



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CLÍNICA

PRIMEIRAS CRISES PSICÓTICAS:
Identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares

NERÍCIA REGINA DE CARVALHO

Brasília – DF
2006

NERÍCIA REGINA DE CARVALHO

**Primeiras Crises Psicóticas:
Identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares**

Dissertação apresentada ao
Departamento de Psicologia Clínica do
Instituto de Psicologia da Universidade
de Brasília, como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia.

ORIENTADOR: Prof. Dr. ILENO IZÍDIO DA COSTA

Brasília – DF
2006

Primeiras Crises Psicóticas:
Identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares

NERÍCIA REGINA DE CARVALHO

Trabalho realizado no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Dissertação aprovada por:

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
(presidente)

Profa. Dr^a Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke
(membro)

Profa. Dr^a Marta Helena De Freitas
(membro)

Profa. Dr^a Maria Izabel Tafuri
(suplente)

Brasília, 28 de agosto de 2006.

“Se você corre dum problema, lá na frente aparece outro maior e, se você não resolver esse aqui, o lá da frente também você não dá conta.”

Leonilde¹, mãe de um paciente em crise psicótica

¹ Nome fictício

AGRADECIMENTOS

Neste momento em especial, posso vislumbrar a caminhada que fiz e ver que tudo valeu a pena! Há muitos a quem agradecer, mas, antes de fazê-lo, peço desculpas se deixei de referenciar alguém. E àqueles referenciados peço desculpas se não consegui fazer jus, com minhas palavras, à gratidão que sinto.

Agradeço,

A Deus, por tudo!

A Maria e Terezinha de Liseux, por atenderem meus pedidos e desconsiderarem minhas barganhas.

Bom, como esse período foi, para mim – com o perdão do exagero –, uma odisséia, vou tentar apresentar cada personagem na ordem em que me recordo.

A Deusivânia Falcão e Isalena Santos, grandes amigas, pela sugestão do orientador e pela co-orientação afetiva constante.

Ao Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, a pessoa certa na hora certa. Alguém que confiou no meu potencial antes mesmo que eu fizesse jus ao mérito.

A Danilo, pelo amor incondicional, pelo cuidado, por ter me dado de presente, por meio de seu saber, *um ipê cor-de-rosa*, que me permitiu participar do certame de ingresso no IP. Pela convivência tão estreita, aprendeu também a amar a Psicologia. Meu eterno agradecimento.

Ao Prof. Dr. Francisco Martins, por ter acreditado que eu conseguiria superar os obstáculos que se transpuseram em meu caminho, antes do ingresso no instituto.

Ao Prof. Adriano Holanda, sempre disponível a compartilhar seu saber.

Aos Profs. Norberto Abreu, Marcelo Tavares, Gláucia Diniz, Fátima Sudbrack e Izabel Tafuri, dos quais tive o prazer de atender às disciplinas.

Aos funcionários do Instituto de Psicologia, em especial à Edna Alci e ao Basílio Mendes.

Ao CNPq, pela concessão de bolsa de estudos, providencial ao êxito da pesquisa.

A meus amigos do Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses – GIPSI, pela amizade, pelas supervisões, pelas gargalhadas, pelas oficinas do grupo, ou melhor, “borracharias”, pelo crescimento pessoal e profissional. Dentro desse grupo, agradeço, em especial, a Enrique Bessoni e Antonia Macedo – parceiros de atendimento, com quem tive grande sintonia, além de irmos de uma mesma cultura

nordestina-maranhense; a Maria Del Carmen, cuja figura e nome singulares me são muito caros; a Maviane Ribeiro, uma irmã mais experiente; a Fernando Barros, pelas poucas, mas sempre sábias e oportunas palavras; a Elisa Alves, exemplo de solidariedade e disciplina.

A grande amiga Fátima Gondim, pela oportunidade de trabalho em parceria, pelas supervisões e sessões terapêuticas informais.

A Renata Vera, pelo auxílio na procura dos portais de pesquisa.

A Denise Leão e Tatiana Oliveira, pelo auxílio, pelos risos, pelas lágrimas, pela cumplicidade. Professoras de vida, exemplos de mulher.

A Cristina Moura e Carla Dalbosco, com quem tive o enorme prazer de trabalhar durante esse tempo, pelo apoio mútuo.

A meus alunos de graduação, que muito me ensinaram sobre a “Arte de Ensinar”.

A Daren Tashima, pela amizade temporã, mas verdadeira, que floresceu na distância geográfica.

Ao professor e amigo Netson Ramos, pelo auxílio nas traduções.

A Carlos Felipe, pela revisão de texto e formatação.

A José Elder, em nome do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Vida, em Goiânia, pela acolhida sincera e amiga.

Às Psicólogas Iane Teles e Cristina Botelho, em nome do CAPS Novo Mundo, pela disponibilidade e acolhida amiga.

A meu primo Jarbas, quem foi que disse que santo de casa não faz milagre? Esse faz, literalmente! A despeito da brincadeira, alguém que personificou minhas raízes e me ajudou muito nessa *High Land* (entenda-se Planalto Central).

Aos voluntários nesta pesquisa, parte mais importante de todo o trabalho.

À fiel *mosqueteira* Pâmella Souza.

A Iaci Dourado, professora, Nadir Nascimento, madrinha, Esterlina Pereira, tia Teté, Amauri, Mori e Clarice Rodrigues, pelas palavras amigas e de incentivo a todo o tempo.

A Marília, pela ajuda, pela companhia, pelas afinidades.

A amiga de infância Isabel Martins, por me ajudar na coleta de dados.

A Tatiana Moreira e Isabel Ribeiro, pelo auxílio na categorização dos dados.

A todos aqueles que me ajudaram de alguma forma ou torceram pelo meu êxito.

Á minha família:

Antonino, Neuzinha, Titi, Mércio, Lurdoca,
Bruca, Frida e Pimpo (*in memoriam*).
Meu norte, minha referência eterna
de vida, de lar, de amor.
Por cada instante roubado
do seu convívio.

RESUMO

O presente trabalho procurou caracterizar as crises psicóticas por meio da fala de pacientes que passaram por situação de primeiras crises e de seus familiares, a partir da literatura e pesquisas recentes sobre intervenção precoce nas psicoses (McGorry & Edwards, 2002), dos estudos sobre crise (DiTomasso & Kovat, 1995 e Miermont, 1994; Tavares, 2004) e sobre família (Addington & cols., 2005; Erikson, 1974; Eiguer, 1985; McCown & Johnson, 1993; Bateson, 1990; Palazzoli, 1998 e Costa, 2003). Participaram da pesquisa cinco pacientes em tratamento de primeiras crises e seis familiares, selecionados no Hospital São Vicente de Paula, em Taguatinga/DF, no CAEP (Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, por meio do GIPSI (Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses) e nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) "Vida" e "Novo Mundo", em Goiânia. Foram realizadas entrevistas, construídas para este trabalho, com o paciente e seu familiar, baseadas na Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS). Os dados obtidos foram trabalhados com a análise de conteúdo (Franco, 2003). Constatou-se que as crises psicóticas se manifestaram conforme a literatura corrente (McGorry & Edwards, 2002; DSM-IV, 2002; OMS, 1993). Ansiedade, medo, isolamento social e desconfiança foram os pródromos identificados; e alucinação e delírio, os sintomas recorrentes. Observou-se que a crise psicótica afeta o paciente e sua família, ocasionando não só o sofrimento decorrente da doença mental, mas ônus financeiro, desemprego e perda da autonomia do paciente, fatos de ocasionaram alterações nos relacionamento familiar. Constatou-se também que a procura pelo serviço médico é sempre a primeira providência adotada. Contudo, esta pesquisa enseja continuções, para se averiguar, por exemplo, a dinâmica familiar e as mudanças estruturais na personalidade do paciente e seus impactos na prevenção ou manifestação das crises psíquicas graves.

Palavras chave: crise psicótica, pródromos, intervenção precoce, família.

ABSTRACT

This work try to characterizes the first psychotic crisis by the account of the patient's whom has been thorough this situation and by the account of his/her family member, based on the recent literature and researches about early intervention in psychosis (McGorry & Edwards, 2002), and based on the studies about crisis (DiTomasso & Kovat, 1995 & Miermont, 1994; Tavares, 2004) and about family (Addington & cols., 2005; Bateson, 1990; Eiguer, 1985; Erikson, 1974; McCown & Johnson, 1993; Palazzoli, 1998; Costa, 2003). Five patients in psychiatric handling and six family members took part in this work. They were chosen from four psychiatric/psychological institutions. Two in Brasilia: Hospital São Vicente de Paula, Taguatinga/DF and CAEP (Centre of Services and Psychological Studies) of the Institute of Psychology from the University of Brasilia, linked to GIPSI (Group of Early Intervention in Psychosis) and the other ones in CAPS (Centres of Psychossocial Attetion) "Vida" and "Novo Mundo" in Goiania/GO. Two scripts of interview were built for this research based in brief psychiatric rating scale (BPRS). The data obtained were worked through the Analysis of Content (Franco, 2003). It was noted that psychotic crisis were manifested according to literature states (DSM –IV, 2002; McGorry & Edwards, 2002; OMS, 1993). Anxiety, social isolation, scare and suspicion were the identified prodroms and hallucination and delirium, the most related symptoms. It was anoted that psychotic crisis increases not only suffering but also financial obligations, unemployment and loss of the patient's autonomy and make some changes in the family relationship. Looking for medical care was the first providence adopted by the patients and their families. However, this work offers continuations for other researches, in order to study more deeply about familiar dynamics and structural changes in the patients' personality and their impact in the prevention and manifestation of serious psychic crisis.

Key words: psychotic crisis, prodroms, early intervention, family.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – PSICOSE E ESQUIZOFRENIA	14
1.1 Definição e caracterização de psicose e esquizofrenia	16
1.2 Sobre Sintomatologia e Classificação.....	26
CAPÍTULO 2 – PRÓDROMOS E INTERVENÇÃO PRECOCE NA PSICOSE	29
2.1. Pródromos	30
2.2. Intervenção precoce	35
2.3. Intervenção precoce na família	40
CAPÍTULO 3 – FAMÍLIA E CRISE	45
3.1 Concepção de Família.....	45
3.2 Concepção de Crise.....	51
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA	67
4.1 Objetivos	68
4.2 Participantes	69
4.3 Local do estudo	70
4.4 Procedimentos de investigação	71
4.5 Procedimentos	73
4.6 Do método de análise utilizado	76
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
5.1. Histórico do adoecimento	88
5.2 Identificação de uma situação crítica.....	91
5.3 Fatores religiosos	94
5.4 Mudanças de vida.....	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
ROTEIRO DE ENTREVISTA DO PACIENTE – ADAPTADO DA BPRS	123
ROTEIRO DE ENTREVISTA FAMILIAR	127
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE	129
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA FAMÍLIA	131

INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como principal objetivo caracterizar as manifestações iniciais da psicose, identificando os primeiros sinais de seu desenvolvimento, verificando de quais recursos o paciente e sua família lançaram mão para lidar com as situações de primeiras crises psicóticas, a partir do momento em que as identificam como sendo uma situação de crise.

O interesse em desenvolver essa temática nasceu quando do conhecimento do trabalho do Grupo de Intervenção Precoce em Primeira Crise do Tipo Psicótica (GIPSI), coordenado pelo Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, no Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília (UnB).

Atualmente, o GIPSI atende pessoas em primeira crise psicótica e suas famílias, tendo como principal meta prevenir e/ou intervir, visando combater a cronificação desse sofrimento. O grupo foi criado em 2001 com o intuito de ser um espaço para estudo, discussão, pesquisa, atendimento e reflexão sobre o que é denominado de psicose e seus correlatos. Desde 2003, o grupo presta atendimento individual e familiar a pacientes em primeiras crises.

