeantes da crise têm uma atenção particular e necessidades sociais e conflitos relacionais são avaliados, oferecendo uma intervenção imediata para alívio da crise. Tarefas como ajudar a arrumar a casa, fazer compras, sair para um passeio com a pessoa faz parte da rotina, assim como apoio e orientação aos familiares/cuidadores, e atitudes que possa trazer um alívio, como ficar com o paciente enquanto o familiar

desempenha uma tarefa ou precisa de um descanso. Necessidades mais complexas quando relacionadas à situação de crise com problemas de moradia e benefícios também são vistos. Visitas podem ser feitas até três ou quatro vezes ao dia. O tempo médio de acompanhamento é de três a seis semanas.

Funciona 24 horas durante os sete dias da semana durante todo o ano sem interrupção, inclusive para receber pacientes novos que foram encaminhados. Recebe encaminhamentos dos demais serviços de saúde como emergência, centros de saúde básica ou centros de saúde mental, polícia e organizações do serviço social. Não há acesso espontâneo, mas depois de incluído no programa há um telefone de contato com a equipe para qualquer emergência. Após a fase aguda, a pessoa é encaminhada para outros serviços. São também encaminhados aqueles que depois de avaliados não se encontram dentro dos critérios estabelecidos referentes ao serviço.

Há reuniões freqüentes da equipe para discussão dos casos, com troca de informações e distribuição de serviço. Uma vez por semana há uma reunião com toda a equipe para avaliação geral. Um enorme quadro mostra a situação diária de cada usuário em relação às fases da crise: aguda, melhorada, em fase de encaminhamento para outros serviços.

Uma estimativa de 40% refere-se a pessoas novas no serviço e sem tratamento prévio e 60% de pessoas já filiadas a algum serviço de saúde mental. Durante um ano e meio de funcionamento as estatísticas já demonstraram uma queda de 30% de internação na região.

d) Vivência no serviço e/ou considerações

Os dois profissionais entrevistados mostraram-se bastante otimistas com o novo serviço. O auxiliar técnico fez uma observação de que, já com experiência prévia em saúde mental, este serviço traz muita satisfação porque mostra resolutibilidade e não fica restrito à medicação. Percebe o quanto é importante estar com o paciente na sua casa, seja

apenas como contato mais direto, seja auxiliando-o em algumas tarefas domésticas ou oferecendo um momento de lazer, como dar um passeio.

Esse serviço mostra uma tendência a incorporar o modelo social ao modelo médico, na abordagem da psiquiatria comunitária, fazendo uma contextualização da crise identificando desencadeantes na experiência de vida relacionadas à família, trabalho e escola, por exemplo, e oferecendo suporte nas necessidades mais imediatas que aumentam ansiedades e estresse. Tendo acompanhamento médico e orientação em relação à medicação, o serviço tem seu diferencial no cuidado do paciente com seus afazeres e bem estar com o apoio e troca com sua rede social, familiar e de serviços de saúde. No entanto, este trabalho tem um caráter psicoeducacional, não havendo um trabalho mais aprofundado de vínculos. A relação técnico-paciente é limitada pelo rodízio de técnicos em função da escala de 24 horas, dificultando a construção de relação mais próxima. Avaliação, tratamento medicamentoso, apoio e orientação são a tônica do serviço, seguidos de encaminhamento. Como indicam as estatísticas, têm alcançado o objetivo de diminuir a hospitalização. Há uma condução da crise com alívio de sua fase aguda. Como apontou Anderson (2006), este serviço caracteriza-se como serviço de urgência na comunidade.

Ainda prevalece o modelo médico, centrado nos sintomas da fase aguda, mas a forma de atendimento já difere da rotineira hospitalização, mobilizando a família e cuidadores e conhecendo o contexto de vida do usuário. Um dos objetivos refere-se ao encaminhamento mais adequado às necessidades do usuário e à disponibilidade da rede.

Lamberth's Early Onset Services – LEO – Serviço de Intervenção Precoce nas Psicoses

a) Tipo de serviço e objetivos

Serviço de Intervenção Precoce nas Psicoses, sediado em Londres, pertence ao *South London and Maudsley NHS Trust*. Iniciou como grupo de pesquisa em janeiro de 2000, passando em seguida a fazer parte da rede nacional de serviços de saúde. Representa o segundo serviço do gênero a ser implementado no país. Fundado a partir das orientações do grupo australiano de intervenção precoce nas psicoses, tem como filosofia a visão integral de saúde e baseia-se na idéia de que quanto maior o intervalo de tempo entre a eclosão de uma psicose e seu tratamento menores os seus resultados; e que o acompanhamento contínuo durante os primeiros dois ou três anos ajudam não só na recuperação, na manutenção ou reconstrução de vínculos profissionais, familiares e sociais como na preservação de ocupações de lazer. Destina-se a pessoas entre 16 e 35 anos que tiveram seu primeiro episódio de surto psicótico, inclusive apresentando situações de comorbidade como uso de álcool ou drogas, por exemplo.

Tem como objetivos a redução do tempo entre a primeira crise e seu tratamento (Duration of Untreated Psychosis – DUP), facilitar o acesso de serviços por vias diferentes das tradicionais emergências psiquiátricas e vias policiais; engajar de forma assertiva pessoas com primeiro episódio psicótico e suas famílias; ajudar o indivíduo no seu próprio ritmo a lidar com essa experiência, promover recuperação clínica e social, reconhecer fases de desenvolvimento e ciclo de vida, além de fatores culturais, promover independência e bem-estar pessoal e envolver usuários, sua rede social incluindo família e serviços de saúde e de assistência social locais.

b) Estrutura e equipe

O *Lambeth Early Onset* é formado de três unidades, todas para pacientes de primeiros episódios de psicose: *LEO CAT*, unidade de avaliação e resolução de crise; *LEO Unit* unidade de internação e o *LEO Community Team*, equipe comunitária.

Há um outro serviço na comunidade, o OASIS, que atende pessoas de 14 a 35 anos com distúrbios significativos de humor, pensamento e percepção, com sintomas psicóticos atenuados ou de curta duração, e que faz encaminhamentos para o *LEO Service*. É formado por uma equipe de psiquiatras e psicólogos clínicos que mantêm uma pesquisa sobre os efeitos da intervenção precoce e seus resultados.

O *LEO CAT* funciona nos moldes de uma equipe de avaliação e intervenção em crise na comunidade, com o diferencial que é destinado a pessoas de primeira crise entre 16 e 35 anos. Representa a porta de entrada do serviço, facilitando o acesso rápido ao tratamento e acompanha o indivíduo durante o período de crise aguda, com atendimentos domiciliares ou em locais acordados na comunidade como nos centros de saúde, por exemplo; encaminha em seguida para o *LEO Community Team*, a equipe comunitária ou havendo necessidade para o *LEO Unit*, unidade de internação.

A unidade de internação possui 18 leitos, sendo 10 masculinos e 8 femininos. As equipes possuem médicos, enfermeiras psiquiátricas e auxiliares, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais. São realizadas reuniões com as famílias, com enfoque psicoeducacional.

c) Procedimento Terapêutico - estrutura e esquema terapêutico do *LEO Community Team*

O *LEO Community Team* ou a equipe comunitária de intervenção precoce acompanha o usuário por dois ou três anos após o seu primeiro episódio. É formado por um coordenador de equipe, um psiquiatra em meio período, um psiquiatra residente, um psicólogo clínico em meio período, uma terapeuta ocupacional, quatro enfermeiras psiquiátricas e dois auxiliares.

Funciona durante os sete dias da semana, de segunda a sexta, de 9 às 20 horas e sábado e domingo das 9 às 17 horas. Dentro de seu projeto terapêutico, com equipe multidisciplinar, inclui intervenção medicamentosa, com baixa dosagem de antipsicóticos atípicos, terapia cognitivo-comportamental, orientação e apoio à família e orientação vocacional; o cuidado e organização de atividades sociais e ocupacionais têm a mesma importância que o tratamento de sintomas. Procura auxiliar o paciente a recuperar aspectos de sua vida que foram perturbados pela doença (CRAIG, 2005). Como tratamento intensivo mais longo, a maior frequência de atendimentos e de visitas domiciliares marca uma das diferenças em relação a outras equipes dos centros comunitários de saúde mental (CMHC) do país.

Em pesquisa de estudo comparativo entre pessoas com primeiro episódio atendidas em centros comunitários tradicionais, os resultados (CRAIG, 2004) apontaram que pacientes acompanhados pelo LEO estiveram duas vezes mais engajados em educação e emprego e tiveram relações mais satisfatórias com amigos e familiares. Apresentaram maior probabilidade de continuidade do tratamento, maior aderência à medicação e menor índice de readmissão em hospital.

Dentro dessa estrutura complexa de atendimento, incluindo a equipe de resolução de crise, unidade de internação e a equipe comunitária de intervenção precoce, é nesta última que se encontram os vínculos terapêuticos mais estáveis, a equipe acompanhando o paciente até três anos. Esse período de tempo também oferece maior condição de trabalho com a família e rede social. A abordagem cognitiva-comportamental é utilizada, e com a família e redes sociais prevalece o trabalho psicoeducacional.

d) Vivência no serviço e/ou considerações

Esse serviço é caracterizado pelo suporte de rede para pessoas de primeira crise, com centro especializado de internação, quando necessária, com equipe de intervenção em crise para situações agudas, e uma equipe comunitária que acompanha o usuário por mais tempo. Há um apoio contínuo e melhores condições de atendimento individualizado propiciado pela própria estrutura. Os vínculos terapêuticos são mais estáveis. Possui uma abordagem biopsicossocial, e tem influência da psiquiatria preventiva e comunitária de Caplan (1969), onde os atendimentos são feitos nos vários níveis, propiciando recursos para a família e usuário lidarem com as dificuldades, oferecendo orientação vocacional e apoio na escola e trabalho. Esses aspectos, no entanto, não estão integrados a um trabalho dos vínculos internos, adotando uma abordagem cognitiva-comportamental e psicoeducacional.

Outro serviço de intervenção precoce, na região de *East Kent* também foi visitado, o *East Kent Early Intervention in Psychosis Service* – e foram realizadas entrevistas com seus coordenadores, psicólogo e assistente social. Estava em fase de implementação, seguindo as diretrizes governamentais, e estabeleceu os seguintes objetivos: reduzir o estigma associado com a psicose; conscientizar profissionais e o público leigo dos sintomas psicóticos e da necessidade de avaliação precoce; reduzir o

tempo entre a eclosão da psicose e o seu tratamento e avaliação; desenvolver um engajamento significativo; promover recuperação e evitar suicídio; promover um serviço com base nas necessidades do indivíduo e em parceria com a rede primária de saúde, com serviços da rede educacional, assistência social e outros serviços locais; fazer um encaminhamento cuidadoso e efetivo ao final do tratamento.

Síntese sobre os serviços visitados na Inglaterra

Sendo um país em que o desenvolvimento de serviços comunitários é mais antigo, com mais de 40 anos, observa-se uma rede diversificada de serviços. A avaliação da rede de serviços realizada nos últimos anos tem apontado para uma lacuna à atenção à crise, havendo atualmente um grande estímulo à criação de intervenção em crise na comunidade e serviços de intervenção precoce nas psicoses, como promotores de melhor recuperação e formas de evitar hospitalizações, ainda tidas como iatrogênicas, apesar da extinção de grandes hospitais psiquiátricos.

No entanto naquele país, ainda há a predominância do modelo médico-biológico nas intervenções em crise, na rede mais usual de serviços públicos. Nas intervenções precoces nas psicoses, com equipe multiprofissional e atendimento continuado, o serviço se amplia para o psicossocial, mas com predominância do psicoeducacional em relação ao psicoterapêutico. Os resultados têm sido bem favoráveis na recuperação em curto prazo, mas diversas pesquisas, apontadas no capítulo 5, demonstram resultados polêmicos a longo prazo. Nesse serviço os vínculos terapêuticos são mais estáveis.