É aceito, na literatura internacional, que a intervenção precoce diminui o risco de recidivas, possibilita uma melhor qualidade de vida, uma vez que minimiza o afastamento social ocasionado por internações e pelo sofrimento em si, além de aumentar a rede de apoio ao paciente e sua família. Outro fator importante é a diminuição do estigma causado quando se tem um diagnóstico de transtorno mental, o que pode ocasionar graves conseqüências, da desistência do tratamento ao isolamento social, de acordo com a literatura internacional (Birchwood, 1992; Chovil, 2005; Dixon & Lehman, 1995; McGorry & Edwards, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), a esquizofrenia, um dos principais exemplos de psicose, manifesta-se tipicamente perto do fim da adolescência e início da idade adulta, figurando entre as dez maiores causas de deficiência de longa duração. Estima-se que 25% dos leitos hospitalares psiquiátricos e 50% das admissões hospitalares em geral estejam ocupados por esquizofrênicos. Comumente, o desencadeamento de uma crise psicótica é precedido por sinais e sintomas observáveis, denominados pródromos. Os pródromos, como veremos a seguir, podem ser desde mudanças sutis de comportamentos a alterações estruturais de pensamento e linguagem.

A família do paciente desempenha, nessas circunstâncias, papel importante, pois pode identificar tais mudanças. No caso de uma outra crise, pode reconhecer os indicadores que sinalizarão o advento dessa nova situação e fazer o encaminhamento a um serviço de saúde adequado. Isso não significa, contudo, que o paciente sempre apresente o mesmo quadro, mas que alguns fatores concretos ou subjetivos peculiares àquele sujeito se manifestam.

Estudos têm demonstrado que um tipo de funcionamento/dinâmica familiar ímpar está presente em considerável parte dos casos de esquizofrenia estudados, o que não pode deixar de ser considerado. Leff (1982), Miklowitz & Goldstein (1983) e Rosenfeld & Goldstein (1995) observaram um nível de crítica e superproteção bastante elevados em famílias com casos de esquizofrenia.

Entende-se que o adoecimento mental pertence não apenas ao paciente, mas à sua família e à sociedade, desenvolvendo-se estratégias de ações conjuntas, dividindo-se a responsabilidade pelo cuidado inicial, tratamento e recuperação. Uma vez que mais pessoas participam desse momento, a importância do diagnóstico e seu estigma podem ser minimizados mediante informação e diálogo entre os membros da família, mediados pela ação terapêutica.

Tendo em vista os vários aspectos implicados na problemática apresentada, juntamente com a escassez de material bibliográfico que reflita a realidade brasileira, este estudo propõe caracterizar um fragmento desse fenômeno. Outrossim, pretende fornecer ferramentas a outros pesquisadores e profissionais que trabalham com saúde mental para desenvolverem estratégias interventivas mais condizentes com as características, dificuldades e necessidades dessa população.

Para as finalidades deste estudo, sua estrutura será apresentada da seguinte forma:

No primeiro capítulo, *Psicose e Esquizofrenia*, serão abordados os aspectos históricos da conceituação da psicose e esquizofrenia, mostrando seu desenvolvimento até a contemporaneidade do século XXI, revisando principalmente os sintomas e sinais mínimos necessários para se chegar a um diagnóstico.

No segundo capítulo, *Pródromos e Intervenção Precoce na Psicose*, serão apresentados os sinais e sintomas e os aspectos interventivos nas psicoses, no que se refere a seus conceitos, sua origem, identificação e função dentro da perspectiva de tratamento, tão logo sejam percebidos indicadores de sofrimento mental. O papel desempenhado pelas famílias com pacientes psicóticos também será abordado.

No terceiro capítulo, *Família e Crise*, serão revisados os construtos teóricos a respeito de família, que sustentam aspectos relevantes para a identificação de pré-disposição a uma possível crise psicótica, observando as características hereditárias, estruturais e dinâmicas que possam sustentar a perpetuação de um quadro de psicose ou desencadeá-lo. Apresentar-se-á, igualmente, teorias sobre crise, que baseiam abordagens psicossociais de saúde

mental em geral, observando seus aspectos positivos e negativos na estruturação das relações sociais.

No quarto capítulo, referente à metodologia, trar-se-á a metodologia qualitativa utilizada neste trabalho, sob a luz da análise de conteúdo.

No quinto capítulo, *Resultados e Discussão*, serão apresentados e discutidos os dados obtidos. As reflexões suscitadas durante o trabalho e considerações a respeito da necessidade de pesquisas e intervenções mais condizentes ao atendimento de pacientes em primeiras crises finalizam o trabalho à guisa de conclusões possíveis.

CAPÍTULO 1 – PSICOSE E ESQUIZOFRENIA

O termo psicose sempre foi utilizado em diferentes sentidos e em diversas situações. As definições em psiquiatria são muitas e não há nenhuma plenamente satisfatória, pois a psicose não se refere a uma doença específica, conforme Costa (2003). Contudo, de forma mais simples e direta, pode-se considerar que a psicose se diferencia por alterações psicológicas muito graves e muito mais comprometedoras que outros distúrbios, como é o caso da neurose.

Tomando uma definição de dicionário, temos que psicose é “qualquer perturbação mental (incluindo o que quer que se entenda pelos termos obsoletos, *insanidade* e *loucura*)” e o termo é usado com referência a uma classe ou grupo de distúrbios mentais (Campbell, 1986).

O uso do termo, segundo Campbell (1986), é conflitante, a despeito de não existir uma definição única, embora alguns aspectos característicos para ele persistam:

1. gravidade: as psicoses são distúrbios “importantes”, mais graves, intensos e desintegradores, e tendem a afetar todas as áreas da vida do paciente;
2. grau de retraimento: o paciente está menos apto a manter as relações afetivas com o objeto;
3. afetividade: as emoções são, com freqüência, qualitativamente diferentes do normal e exageradas no aspecto quantitativo;
4. intelecto: linguagem e pensamento sofrem perturbações, capacidade de discernimento se torna deficiente, podem aparecer alucinações e delírios; e

5. regressão: deterioração generalizada e um retorno a níveis primitivos de comportamento.

A despeito dessa definição geral, podemos afirmar que a característica psicológica que apresenta um nível de comprometimento mais preocupante, na psicose, é o juízo da realidade apresentado pelo paciente. De modo geral, podemos dizer que a psicose se refere às manifestações sintomatológicas gerais, enquanto que esquizofrenia se refere ao diagnóstico e à classificação nosológica específica, bem como ao conjunto das manifestações da psicose e seu quadro já estabelecido.

Em princípio, podemos definir esquizofrenia, segundo a Associação Psiquiátrica Americana, conforme Gonçalves e Gonçalves (1983), como sendo um grupo de desordens manifestado por distúrbios característicos do comportamento, humor e pensamento, o que pode levar a falsas interpretações da realidade e, às vezes, a idéias delirantes e alucinações, com possível função de autoproteção psíquica. As alterações de humor incluem ambivalência, respostas emocionais inadequadas e perda da empatia com os outros. Pode ocorrer também isolamento e comportamento regressivo ou bizarro.

Contudo, a definição do que se reconhece como esquizofrenia também é tema recorrente em Psiquiatria. Um problema freqüente, notado na literatura específica, é a variedade de critérios e definições que tornam tal tarefa ainda mais difícil. Alguns autores afirmam que a esquizofrenia teria necessariamente um mau prognóstico, pois os casos benignos não se tratariam de uma verdadeira esquizofrenia. Outros abarcam, sob uma denominação mais abrangente, grande número de estados psicopatológicos, admitindo-se assim desde um bom prognóstico ou até a cura para a esquizofrenia (Tostes & Morais, 1989).

Porém, pelos motivos acima expostos e para podermos repensar esses conceitos considerando sua pertinência, é necessário conhecermos minimamente a história do conceito.

1.1 Definição e caracterização de psicose e esquizofrenia

De acordo com Costa (2003), Von Feuchtersleben foi o criador do conceito de psicose em 1845, que era utilizado para designar doença mental propriamente. Até essa data, não havia a idéia de psicose contraposta à de neurose, como hoje ocorre.

O trabalho de Freud referente à psicose, por exemplo, compreende sua etiologia com base nos mecanismos psíquicos inconscientes das duas grandes estruturas que conhecemos: neurose e psicose. Em seu texto, “A perda da realidade na neurose e na psicose”, (Freud, 1924) afirma que a diferença que existe entre ambas “é o fato de que em uma neurose o ego, em sua dependência da realidade, suprime um fragmento do id (da vida pulsional), ao passo que, em uma psicose esse ego, a serviço do id, se afasta de um fragmento da realidade”. Esse processo se daria em duas etapas: a primeira arrastaria o ego para longe dessa realidade; a segunda tentaria reparar o dano causado e restabelecer as relações do indivíduo com a realidade às expensas do id.

Freud (1924) propôs então, no seu texto sobre “Neurose e psicose”, que

“na neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose, a fuga inicial é sucedida por uma fase ativa de remodelamento; na neurose a obediência inicial é sucedida por uma tentativa adiada de fuga (...). A neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la”.

Em “A interpretação dos sonhos”, Freud (1900) relaciona os sonhos e os distúrbios mentais em três fatores:

“(1) as conexões etiológicas e clínicas, como quando um sonho representa um estado psicótico, ou o introduz, ou é um remanescente dele; (2) as modificações, a que está sujeita a vida onírica nos casos de doença mental; e (3) as ligações intrínsecas entre os sonhos e as psicoses, apontando as analogias para o fato de eles serem essencialmente afins”.

O termo esquizofrenia, por seu lado, é atribuído a Bleuler e define um conjunto de psicoses crônicas do adolescente ou do adulto jovem, que evoluem de maneira progressiva ou aos saltos de tal forma que o estado doentio apresenta um aspecto irreversível – as possibilidades de melhora não chegam a um restabelecimento completo (Miermont, 1994).

Freud considerou a esquizofrenia um “mau termo nosográfico”, embora o tenha utilizado em alguns de seus trabalhos. Pode-se dizer que o termo foi usado em sua obra preferencialmente quando da descrição do distúrbio das associações e do inconsciente “a céu aberto” (Alberti, 1999).

Anteriormente, em 1851, Morel utilizou-se do termo demência precoce para definir uma decadência mental particular, de caráter hereditário, na puberdade ou adolescência, caracterizada por alterações profundas dos sentimentos, por meio de atos extravagantes e atitudes bizarras (Costa, 1990).

No fim do século XIX, Emil Kraepelin propõe um quadro nosográfico para a doença mental da seguinte forma: a loucura maníaco-depressiva, periódica, de curta duração e espontânea; e a demência precoce, incurável, que exclui as formas hebefrênica, catatônica e delirante. As demais doenças mentais eram relacionadas aos processos cerebrais ou agrupadas sob a designação de loucura degenerativa (Jaspers, 1973). Seus escritos foram influenciados por Kahlbaum, que considerava “todas as manifestações do alienado” (e não apenas aquelas negativas que se desviam da norma) e o desenvolvimento temporal dos processos mórbidos,

resultando na descrição de um certo número de quadros clínico-evolutivos (Alberti, 1999).

Para Kraepelin, o principal problema da demência precoce residia na área da vontade (da diminuição até a extinção), indicando que, para ele, a *zerificação* do desejo, tão manifesta nesses sujeitos, é preponderante. Seus sintomas fundamentais são redução afetiva, indiferença, resultando na falta de vontade, distúrbio do fluxo de pensamento e perda da unidade interna (Alberti, 1999).