Uma grande marca no sistema inglês é a participação política de usuários no desenvolvimento, implementação e avaliação de serviços de saúde mental, uma forma importante de inclusão social.

A tradição das comunidades terapêuticas democráticas e de abordagem psicanalítica tem sido importante naquele país, desenvolvendo um trabalho psicossocial e atendendo uma parte polêmica de pacientes com distúrbio de personalidade. De acordo com o Dr. Anthony Hale, chefe do departamento de psiquiatria da Universidade de *Kent at Canterbury*, tem se observado uma proporção crescente dessas dificuldades, ao mesmo tempo em que tem sido detectada a importância da abordagem da comunidade terapêutica para essas pessoas, o que representa um tratamento dispendioso criando impasses em nível financeiro. Nas comunidades terapêuticas visitadas o número de técnicos excedia o número de pacientes, eram bem qualificados, e o tratamento tinha um tempo médio de três meses a um ano.

Com a filosofia de comunidade terapêutica, e como serviço dirigido especificamente à situação de crise, podemos realçar o *Arbours Crisis Centre* como exemplo de um trabalho psicossocial bem integrado, com intenso trabalho psicoterapêutico em nível, individual, grupal e social, centrado nos vínculos.

Quadro 19 – Serviços visitados em Londres e na região de *East Kent*/ Inglaterra

| Características | Serviços | | | |
|---------------------|--|--|---|---|
| | Intervenção em Crise na Comunidade | Intervenção Precoce nas Psicoses | Comunidade Terapêutica | |
| Tipo | East Kent Crisis Assessment and Treatment Team | Lambersh`s Early Onset Community Team (LEO) | The Cassell Hospital | The Arbour's Crisis Center |
| Nome | East Kent Crisis Assessment and Treatment Team | Lambersh`s Early Onset Community Team (LEO) | The Cassell Hospital | The Arbour's Crisis Center |
| Abordagem | médico/biológico e de apoio social. - Emergência psiquiátrica, | Biopsicossocial - Psiquiatria preventiva e comunitária | Psicossocial: psicodinâmica e sociodinâmica | Psicossocial: psicodinâmica e sociodinâmica. |
| Equipe | - Psiquiatra - Enfermeiro - Auxiliar - Assistente Social - Terapeuta Ocupacional | - Psiquiatra - Enfermeiro - Auxiliar - Assistente Social - Terapeuta Ocupacional - Psicólogo | - Psicanalista - Enf. Psicossocial - Auxiliares - Assistente Social - Professores - Estagiários - Voluntários | - Psicanalista - Residentes terapêuticos - Enfermeiro - Assist. Clínico - Terapeutas de arte e movimento - Estagiários |
| N.º Pacientes | +/- 25 | +/- X | +/- 30 (Até 50) | 6 |
| Tempo de tratamento | 3 a 6 semanas | 2 anos | 6 meses internação + 1 a 2 anos de tratamento externo | +/- 1 semana a 6 meses ou 1 ano. |
| Atividade | - Visita domiciliar (até 3x ao dia se necessário) - Avaliação - Medicação - Orientação - Apoio - Encaminhamento | - Visita domiciliar - Psicoterapia cognitiva e comportamental - Atendimento à família psicoeducacional - Orientação vocacional - Trabalho de Rede Social | - Psicoterapia de Grupo - Psicoterapia individual - Psicoterapia de família - Reunião de grupos - Socioterapia | - Psicoterapia intensiva - Reunião de grupos - Terapia familiar - Terapia em arte e movimento - Socioterapia |

Serviços visitados na Bélgica

Hospital da Universidade Católica de Louvain – *Cliniques Universitaires St. Luc*

O hospital universitário *St. Luc*, da Universidade Católica de *Louvain* é um grande hospital geral com 800 leitos. Possui vários serviços de saúde mental, como unidade de internação para adultos, adolescentes, um centro de crise na emergência, ambulatório de adulto e infanto-juvenil, um centro psicopedagógico e um setor de psiquiatria de laços que serve às outras unidades do hospital. No ano de 2005 tinha na sua equipe 30 psiquiatras e 50 psicólogos. A visita e entrevista com profissionais de serviços como Psiquiatria de Laços, onde participei como observadora de um atendimento a uma família foi importante para compreender melhor o contexto dos atendimentos naquele hospital. No entanto, vou me ater a descrever as unidades que recebem pessoas em crise.

Centro de Crise da Universidade Católica de Louvain – *Unité de crise et d'urgences psychiatriques*

a) Tipo de serviço e objetivos

Este funciona no setor de emergência do hospital. Foi criado em 1993 por Michel D'Clark. A sua implementação teve como objetivo oferecer um serviço diferenciado para pessoas em crise, diverso do atendimento apenas medicamentoso. Procura propiciar meios para que a pessoa possa dar sentido a sua crise e aos seus sintomas. Há a situação de emergência que não esgota a crise, esta sendo vista como uma situação complexa, relacionada a eventos da vida e posição da pessoa nas suas relações. A forma de tratar a crise, de evitar a cronificação e estigma decorrente está então diretamente relacionada ao encontro de sentido para esse momento. Todos os procedimentos devem se guiar por este princípio.

b) Estrutura e equipe

O serviço recebe demanda espontânea ou encaminhamentos das outras unidades do hospital. Recebe pacientes psicóticos, neuróticos graves, com distúrbios psicossomáticos, pós-traumáticos, transtornos alimentares e crises de ansiedade. Funciona de 8 as 18 horas e com alguns leitos no hospital, que ficam a cargo durante a noite dos psiquiatras residentes, há ainda salas para atendimento. A equipe é formada por 3 psiquiatras, 3 psiquiatras residentes, 6 enfermeiras, 3 estudantes estagiários, sendo um de psicologia, um de psiquiatria e um de enfermagem, duas psicólogas em meio expediente e uma assistente social. Os psiquiatras têm formação em psicanálise e terapia familiar sistêmica, e enfermeiras, psicólogos e assistente social têm formação em terapia familiar sistêmica.

O atendimento é diurno e vai de alguns dias até três meses. Os pacientes podem permanecer por duas noites se precisar e ficam sob os cuidados dos psiquiatras residentes. Em casos mais graves, depois desse período, são encaminhados para internação na unidade psiquiátrica desse hospital, de outros hospitais gerais ou hospitais psiquiátricos. Caso contrário, permanecem com consultas individuais, em grupo, familiar, atividades grupais e a passagem para outros serviços comunitários e ambulatoriais é gradual.

Em caso de quadros psicossomáticos o médico clínico comparece ao Centro de Crise para explicar tanto à equipe como ao paciente sobre os motivos do encaminhamento realizado. Há uma boa integração de rede com outros serviços do hospital ou de outras instituições. Para pacientes tratados em outros locais são realizados contatos com estes outros profissionais e centros de origem. A rede social do paciente também é incluída

c) Procedimento terapêutico

A pessoa ao comparecer ao Centro de Crise é atendida por uma dupla de profissionais, independentemente da categoria, enquanto outros se encarregam de fazer

contato por telefone para os centros que originaram o encaminhamento. Ao longo do tratamento, a rede de serviços e a rede social são mobilizadas, e convidados os familiares, amigos ou outros vínculos significativos para participação em atendimentos. A equipe tem caráter interdisciplinar, coerente com a visão complexa da crise e ao paciente e família é oferecido um processo psicoterapêutico.

No caso da primeira crise, quando foi estabelecido um bom vínculo, este atendimento pode permanecer por mais tempo, até quando a pessoa precisar. Isso mostra o caráter personalizado do tratamento. O tamanho da equipe, com 15 profissionais de nível superior e mais três estagiários, permite essa forma de atendimento intensiva ao paciente e extensiva à sua rede de serviços e social. O número de pacientes que procuram o centro diariamente varia de um a dois até sete pacientes em média; a equipe também faz o acompanhamento dos que estão sob a sua responsabilidade, atividades de grupo no Centro e nas terapias individual e familiar, mantendo-se o contato com a rede social e de serviços.

Há um quarto reservado onde pacientes agressivos podem ficar sozinhos por algum tempo. Não há contenção mecânica, e se este tipo de intervenção torna-se necessária, usa-se a técnica do “grupo dos oito”, em que no mínimo oito técnicos ficam ao redor do paciente enquanto há uma negociação com o mesmo. Tive a oportunidade de presenciar essa técnica utilizada em relação a um paciente para negociação e preparação de sua transferência para um outro hospital.

d) Vivência no serviço e/ou considerações

A observação participante durante uma tarde neste serviço, onde, entre outras coisas, acompanhei o atendimento a uma família, com filha adulta jovem em crise, permitiu-me apreender o trabalho articulado de equipe e da equipe com a rede social e de serviços. Após primeiro atendimento contatos imediatos com outros serviços eram feitos e

com sucesso, melhorando o nível de informações importantes para estabelecer o plano terapêutico. De forma explícita, a equipe procurava, com o paciente e o seu grupo social, o sentido da crise naquele momento de vida da pessoa, e isto se caracteriza como o objetivo principal da equipe. As intervenções e os cuidados oferecidos devem ser coerentes com estes significados. E a formação da equipe mostra-se coerente com os objetivos, tendo os psiquiatras formação em psicanálise e demais profissionais em terapia familiar sistêmica, como mencionado anteriormente.

Unidade de psiquiatria com internação para adultos da Universidade Católica de Louvain – *Unité d'hospitalisation adulte*

a) Tipo de serviço e objetivos

É uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral e atende adultos a partir de 18 anos, eventualmente jovens de 16-17 anos. Recebe pessoas com transtornos de álcool e drogas, quadros psicóticos no primeiro surto, transtornos alimentares, depressões, quadros com co-morbidade. Caracteriza-se como unidade de primeiras internações, em que são tomados cuidados especiais, evitando internação em hospital psiquiátrico. Recebe encaminhamentos da unidade de crise e tem ligação com as outras unidades do hospital.

b) Estrutura e equipe

A unidade possui 20 leitos ao todo, com tempo de internação entre três semanas a um ou dois meses. A equipe é composta de dois psicólogos com formação em psicanálise, meio período cada um e dois estagiários de psicologia; dois psiquiatras em meio período, que além dos atendimentos e participação de reuniões cumprem plantão em casa, isto é, ficam alcançáveis e residentes de psiquiatria; quinze enfermeiras (3-4 pela manhã, 3 à tarde e 2 à noite) dois assistentes sociais meio período e um terapeuta responsável por organizar atividades e eventos. Há atividades sistemáticas e não

sistemáticas, atelier de pintura, reunião comunitária com todos os pacientes uma vez por semana e um passeio todos os dias. Esse técnico que organiza atividades é proveniente do teatro, mas adere à abordagem psicanalítica da unidade. Ao psicólogo cabe acompanhar os pacientes, realizar terapias individuais e participar de reuniões de equipe. Há duas reuniões clínicas por semana com a presença de enfermeiros. É realizado um seminário uma vez por mês.

c) Procedimento terapêutico

O tempo de internação vai de três semanas a dois meses. Tratando-se de primeira internação há cuidados extras, trabalho terapêutico com a família, acompanhamento após internação, transferência assim que for possível para hospitais-dia e hospitais-noite, e para apartamentos supervisionados. Quando paciente de primeiro surto, atenção especial ao vínculo terapêutico é oferecido, e ao sair da internação o paciente pode continuar em terapia com o mesmo psicanalista enquanto precisar, por cerca de dois anos.