Em 1911, Bleuler organiza sob o nome de esquizofrenia os critérios da demência precoce de Kraepelin. O termo anterior foi preterido por não só dizer do caráter evolutivo inexorável para a demenciação, como ainda por carregar uma decorrência do acaso ou de lesão. Para Bleuler, a esquizofrenia (mente cindida) teria sua sintomatologia vista à luz dos mecanismos psíquicos. O sentido das perturbações do fluxo de pensamento, as bizarrices afetivas e volitivas, os delírios e alucinações, aproximava-se da concepção da psicanálise de Freud (Alberti, 1999).

Na década de 1930, Kurt Schneider propôs uma revisão nos critérios de Kraepelin, inspirado nos conceitos fenomenológicos de Karl Jaspers (1913). Adotou uma abordagem mais pragmática e centrada na identificação de sintomas característicos fáceis de evidenciar, permitindo separar a esquizofrenia de outras psicoses de aparência esquizofrênica e das psicoses afetivas. Ao contrário de Kraepelin e Bleuler, que destacavam a avolição e distúrbios associativos, Schneider destacou os delírios e alucinações na esquizofrenia.

Contemporâneo a eles, Langfeldt (1939) distinguiu as “esquizofrenias autênticas”, de prognóstico desfavorável, das “psicoses esquizofreniformes”, um grupo heterogêneo de psicoses de evolução favorável. O diagnóstico de esquizofrenia, então, baseava-se na presença de uma personalidade pré-mórbida inadequada, de um início insidioso da doença na ausência de fatores desencadeantes,

de um contexto desfavorável antes e depois do aparecimento da doença e de um quadro clínico semelhante ao proposto por Bleuler (Amorim, 2001).

A esquizofrenia se manifestaria primordialmente entre o fim da adolescência e o início da fase adulta (Cooper & cols, 1987; Mari, 2001; Mueser & McGurk, 2004; OMS, 2001). Segundo a OMS (2001), a esquizofrenia é um transtorno mental grave que afeta pelo menos 1% da população mundial. É responsável por 1,1% do total de AVAI² e 2,8% dos AVI³ e figura entre as 10 maiores causas de deficiência de longa duração.

No estudo proposto por Sartorius e cols. (1992), essa diferença também se apresenta em variadas faixas etárias. As mulheres, além de um início mais tardio, teriam um curso mais brando de adoecimento e melhor prognóstico (Mari, 2001; Mueser & McGurk, 2004). Isso é decorrente, ao menos em parte, do fato de as mulheres procurarem tratamento nos estágios mais precoces, o que representa menos chances de novas hospitalizações e maior possibilidade de tratamento apenas ambulatorial (Angemeyer & cols., 1990; Goldstein, 1988). Childres e Harding (1990) constataram, nas mulheres, melhor ajustamento e menor prejuízo de personalidade pré-mórbida. A DUP (duração da psicose não tratada) também seria maior nos homens e com previsão de pior funcionamento social e pensamentos estereotipados (Larsen & cols., 1996); sendo que os homens apresentariam início mais precoce (Angermeyer & Kuhn, 1988; Folnegovic & cols., 1990; Häfner & cols, 1989; Nicole & cols., 1992).

O estado civil pode ser considerado como fator de proteção na esquizofrenia. Ser casado e ter uma adaptação psicossocial pré-mórbida boa são preditores de um melhor prognóstico (Addington & Addington, 1992; Boltbol & cols, 2005; Dassouri & cols, 1990; Pakaslahti, 1992). Da mesma forma, pessoas

² Principal causa de Anos de Vida Ajustados para a Incapacidade

³ Principais causas de Anos de Vida Vividos com Incapacidade

divorciadas, viúvas e solteiras apresentam curso desfavorável (Sartorius & cols., 1986). Observou-se também que, uma vez da manifestação da esquizofrenia, as chances de se contrair matrimônio diminuem (Häfner & cols, 1989; Watt & Szulecka, 1979).

O risco de esquizofrenia aumenta quando um ou mais membros da família já tiveram a doença. Filhos com pelo menos um dos genitores esquizofrênicos têm 10% mais chances de apresentarem a patologia do que outros. No caso de gêmeos idênticos, caso um dos dois apresentarem, há 40% de chance de que o outro também venha a fazê-lo. Porém, em 60% dos casos, apenas um dos dois vem a desenvolver. Em contrapartida, 85% das pessoas acometidas não têm relato de casos na família de parentes em 1º grau (McGlashan & cols, 1996).

A taxa de mortalidade entre os pacientes esquizofrênicos é relativamente alta quando comparada com a da população geral. Torna-se ainda maior quando a *causa mortis* é o suicídio – principal causa de morte na esquizofrenia, até 20 vezes maior em relação à população geral (Black & cols., 1985; Mortensen & Joel, 1993; Newman & Bland, 1991). Segundo estudos de Caldweel e Gottesman (1990), cerca de 10% dos pacientes esquizofrênicos morrem em virtude de suicídio e 30% desses já fizeram tentativa, ao menos uma vez na vida (Ramdomsky & cols, 1999).

Os homens cometeriam mais suicídio que as mulheres (Cohen & cols, 1990; Goldstein & cols, 1993), o que pode estar associado a um maior isolamento social e a impulsividade no comportamento masculino (Seeman, 1983). Além desses fatores, outros, como não ser casado, estar desempregado, ter histórico de tentativas anteriores de suicídio, apresentar curso crônico e deteriorante da doença, estar deprimido no momento ou já ter estado, também aumentam o risco de morte (Caldwell & Gottesman, 1990; Drake & cols., 1985; Mortensen, 1995).

Para alguns autores, o período fora de um surto parece oferecer maior risco (Drake & cols, 1984; Shirakawa, 1987). Power (1999) encontrou altos índices de suicídio entre os pacientes com esquizofrenia e transtornos de humor, entre aqueles que haviam iniciado um processo de transtorno mental recente.

Kraepelin (1886) e Bleuler (1911, apud Bressnan, 2001), inicialmente, descreveram os sintomas depressivos como presentes na esquizofrenia. Seu aparecimento na psicose está relacionado a um mau prognóstico (Becker, 1988; Becker & cols., 1985; Bratel & Drake, 1988), como hospitalizações mais longas (Johnson, 1981a), pior desempenho social (Glazer & cols, 1981), cronicidade (Johnson, 1981b), maiores taxas de recaídas (Bartels & Drake, 1988) e suicídio (Roy, 1982; Drake & cols, 1984).

Pacientes fora de surto psicótico apresentam alta frequência de sintomas depressivos (Martin & cols., 1985; Siris, 1991). Além disso, a depressão figura entre os principais sintomas prodrômicos (Melville, 1980). Em estudo realizado por Roy (1990), as proporções entre pacientes psicóticos – com sintomas depressivos – comparadas com a incidência de depressão na população geral, apresentaram grande semelhança.

Salokangas e cols. (2001) encontraram, baseando-se em estudos desenvolvidos por Alanen (1958), que 12% das mães de pacientes esquizofrênicos haviam manifestado psicose, 21% destas eram *psiconeuroticamente* transtornadas e 16% eram saudáveis. Mais notável ainda foi constatar que 51% das mães desses pacientes, segundo o autor, não eram psicóticas, contudo, apresentavam alto nível de transtorno neurótico, ainda que formando um grupo bastante heterogêneo.

Em mães de pacientes neuróticos e no grupo de controle, essas percentagens foram respectivamente de 10% e 15%. Essas mães severamente transtornadas revelaram traços de personalidade próximos a psicótico. Outras,

com igual nível de transtorno, apresentaram traços de personalidade esquizóide ou irracional, sugerindo uma tendência psicótica latente. Em relação aos pais de pacientes esquizofrênicos, em estudo posterior proposto por Salokangas (1977, apud Salokangas & cols., 2001), verificou-se que 10% dos pais já estiveram em hospitais psiquiátricos e 57% destes foram avaliados, pelos pacientes (seus filhos), como portadores de transtornos severos.

1.1.1. Sobre a discussão estrutural

Bergeret (1991) teoriza a psicose a partir da noção de estrutura, pautada nos conceitos de normalidade e patologia. A estrutura é uma noção que implica uma disposição complexa, porém estável, e precisa das partes que a compõem, uma maneira pela qual um todo é composto e as partes desse todo são arranjadas entre si. Segundo seu entendimento, há uma parte latente e estrutural que constitui a personalidade dos indivíduos, composta pelos elementos que lhe são peculiares.

Para nos dar idéia de como seria essa estrutura, lança mão de Freud (1932), em suas “Novas Conferências”, quando fala:

“se atiramos ao chão um cristal, ele se parte, mas não em pedaços ao acaso. Ele se desfaz, segundo linhas de clivagem, em fragmentos cujos limites, embora fossem invisíveis, estavam predeterminados pela estrutura do cristal. Os doentes mentais são estruturas divididas e partidas do mesmo tipo. Nem nós mesmos podemos esconder-lhes um pouco desse temor reverente que os povos do passado sentiam pelo insano. Eles, esses pacientes, afastaram-se da realidade externa, mas por essa mesma razão conhecem mais da realidade interna, psíquica, e podem revelar-nos muitas”.

Esse raciocínio é semelhante ao de Jackson (1931 apud Bergeret, 1991) de “uma organização primária de base sobre a qual aos poucos se consolida um arranjo cujas variações posteriores jamais são realizáveis em número ilimitado”.

Em caso de ruptura do equilíbrio (crise) psíquico, um sujeito de estrutura psicótica apenas poderá desenvolver uma psicose e um sujeito de estrutura neurótica, somente uma neurose. Não há, pois, troca de linhagem estrutural, mas adaptação ou desadaptação dentro de cada uma. Contudo, não podemos seguir a mesma lógica em relação ao sintoma, pois este não nos permite, por si só, prejudicar acerca de um diagnóstico de organização de personalidade, sendo apenas a manifestação superficial da presença de um conflito psíquico.

Só por meio de um acidente (crise, ruptura) ou exame minucioso, pode-se encontrar os *elementos primários de uma personalidade*, segundo Freud (1932), em suas “Novas Conferências”. Tais elementos se *pré-estabelecem* na infância ou na adolescência do sujeito, porém, em uma determinada linhagem estrutural, persiste uma variedade de possibilidades, havendo, em cada uma, formas graves e benignas, não se justificando temer uma estrutura psicótica e, bem diga, uma neurótica (Bergeret, 1991).

Há três estruturas de base segundo Bergeret: a neurótica, a psicótica e as anestruturas ou estados limítrofes. A estrutura neurótica apresenta uma organização centrada em torno do Complexo de Édipo e do princípio da realidade. O tipo de angústia dominante é a de castração. Nas estruturas ou estados limítrofes, por seu turno, o funcionamento do sujeito se encontra entre a fronteira dos funcionamentos neurótico e psicótico. O conflito central diz respeito à perda do amor do outro. Neste trabalho, abordaremos a estrutura psicótica, na qual também se encontra a estrutura esquizofrênica, que detalharemos a seguir.

2.1.1.1 Estrutura Psicótica

Para Bergeret (1991), uma linhagem estrutural psicótica se origina em frustrações muito precoces, essencialmente relacionadas à relação materna, durante a fase oral, ou mais tardar, durante a primeira parte da fase anal. Essa “fronteira” se situa entre as fixações e regressões psicóticas de um lado e as neuróticas do outro. Entre as estruturas psicóticas, a esquizofrênica seria a mais arcaica e a paranóica a menos regressiva, no aspecto pulsional.

A estrutura psicótica corresponderia a uma falência da organização narcísica primária. Na base do conflito, está a negação da realidade demasiado angustiante, levando à reconstrução da realidade, ainda que bizarra. O ego não se completa, o superego nem atingiu a função organizadora ou conflitual. No processo de triangulação edipiana, o pai não ocupa o papel econômico suficiente entre mãe e filho, não podendo, dessa forma, ocupar o lugar de rival (Laplanche & Pontalis, 1992). Os principais mecanismos de defesa psicóticos são: projeção, clivagem do ego, negação da realidade, sendo que todos concorrem para os fenômenos de despersonalização, desdobramento da personalidade ou ainda desrealização.