O plano terapêutico é desenvolvido de acordo com a abordagem psicanalítica. Os psicoterapeutas oferecem um trabalho intensivo para quadros com manifestações psicóticas, podendo oferecer vários atendimentos no dia. No paciente com delírios é importante trabalhar os laços presentes no delírio e os fora do delírio. O terapeuta auxilia o paciente a elaborar sua situação de internação em termos de singularidade e temporalidade, nas diferentes fases do tratamento. São trabalhados a recusa ao tratamento, as situações particulares, as identificações, os projetos para o futuro e a recuperação de suas decisões. Nessa fase, mesmo que o paciente queira sair antes do tempo decidido pela equipe, ele é autorizado a sair. E este suporte para a decisão do próprio paciente fortalece os laços, além do que o paciente deve ser levado a sentir o hospital como suporte, e pode voltar se precisar.

Há um contrato terapêutico com base na credibilidade e regras de não-violência. Havendo manipulações alcoólicas ou sérios distúrbios do comportamento a internação chega ao fim, sendo contatada a família e o médico de família. Na unidade é respeitada a vontade própria e observado o risco para terceiros.

d) Vivência no serviço e/ou considerações

Ficou realçada nesta unidade de internação a importância dada aos vínculos terapêuticos, e ao trabalho de uma psicologia profunda, no caso a psicanálise, enfatizando-se o processo psicoterapêutico. O pequeno número de pacientes por técnico e por psicanalista possibilita este tipo de trabalho. Tinha também importância as atividades expressivas, reunião do grupo, e atividades externas, de passeios ou de preparação para alta, em que procedia-se ao contato com a rede de serviços e rede social.

Departamento de adolescentes da Universidade Católica de *Louvain*

a) Tipo de serviço e objetivos

O departamento de adolescentes do hospital destina-se a jovens entre 14 e 20 anos e possui uma unidade de internação, um centro pedagógico e um ambulatório. Fundamenta-se na abordagem psicanalítica. As três unidades fazem um trabalho compartilhado com reuniões clínicas conjuntas.

b) Estrutura, equipe e procedimentos terapêuticos

A unidade de internação possui 12 leitos. Os adolescentes internados têm uma participação ativa no dia-a-dia da unidade, desenvolvem várias atividades onde o fazer junto é importante, como a programação das atividades e a tomada de decisão. São estimulados a assumir uma vida comunitária, com atividades rotineiras como fazer

compras, cozinhar e a construir intercâmbios com os demais. Possui equipe interdisciplinar.

O centro pedagógico foi criado em 1993 – contra a psiquiatria tradicional – o tratamento apenas médico e contra o diagnóstico, evitando a “etiqueta” que impossibilita a mudança; contra a visão de estrutura da personalidade como determinante da problemática vivida. As relações, a família e situações contextuais devem ser consideradas. Na adolescência, e na manifestação psicótica dessa fase, as questões de identidade e do saber são fundamentais. O centro tem como objetivo cuidar do adolescente na primeira crise psicótica, e considera importante suspender a medicação e o diagnóstico, voltando-se para a questão existencial do adolescente, que deve ser o foco, assim como a recriação de suas relações. A equipe conta com uma psicóloga, professor e educador, assistente social e pessoas do teatro.

Na abordagem terapêutica do centro a busca de identidade e o aprender estão relacionados, e desenvolvem um trabalho psicanalítico de “escritura”. Essa técnica oferece um continente para os processos psicológicos, para o desenvolvimento de um projeto, para a inscrição do eu.

No ambulatório o trabalho é realizado com o adolescente e a família. A crise da adolescência é vista como um evento que tem muitos significados e pode tomar várias direções e diferentes formas como o episódio psicótico, a delinquência, entre outros. Deve-se evitar o diagnóstico, pois no rótulo perde-se o sentido do que está acontecendo. O trabalho terapêutico consiste em buscar os elementos significativos do comportamento ou das atitudes. A crise do adolescente traz, recorda e aponta questões para a família e para o meio em que o adolescente vive. É mais que um problema pessoal. A crise é vista como

um momento particular, ao mesmo tempo que representa um perigo também mostra-se como uma porta de entrada para o tratamento por meio dos elementos significativos.

c) Vivencia no serviço e/ou considerações

O contato e a entrevista com profissionais do centro de adolescentes mostrou uma abordagem semelhante que os outros serviços deste hospital, com abordagem psicanalítica, terapia familiar sistêmica, e estrutura em termos de formação e número de profissionais compatíveis para um trabalho mais personalizado. Há uma preocupação explícita com o sentido da crise no contexto familiar e social.

Centro de emergências e de crises do Centro Hospitalar da Universidade Livre de Bruxelas – *Centre d'urgence et de crise du CHU Brugman – Bruxelles*

a) Tipo de serviço e objetivos

Este Centro está caracterizado como uma unidade de internação de psiquiatria em hospital geral, com permanência de 3 a 4 semanas, e dividido em duas partes, com 20 leitos para adultos e 10 leitos para adolescentes, com faixa etária de 14 a 22 anos. Caracteriza-se como unidade para pacientes com tratamentos anteriores psiquiátricos e quadros mais persistentes.

b) Estrutura e equipe

A equipe da unidade de adultos é formada por um psiquiatra, um residente psiquiatra, uma psicóloga e duas estagiárias de psicologia, duas assistentes sociais, sendo uma delas meio período. A equipe da unidade de adolescentes é formada por psiquiatra e residente, três psicólogas com meio período e três estagiárias, e uma assistente social meio período. Cinco a quatro enfermeiras completam as duas equipes durante o dia e duas à noite. Há reuniões diárias de equipe por 15 a 30 minutos.

c) Procedimento terapêutico

Na unidade de adultos é adotado o modelo cognitivo-comportamental. São oferecidas muitas atividades em grupo como grupos de habilidades sociais, grupo de informação, grupo de energia – alimentação e educação física – e grupo de conversação. Trabalha-se a percepção da doença, tida como vulnerabilidade ao stress e como uma disfunção cognitiva. O tempo de internação é de no máximo três semanas, de acordo com determinação do governo, é sentida pela equipe como insuficiente para um trabalho de reabilitação. Os pacientes são encaminhados para hospitais-dia, hospitais-noite, sendo também indicado um trabalho de enfermagem por equipes comunitárias, que conta também com a ajuda de voluntários. A abordagem psicoeducacional é utilizada com as famílias, com informação sobre o adoecimento e desenvolvimento de habilidades sobre como lidar com a situação. Na unidade de adolescentes é utilizada a abordagem sistêmico-analítica.

Neste hospital geral também há um Centro de Crise para situações de risco como tentativa de suicídio e quadros depressivos. Pacientes de primeira crise não são encaminhados para o referido hospital, havendo uma indicação de tratamento domiciliar, e normalmente ficam com os profissionais do primeiro atendimento, sendo a questão vincular levada em conta.

d) Vivência no serviço e/ou considerações

Como nos outros serviços, a qualidade de atendimento em termos de formação da equipe ficou evidente. O número de psicólogos e/ou psicoterapeutas maior que o de psiquiatras são um indicativo de um modelo que se afasta do médico-biológico para um biopsicossocial mais articulado.

Síntese e considerações sobre os serviços visitados em Bruxelas

As observações e coleta de dados apontam para um sistema de saúde mental que já alcançou além da fase de implementação de serviços substitutivos ao grande hospital psiquiátrico a fase de diversificação de serviço, e nos serviços um cuidado especial com os vínculos terapêuticos. Em Bruxelas há cerca de dois hospitais psiquiátricos, quatro unidades de psiquiatria em hospitais gerais, a unidade de internação no hospital universitário de *Louvain* e centros de crise em hospitais gerais, com regime diurno e poucos dias de internação, se necessário. Há também hospitais-dia, hospitais-noite, centros-dia, comunidades terapêuticas tipo residência, apartamentos supervisionados e ambulatórios.

Há uma diferenciação na estrutura das equipes na medida em que as diversas categorias, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos têm formação em psicoterapia. Nos serviços visitados houve prevalência da abordagem psicanalítica e sistêmica. Observou-se um amplo desenvolvimento de trabalho terapêutico com as famílias e integração com a rede de serviços. Foi também encontrado além de psiquiatras, um número elevado de psicólogos/psicoterapeutas, o que denota um espaço importante para aspectos psicológicos e relacionais, diferente de Brasília, com ausência de psicólogos em serviços de crise. O trabalho do psicólogo na psiquiatria de laços também é bem desenvolvido, havendo na unidade de terapia intensiva um importante trabalho com pacientes e familiares. Em unidade de internação o psiquiatra pode permanecer de plantão de forma alcançável.

A diversificação de serviços também é feita em relação às primeiras crises. Foi realizada entrevista com sete profissionais de diferentes serviços, incluindo os de primeira crise, os de quadros recorrentes e para quadros severos e persistentes. A resposta foi

unânime sobre o procedimento em caso de primeira crise do tipo psicótica: há cuidados especiais, não há encaminhamento para hospital psiquiátrico, evita-se e torna-se breve a internação se necessária, há preferência para atendimento domiciliar; os primeiros vínculos terapêuticos são preservados, e se necessário o atendimento psicoterapêutico pelo mesmo profissional é mantido mesmo para pacientes em alta do serviço. Entende-se assim que o cuidado desenvolvido em serviços de intervenção precoce nas psicoses é uma prática usual difundida no sistema de saúde mental de Bruxelas, sem que haja um serviço especializado e separado para essa finalidade.

Quadro 20 – Serviços visitados em Bruxelas/Bélgica

| Características | Serviços | | | | |
|----------------------------|---|---|---|--|---|
| Tipo | Unidade de crise e de urgência | Internação hospitalar | | Departamento de Adolescentes (Clinique Universitaires St. Luc) | |
| Nome | Clinique Universitaires St. Luc | Clinique Universitaires St. Luc | CHU Brugman | Ambulatório - | Centro Pedagógico L'entrelieus |
| Abordagem | Biopsicossocial integrado Psicanlítica e sistêmica. Importância do sentido da crise | Biopsicossocial integrada Psicanalítica e sistêmica Internação para primeiras crises | Biopsicossocial de integrada Adultos -Cognitivo comportamental Adolescentes-psicanalítica Internação para crises recorrentes | Psicossocial Psicanalítica e sistêmica Crise da adolescência como evento | Psico-pedagógica e psicanalítica Psicose com problema da identificação e do saber. |
| Equipe | - Psiquiatra - Enfermeiro - Assistente Social - Psicólogo - Estagiários | - Psiquiatra - Enfermeiro - Assistente Social - Psicanalista - Terapeuta em artes - Estagiários | - Psiquiatra - Enfermeiro - Assistente Social - Psicólogo e psicanalista - Estagiários | - Psicanalistas - Psicólogos / Psicoterapeutas - Terapeutas de família | - Psicólogo/psicanalista - Educador/psicanalista - técnico de teatro - assistente social |
| Nº Pacientes | de três a sete primeiras consultas por dia | 20 | 20 adultos 10 adolescentes | | |
| Tempo de tratamento | Dias a três meses | Um a dois meses | Um a três meses | | |
| Atividade | Psicoterapia individual, Terapia de grupo Terapia familiar Trabalho com a rede social | Psicoterapia individual Reunião de grupo Atividades expressivas Teatro Organização de eventos e saídas externas | Psicoterapia individual Grupos terapêuticos Grupos de: -Conversação, -Informação, -Habilidades sociais -Alimentação -Educação física | Psicoterapia individual Terapia familiar Terapia de grupo | Criação de texto Atividades psicopedagógicas de expressão e criação. Teatro |

CAPÍTULO 3 – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Esta tese teve como objetivo entender os sentidos dos vínculos tanto na construção do sofrimento psíquico como no seu tratamento e cuidados, diante da evidência de que a assistência em saúde mental tem mostrado um salto qualitativo quando não centrados na doença, e apenas no indivíduo, mas na interação, acolhimento, desenvolvimento de papéis sociais e políticos, e ampliação da rede social.

Os autores pesquisados na primeira parte nos deram subsídios para um aprofundamento teórico dos sentidos dos vínculos no processo de individuação e na visão do sofrimento psíquico como decorrente do sofrimento vincular. Assim, a relação entre vínculo e sofrimento psíquico grave foi entendida a partir do pressuposto que nos constituímos enquanto pessoa e formamos nossa identidade por meio do outro, dos nossos vínculos, sendo o adoecimento psíquico grave uma questão de perda dos contornos do eu e o surto psicótico uma ameaça de ruptura na sensação de existir, explicitado por Winnicott (1945). Buber (1979) afirmava que o Eu se revela na presença do Tu, e Fonseca (1980), com base na teoria moreniana, aponta o Encontro como uma vivência momentânea de união, havendo em seguida um fortalecimento de cada um na sua própria identidade. Com essas bases entendemos que o surto psicótico, o sofrimento psíquico grave advém da ausência de um *Tu*, de uma relação ou, melhor explicitando, de relações que não confirmam, que não reconhecem e que não permitem a expressão do Eu.

Winnicott (1955) apontou que a psicose está relacionada a déficits nas primeiras relações mãe-bebê, que podem ser reparados por meio de um meio ambiente facilitador, por meio de novas relações que promovam o encontro e desenvolvimento do verdadeiro self. Pichon-Rivière (1988a) criticou a concepção organicista da etiologia da doença

mental, defendendo a lógica dialética e a noção de conflito, indicando que a terapêutica deve se voltar para o vínculo em espiral, e não linear, resolvendo as contradições entre as diferentes partes do sujeito, e entendendo o vínculo na sua dimensão tanto psicológica como social. Moreno (1975,1993) propôs o tratamento da doença mental por meio da terapia dos vínculos, considerando na noção de vínculo as diferentes relações do indivíduo com o outro, com a família, o grupo e a sociedade.

As teorias de família mostram as várias formas de funcionamento, dinâmicas e estruturas inconscientes e transmissões psíquicas intergeracionais que podem impedir o desenvolvimento do indivíduo e seu processo de diferenciação. As ciências sociais fazem a relação entre saúde mental e grupo social com base na integração e coesão social, existência de redes sociais suportivas, que favoreçam a identidade social e o reconhecimento por parte do grupo. Como apontou Mogueillansky (1999) hoje o sujeito é visto como constituído não só por identificações da infância, mas por seu pertencimento ao grupo familiar e social, num processo contínuo.

O nosso objetivo principal foi analisar como essa complexidade vincular vai tomando forma em situações que antecedem, e que se seguem a uma crise psíquica. Foi observada a complexidade da configuração vincular das três pessoas atendidas em processo terapêutico, que viviam intenso sofrimento psíquico. Foram identificados os seus vínculos sociais, familiares e terapêuticos, observando-se uma múltipla interação entre os mesmos, o que pode ser explicado pelo princípio de causalidade recursiva do pensamento sistêmico (VASCONCELLOS, 2002). Observamos também que ao mesmo tempo em que o sofrimento vincular torna-se um gerador de crise psíquica, pode trazer novas

dificuldades nos vínculos, confirmando a perspectiva dialética de Pichon-Rivière (1988a) em que há uma constante interação entre vínculos internos e externos.

Os indivíduos em sofrimento psíquico, aqui analisados, mostraram que na sua configuração vincular podiam ser encontradas diferentes formas de relação entre os vínculos e seu sofrimento psíquico, sendo alguns adoecedores, ou mantenedores de mudança e outros com potencial terapêutico. Pôde ser assim detectado os vínculos mais comprometedores para a sensação de existir, preservação da identidade do Eu, e desempenho e desenvolvimento dos papéis, fatores inerentes à saúde mental.

A crise de Cristina, por exemplo, foi relacionada ao sofrimento advindo dos vínculos sociais, do sentimento de não pertencimento, da falta de apoio da rede social, o que remeteu a toda uma história passada de desamparo, abuso e exploração do trabalho doméstico pela mãe, refletidos nos seus vínculos internos. Essa situação por sua vez provocou uma desestruturação nos subsistemas da família atual, marido assumindo a função paterna em relação à esposa, e a filha iniciando o fenômeno de parentalização, havendo uma repetição transgeracional. Esta complexidade da interação entre os fatores se acentua, com a necessidade do marido repetir os padrões familiares da família de origem. A terapêutica voltada para os vínculos, na sua intercessão entre mundo interno, vínculos familiares e sociais instigou a família a rever sua interação com o mundo circundante, e decidir pela mudança de lugar de moradia, e estabelecimento de uma rede social com interações mais próximas, como resgate da saúde. Isso teve como resultado mudanças positivas, reestruturando as fronteiras do sistema familiar. Possibilitou a Cristina um retorno à interação com o outro, por meio do desempenho e desenvolvimento de papéis, saindo da solidão psicótica, em que a relação concentra-se nos vínculos internos e imaginários, utilizando o conceito de adoecimento psíquico moreniano.

Nos outros sujeitos analisados, observamos um ponto crítico mais forte na sua relação familiar, seja por meio de transmissões inconscientes e delegações, na história de Felipe, p. ex, como em relações fusionais na história de Simone. Nas três pessoas acompanhadas observamos os pontos críticos em constante interação com outras dimensões relacionais e intrapsíquicas. Nesse ponto foi importante a conceituação dos diferentes espaços mentais para os diferentes vínculos de Berenstein & Puget (1997), seja o mundo intrasubjetivo, das relações do mundo interno, seja para o mundo intersubjetivo ou trans-subjetivo, onde se encontram os vínculos familiares, os vínculos sociais mais próximos e do macro contexto, e o sentimento de pertença. Foi importante também a sua indicação de que, embora haja uma relação entre esses diferentes espaços, é vital detectar qual o espaço mais diretamente relacionado com o sofrimento trazido, sob o risco de um processo terapêutico interminável.

Nas três situações apresentadas foi também possível identificar os pontos de mudança. Se no caso de Cristina, a mudança se deu de forma mais direta no âmbito das relações sociais, onde pudemos localizar o principal ponto crítico, na história de Felipe e Simone as mudanças em relação ao ponto crítico se deram de forma mais indireta. Em Simone a diminuição da relação fusional mãe-filha foi auxiliada pela maior proximidade da relação com o pai, por um vínculo amoroso estável, e pelo vínculo terapêutico. Em seguida, o maior afastamento da família e nova relação amorosa estável com vida em comum propiciaram o desenvolvimento de papéis diferenciados, e novas formas de interação, favorecendo a diferenciação do self e fortalecendo a construção de identidade. Na história de Felipe, seu conflito ante a delegação paterna de distinções e sucessos, e uma auto-imagem de criança frágil proveniente de situações infantis e proteção materna, foi aliviado por meio de outras relações de seu mundo social, da escola, amigos, vínculos

amorosos e terapêuticos, que confirmaram e legitimaram sua identidade, fator importante para seu desenvolvimento psicossocial, lembrando Erikson (1959).

Isso demonstrou a importância de acompanharmos o movimento da configuração vincular em indivíduos em situação de crise psíquica, identificando os vínculos com potencial de mudança como parte do processo terapêutico, lembrando que a noção de crise traz a idéia de perigo e de oportunidade. O perigo se encontra na perda da identidade, ou do verdadeiro self, na aceção de Winnicott (1954), e na formação de mecanismos primitivos para fugir da sensação de não existência, de aniquilamento, o que forma a psicose. A oportunidade se encontra no próprio desvelamento da problemática ou do núcleo regredido, das relações fusionais, que impedem o desenvolvimento psicossocial ou levam a identificações superficiais, e uma vida falsa. A noção de regressão como processo de cura de Winnicott (1954) é muito importante para identificar as oportunidades e pedidos de mudança trazidos pela crise. E esse pedido de mudança não se centra apenas no indivíduo, no seu núcleo de desenvolvimento mais regredido, ou na doença como comumente são denominados os transtornos psíquicos, mas, e principalmente no pedido de novas relações por meio das quais o indivíduo possa retomar o seu crescimento. Dessa forma, o terapeuta deve estar atento aos vínculos com potencial de mudança, reforçando-os e utilizando-os como recurso terapêutico, em terapias de família, de grupo, da rede social pessoal, e por meio da relação terapêutica de confiança e confirmação.

O adoecimento psíquico tem sido associado à idéia de incapacidade. No entanto Winnicott (1954) nos traz uma valiosa diferenciação entre doença e regressão. Enquanto a doença representa o estabelecimento de defesas rígidas e primitivas diante da sensação de aniquilamento do self, a regressão representa o descongelamento de vivências deficitárias na relação com o outro, impeditivas do processo maturacional. Esse descongelamento traz

implícita a esperança de um meio ambiente favorável para a construção da identidade, e o encontro do verdadeiro self. Sob esse prisma a regressão pode ser vista como um movimento de busca de integração, por meio da ação do impulso inato para o crescimento. Nesse sentido pode ser entendido como um ato espontâneo, que pode se tornar criativo por meio da presença facilitadora do outro.

Em caso de paciente em estado psicótico, o terapeuta deve oferecer uma adaptação suficientemente boa para as suas necessidades, facilitando o processo de constituição do eu, o que difere do trabalho com os conteúdos (Winnicott, 1957). Moreno (1975) também indicou que o trabalho terapêutico deve seguir as fases da matriz da identidade, sob o risco de prejudicar o paciente se você utiliza técnicas para as quais ainda não há suficiente diferenciação do self.

Durante os atendimentos descritos foram identificadas essas diferenças na condução terapêutica, principalmente em momentos de crise, quando foi percebida a importância de estar disponível nos momentos de pedido de ajuda mesmo fora do tempo pré-estabelecido. Essa disponibilidade do terapeuta marcou uma diferença na condução do tratamento de forma geral. O atendimento domiciliar imediato a uma nova crise no caso de Cristina por ex. evitou uma reinternação, em hospital com ambiente adverso, já tendo a experiência prévia se somado a outras situações traumáticas na vida de Cristina. O acompanhamento à Emergência Psiquiátrica com Simone e seus familiares, o apoio oferecido e a troca de informações com o psiquiatra também foram importantes para a tomada de decisão de não internação, não só dando tranquilidade aos familiares, e possibilitando o nascimento de novos projetos de vida, não centrados apenas no tratamento da doença, mas na busca de uma vida de maior autonomia naquela fase de vida.

O que ficou claro aqui é que não é necessariamente a prevenção de uma crise que é importante, mas como ela vai ser conduzida e tratada pela família e seus terapeutas. Como foi dito anteriormente, a crise tem um aspecto de oportunidade, e representa uma busca de mudança. Se o indivíduo em acompanhamento terapêutico entra em nova crise isso representa que mudanças ainda são requeridas no mundo relacional e no processo de individuação para os quais não há ainda outros recursos pessoais e relacionais mais diferenciados. Observamos nos três indivíduos analisados, que apresentaram uma série de duas a três crises, que após cada uma delas eles saíram de uma forma mais fortalecida que na precedente. Atribuímos o fato ao processo anterior de acompanhamento e vivência terapêutica, que possibilitaram o aumento dos recursos internos em direção à integração e relação com o verdadeiro self, e capacidade de maior diferenciação na relação dialógica eu-tu, onde está incluído a relação consigo mesmo, com a família, grupo social e cultura. O trabalho terapêutico com a família, sistemático ou eventual, foi também importante para a mudança de atitude no acolhimento à crise. Esse dado traz indicadores diversos daqueles das pesquisas sobre o curso da doença que utilizam as reincidências de estados agudos ou crises necessariamente como piora na evolução do adoecimento.