Nos termos de Dubor (apud Bergeret, 1991), tendo estabelecido características elementares na linguagem psicótica, constatamos que a realidade não é plenamente investida; existe um relativo grau de inadequação do desejo ao objeto; o afeto está mais ou menos dissociado da representação; as palavras são consideradas, em um certo nível, como estranhas, estrangeiras e vazias e é tão difícil, nesse ponto, “mobilier” (grifo nosso) um vazio que o psicótico não situa, tanto entre o outro e ele quanto dentro de sua própria pessoa. A representação da realidade é a própria

realidade, as palavras são a coisa mesma, “numa dialética em que o objeto não se encontra nitidamente separado do sujeito”.

2.1.1.2 Estrutura Esquizofrênica

Seguindo a mesma compreensão de Bergeret (1991), estrutura esquizofrênica corresponde a uma organização psicótica do ego fixada a uma economia pré-genital de dominância oral. As frustrações muito precoces, tanto de origem materna quanto paterna, encontram-se colocadas, sob o ponto de vista do desenvolvimento libidinal. Racamier (1954 apud Bergeret, 1991, p. 75) define a mãe, nessa estrutura, como o “verdadeiro ego do lactante” e, na falta do objeto, este (lactante) permanece incapaz de reconhecer e amar a si próprio. Essa mãe – na qual se encontram tais estruturas – é geralmente autoritária, superprotetora e, ao mesmo tempo, ansiosa e culpabilizada.

Segundo Bergeret (1991), a função paterna, na economia psíquica da psicose, apresenta-se enfraquecida, não passando de uma “pálida duplicação de uma imagem materna ainda mais falha”. O autor encontrou também, nas relações interpessoais dentro de famílias com essa estrutura, outros membros – ainda que não identificados como doentes – num funcionamento semelhante. Contudo, o que lhe parece mais instigante é saber por que justo aquele membro irrompeu numa patologia, enquanto os outros – na mesma estrutura – não o fizeram. A relação objetal orienta-se para o autismo, isto é, para um esforço de recuperação narcísica primária.

Os principais mecanismos de defesa nestes casos comportam a negação primária de uma parte da realidade, na medida em que certas partes dessa realidade jamais foram objetivamente reconhecidas, essa negação é acompanhada pelos mecanismos fundamentais do processo primário: deslocamento, condensação e por

uma certa parcela de simbolização. As alucinações e delírios funcionam enquanto sonhos, permanecendo enquanto forma de reinvestir nos objetos.

1.2 Sobre Sintomatologia e Classificação

Antes de iniciar a descrição da sintomatologia, torna-se necessário fazer a diferenciação das classificações de sintomas na esquizofrenia. São estes negativos e positivos. Os primeiros se referem à perda dos aspectos globais do comportamento do indivíduo, como retraimento social, embotamento afetivo, lentidão motora e diminuição da vontade. Os positivos, por sua vez, referem-se à maximização do funcionamento psíquico ou comportamental deste, como alucinações e delírios (Dalgalarrondo, 2002).

Apesar de a psicose ser descrita principalmente devido a esses dois sintomas (delírios e alucinações), ambas as esferas de classificação (negativa e positiva) figuram e se fazem presentes antes, depois e durante os episódios psicóticos ou na conduta esquizofrênica já cronicada, o que será mais bem detalhado no capítulo seguinte.

Segundo o DSM-IV (1994), uma avaliação diagnóstica positiva se dá com a presença de dois dos sintomas abaixo, por pelo menos um mês, além de *quadro deficitário* (sintomas negativos, *déficit* funcional etc.), por pelo menos seis meses:

- Delírios;
- Alucinações;
- Discurso desorganizado;
- Comportamento amplamente desorganizado ou catatônico;
- Sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia, avolição etc.).

A CID-10 (1993) descreve alteração significativa na qualidade global do comportamento pessoal, perda de interesse, retração social, além dos sintomas abaixo, por pelo menos um mês:

- Alteração das funções mais básicas que dão à pessoa senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo;
- Eco, inserção e irradiação ou roubo de pensamento;
- Delírios de influência, controle e passividade;
- Vozes que comentam a ação;
- Delírios persistentes culturalmente inapropriados;
- Alucinações persistentes de qualquer modalidade, sem claro contido afetivo;
- Interceptação ou bloqueio de pensamento;
- Comportamento catatônico, com flexibilidade cerácea, negativismo, mutismo etc.;
- Sintomas negativos (empobrecimento afetivo, autonegligência, diminuição da fluência verbal etc.).

Amorim (2001) propôs uma diferença quanto à utilidade prática entre CID-10 (1993) e DSM-IV(1994). Segundo o autor, ambas se baseariam em dados empíricos, refletindo algumas tendências atuais de pesquisa, sobretudo, o aumento do peso dos sintomas negativos para o diagnóstico. Contudo, o diagnóstico de esquizofrenia da CID-10 (1993) exigiria apenas um mês de sintomas produtivos, contra os seis meses propostos pelo DSM-IV(1994) mais a existência de uma disfunção sócio-ocupacional.

A disfunção sócio-ocupacional é uma das primeiras características de alerta para o surgimento de um provável quadro de doença mental, não só em psicose, como em outros transtornos. Nesse período “intermédio” em que ocorrem manifestações, ainda que inespecíficas, de um transtorno, pode-se perceber

alteração na maneira usual de funcionamento do sujeito, chamamos de pródromos. A intervenção terapêutica, nessa fase, tem sua importância no melhor restabelecimento do sujeito e na prevenção de quadros cronificados, como será abordado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2 – PRÓDROMOS E INTERVENÇÃO PRECOCE NA PSICOSE

Até a década de 1990, a comunidade dos serviços de saúde mental costumava trabalhar amparada pela crença de que era clínica e eticamente correto retardar o tratamento específico da psicose até a definição de um diagnóstico ser estabelecida (McGlashan, 2001). Hoje, contudo, há cada vez mais evidências sugerindo a intervenção precoce, uma postura de tratamento ao invés de um simples paliativo (Amminger & cols., 2003). Tal constatação contribuiu para o aumento de estudos sobre o início do surgimento da esquizofrenia, criando-se divisões didáticas dentro do seu desenvolvimento, como primeira crise, primeiro episódio, pródromos.

Essa configuração nova e bem estabelecida dos estudos visa diminuir as discrepâncias entre critérios e definições de classificação, em parte, decorrentes do uso de amostras em que havia pacientes com diferentes níveis de comprometimento e em diversos estágios da doença, tornando as generalizações enviesadas (Keshavan & Schoeler, 1992).

Outro fator de dificuldade diz respeito à definição do que seria psicótico em comparação com a população em geral. Yung e McGorry (1999) defenderam que a fronteira entre “diferente, mas não psicótico” (pré-psicótico) e “francamente psicótico” é tênue. A principal maneira de investigação continua sendo aquela proposta por Bleuler (1911 apud Amminger, 2003), em que a reconstrução retrospectiva feita pelo clínico caracteriza os pródromos da esquizofrenia desde que a doença seja primeiramente definida.

2.1. Pródromos

De acordo com McGorry e Edwards (2002), os pródromos constituem um período de transtorno não psicótico no comportamento ou na vivência do paciente, precedendo o surgimento da psicose, e, uma vez possíveis de serem reconhecidos, pode-se interromper a progressão da psicose ou facilitar o tratamento após seu surgimento. O termo “pródromo” vem do grego “*pródomos*” e significa aquilo que antecede um evento (Fava & Kellner, 1991). Tradicionalmente é usado em referência a dois momentos específicos da esquizofrenia: a fase que precede o período inicial da psicose (Herz, 1999) e a fase da doença que precede uma recaída na psicose em pacientes que já experienciaram episódios prévios (Birchwood & cols, 1989; Herz, 1999; Herz & Melville, 1980; Mala & Norman, 1994).

Enquanto o tratamento durante a manifestação do segundo tipo de pródromos pretende reduzir recaídas e hospitalizações, o tratamento, na primeira fase, objetiva prevenir a psicose instaurada, ou ao menos abrandar sua severidade (Beiser, 1993; Duzyurek, 1999; McGorry, 2000). É sabido que as pessoas que vêm a se tornar psicóticas vivenciam algumas mudanças em sua autopercepção e também alterações de comportamento logo no início do surgimento dos primeiros sinais e sintomas (Simon & cols, 2001), o que sugere uma alta especificidade para tais pródromos. Contudo, uma revisão nos sistemas de classificação correntes revela a grande heterogeneidade do conceito. O DSM-III-R (1987) apresenta uma lista de novos aspectos observáveis no comportamento, além de mudanças “subjetivas” de vivência, o que também foi constatado por McGorry e Edwards (2002), quais sejam:

1. Isolamento social;
2. Deterioração do funcionamento social;
3. Comportamento estranho;

4. Deterioração do trato pessoal e higiene;
5. Embotamento afetivo ou afeto inapropriado;
6. Alteração do discurso;
7. Crenças e pensamentos mágicos;
8. Percepção incomum das experiências;
9. Falta de iniciativa, interesse ou energia.

A CID-10 (1993) reconhece uma fase prodrômica nas desordens psicóticas. Porém, os sintomas prodrômicos não estão incluídos em sua descrição da esquizofrenia (Simon & cols, 2001). Ainda assim, é inquestionável o valor que a literatura e os estudos sobre o tema têm acrescentado à já bastante vasta bibliografia sobre esquizofrenia em geral. Sobre a importância dos pródromos, McGorry & Edwards (2002) propuseram que, se esses são realmente uma forma de esquizofrenia, então o curso da psicose ocorrerá inexoravelmente.

Por outro lado, se os mesmos são, antes, um fator de risco para a psicose, então apenas uma parcela dos indivíduos em fase prodrômica progredirá para um episódio psicótico. Nesse caso, o termo “pródromo” pode ser substituído por “síndrome precursora” ou “estado mental de risco” (Eaton & cols, 1995; McGorry & Singh, 1995).

Os sinais e sintomas prodrômicos referenciados a seguir foram definidos por McGorry e Edwards (2002); Herz e Melville (1980); Huber e cols. (1980); Birchwood e cols. (1989); Hafner e cols. (1992); Hambrecht e cols. (1974):

1. Sinais

- Suspeição, depressão, ansiedade, tensão, irritabilidade, ira, alteração do humor, distúrbios do sono, alterações do apetite, perda de energia ou motivação, dificuldades de memória e concentração, percepção de que as coisas ao redor estão alteradas, crença de que

os pensamentos encontram-se acelerados ou lentificados, deterioração no trabalho ou no estudo, interrupção ou perda do interesse em se socializar; surgimento de crenças incomuns.

2. Sintomas psicóticos positivos

- Distúrbios do pensamento, delírios e alucinações.

Alguns autores enfatizaram que, assim como sinais e sintomas podem ser descritos e padronizados em escalas de avaliação, indivíduos em estado pré-psicótico, freqüentemente, já têm – sob um ponto de vista fenomenológico – experiências interiores alteradas não descritas pela Psicopatologia (Lidz, 1973; Moller & Husby, 2000; Parnas & cols, 1998). Esse estado de auto-referência foi descrito por vários autores e caracterizado também por alterações de cognição, afeto, consciência e atos motores (Berrios, 1996). A esse fenômeno, Conrad (1958 apud Simon, 2001), deu a denominação *trema*, descrevendo-o como o sentimento de tensão e insegurança similar à experiência do ator em face de uma nova audiência e à crença de que “alguma coisa imprevista vai acontecer”.