Nesse sentido o como a crise psicótica é acolhida é fundamental. Winnicott (1954) afirmou que o ambiente favorável pode ser encontrado no mundo social, por meio de amizades, cuidados físicos, poesias, o que explica as remissões espontâneas. Palazzoli et al. (1998) indicaram que as curas espontâneas podem ser explicadas quando a crise provoca a modificação e extinção dos jogos psicóticos da família, enquanto a manutenção de tais jogos leva à cronificação da psicose. As pesquisas transculturais apontadas por Jablensky *et al.* (1992) mostram a relação entre evolução e curso da doença e cultura. Ainda hoje os resultados dessa pesquisa são intrigantes, apontando maior recuperação da

esquizofrenia em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos. Enquanto estes possuem maior número de serviços de saúde mental especializado e mais pessoas fazem uso de medicação, aqueles possuem um ambiente sócio-cultural de maior tolerância à expressão do sofrimento psíquico e ao *diferente*, e redes sociais mais estáveis, o que chama à atenção para os vínculos sociais e familiares. Esta relação com a cultura tem sido apontada como as razões da diferença, embora novas pesquisas de igual extensão estejam em andamento para maior explicitação do fato.

Todas essas questões levantadas, a importância da crise como oportunidade de mudança, a forma de acolhimento à crise, da posição dos vínculos na configuração vincular como adoeçedores ou facilitadores de mudança nos leva a reflexão dessa realidade nos serviços de saúde mental.

Nos serviços visitados encontramos diferentes formas de lidar com a crise, desde com a predominância do modelo biomédico, até serviços onde a primazia é da vida relacional. Na reforma psiquiátrica, de acordo com avaliação de diversos países, os serviços de crise ainda representam um desafio em termos de transformação mais extensamente implementada, comparando-se aos serviços diversificados e comunitários já bem difundidos. Enquanto estes já se aproximam do modelo psicossocial, os serviços de crise ainda mantêm, na sua maioria, a abordagem apenas da psiquiatria biológica, deixando lacunas nos sistemas de saúde mental, que ainda lutam para diminuição dos índices de reinternação e do fenômeno de porta giratória.

As pesquisas realizadas nessa tese mostram que nas transformações dos serviços de saúde mental, ao lado dos serviços comunitários de reabilitação social, é imprescindível o desenvolvimento de novas formas de acolhimento e cuidados com a crise, sendo a crise um momento mais propício para mudanças mais profundas na recuperação do

adoecimento psíquico. Neste sentido foi fundamental a visita a serviços de crise diferenciados pela sua abordagem psicossocial, em que é valorizado o sentido da crise em relação aos vínculos e ao contexto social.

O governo inglês, em busca de melhores resultados na recuperação em saúde mental, tem optado por formar serviços de crise específicos, seja para múltiplos episódios psicóticos ou para o primeiro episódio. No primeiro caso, os serviços têm a forma de emergência psiquiátrica na comunidade, de curta duração, e com apoio e valorização de questões sociais como desencadeantes. No segundo caso o tratamento é mais complexo, oferecendo também vínculos terapêuticos mais estáveis. Como serviços recentes os resultados são precoces e ainda mostram-se polêmicos. Uma das críticas é a manutenção do modelo biopsicossocial, com ênfase ainda na medicação, sendo centrado na remissão de sintomas e na abordagem psicoeducacional, em que a doença não sai do centro do tratamento, tendo como referência a Psiquiatria Preventiva e Comunitária de Caplan. Lembramos que nessa tese, utilizamos a distinção entre este modelo biopsicossocial e o modelo psicossocial em que os aspectos biológicos também são vistos, mas o foco centra-se no sofrimento humano como um fenômeno existencial, onde os sintomas ganham significado tanto na vida pessoal como relacional.

Na Inglaterra também foram visitadas as comunidades terapêuticas, que se diferenciam pelo seu enfoque psicossocial, centrado nas relações. Aquelas surgidas no período pós-guerra, com Main e Maxwell Jones, mantêm sua importância no sistema como um todo, e têm ampliado sua intervenção no grupo e na socioterapia dentro da instituição, para o acompanhamento externo, num segundo momento. As pequenas comunidades, ou casas, surgidas a partir de experiência de grupos que lideravam o movimento da *antipsiquiatria*, também mantêm sua importância no sistema. Alguns dos

serviços, de ambos os estilos, são considerados de excelência pelo governo, para onde são encaminhadas pessoas sem resultados em outros serviços da rede, sendo um deles um centro de crise, o *Arbours Crisis Centre*.

Enquanto observamos que no Brasil, especificamente em Brasília a preocupação maior refere-se à expansão e implementação de serviços comunitários, na Inglaterra, a preocupação referia-se ao desenvolvimento de serviços mais especializados preenchendo as lacunas, principalmente com serviços de crise, cuidados com pessoas acometidas de distúrbios severos e persistentes e distúrbio de personalidade. No Brasil os serviços de crise também representam uma lacuna e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPSs, em sua maioria ainda não se organizaram para atendimento à crise como previsto, com algumas exceções que têm dado bom exemplo de atendimento à crise na comunidade, por serviços territorializados, e com acompanhamento de equipe de referência do usuário, em que há estabilidade de vínculos.

Em Bruxelas, nos serviços visitados, houve uma predominância do modelo psicossocial, em que a noção e a importância dos vínculos estão incorporadas nos atendimentos, inclusive nos serviços de crise. Observamos um cuidado especial e explícito com o sentido da crise em relação ao contexto social, familiar e ao ciclo de vida das pessoas atendidas. A primeira crise tem atenção diferenciada nos serviços de modo geral, dando-se importância à manutenção do vínculo terapêutico, e ao atendimento em serviços comunitários.

Observamos a partir nos serviços de crise visitados, os com predominância biomédica possuíam uma equipe formada prioritariamente por psiquiatra e equipe de enfermagem. Os de abordagem psicossocial apresentaram um número elevado de profissionais por paciente, de nível superior, e com elevado número de psicoterapeutas, ou

terapeutas de família, provenientes de formações acadêmicas diferenciadas, como psiquiatria, psicologia, enfermagem, serviço social e pedagogia, o que permitia cuidados que abrangem a complexidade vincular. As intervenções incluíam o trabalho psicodinâmico com o indivíduo, com o grupo, terapia familiar e de rede social.

Os atendimentos a pessoas em crise realizados na nossa pesquisa mostraram a importância do trabalho com os vínculos, com o significado dos sintomas na vida pessoal e relacional, e da compreensão de que a crise psíquica pode trazer oportunidades de mudança, se encontrarem um ambiente adequado acolhedor que ofereça novas vivências e novas relações, que permitam a revelação, expressão do *Ser* e sua construção. Identificamos essa abordagem como psicossocial, e a indicamos para o tratamento de pessoas em crise psíquica grave, acreditando que se aproxima mais dos sentidos da crise, por ter em sua estrutura mais oportunidade de lidar com o indivíduo de uma forma integrada. Dessa forma os vínculos terapêuticos podem alcançar mais facilmente o sentido de ajuda e de recuperação da crise de uma forma mais transformadora.

Como questão em relação aos serviços comunitários implementados no Brasil e particularmente em Brasília, que ainda está no início desse processo, sugerimos um olhar mais específico em relação à terapia vincular, e que os Centros de Atenção Psicossocial que propõem atenção a pessoas em crise além de um trabalho de reabilitação social possam desenvolver capacitação para esse tipo de trabalho. O trabalho psicossocial não se faz apenas com diferentes atividades e terapias, que têm seu valor específico, mas por meio de um trabalho em que a expressão do indivíduo ganha significado na inter-relação entre seu mundo interno e as diferentes configurações vinculares que vão se formando por meio de seus vínculos familiares, sociais e terapêuticos.

Concluimos, a partir de nossas pesquisas e tendo o suporte das teorias utilizadas, pela importância fundamental da visão da crise psíquica grave como um momento que pede mudanças no mundo relacional do indivíduo, para que haja continuidade no seu processo de desenvolvimento e de individuação. Cabe aos terapeutas e aos serviços de saúde mental organizar suas avaliações e intervenções a partir dos sentidos da crise na vida do indivíduo e de seu contexto relacional, e partir dos sentidos dos diferentes vínculos na configuração vincular, estando atentos para aqueles promotores de saúde e aqueles mantenedores ou geradores do sofrimento psíquico.

Esse estudo teve suas limitações. Consideramos ter sido muito importante para compreensão do tema proposto o estudo realizado em duas etapas, o atendimento a pessoas em situação de crise psíquica grave e a pesquisa junto aos serviços que acolhem pessoas em crise. A segunda etapa permitiu conhecer o desenvolvimento de diferentes abordagens. No entanto a possibilidade de um estudo comparativo entre serviços requer maior número de dados e de análises, o que nos leva a necessidade de continuação por meio de outros estudos, que nos permita avaliar o impacto desses processos. Da mesma forma um estudo longitudinal de pessoas em crise, previamente planejado e em tempo mais longo, pode gerar aprofundamentos maiores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar; MARI, Jair de Jesus; COUTINHO, Evandro et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 93-104, 1992.

ALMEIDA FILHO, Naomar; MARI, Jair de Jesus; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Migração, inserção, produtiva e saúde mental na sociedade tardia: novas evidências do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n5, set./out. 1999. Disponível em <[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r265/artigo\(236\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r265/artigo(236).htm)> Acesso em 12/03/2005

ANDERSON, George. **Crisis resolution and community mental health: an ethnography of two teams**. 2006. (Tese) Universidade de Durham, na School of Applied Social Sciences, Reino Unido.

BARNES, Mary; BERKE, Joseph. **Viagem por meio da loucura**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977. 419p.

BARRETO, Adalberto. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: LCR, 2005.

_____. Desenvolvimento e cultura: as lições de uma experiência. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON CULTURAL DYNAMICS AND DEVELOPMENT PROCESSES. 1994. Zeist, Netherlands; 1994. **Anais ...** Netherlands: UNESCO, 1995.

BERENSTEIN, Isidoro. **Família e doença mental**. São Paulo: Escuta, 1988. 221p. ISBN 85-7137-005-2.

BERENSTEIN, Isidoro; PUGET, Janine. **Lo vincular: clínica y técnica psicoanalítica**. 1.ed. 1 reimp. Buenos Aires: Paidós, 1997. ISBN 950-12-4207-2

BERKE, Joseph H.; Arriving, setting-in, setting-down, leaving following-up: stages of stay at the Arbours Centre. **British Journal of Medical Psychology**, v.60, p. 181-188, 1987. Disponível em < <http://www.jhberke.com/paper.htm>>

_____. Reflections of Arbours In : **International Journal of Therapeutic Communities**, v.11, n°4, 1990 (Special Issue).

_____. Psychotic Interventions. In: BERKE, Joseph H.; FAGAN, Margaret; MAK-PEARCE, George (Org.) **Beyond madness: psychosocial interventions in psychosis**. London: Jessica Kingsley, 2002. 288p. (Therapeutic Communities; 7). ISBN 1 85302 889 4.

BERTOLETE, J.; MCGORRY, Patrick. Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. **The British Journal of Psychiatry**, 2005, 187 (suppl. 48) s116-s119.

BIRCHWOOD, Max; SPENCER, Elizabeth; MCGOVERN, Dermot. Schizophrenia: early warning signs. **Advances in psychiatric treatment**, v. 6, p. 93-101, 2000.

BLOISE, Paulo Vicente. Reflexões sobre a intervenção em crise. **Revista de Ciências Médicas – PUCCAMP**, Campinas, v. 4, n.3, p. 133-136, set./dez. 1995.

BOLA, John R. Psychosocial Acute Treatment in I Episode Schizophrenia Disorders. **Research on Social Work Practice**, vol. 16, n°. 3, p. 263-275, 2006.

BOLA, John R.; MOSHER, Loren R. At issue predicting drug.-free treatment response in acute psychosis from the soteria project. **Schizophrenia Bulletin**, v. 28, n.4, p. 559-575, 2002.

BOSZORMENYI-NAGY, Ivan . Modos de relación y significados. In: ZUK, Gerald H.; BOSZORMENYI-NAGY, Ivan (Comp.) **Terapia familiar y familias en conflicto**. México, Fondo de Cultura Económica, 1993. p.79-95. ISBN 968-16-2025-9

BOWEN, Murray. Theory in the Practice of Psychotherapy. In: Guerin, Jr. Philip J. (Org). **Family Therapy: theory and practice**. New York: Gardner Press, 1976. p 42-90.

BRANDÃO, Thiago. **Ministério da Saúde nega piora na assistência à saúde**. Agência Brasil, Brasília, 28 set. 2006. Disponível em: <<http://agenciabrasil.gov.br/noticias>> Acesso em 26 maio de 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. 86p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). ISBN 85-334-0775-0

_____. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, 2007. 85p. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/index.asp> Acesso em 20 fev. 2007.

BROOK, Alexis. The impact of Tom Main. **Therapeutic Communities**, v.14, n.4, p. 205-212. 1993. ISSN 0964-1866

BUBER, Martin. **Eu e tu**. 2.ed. ver. São Paulo: Cortez e & Moraes, 1979. 170p.

CAMPOS, Polípio de. O espectro que nos ronda: a persistência e resistência da lógica e ética manicomial. In: **V Congresso da CAPS**, 2004, Belo Horizonte.

CAPLAN, Gerald. **An approach to community mental health**. London: Tavistock Publications, 1971. (Social Science Paperbacks) 262p.

CHIESA, Marco; FONAGY, Peter. Psychosocial treatment for severe personality disorder. **The British Journal of Psychiatry**, United Kingdom, v. 183, p. 356-362, 2003. Disponível em < <http://bjp.rcpsych.org/> > Acesso em 10 mar. 2007.

CHIESA, Marco et. al. Residential versus community treatment of personality disorders: a comparative study of three treatment programs. **The American journal of psychiatry**, Aug. 2004. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org.chain.kent.ac.uk/cgi/content/full/161/8/1463>>. Acesso em: 13 out. 2005.

CLARKE, Mary et. al. Untreated illness and outcome of psychosis. **The British journal of psychiatry**, 2006. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/189/3/235>>. Acesso em: 22 fev. 2007.

COOPER, David. **Psiquiatra y antipsiquiatria**. Buenos Aires: Paidós, 1975. 142p. (Biblioteca de Psiquiatria, Psicopatologia y Psicomatica)

CORBUSIER, Cláudia. Quando Escutar é Preciso. In: **A Clínica da Recepção nos Dispositivos da Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Cadernos do IPUB/ UFRJ, nº17, p. 59-69, 2000.

COSTA, Ileno Izídio da. **Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia**. Brasília, DF, 2003. 288p. ISBN 85-903500-1-0

_____. **Família e esquizofrenia: um estudo transgeracional**. 1990. 133f. (Dissertação) Mestrado em Psicologia no Departamento de Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 1990.

_____. A família, a constituição do sujeito e o futuro da humanidade. In: CONGRESSO NORTE NORDESTE DE PSICOLOGIA , 1., 1999 Salvador, Bahia. **Anais eletrônicos ...** Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1999. Disponível em <<http://ufba.br/~conpsi/conpsi~1999/f004.html>> Acesso 13/04/2004

_____. **Família e Psicose: uma proposta de intervenção precoce nas primeiras crises de sofrimento psíquico grave**. Artigo ainda não publicado, 2006.

_____. **Intervenção precoce nas psicoses: um proposta de promoção de saúde mental**. Artigo ainda não publicado, 2007.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4.ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Xenon, 1989. 185p. ISBN 85-85269-01-4

COWEN, Harry. **Community care, ideology and social policy**. London: Printice Hall, 1999. 246p. ISBN: 0-13-727843-8.

CRAIG, Thomas J. et. al. Is there an association between duration of untreated psychosis and 24-month clinical outcome in a first-admission series? **The American journal of psychiatry**, Jan. 2000. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/157/1/60?maxtoshow>>. Acesso em: 22 fev. 2007.

DAMMANN, Gerhard. Differential diagnostics between borderline personality disorder and schizophrenic illness in adolescents with psychotic symptoms. **Childhood and Adolescent Psychosis**. Basel, Karger, p.94-108, 2004.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. 1.ed. 1.reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 167p. (Coleção Loucura e Civilização)

DUCOMMUN-NAGY, Catherine. A terapia contextual. In: ELKAIM, Mony (Org.) **Panorama das terapias familiares**. São Paulo: Summus, 1998. p. 101-118.

DOUKI, S. ; TABBANE, K. **Culture and depression**. World Health (Local de Publicação), v. 49, n2, mar./apr. 1996. p. 22-23

EIGUER, Alberto. **Um divã para a família**: do modelo grupal à teoria familiar psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 180p

ELKAIM, Mony. As terapias familiares intergeracionais. In: ELKAIM, Mony (Org.) **Panorama das terapias familiares**. São Paulo: Summus, 1998. p. 59-70

ERICKSON, Erik, H. **Identity and the life cycle**: selected papers. New York: University Press, 1959. ISBN-10-0823625609

FAGIN, Leonard. Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: borderline personality disorders. **Advances in Psychiatric Treatment**, United Kingdom, v.10, p.93-99, 2004. Disponível em < <http://apt.rcpsych.org/> > Acesso em 10 mar. 2007.

FERNANDO, Suman. **Mental health in multi-ethnic society**. London: Routledge, 1995.

FERREIRA, Ademir Pacelli. **O migrante na rede do outro**: ensaio sobre alteridade e subjetividade. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999. 168p. ISBN 85-846463-09-7

_____. O imigrante no espaço urbano: impasses, estranheza e psicose. **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**. Barcelona, v.94, n.24, ago./2001. Disponible en <<http://www.ub.es/geocrit/sn-94-24.htm> > Acesso em 27/09/2003.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; CAVALCANTI, Maria Tavares (Org.) **A reforma psiquiatria e os desafios da desinstitucionalização**: contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2001. 304 p. ISBN 85-88411-08-5

FONSECA FILHO, José S. **Psicodrama da loucura: correlações entre Buber e Moreno**. 3.ed. São Paulo: Agora, 1980. 139p.

FONAGY, Peter; BATEMAN, Anthony. Progress in the treatment of borderline personality disorder. **The British Journal of Psychiatry**, United Kingdom, v. 188, p. 1-3, 2006. Disponível em < <http://bjp.rcpsych.org/> > Acesso em 10 mar. 2007.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. 99p. (Biblioteca Tempo Universitário; 11)

FRANCIS Dixon Lodge. Therapeutic Communities. Apresenta textos sobre psicoterapia e socioterapia. Disponível em: < <http://www.francisdixonlodge.com>> Acesso em 11/03/2007.

FREUD, Sigmund. O estranho. In: _____. **Obras completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.17, p. 237-269.

_____. Tipos de Desencadeamento da Neurose. In _____. **Obras completas de Sigmund Freud**: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.12, p.289-291.

GILBERT, Roberta M. **The eight concepts of bowen theory: a new way of thinking about the individual and the group**. Virginia: Leading Systems, 2006. 127p. ISBN 0-471-34690-x

GOLBERTER-MERINFELD, Édith. A abordagem estrutural na terapia familiar. In: ELKAIM, Mony (Org.) **Panorama das terapias familiares**. São Paulo: Summus, 1998. p. 225-258.

GOLDENTHAL, Peter. **Doing contextual therapy: an integrated model for working with individuals, couples, and families**. New York: W. W. Norton & Company; 1996. 239. ISBN 0-393-70208-1

GONDIM, Maria de Fátima. **A compative study of English and Brazilian mental health system focusing on the role of the user`s involvement**. 2000. 138f. (Dissertação) Mestrado em Saúde Mental. - *University of Kent at Canterbury, Canterbury*.2000.

GOODWIN, Simon. **Comparative mental health policy: from institute comparative care**. London: SAGE, 1997. 183p. ISBN 0 8039 7728-X

HAAN, L. et. al. Duration of untreated psychosis and the long-term course of schizophrenia. **Pub med**, June 2000. Disponível em: <<http://www.n.../querytcgi?cmd=retrieve...>>. Acesso em: 23 dez. 2006.

HALPBERN, David. **Social capital**. Cambridge: Polity, 2005. 388P. ISBN 0-7456-2547-9

HAIGH. Open Forum: **Association of Therapeutic Communities**, 2006. Disponível em [www. tc-of.org.uk/radiotc/ch6/s1/p6s1-0004.html](http://www.tc-of.org.uk/radiotc/ch6/s1/p6s1-0004.html)

HEALY, Kevin. Open Forum: **Association of Therapeutic Communities**, 2006. Disponível em [www. tc-of.org.uk/radiotc/ch6/s1/p6s1.html](http://www.tc-of.org.uk/radiotc/ch6/s1/p6s1.html)

HO, Beng-Choon et. al. Untreated initial psychosis: relation to cognitive deficits and brain morphology in first-episode schizophrenia. **The American journal of psychiatry**, Jan. 2003. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/160/1/142>>. Acesso em: 22 fev. 2007.

HOLANDA, Aurélio Buarque de. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2.ed. revisada e aumentada. 9 reimpressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.

HUXLEY, P. **Effective community mental health services**. England: Avebury, 1990.

JABLENSKY, A.; SARTORIUS, N.; ERNBERG, G. **Schizophrenia**: manifestations, incidence, and course in different cultures: a world health organization ten-country study. Cambridge, England: Cambridge University, 1992. (Psychological Medicine; Monograph Supplement; 20).

JOHNSON, Sonia et. al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. **Respiratory medicine**, Sept. 2005. Acesso em: 24 dez. 2006.

JONES, Maxwell. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis, Rj: Vozes, 1972. 196p. (Coleção Psicanálise; 3).

_____. **Maturation of therapeutic community**: an organic approach to health and mental health. New York: Human Sciences Press, 1976. 169p. ISBN 0-87705-364-6

KISELY, Stephen. Duration of untreated symptoms in common mental disorders: association with outcomes. **The British journal of psychiatry**., 2006. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/189/1/79>>. Acesso em: 22 fev. 2007.

KLEINMAN, Artur. Do psychiatric disorders differ in different cultures? In: _____. **Rethinking Psychiatry**. New York: The Free Press, 1988.

KLEINMAN, Arthur; COHEN, Alex. Psychiatry's global challenge: an evolving crisis in the developing world signals the need for a better understanding of the links between culture and mental disorders. **Scientific American**, p. 74-77, march 1997,

KLEINMAN, Artur; GOOD, Byron. Culture and depression: introduction to the problem. In: _____. (Ed.) **Culture and depression**: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley: University of California Press, 1985. p. 299-324.

KLEINMAN, Artur; GOOD, Byron. Cross-cultural studies of depressive disorders: an overview: _____. (Ed.) **Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder**. Berkeley: University of California Press, 1985. p. 1-33.

LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: LANCETTI, A. **SaúdeLoucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 75-89.

LARSEN, Tor K. et. al. Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. **Schizophrenia bulletin**, v. 32, n. 4, June 2006. Disponível em: <<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/32/4/758>>. Acesso em: 22 fev. 2007.