Pode haver, também, tendência dos pacientes à hipersensibilidade (Simon, 2001; Parnas & cols, 1998), com excessiva preocupação de suas idéias não serem compartilhadas por outrem ou, paradoxalmente, dificuldade de abstração que leva ao concretismo (Sims, 1988). Dada a grande variedade de sintomas não específicos que ocorre na fase prodrômica e sua prevalência considerável na população em geral, deve-se considerar o risco de “falsos positivos” nas estratégias de intervenção individual consideradas como de risco iminente de psicose (Edwards & McGorry, 2002). Yung e McGorry (1996), em uma vasta revisão sobre a gama de sintomas não específicos de psicose, mas observados em pródromos, descrevem:

Tabela 1 – Descrição de pródromos segundo Yung e McGorry.

PRÓDROMOS	
Sintomas Neuróticos	Ansiedade; agitação; raiva; irritabilidade.
Sintomas Relacionados ao Humor	Depressão; culpa; anedonia; idéias suicidas; oscilação de humor.
Mudanças na Vontade	Apatia; perda de interesse; fadiga; perda de energia.
Mudanças Cognitivas	Perturbação da atenção; dificuldade de concentração; preocupação; devaneio; bloqueio do pensamento; redução da abstração.
Sintomas Físicos	Queixas somáticas; perda de peso; falta de apetite; perturbações do sono.
Outros Sintomas	Fenômeno obsessivo-compulsivo; fenômeno dissociativo; aumento da sensibilidade interpessoal; mudanças no sentido de eu, dos outros, do mundo; alterações da mobilidade; alterações do discurso; alterações da percepção; desconfiança; mudança no afeto.
Mudanças de Comportamento	Deterioração escolar, do trabalho e funcional; afastamento social; impulsividade; comportamento estranho; agressividade.

Fonte: Dados retirados de Schizophrenia Bulletin, nº 22, páginas 353 a 370.

Em estudo proposto por Jackson (1995), pacientes com diagnóstico de esquizofrenia tiveram mais probabilidade de apresentar sintomas prodromáticos do que os pacientes diagnosticados com outros transtornos, ainda que esses sintomas

não fossem exclusivos da esquizofrenia – daí o fato de se reconhecer “pródromos de psicose” e não de esquizofrenia. Entre os fatores de risco para a psicose estão: adolescência e início da idade adulta, história familiar de transtorno psicótico, personalidade vulnerável (exemplo: esquizóide, esquizotípica), fraco ajustamento pré-mórbido, histórico de traumatismo crânio-encefálico, histórico de complicações obstétricas, traumatismos perinatais, estação do ano em que se deu o nascimento, eventos vitais, estresse psicossocial percebido, abuso de drogas, alterações funcionais e subjetivas na pessoa.

Além da classificação pré-citada, McGorry e cols. (2000) desenvolveram um sistema de identificação de pródromos individuais que consiste em categorias de seleção. A categoria 1 requer ao menos um dos seguintes sintomas positivos atenuados:

1. Idéias de referência;
2. Crenças estranhas ou pensamentos mágicos;
3. Transtorno de percepção;
4. Pensamentos e discursos estranhos;
5. Ideação paranóide;
6. Comportamento e aparência estranhos.

A categoria 2, por sua vez, refere-se ao indivíduo que já experienciou sintomas positivos transitórios e que tiveram remissão espontânea no período de uma semana. Por fim, a categoria 3 combina fatores genéticos de risco (ser parente de primeiro grau de alguém com diagnóstico de esquizofrenia) com mudanças de funcionamento relacional (ter apresentado declínio acentuado no último ano).

É importante ressaltar que em nenhuma das categorias há critérios com sintomas negativos e, nas duas primeiras, há larga utilização de sintomas

positivos, caracterizando que estes últimos exercem um papel primordial na detecção da patologia (Cornblatt & cols., 2001).

Contudo, para investigarmos pródromos como início da esquizofrenia, ou de qualquer outro transtorno mental, devemos levar em conta seis fatores: o declínio do funcionamento social a despeito da relação psicopatológica; o primeiro início de qualquer sintoma psiquiátrico; o início dos sintomas psicóticos precoces; o primeiro início de sintomas negativos; o primeiro tratamento – que pode influenciar o curso e a duração do primeiro episódio e uma possível indicação diagnóstica – e a primeira admissão hospitalar.

2.2. Intervenção precoce

A maior parte dos casos de pródromos em psicose acaba por evoluir para uma esquizofrenia (Edwards & cols, 1998; Power & cols, 1998). Porém, no momento do primeiro episódio, o curso da doença é desconhecido e a psicose demanda tratamento imediato. A intervenção precoce na psicose, então, refere-se ao tratamento da psicose que enfatiza a importância do tempo e do tipo de prevenção oferecida às pessoas que se encontram em primeiro episódio (Lines, 2003).

Precoce quer dizer tão logo quanto possível, segundo o início dos sintomas psicóticos. Intervenção se refere à amplitude, intensidade, especificidade e individualização do tratamento, podendo ajudar a evitar a deterioração biológica, social e psicológica nos primeiros anos que se seguem ao início da psicose (Birchwood, 1992). Nesse sentido, a prática da intervenção precoce diz respeito à presente orientação no campo de pesquisa e prática clínica da intervenção precoce em psicose.

O fator que designa a precocidade da intervenção, ou mesmo identificação de uma crise psicótica, é controverso, pois o número de estudos sobre primeiros

episódios em esquizofrenia é relativamente pequeno quando comparado à magnitude da literatura geral sobre o tema. Além disso, a discrepância entre critérios e definições de esquizofrenia torna a empreitada mais difícil (Keshavan & Schoeler, 1992).

Segundo os mesmos autores, a dificuldade no fato de que *precoce* e *de início recente* devem ser diferenciados de *primeiro episódio*, *primeiro início* e *primeira admissão*, pois os três podem apresentar conotações distintas. O primeiro episódio pode se estender por anos. O primeiro início consiste na primeira vez em que esses sintomas se manifestaram, possibilitando uma classificação ou, ao menos, uma hipótese diagnóstica. A primeira admissão consistiria na primeira intervenção médica feita (Carpenter & Kirkpatrick, 1988).

O primeiro episódio seria o período com um tempo de duração mínimo específico, no qual o paciente manifesta um número mínimo específico de sintomas que preenchem o critério sindrômico de uma dada categoria de transtorno psicótico. O início do episódio então seria a data do começo da manifestação de sintomas específicos que definem uma síndrome. O fim do episódio consistiria na remissão dos sintomas por um mínimo de tempo específico (Keshavan & Schoeler, 1992).

Costa (2006, no prelo) propôs uma definição de intervenção precoce como sendo referente às

“ações terapêuticas (medicamentosas, psicológicas relacionais) imediatas, em primeiras crises de sofrimento psíquico grave, utilizadas o mais cedo possível com o objetivo de diminuir os efeitos deletérios dos processos condicionantes, particularmente nos casos em que se detectam sinais ou sintomas de altos níveis de angústia, sejam eles de estrutura neurótica ou psicótica”.

Fallon (1992) considerou que os pontos-chave a serem considerados na triagem de pacientes apresentando possível quadro de psicose incluem a natureza e a duração do distúrbio de comportamento; o humor e o funcionamento cognitivo do paciente; a presença de delírios e de alucinações; a possível relação dos sintomas com um evento estressante importante; eventos importantes na vida atual; elementos de estresse do ambiente. A avaliação psicossocial deve incluir também: estilos de defesa predominantes, os conflitos atuais, os pontos fortes e recursos pessoais.

A despeito das críticas, o uso do termo “psicose” é, em si, significativo e mesmo encorajado por McGorry e cols. (1997), uma vez que oferece uma descrição mais exata da situação e ajuda a evitar o estigma e medo que podem estar associados ao diagnóstico de esquizofrenia. Além disso, a intervenção precoce visa a reduzir a incapacidade, em longo prazo, no indivíduo e os custos – humanos e econômicos – associados à doença. Para alcançar tais objetivos, as estratégias da intervenção precoce pretendem limitar a duração da psicose antes do (durante o) tratamento e prevenir recaídas (Lines, 2003). As maiores vantagens da intervenção precoce incluem (McGorry & Edwards, 2002):

1. Menor morbidade;
2. Recuperação mais rápida;
3. Melhor prognóstico;
4. Preservação das capacidades psicossociais;
5. Preservação dos apoios familiares e sociais;
6. Menor necessidade de hospitalização.

Em contrapartida, as conseqüências do não-tratamento ou tratamento tardio são (Johnston & cols., 1986; Loebel & cols., 1992; Wyatt, 1991):

1. Recuperação mais lenta e menos completa, resistência ao tratamento;

2. Pior prognóstico;
3. Risco aumentado de depressão e suicídio;
4. Interferência no desenvolvimento psicológico e social;
5. Enfraquecimento das relações interpessoais ou perda dos apoios familiares e sociais;
6. Desestruturação das atividades maternas e paternas do paciente (quando tem filhos);
7. Estresse e aumento dos problemas psicológicos na família do paciente;
8. Desestruturação das atividades escolares e profissionais, desemprego;
9. Uso abusivo de substâncias;
10. Atividades ilegais;
11. Hospitalização desnecessária;
12. Maiores custos do tratamento.

Johnston e cols. (1986), Lincoln e McGorry (1995) e Loebel e cols. (1992) pesquisaram quais fatores estariam envolvidos no atraso na procura por tratamento, constatando:

1. As principais dificuldades no reconhecimento da psicose:
 - Não-reconhecimento por generalistas e outros profissionais de atenção primária;
 - Não-reconhecimento por familiares e amigos;
 - Sintomatologia – início lento, afastamento social e delírios de perseguição;
 - Jovens do sexo masculino particularmente em risco de atraso no reconhecimento da psicose.

Os principais sinais de psicose podem ser tomados por seus familiares e amigos como comportamento normal da adolescência, fase transitória ou estresse,

sendo tolerados por um longo tempo antes que se procure ajuda profissional. Assim, indivíduos mais jovens podem estar particularmente expostos ao atraso de tratamento e suas conseqüências. O início insidioso também pode contribuir para o atraso no reconhecimento pelas pessoas mais próximas do indivíduo (McGorry & Edwards, 2002).

2. Relutância em procurar ajuda:

- Estigma;
- Falta de conhecimento;
- Medo.

Os estereótipos da doença mental, além do temor e do estigma associados aos serviços de saúde mental, podem inibir a busca por ajuda, de modo que a família venha a negar os sintomas e tente lidar com o comportamento anormal durante o máximo de tempo possível. A procura pelos serviços de saúde fica como último recurso e não como uma escolha racional (McGorry & Edwards, 2002).

3. Serviços inacessíveis ou que não respondem às necessidades de demanda:

- Serviços baseados em centros psiquiátricos;
- Listas de espera e serviços sobrecarregados;
- Serviços que não estão voltados para o tratamento de psicoses de início recente ou de indivíduos em fase pré-psicótica;
- Foco concreto em “doenças mentais sérias” pode significar que “doenças mentais potencialmente sérias” sejam excluídas, isto é, a psicose do paciente tem que se tornar mais grave (com os riscos inerentes à forma grave) para que se tenha acesso ao serviço.

Além do estigma já descrito acima, os serviços de saúde podem não estar suficientemente direcionados para acompanhar pacientes em fase prodrômica, garantindo assim que os mesmos se engajem no tratamento (McGorry & Edwards, 2002).

4. Grupos em alto risco para tratamento tardio:

- Pessoas que vivem nas ruas;
- Pessoas com problemas relacionados a álcool e drogas;
- Pessoas com transtornos de personalidade ou deficiência mental.