LEAL, Erotildes Maria et. al. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. In: XXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 2005, Belo Horizonte. **Desafios contemporâneos da psicopatologia**, Belo Horizonte, 2005. p. 1-18.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma Clínica Social e Outros Escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997. 96p (SaúdeLoucura 'Textos' 13) ISBN 85-271-0420-2

_____. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. 176p. ISBN: 85-86435-47-3

MAIN, Tom. **The aliment and other psychoanalytic essays**. London: Free Association Books, 1989. 256p. ISBN 1-85343-104-4.

MARON, Glória. Grupos de Recepção: Interrogando (n)os grupos. In: **A Clínica da Recepção nos Dispositivos da Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Cadernos do IPUB/ UFRJ, nº17, p. 47-58, 2000.

MARSELLA, Anthony J.; SARTORIUS, Norman; JABLENSKY, Assen *et al.* Cross – cultural studies of depressive disorders: an overview. In: KLEINMAN, Artur; GOOD, Byron. **Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder**. Berkeley: University of California Press, 1985. p. 299-432..

MARSIGLIA, R. G. *et all* **Saúde Mental e Cidadania**. São Paulo: Mandacaru, 1990.

McGORRY, Patrick D. ; EDWARDS, Jane. **Intervenção precoce nas psicoses**. São Paulo: Janssen-Cilag, 2002. 214p.

McGORRY, Patrick D. Early intervention in psychotic disorders: beyond debate to solving problems. **The British journal of psychiatry**, 2005b. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/187/48/s108?maxtoshow...>>. Acesso em: 21 fev. 2007.

McGORRY, Patrick; NORDENTOFT, Merete; SIMONSEN, Erik. Introduction to ' Early psychosis: a bridge to the future'. **The British Journal of Psychiatry**, 2005. 187:s1-s3.

McGORRY, Patrick et. al. International clinical practice guidelines for early psychosis. **The British journal of psychiatry.**, 2005a. 187 s120-s124.

MINUCHIN, Salvador. **Família funcionamento & tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 238p.

MINUCHIN, Salvador; FISHMAN, H. Charles. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 285p.

MOFFATT, Alfredo. **Terapia de crise: teoria temporal do psiquismo**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1987. 152p.

_____. **Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 1991. 246p. ISBN 85-249-0304-X

MOGUILLANSKY, Rodolfo. **Vínculo y relacion de objeto**. Buenos Aires: Polemos, 1999. 128p. (Colección Psicoanálisis y Salud Mental; Serie "Eslabones") ISBN 987-9165-14-4

MORENO, J. L. **Quem sobreviverá? : fundamentos da sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama**. Goiânia: Dimensão, 1992b. v.1

_____. **Fundamentos do psicodrama**. São Paulo: Summus, 1983. (Novas buscas em psicoterapia; v. 20)

_____. **As palavras do pai**. São Paulo: Editorial Psy, 1992a. 274p. ISBN 85-85480-02-3

_____. **Psicodrama**. São Paulo: Cultrix, 1975. 492p.

_____. **Psicoterapia de grupo e psicodrama: introdução à teoria e à prática**. 2.ed. rev. Campinas, SP: Psy, 1993. 377p. ISBN 85-85480-07-6

MORENO, Zerka T.; BLOMKVIST, Leift Dag; RUTZEL, Thomas. **A realidade suplementar e a arte de curar**. São Paulo: Agora, 2001. 174p. ISBN 85-7183-786-4

MORGAN, Craig et. al. Clinical and social determinants of duration of untreated psychosis in the AeSOP first-episode psychosis study. **The British journal of psychiatry**, Nov. 2006. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/189/5/446>>. Acesso em: 23 dez. 2006.

MOSHER, Loren. Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization. **The Journal of Nervous Mental Disease**, v.187, p.142-149, 1999.

_____. **The Biopsychiatric Model of “Mental Illness”: A Critical Bibliography**, 2002. Disponível em <http://www.mackinac.org?article.aspx?ID=4525>

_____. **Letter of Resignation from the American Psychiatry Association**, 2002 Disponível em <http://www.mackinac.org/article.aspx?ID=4523>

NAFFAH NETO, Alfredo. **Psicodramatizar: ensaios**. São Paulo: Agora, 1980. 90p.

NAZ, B. et. al. Distinguishing between first-admission schizophreniform disorder and schizophrenia. **Pub med**, July 2003. Acesso em: 23 dez. 2006.

NEMIROVSKY, Carlos D. Encuadre, salud e interpretación. Reflexiones alrededor de conceptos de D. W. Winnicott. **Revista de psicoanálisis**, n. 13, marzo 2003. Disponível em: <<http://www.aperturas.org/13nemirovsky.html>>. Acesso em: 27 ago. 2006.

NEMIROVSKY, Carlos D. Edición-reedición: reflexiones a partir de los aportes de D. W. Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves. **Revista de psicoanálisis**, n. 3, nov. 1999.

NORMAN, Ross M. G. et. al. Duration of untreated psychosis and its relationship to clinical outcome. **The British journal of psychiatry**, 2005. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/187/48/s19>>. Acesso em: 23 dez. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Org). **Cid-10: Classificação estatística internacional de doenças**. 9.ed. São Paulo: Edusp, (2003). 3v

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. **Relatório sobre a saúde no mundo**, 2001.

PAPERO, Daniel V. A teoria sobre os sistemas familiares de Bowen. In: ELKAIM, Mony (Org.) **Panorama das terapias familiares**. São Paulo: Summus, 1998. p. 71-100.

PENN, David L. et. al. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. **The American journal of psychiatry**, Dec. 2005. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/162/12/2220>>. Acesso em: 22 fev. 2007.

PHILLIPS, Lisa J. et. al. Prepsychotic phase of schizophrenia and related disorders: recent progress and future opportunities. **The British journal of psychiatry.**, 2005, 187: s33-s44.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique **O processo grupal**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988a. (Psicologia e Pedagogia). 181p.

_____. **Teoria do vínculo**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988b. (Psicologia e Pedagogia).

PUGET, Janine; BERENSTEIN, Isidoro. **Psicanálise do casal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 170 p.

RAPAPORT, David. A historical survey of psychoanalytic ego psychology. In: ERIKSON, Erik H. **Identity and the life cycle**: selected papers. New York: Universities Press, 1959. p. 5 –17. ISBN-10 – 0823625609

RECHTAND, Mauro; LEAL, Erotildes Maria. Notas sobre a emergência psiquiátrica. In: **A Clínica da Recepção nos Dispositivos da Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Cadernos do IPUB/ UFRJ, nº17, p. 92-100, 2000.

ROGERS, Anne; PILGRIM, David. **Mental health policy in Britain**: a critical introduction. London: St. Martin`s, 1996. 231p. ISBN 0-312-16069-0

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Haucitec, 2001, 112p. ISBN 85-271-0123-8

SCOTT, R. D. The treatment barrier: part 1. **Br J Med Psychol**. 46, n. 1, mar. 1973, p. 45-55.

SCOTT, R. D. The treatment barrier: part 2. **Br J Med Psychol**, v. 46, n. 1, mar. 1973, p. 57-67.

SCHATZMAN, Morton. Madness and morals. In: BARNES; Mary, BERKE, Joseph; COLES, Robert *et all* (Comp.) **Laing and Anti-Psychiatry**. Middlesex, England: Penguin Books, 1975. p. 181-208.

SCHNITMAN, Dora Fried; FUKS, Saúl. Paradigma y crisis: entre el riesgo y la posibilidad. **Sistemas Familiares**, 33-44, Diciembre 1993.

SCHÜTZENBERGER, Anne-Ancelin. **O Teatro da Vida – psicodrama**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1970. 238p.

SEDGWICK, Peter. R.D. Lang: self, sympton and society. In: BARNES; Mary, BERKE, Joseph; COLES, Robert *et all* (Comp.) **Laing and Anti-Psychiatry**. Middlesex, England: Penguin Books, 1975. p. 11-47.

SILVEIRA, Nise da. **O mundo das imagens**. São Paulo: Ática, 1992. 165p. ISBN 85-08-04133-0

SLUZKI, Carlos E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 147P. ISBN 85-85141-77-8

SPECK, Ross; ATTNEAVE, Carolyn. **Redes Familiares**. Buenos Aires: Amorrortu, 1974. 157p.

SIMON, Ryad. **Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos**. São Paulo: EPU, 1989. (Psicologia). 139p. ISBN 85-12-64800-7.

TARRIER, Nicholas et. al. Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. **The British journal of psychiatry**, 2004. . Acesso em: 25 dez. 2006.

TENÓRIO, Fernando. Desmedicalizar e subjetivar: A especificidade da clínica da recepção. In: **A Clínica da Recepção nos Dispositivos da Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Cadernos do IPUB/ UFRJ, nº17, p. 79-91, 2000.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Campinas, SP: Papirus, 2002. 268p. ISBN 85-308-0681-6.

WARNER, R. (2005) Problems with early and very early intervention in psychosis. **The British Journal of Psychiatry**, v187: p.104-107, 2005.

WATTERS, Charles. Representations and Realities: black people, community care and mental illness. In: AHMAD,W.I.; ATKIN, K. (Org.). 'Race and Community Care. Buckingham: Open University Press, 1996.

_____. Migration and mental health care in Europe: report of a preliminary mapping exercise. **Journal of Ethnic and Migration Studies**, The Netherlands, v. 28, 2002, n.1, p. 153-172. ISSN 1369-183X

WATTERS, Charles, INGLEBY, David. Locations of care: meeting the mental health and social care needs of refugees in Europe. **International Journal of Law and Psychiatry**, Quebec, Canada, v. 27, 2004. p. 549-570. ISBN 0160-2527

WENK, Cesar A. **La influencia jasidica en el psicodrama de Moreno**. 1985. (Tese) (Doutorado em Psicodrama) – Universidade de Belgrano, Belgrano, 1985.

WILKINSON, Richard G. **Unhealthy societies: the afflictions of inequality**. London, New York: Routledge, 1996. ISBN 0-415-09235-5(pkb)

WILLI, Jürg. **La pareja humana: relación y conflicto**. Madri: Morata, 1978. 319 p. ISBN 84-7112-089-5.

WINNICOTT, Donald Woods . The theory of the parent-infant relationship (1960). In: _____. **The maturational Process and the environment facilitating environment**.London: H. Karnac (Books), 1990. p. 37-55. ISBN 0 946439 84 2.

_____. From dependence towards independence in the development of the individual (1963). In: **The maturational Process and the environment facilitating environment**. London: H. Karnac (Books), 1990. p. 83-92. ISBN 0 946439 84 2.

_____. On the contribution of direct child observation to psycho-analysis (1957). In: **The maturational Process and the environment facilitating environment**. London: H. Karnac (Books), 1990. p. 109-114. ISBN 0 946439 84 2.

_____. O medo do colapso (*Breakdown*) (1963). In: WINNICOTT, Clare; SHEPERD, Ray; DAVIS, Madeleine (Org.). **D.W. Winnicott: explorações psicanalíticas**. 2. reimp. Porto Alegre: Arte Médicas Sul, 2005. p. 70-76.

_____. A importância do *Setting* no encontro com a regressão na psicanálise (1964). In: WINNICOTT, Clare; SHEPERD, Ray; DAVIS, Madeleine (Org.). **D.W. Winnicott: explorações psicanalíticas**. 2. reimp. Porto Alegre: Arte Médicas Sul, 2005. p. 77--81.

_____. Sobre as bases para o *self* no corpo (1970). In: WINNICOTT, Clare; SHEPERD, Ray; DAVIS, Madeleine (Org.). **D.W. Winnicott: explorações psicanalíticas**. 2. reimp. Porto Alegre: Arte Médicas Sul, 2005. p. 203-218.

_____. Desenvolvimento emocional primitivo (1945). In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 3.ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988. p. 269-285.

_____. Pediatria e psiquiatria (1948). In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 3.ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988. p. 287-311.