Pessoas jovens e também desabrigados (mendigos, sem-teto) se encontram em particular risco de atraso no tratamento por freqüentemente estarem fora de contato com agências relevantes ou ainda por talvez serem hostis a tais agências. Aqueles com problemas de uso de substâncias, transtornos de personalidade ou *déficits* intelectuais podem achar que fatores sociais, legais e outros agem como obstáculo à assistência. Esse grupo de pacientes específicos está crescendo de tamanho e apresenta grande importância clínica (Lincoln & McGorry, 1995).

Segundo Edwards e cols. (2000), os serviços precisam se reestruturar em relação ao início e precocidade do curso da psicose e também melhorar as bases da prática dos profissionais de saúde mental e, a fim de trabalhar efetivamente com esse grupo de clientes, cruzar as fronteiras dos serviços tradicionais. Esse novo tipo de intervenção requer uma mudança radical no modelo tradicional dos serviços de saúde. E depende do desenvolvimento de novas parcerias, não só entre serviços sociais e de saúde, mas também dentro das comunidades. O potencial do grupo demonstra maior efetividade aos serviços, a seus usuários e aos cuidadores dos pacientes – pais, cônjuges, filhos (Newstead & Kelly, 2003).

2.3. Intervenção precoce na família

Apesar de as pesquisas apontarem que a família desempenha um importante papel no impacto causado pelo início da psicose em um de seus membros, o número de estudos continua inexpressivo (Burbach & Stanbridge,

1998). O que se encontra na investigação dessas famílias são relatos de sofrimento, sobrecarga, ansiedade, depressão e aumento do ônus econômico (Addington, Colins & cols, 2005; Barrowclough & cols, 1996; Schene & cols, 1994; Schene & cols., 1998; Szmukler, 1996). Outra questão é que essas famílias relatam maior grau de sofrimento em comparação com aquelas cujos membros já apresentam quadro de cronificação (Addington, Collins & cols, 2005; Martens & Addington, 2001), contudo, ainda é necessário maior investigação sobre a experiência dos familiares na situação de primeiros episódios.

O sofrimento experienciado decorre da incorporação do papel de cuidador aos papéis familiares já existentes. Há dois tipos de sofrimento: o objetivo – que envolve a disruptura dos deveres e obrigações familiares em razão do adoecimento e é facilmente observável; e o subjetivo – relativo às conseqüências psicológicas da situação para a família (Martens & Addington, 2001).

Algumas famílias podem trazer uma história de sofrimento de dias, semanas, meses, ou mesmo anos, de preocupação e suspeição, com estresse e culpa. Outras podem relatar início repentino e dramático, igualmente estressante. Por essa exposição maciça de sofrimento, a família pode estar em estado de choque e com medo do futuro (McGorry & Edwards, 2002).

Addington e cols. (2003) constataram que, entre a larga escala de problemas decorrentes do surgimento da psicose, as dificuldades de comportamentos e sintomas negativos se sobressaem. Avaliação familiar sobre o impacto do surgimento da doença figurou como mais grave e desestruturante do que a severidade dos sintomas em si. Ainda que as famílias que sustentam tal afirmação sejam aquelas que coabitam com seus pacientes, nas famílias em que esses indivíduos vivem em lares separados há, igualmente, relato de sofrimento e preocupação.

O trabalho, nesses casos, deve objetivar: a) maximizar o funcionamento adaptativo da família; b) minimizar a disruptura da vida familiar ocasionada pelo primeiro episódio; c) minimizar o risco de sofrimento em longo prazo, o estresse e a sobrecarga vivenciados pela família; d) ajudar a família a entender o impacto da psicose no sistema familiar em cada membro e na interação entre esta e o curso da psicose (Addington & Gleeson, 2003; Mullen, Murray & Happell, 2002).

Além disso, a intervenção familiar em primeiro episódio psicótico permite às famílias aventar preocupações e promover discussões construtivas e também dar oportunidade de esclarecer dúvidas num ambiente seguro. Tais programas podem também fornecer suporte, informação, um meio de integração, um meio de facilitar as relações de colaboração e identificar os pontos fortes de cada indivíduo dentro da família, a fim de consolidar estratégias de resiliência (Gleeson & cols., 1999).

Os sentimentos relatados, em seguida a um diagnóstico de doença mental em um membro familiar, incluem negação, tristeza/pesar, culpa, medo de estigmatização, confusão, fracasso, vergonha, raiva e alívio (EPPIC, 1997; Ferrari, 1996). À medida que a negação evolui para o reconhecimento, pode surgir tristeza. A família pode se sentir culpada por não ter procurado um médico mais cedo. O medo da estigmatização ou vergonha pode levar as famílias a resistir à internação ou ao início do tratamento, negando que o paciente esteja doente e minimizando seu comportamento durante as crises. Podem também perder contato com outros familiares e amigos. Essas respostas emocionais devem ser levadas em conta pela equipe de saúde e influenciam no ajustamento e recuperação do paciente.

É importante ressaltar que as estratégias e ferramentas utilizadas nesses casos são distintas daquelas com pacientes crônicos e seus familiares. O impacto do primeiro episódio é diferente para a família que não tenha vivenciado

previamente uma psicose, a agudeza de um episódio é mais intrigante e há, não raro, ambigüidade diagnóstica (Goldstein, 1996).

A intervenção psicossocial tem seu mérito em reduzir as taxas de recaídas e incidências de hospitalização, além de gerar maior adesão ao tratamento (Fadden, 1998). Goldstein (1996) argumentou que essas famílias podem ter melhor adesão a programas de intervenção – ao menos inicialmente – do que aquelas com pacientes crônicos. Essa diferença precisa ser considerada no desenvolvimento de protocolos para intervenção precoce nas famílias.

Outra questão é que essas famílias relatam maior grau de sofrimento em comparação com aquelas cujos membros já apresentam quadro de cronificação (Addington, Collins & cols. 2005; Martens & Addington, 2001), contudo, ainda é necessário maior investigação sobre a experiência dos familiares na situação de primeiros episódios.

Addington e cols. (2003) constataram que, entre a larga escala de problemas decorrentes do surgimento da psicose, as dificuldades de comportamentos e sintomas negativos se sobressaem. A avaliação familiar sobre o impacto do surgimento da doença figurou como mais grave e desestruturante do que a severidade dos sintomas em si. Ainda que as famílias que sustentam tal afirmação sejam aquelas que coabitam com seus pacientes, nas famílias em que esses indivíduos vivem em lares separados, há, igualmente, relato de sofrimento e preocupação.

Nos últimos dez anos, as pesquisas têm demonstrado que o apoio e as intervenções permanentes nas famílias, somados à assistência direta aos pacientes, podem reduzir as recaídas daqueles com psicose, o que resultou em maior ênfase ao trabalho de psicoeducação com familiares de pacientes psicóticos (McGorry & Edwards 2002).

A psicoeducação, nesse contexto, é uma técnica que define como a administração sistemática de informações a respeito de sintomas, etiologia, tratamento e evolução, pode melhorar a compreensão e modificações de comportamentos, com o objetivo de recuperar e fortalecer a capacidade de adaptação dos pacientes e suas famílias (EPPIC, 1997).

CAPÍTULO 3 – FAMÍLIA E CRISE

3.1 Concepção de Família

Pensar sobre família é tentar abordar um dos construtos mais antigos e arraigados da história humana. Construto este que se reorganiza constantemente diante dos novos modelos sociais que se apresentam em tantos recortes da realidade quanto se pode pensar. Buscando problematizar o que seja família, Costa (2003) afirmou, em histórico amplo e interdisciplinar sobre a temática, que é necessário interligá-la à cultura, ao espaço de interação cotidiano e temporal, bem como às raízes históricas e inconscientes presentes nessa base de constituição. E, a despeito da dificuldade teórica de definir uma unidade social denominada família, enquanto entidade operacional, há três principais áreas do conhecimento que se empenham nesse feito: sociologia, antropologia e psicologia.

De acordo com Michel (1983 apud Costa 1999), nos anos setenta, o estudo da família se resumia exclusivamente aos demógrafos (que estudavam a função reprodutiva familiar), aos economistas (que observavam o consumo nos lares), aos juristas (que investigavam e discutiam as leis relativas à família) e aos sociólogos (que discutiam acerca do funcionamento familiar). Os estudos desenvolvidos por estes últimos predominavam na época e surgiram baseados em teorias mais antigas. Incrementaram-se nos Estados Unidos, na antiga União Soviética e em países do Leste Europeu, utilizando-se de três métodos básicos: experimentação (Blood & Wolfe, 1960; Strauss & Tallman, 1966); investigação trigeracional das

mudanças sociais e familiares (Hille & cols, 1970) e estudos longitudinais (Berkeley, 1928; Hill, 1964).

Parsons (apud Berenstein, 1988) fez uma análise da família norte-americana, examinando a terminologia de parentesco como guia da estrutura social. Definiu a família americana como um sistema aberto, multilinear e conjugal. A família conjugal seria composta por pais e filhos e a eles sujeitava-se. Enquanto relacionada a todos os membros reunidos por condições de parentesco, denominava-os “parentes”. A relação com os parentes se estabelecia por meio de relações entre famílias conjugais de tal maneira que seus membros estão reunidos dentro de unidades elementares denominadas, assim, família conjugal.

Segundo as denominações de parentesco, a sistematização sobre família e seus integrantes acontece da seguinte forma: 1) A família de orientação do sujeito – composta por pai, mãe, irmãos e irmãs; 2) A família de procriação – composta pelo sujeito, seu cônjuge, mulher ou marido, filhos e/ou filhas; 3) A família de ascendentes em primeiro grau – avô e avó com seus filhos, ou seja, tios, tias e o pai ou a mãe do sujeito; 4) Famílias colaterais de primeiro grau – formadas pelo irmão ou irmã, com o cunhado ou cunhada e as sobrinhas e sobrinhos; 5) Famílias descendentes em primeiro grau – filha e genro, filha casada com genro, netos e netas ou filho casado com nora, netos e netas. Nota-se que, à medida que a sistematização se afasta da família nuclear, a identificação dos parentes, em linha reta e colateral, fica mais afrouxada.

Linton (1970 apud Berenstein, 1988) assinalou que o termo família se aplica a duas unidades sociais básicas diferentes: 1) Família conjugal – grupo formado por cônjuges e descendentes; 2) Família consangüínea – grupo difuso e pouco organizado de parentes consangüíneos. Sprott (1960 apud Berenstein,

1988) definiu a família como conjunto de pessoas, ligadas por determinados laços de parentesco, em virtude de alguma relação consangüínea real ou atribuída.

Radcliffe-Brown (1978 apud Berenstein, 1988), sob um olhar antropológico, denominou “família elementar” o conjunto formado por um homem, sua mulher e filhos ou filhas. Tal família se constituiria em três tipos de relações: 1ª Ordem – as que se dão entre pais e filhos, entre filhos dos mesmos pais e entre marido e mulher, enquanto pais dos mesmos filhos; 2ª Ordem – aquelas que a família elementar tem por meio de um membro comum com outra família elementar (o irmão da mãe, o irmão do pai, o irmão da mulher); 3ª Ordem – as que se tem por meio do filho do irmão do pai, da mulher do irmão da mãe.

Lévi-Strauss (1972 apud Costa 1999) definiu a família como

“um grupo social possuidor de pelo menos três características: a) Origem no casamento; b) Constituído por marido, esposa e filhos provenientes dessa união, conquanto seja lícito conceber que outros parentes possam encontrar seu lugar próximo a esse núcleo; c) Seus membros estão unidos entre si por: 1) Laços legais; 2) Direitos e obrigações (econômicas, religiosas e de outra espécie); 3) Um entrelaçamento de direitos e obrigações sexuais e uma quantidade variada e diversificada de sentimentos psicológicos, tais como amor, afeto, respeito, medo etc”.

Seguindo a noção de estrutura inconsciente, o autor chegou a uma definição de grupo familiar como sendo “um sistema relacional entre duas famílias, assentado na proibição do incesto como regra reguladora do intercâmbio do grupo que, para se renovar, precisa da aliança heterossexual”, sendo o casamento somente um dos múltiplos aspectos da troca entre grupos humanos que podem contrair alianças graças a essa regra de exogamia.

Ackerman (1986), por sua vez, configurou a família enquanto organismo composto da fusão de fatores biológicos, psicológicos, sociais e econômicos.

Segundo cada um, respectivamente, a família serviria para perpetuar a espécie; seus membros estariam ligados por mútua interdependência para a satisfação de suas respectivas necessidades afetivas; assegurar a sobrevivência física e construir a humanidade essencial do homem; e para mútua interdependência, assegurando as necessidades materiais.

Bowen (1978 apud Papero, 1998) postulou que família é um sistema em que a mudança que afeta uma das partes se faz seguir por mudanças compensatórias em outras de suas partes componentes. Logo, os sistemas funcionam em todos os níveis de eficiência: do funcionamento ótimo à total disfunção e falência.

Para Berenstein (1988), a família é “um sistema com uma estrutura inconsciente”, tal estrutura constitui um modelo no qual se combinam os membros, de acordo com um projeto geralmente eficaz e que tem prescrições de um estado a outro da estrutura, que não passa pela consciência dos integrantes ou que não é considerado como determinante da estrutura atual.

A estrutura familiar, conforme Kornblit (1984 apud Costa 2003), caracteriza-se pela combinação de três funções: a materna ou continente; a paterna – que garante a ruptura da díade mãe-filho, facilitando ao segundo o acesso à ordem simbólica; e a filial – em que se concretizam as possibilidades geradoras-criadoras dos pais, garantindo a continuidade do grupo específico e social.

Por meio de uma análise crítica das concepções acima colocadas, Costa (2003) conclui que:

“tenha a configuração que tiver, seja ela qual for, a família é o meio relacional básico para as relações com o mundo, da norma à transgressão, da saúde à patologia, do amor ao ódio. Seu entendimento é de que deve prevalecer a tendência de que a

família não é uma ‘relação obrigatória’, mas antes uma das muitas possibilidades que dão sentido ao ser humano”.

Complementando essa última afirmação, hoje em dia, há toda uma sorte de agregados familiares que, em termos de constituição e funcionamento, pouco tem a ver com as famílias dos nossos avós. No entanto, quando pensamos em famílias reconstituídas – união em que os cônjuges trazem seus filhos da união anterior; nas famílias com casal homossexual ou em outras formas de famílias, não deixamos de as reconhecer como tal (Relvas, 2003).

3.1.1 Família enquanto sistema

Em 1945, Ludwig von Bertalanffy (1977) definiu que um sistema é um conjunto de unidades em inter-relações mútuas que incluem simultaneamente função e estrutura; não sendo constituído, portanto, por partes independentes, mas interdependentes, constituindo uma unidade ampla e inteira. As ações e comportamentos de cada parte influenciam e simultaneamente são influenciadas por todas as outras. Sua teoria possibilitou que a compreensão da realidade se desenvolvesse de forma interdisciplinar, em particular, o estudo sobre a família e a terapia familiar. Sua obra, *Teoria Geral dos Sistemas*, teve o mérito de sistematizar e operacionalizar dois principais problemas relativos à ciência do século XX: a) como buscar uma compreensão científica diante das inúmeras disciplinas que surgiam; e b) como avançar no conhecimento, se cada vez mais o método analítico mostrava que, na compreensão dos fenômenos, o todo era maior que a soma das partes (Relvas, 2003).

A cibernética também auxiliou na compreensão da família enquanto sistema. O termo foi popularizado em 1948 como resultado do livro de Norbert Wiener. Nas ciências sociais, a cibernética teve sua repercussão na analogia entre

certos sistemas comuns às máquinas, aplicados em organismos vivos. A noção central da cibernética é o conceito de homeostase ou a manutenção de um estado estável (Bertalanffy, 1977). Jackson (1957 apud McCown & Johnson, 1992) propôs que uma série de movimentos homeostáticos, dentro da família, serviria para regular o comportamento de seus membros. O autor sugere que funcionam como um termômetro, desviando-se do comportamento rotineiro quando uma força de grande poder desestabilizador age dentro da (sobre a) família (McCown & Johnson, 1992).

Tomando de Relvas (2003) uma descrição que se baseia tanto na noção de sistema quanto na de cibernética, podemos afirmar que família é um sistema social aberto e auto-organizado, com as mesmas características de qualquer outro sistema. Cada família seria um todo – maior que a soma de seus elementos – e também parte de outros sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integraria (comunidade, sociedade). Em contrapartida, dentro da família, haveria outras totalidades menores, componentes do grupo total (seriam os subsistemas dos quais o menor é o indivíduo). Essa hierarquização sistêmica entenderia a família enquanto um sistema entre sistemas e colocaria toda a ênfase nas relações estabelecidas, permitindo que nem as relações, nem o indivíduo sejam desprezados nesta abordagem.

Andolfi (1979), ratificando a autora, considerou a família como um sistema de interação que supera e articula dentro de si os vários componentes individuais; dessa maneira, a exploração das relações interpessoais e das normas que regulam sua vida enquanto grupo é necessária à compreensão do comportamento dos membros que a formam, bem como para a formulação de intervenções eficazes.

Para Gameleiro (1992), a família se refere a uma rede complexa de relações e moções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são passíveis de ser pensados com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados. A simples descrição de uma família não conseguiria transmitir a riqueza e complexidade relacional de sua estrutura.

Costa (1990) a delimitou como sendo um sistema aberto composto por *subsistemas ou holons* (partículas ou partes), *caracterizado por um estado interno relativamente constante ou auto-equilibrado*, mantido por auto-regulação (homeostase), constituído de *hierarquias, fronteiras ou limites, regras, papéis e comunicação*, articulados em sua essência por *segredos e mitos*, além de *estar sistematicamente ligado aos macrosistemas* (social, econômico, político e universal).

Por fim, com Costa (2003), concluimos que

“não existem famílias, mas configurações vinculares íntimas que dão sentido de pertença, *habitat*, ideais, escolhas, fantasmas, limites, papéis, regras e modos de comunicar que simbolicamente podem (ou não) se diferenciar das demais relações sociais do indivíduo humano no mundo”.

3.2 Concepção de Crise

Crises são situações constantes encontradas ao longo da vida. Esses momentos de desequilíbrio e conflito com os quais lidamos são sinalizados por fatores biológicos e culturais. Podem também apontar uma possibilidade de reorganizar o repertório de respostas de que os indivíduos dispõem para seu desenvolvimento biopsicossocial. Contudo, a crise que vamos abordar doravante é principalmente aquela cujo aparecimento causa desequilíbrio psíquico, no qual o sujeito está desprovido das competências que o levam a uma re-acomodação às situações de conflito.

Esses momentos podem ser vivenciados em graus variados de estresse (respostas subjetivas) e suas conseqüências dependem da situação, do sujeito (recursos pessoais) e de sua interação com o meio (recursos disponíveis) (Tavares, 2004). O termo crise tem sido amplamente utilizado, por vezes, para se referir a situações críticas, mas que não comportam seu uso mais adequado (Lengruber, 1987).

Segundo Erikson (1971), durante nossas vidas, passamos por *crises de desenvolvimento*, isto é, períodos transitórios que se caracterizam por transtornos cognitivos e afetivos essenciais para o desenvolvimento humano saudável. Sendo, tais crises, decorrentes do desenvolvimento e do enfrentamento das condições reais da vida, relativas à própria condição humana (Blaya, 1984).

De acordo com Ferreira (1986), a palavra crise vem do latim *crisis* e denomina uma manifestação súbita de acidente patológico ou psíquico, momento de perigo ou indecisão; fase onde a evolução dos fatos ou idéias é difícil e tensa. Dentro do contexto de crise psicológica, duas fases referenciadas pelo autor merecem destaque pelo momento de desenvolvimento em que ocorreu: a fase da Identidade *versus* Confusão de papéis e a fase de Intimidade *versus* Isolamento (Erikson, 1974).

A primeira crise, segundo Erikson (1974), ocorre na adolescência e se caracteriza pela busca do sujeito em realizar algo seu, buscar uma coisa que lhe identifique como indivíduo ou dentro do grupo ao qual pertence. Aliás, os grupos ou pares desempenham papel fundamental nessa fase, pois conferem a segurança que se busca para enfrentar o medo das críticas, da não-aceitação. Nessa fase, a família e, em especial, os pais são evitados enquanto modelos a serem seguidos, como forma de se descobrir características que lhe são peculiares.

A segunda fase descrita por Erikson, de Intimidade *versus* Isolamento, que se segue à que se descreveu, caracteriza-se pela busca de relacionamento afetivo

íntimo, duradouro e contínuo, por meio de relações profundas com um parceiro. Tal busca se concretiza também mediante a construção de uma carreira profissional que lhe confira estabilidade e boas condições financeiras. Às crises de desenvolvimento, Erikson contrapõe a noção de “crises acidentais”, períodos de tensão análogos aos anteriores, mas precipitados por acontecimentos vitais, envolvendo perda, ameaça de perda ou aumento de suprimento de bens afetivos, físicos ou materiais (Simon, 1989).

Caplan (1980) situou a questão da crise colocando-a como um período transitório que apresenta ao indivíduo tanto uma oportunidade de crescimento da personalidade quanto um perigo de vulnerabilidade a distúrbios mentais. Em sua obra, o fator descrito como essencial para a ocorrência de uma crise é um desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema por um lado e os recursos imediatamente disponíveis para resolvê-los, por outro. Isso significa que a pessoa percebe um perigo para a satisfação de uma necessidade fundamental ou estímulo provocado por uma necessidade importante, e as circunstâncias não permitem a solução do problema por meio dos métodos habituais no espaço de tempo disponível (Aguiar, 1998).

Caplan (1980) descreveu, ainda, cinco estágios pelos quais um indivíduo passaria quando numa situação de crise:

1. Elevação inicial da tensão ocasionada pelo estímulo desencadeante do repertório de respostas habituais do indivíduo.
2. Aumento do estado de tensão ocasionado pela ineficiência das respostas e pela manutenção de estímulo.
3. Mobilização de recursos que podem levar a resolver o problema.
4. Resignação à insatisfação em decorrência da persistência da situação conflitante.

5. Ponto de ruptura ou crise propriamente dita.

Tavares (2004) descreveu a crise, no sentido psicológico, como um processo subjetivo de vivência, no qual condições internas e externas demandam uma nova resposta à situação, a qual o sujeito ainda não domina, não desenvolveu ou perdeu capacidades, repertório ou recursos capazes de solucionar a complexidade da tarefa em questão.

Contudo, estar deprimido ou angustiado não é sinônimo de crise. Da mesma maneira, as etapas e acontecimentos da vida potencialmente geradores de crise, como adolescência, casamento, separação, desemprego etc., não levam obrigatoriamente o sujeito à crise (Hegenberg, 1996).

A possibilidade de um evento se tornar traumático na vida de alguém não é apenas a intensidade ou a eficácia patogênica do fator externo ao qual está submetido. O evento necessita se mostrar em um momento inesperado pelo sujeito e encontrar uma inserção em uma organização psíquica que já tenha seus pontos de ruptura muito especiais. Isso só pode ocorrer caso o fator traumático externo encontre ressonância em algo que já se encontre no sujeito. Algo que funcione como uma fonte de excitação interna (Sterian, 2001).