_____. Psicose e cuidados maternos (1952). In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 3.ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988. p. 375-387..

_____. Objetos transacionais e fenômenos transacionais. In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 3.ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988. p. 389-408..

_____. A mente e sua relação com o psique-soma (1949). In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 3.ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988. p. 409-425..

_____. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico (1954-1955). In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 3.ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988. p. 459-481.

_____. Variedades clínicas da transferência (1955-1956). In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 3.ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988. p. 483-488..

_____. Preocupação materna primária (1956). In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 3.ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988. p. 491-498..

_____. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 203p. (Coleção Psicologia Psicanalítica)

_____. **A criança e o seu mundo**. 5.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 3.ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988. (Série Psicologia e Psicanálise)

_____. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. 222p. (Série Analytica) ISBN 85-312-0091-1

ZUBEN, Newton Aquiles Von. Introdução e Notas. In: BUBER, Martin. **Eu e tu**. 2.ed. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO

Consentimento Livre e Esclarecido (n.º 1)

O presente consentimento se refere ao convite feito a você(s) (cliente/familiar/es) para participar de um processo de pesquisa e atendimentos psicológicos. Esta pesquisa intitulada “Os sentidos dos vínculos na crise”, está sendo realizada pela psicóloga Maria de Fátima de Novais Gondim, como parte de seu curso de Doutorado na Universidade de Brasília. Tem como objetivo uma compreensão maior da importância dos vínculos em situação de crise, com vistas a um melhor direcionamento do processo terapêutico.

Sua participação é voluntária, e, se você aceitar serão realizadas algumas entrevistas pessoais, poderão ser aplicados testes psicológicos, entraremos em contato com o seu médico, estudaremos seu prontuário, e conversaremos com seus familiares, quando poderemos anotar informações, gravar ou filmar entrevistas.

Todas as informações serão mantidas sob o mais absoluto anonimato, sigilo e confidencialidade, de forma a preservar sua identidade e a de seus familiares. No caso de gravações, o material será destruído após sua utilização e, caso haja interesse científico/acadêmico, em utilização de imagens esta será precedida de uma autorização específica.

Estamos disponíveis para esclarecer suas dúvidas no momento que desejar, e havendo dificuldade você pode desistir a qualquer momento, sendo importante que informe de sua decisão se for o caso. Com este consentimento você(s) declara(m) também que recebeu(ram) as informações necessárias com as quais afirma(m) concordar.

Confirmo este Consentimento Esclarecido e Livremente Concedido

Nome Completo: _____
Responsável _____ grau de parentesco _____
Endereço completo: _____
Telefone para contato: _____
Brasília/DF _____ / _____ / _____
Assinatura: _____
Assinatura do Responsável _____

Contatos

Pesquisadora: Maria de Fátima de Novais Gondim,

Telefone: 061-32739905 email: mariagondim@hotmail.com

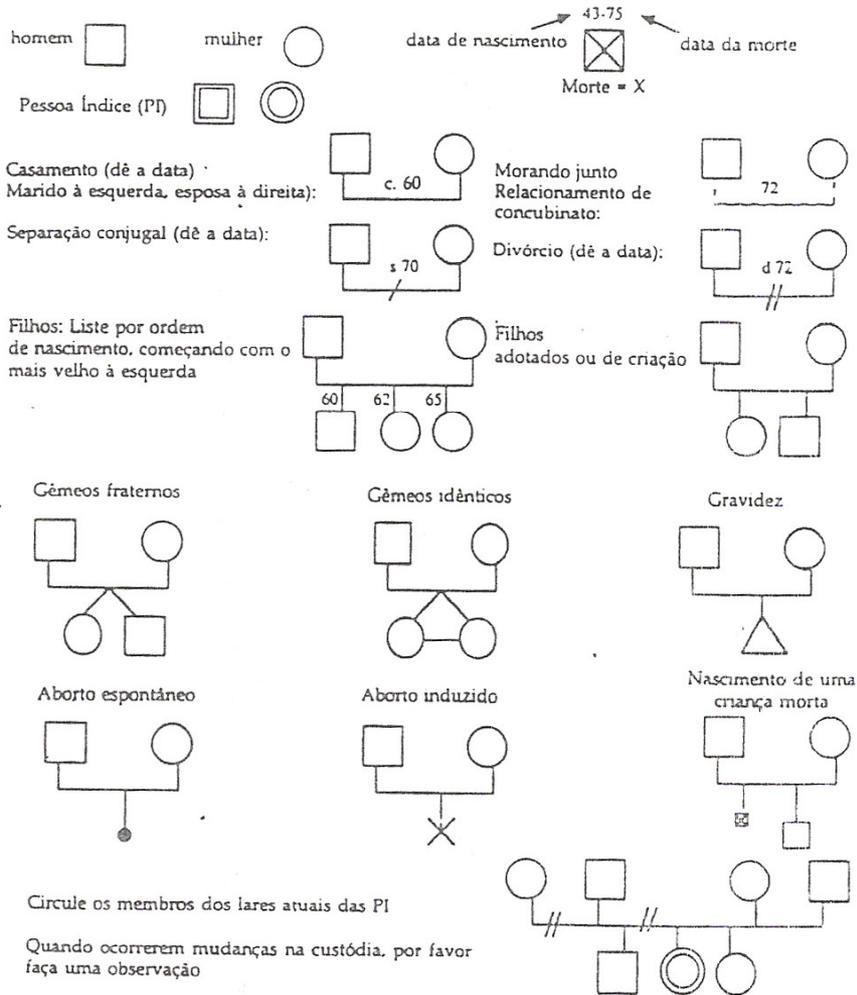
Professor: Ileno Izídio da Costa

Telefone: 99813287 email: ileno@unb.br

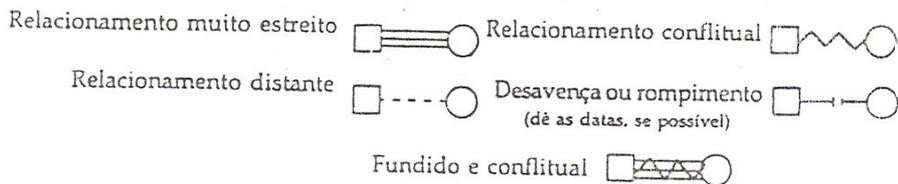
Comitê de Ética em Pesquisa, Secretaria de Saúde - DF Telefone: 3254955

ANEXO II – GENOGRAMA

Legenda de Construção do Genograma.



B. Padrões de interação familiar. Os seguintes símbolos são opcionais. O terapeuta pode preferir anotá-los numa folha separada. Eles estão entre as informações menos precisas do genograma, mas podem ser indicadores-chave de padrões de relacionamento que o terapeuta quer lembrar:



ANEXO III – ROTEIRO DE LEVANTAMENTO DE DADOS



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós Graduação em
Psicologia Clínica e Cultura

Roteiro de levantamento de dados das instituições visitadas

PAÍS

- Brasil Inglaterra Bélgica

CIDADE e/ou REGIÃO

| |
|--|
| |
|--|

INSTITUIÇÃO

- Centro de crise em hospital.
 Comunidade terapêutica/hospital
 Comunidade terapêutica/residência
 Internação hospitalar
 Intervenção em crise na comunidade.
 Intervenção precoce nas psicoses.

PÚBLICO ALVO

- Adolescente
 Adulto
 Família

SEXO

- Feminino Masculino

ABORDAGEM UTILIZADA

| |
|--|
| |
| |
| |

FILOSOFIA

| |
|--|
| |
| |
| |

SERVIÇOS PRESTADOS

| |
|--|
| |
| |
| |

TEMPO DE PERMANÊNCIA NO SERVIÇO

| |
|--|
| |
| |
| |

ENCAMINHAMENTOS

| |
|--|
| |
| |
| |

REDE DE SERVIÇOS DISPONÍVEIS

| |
|--|
| |
| |
| |

EQUIPE

- Psiquiatra
- Enfermeiro
- Auxiliar de Enfermagem
- Assistente Social
- Psicólogo/Psicoterapeuta
- Terapeuta Ocupacional
- Estagiário
- Outros. Quais? _____

RESULTADOS OBTIDOS

| |
|--|
| |
| |
| |

IDENTIFICAÇÃO DOS VÍNCULOS ESTABELECIDOS

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

ANEXO IV – VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES E ATIVIDADES

VISITAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: BELGICA, BRASIL E INGLATERRA.

| BRASIL | | |
|---|---------------------------|--|
| Nome | Cidade/ Região | Atividades Desenvolvidas |
| Hospital São Vicente de Paulo -Enfermaria de crise -Ala de internação | Brasília | Pesquisa durante três meses, três dias por semana, durante as manhãs. Entrevistas a familiares, visita domiciliar, grupos de acolhimento. |
| Instituto de Saúde Mental | Brasília | Participação da equipe Como profissional |
| Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (GIPSI) | Brasília | Atendimentos à família e participação do grupo de pesquisa em intervenção precoce. |

| BÉLGICA | | |
|--|-----------------------|---|
| Nome | Cidade/ Região | Atividades Desenvolvidas |
| Unidade de crise e de urgência na Clínica Universitária St. Luc | Bruxelas | Entrevistas com psiquiatra, psicólogo, enfermeiro e estagiários. Observação durante uma tarde no serviço. Observação de um atendimento a uma família |
| Setor de Psiquiatria de Laços – Clínica Universitária St. Luc. | Bruxelas | Entrevista com psicóloga, e participação de um atendimento a um casal. |
| Unidade de Psiquiatria com internação para adultos – Clínica Universitária St. Luc | Bruxelas | Entrevista a dois psicólogos/psicanalistas locais |
| Ambulatório de adolescentes - Clínica Universitária St. Luc. | Bruxelas | Entrevista a psicólogo/ psicanalista/ terapeuta defamília. |
| Centro pedagógico L'Entreliens – Clínica Universitária St. Luc | Bruxelas | Entrevista com psicóloga, e educador |
| Unidade de internação em hospital da Universidade Livre de Bruxelas. | Bruxelas | Entrevista com psicóloga e enfermeira |
| Hospital Psiquiátrico Centre Hospitalier Jean Titeca | Bruxelas | Entrevista com uma psicóloga |

| INGLATERRA | | |
|---|-----------------------|---|
| Nome | Cidade/ Região | Atividades Desenvolvidas |
| Fórum de saúde de usuários – Canterbury and Faversham Fórum for Mental Health | East Kent | Participação em duas reuniões |
| Serviço de intervenção em crise – East Kent Crisis Assessment and Treatment Team – CAT Team | East Kent | Entrevista com auxiliar de enfermagem e enfermeira chefe. Entrevista com o coordenador dos serviços para quadros agudos. |
| Serviço de intervenção precoce em implementação - East Kent Early Intervention in Psychosis | East Kent | Entrevista com os coordenadores: psicólogo e assistente social |
| Departamento de Psiquiatria da Universidade de Kent at Canterbury | East Kent | Entrevista com o Chefe do Departamento - Dr. Anthony Hale |
| Serviço de intervenção precoce nas psicoses Lamberth's Early Onset. | Londres | Entrevista com dois psicólogos e dois enfermeiros da equipe comunitária, e visita ao centro de internação com entrevista com enfermeiro |
| Comunidade Terapêutica – The Cassel Hospital | Londres | Participação do Dia de Visitas (9.00 às 15 horas) Estágio no serviço durante cinco dias. (9.00 às 17horas) |
| Centro de Crise – Comunidade terapêutica (estilo casa comunitária) Crisis Arbours Centre | Londres | Estágio de três semanas, com frequência de três vezes por semana de 11.00 às 20 horas. |
| Philadelphia Association | Londres | Entrevista com um de seus membros, psicanalista Visita a uma comunidade terapêutica (estilo casa comunitária) |