Para Bloise (1995), a crise é um momento de ruptura, um corte ou uma mudança da trajetória a um equilíbrio pré-estabelecido, ocasionando uma desarticulação psicossocial do indivíduo. Essas situações representam momentos de desafios e oferecem riscos e oportunidades igualmente. Oportunidades de desenvolver competências e auto-estima, por meio das quais o sujeito caminha no sentido da maturidade ao longo da vida e de suas várias fases. O risco de fracasso pode levar o indivíduo a recorrer a meios menos adaptativos de organização, predizendo o surgimento de uma psicopatologia e conseqüentes seqüelas pessoais, familiares, sociais e econômicas, muitas vezes irrecuperáveis (Tavares, 2004).

DiTomasso e Kovat (1995) definiram crise como uma experiência durante a qual o indivíduo enfrenta um agente de estresse considerado intransponível, mesmo com o uso de abordagens características para a resolução de problemas. Desse modo, podemos então considerar que as crises são aqueles acontecimentos da vida que atacam e ameaçam o senso de segurança e controle da pessoa. Em se tratando de esquizofrenia, a crise significa, geralmente, fase aguda em que se tornam perceptíveis os sintomas positivos (alucinações e delírios) do paciente (primeira crise psicótica); ou ainda, ocasião em que tais sintomas surgem ou se exacerbam – recaídas e recidivas (Leff & cols.,1985).

Correlacionando crise com intervenção precoce, podemos afirmar que esta atende a dois fins: o primeiro, de reconhecer sinais e sintomas de uma possível crise antes que esta se desencadeie, e o segundo, de intervir no período franco da crise ou tão logo esta seja detectada. A transformação na situação de crise se encontra no ato criativo. Como cada experiência é única e subjetiva, cabe ao sujeito – possivelmente com ajuda de psicoterapeuta – chegar à descoberta de algo novo.

Geralmente esse “novo” não está relacionado apenas ao sujeito, mas à dinâmica relacional que vivencia em seu cotidiano (Simon, 1989). Caplan (1980), assim como Simon (1989), acredita que a resistência a distúrbio mental pode ser incrementada ajudando-se o sujeito a ampliar seu repertório de habilidades para resolver problemas. Assim, não há necessidade de se usar meios regredidos, irrealistas ou socialmente inaceitáveis para lidar com dificuldades que levam ao desenvolvimento de sintomas neuróticos ou psicóticos como uma forma de evitar ou simbolicamente dominar seus problemas. Aliás, a simbolização é um dos principais mecanismos comprometidos nessa situação de crise, levando o sujeito a tomar as coisas no sentido concreto (Sterian, 2001).

3.2.1. Crise no contexto da adolescência

A discussão desta seção se faz necessária, pois o período da adolescência antecede e também constitui, em parte, aquele no qual as crises psicóticas iniciam sua manifestação.

Sabemos que adolescência representa um período muito importante e bastante peculiar para o indivíduo. As transformações daí advindas intervêm somato e psicologicamente no jovem que sai da puberdade. A etiologia da palavra adolescência vem de duas raízes inter-relacionadas. Segundo Outeiral (1994), do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer); e também de *adolesce*, origem da palavra adoecer. Logo, a adolescência é marcada tanto pela aptidão para o crescimento físico e psicológico quanto para o adoecer, ocasionado pelas transformações biopsicossociais que se operam nessa fase de desenvolvimento

Do ponto de vista cronológico, a adolescência está constituída de duas fases: a primeira, dos 10 aos 16 anos; e a segunda, dos 16 aos 20 anos (OMS, 2002) e se caracteriza como o período em que ocorrem modificações psicológicas e biológicas. Enquanto que a puberdade se relaciona ao desenvolvimento biológico marcado pela capacidade de reprodução sexual.

As alterações fisiológicas da puberdade marcam o começo, porém as mudanças decorrentes da adolescência são imperceptíveis, sendo difícil delimitar início e término dessa fase evolutiva (Kusnetzoff, 1984). Gunther (1999) conseguiu fazer essa delimitação de forma peculiar, para a autora, a adolescência começa na biologia e termina na cultura, o que nos dá a noção das grandes variações de conteúdo, extensão ou época da entrada na adolescência, que pode se converter em fatores de proteção ou de risco.

Aberastury (1971 apud Eiguier, 1989) confirmou o aspecto de isolamento e entristecimento do adolescente, tristeza completamente particular, relativa ao

desinteresse diante dos objetos e da realidade. Assim, a adolescência tem três grandes lutos que se lhe impõem:

- a) O luto por seu corpo infantil – as mudanças físicas e fisiológicas que o obrigam a constantes ajustamentos.
- b) O luto pela deterioração da imagem idealizada dos pais – o adolescente procura reter as fantasias a respeito dos pais, que lhe servem de refúgio. Conforme Sampaio e cols. (2000), a autonomia em relação aos pais ocorre num duplo movimento de maior independência de suas figuras e maior envolvimento afetivo-emocional com os pais.
- c) O luto pela perda dos recursos fantasmáticos próprios da infância, como o brincar – refere-se às mudanças psíquicas ocasionadas pelos sentimentos de perda da condição infantil, de dependência e de submissão ao desejo dos pais. Para Benetti (1990), o adolescente se sente pronto para novos comportamentos e adquire novos direitos, porém também lhe são exigidas novas responsabilidades.

Essas mudanças no adolescente vão repercutir na família e no tipo de interação que essa apresenta. A irritabilidade, instabilidade, tendência da passagem ao ato, hipermobilidade e questionamento da posição parental por parte do jovem podem deixar seus pais perplexos. Contudo, podem significar, para ele, uma tentativa de resposta para suas dificuldades. Conforme Eiguer (1985), se existe uma relação entre adolescência e início da esquizofrenia, é que esse tipo de psicose aparece como um fracasso da crise – seja por um fracasso em superá-la, seja, até mesmo, por uma impossibilidade de aceder a ela. A esquizofrenia mostraria bem o “afundamento” de um ser às voltas com a negação da evolutividade. Tanto para o autor como para Minuchin (1982), a crise se configura

em ocasião e risco: ocasião de virtualidades evolutivas e risco de patologia e profundas rupturas.

3.2.2 Crise na família

De acordo com Miermont (1994), crise familiar corresponde a um período de tensão e de conflito que aparece periodicamente na vida familiar e que pode ser produzido tanto por uma mudança vivida por esta quanto como consequência de uma intervenção terapêutica. Toda crise provoca uma ruptura temporária da homeostase⁴ do sistema familiar⁵ e, por conseguinte, uma necessidade de reorganização das inter-relações e uma descoberta de novas regras de funcionamento familiar. A crise habitualmente surge durante as mudanças impostas pelos ciclos da vida familiar.

A teorização sobre o ciclo de vida familiar nasceu do trabalho realizado por Erick Erickson, acima referido, sobre os estágios de vida individuais e da observação de terapeutas ao estudarem as respostas de indivíduos ao estresse e perceberem que havia, entre esses indivíduos, padrões de manejo ou melhores *forças de ego* do que outros. Eric Lindeman (apud Carter & McGoldrick, 1995) percebeu que um melhor nível de enfrentamento tinha a ver com a composição da rede familiar da pessoa e não com seus mecanismos de manejo.

Na mesma época, Hiel e Hansen (apud Carter & McGoldrick, 1995) estudaram a relação entre o ciclo de vida familiar e seu impacto sobre os indivíduos na família. De modo geral, pode-se definir oito principais estágios do ciclo de vida familiar, todos relativos a eventos nodais relacionados às idas e

⁴ Designa a estabilização do estado dos organismos vivos por meio da manutenção das diferentes variáveis fisiológicas ao interior de limites constantes (mecanismos reguladores).

⁵ Resume a tendência do sistema familiar a manter sua coesão, sua estabilidade e sua segurança ao interior de seu meio ambiente físico e social.

vindas dos membros da família: namoro, casamento, chegada dos filhos, educação dos filhos, adolescência, partida dos filhos, aposentadoria e morte.

Logo, pensar num ciclo de vida familiar compreende pensar num sistema de pelo menos três gerações. Enquanto uma geração está indo para uma idade mais avançada, a próxima está lidando com o ninho vazio; a terceira está na idade adulta jovem, estabelecendo carreiras e relacionamentos íntimos adultos com seus iguais e tendo filhos e a quarta está sendo introduzida no sistema (Carter & McGoldrick, 1995).

Os momentos de mudança correspondem às crises, que, apesar de implicarem grande estresse, não têm a ver com o caráter agradável ou desagradável, nem com a carga afetiva negativa de determinada situação ou etapa familiar. Podem ter a ver com as exigências de mudanças internas e externas; com as tarefas normativas da evolução familiar (etapas do ciclo de vida) ou com situações e fontes de estresse acidentais (Relvas, 2003).

Os estresses familiares costumam ocorrer nos pontos de transição do ciclo de vida familiar, provocando rompimento nesse ciclo e produzindo sintomas e disfunção. Segundo Seyle (1956 apud McCown & Johnson 1993), o estresse é uma experiência do organismo desencadeado fisiologicamente por evento ou mudança. O estresse pode propiciar uma crise quando o repertório de respostas do organismo é ineficiente em manter o controle em relação ao ambiente. Uma família ou cada indivíduo desta, mesmo quando passam por um mesmo estresse, podem diferir em suas capacidades de suportar.

Com essa definição, pode-se pensar o que seria estresse familiar, sem deixar de se levar em conta os eventos individuais tanto quanto os familiares (Landau-Stanton & Stanton, 1985). Boss (1988), por sua vez, definiu como estresse familiar um contratempo no estado padrão de funcionamento familiar. Por

outro lado, Hill (1949 apud McCown & Johnson, 1993) o descreveu como evento ou ocorrência que tem suficiente magnitude para precipitar uma mudança no sistema familiar. Os mesmos autores definiram uma tipologia de estresse, da seguinte forma: maturacionais – adolescência, velhice etc; normativos (perdas e ganhos dos membros da família) – nascimento de um bebê, falecimento de uma pessoa idosa etc; do desenvolvimento – tensões da rotina entre pais e filhos; ambientais – crimes, toxidade do ambiente, baixo poder aquisitivo; previsíveis – relativos ao desenvolvimento dos ciclos familiares; imprevisíveis – não deixam tempo para o desenvolvimento de estratégias; volitivos – voluntariamente assumidos (cônjuge que deixa de trabalhar para voltar a estudar) e não-volitivos (eventos que a família não pode controlar e aos quais tem de se submeter) – deixar de trabalhar, pois não há com quem deixar o filho.

O que vai predizer se um estresse é capaz de propiciar uma crise será a representação subjetiva familiar também individual a que está relacionado e da percepção que se tem da mesma. A soma desses fatores determina a severidade de uma crise. Jackson (1965 apud McCown & Johnson, 1993) afirmou que algumas vezes as crises são provocadas pela crença de que uma “regra implícita foi quebrada”. A família pode perceber que algo está diferente, mas não pode saber, ao certo, o que é. Nesses casos, por vezes, o sistema social maior (escola, polícia, hospital) precisa intervir para sinalizar a gravidade do problema. Ainda assim, há chance de que a família não chegue ao *insight*, a despeito dos sentimentos de frustração, impotência, raiva e desamparo que podem surgir.

Nesse contexto, o sintoma pode ser sinal de perturbação pertencente à família e não simplesmente ao indivíduo, indicando problemas em negociar as transições dos ciclos de vida (Carter & McGoldrick, 1995). Os comportamentos patológicos tendem a emergir nos momentos em que o processo de desligamento

de uma geração a outra é impedido ou retardado. O sintoma, então, figura como o compromisso entre permanecer e partir. “Uma criança frágil, psicótica, parece carregar em seus ombros toda uma rede familiar, como a pessoa-chave num momento de alta tensão, que demonstra inacreditável força e um impecável senso de equilíbrio” (Haley, 1973 apud Carter & McGoldrick, 1995).

McCown e Johnson (1993) identificaram tal funcionamento como sendo de famílias resistentes. Seu estilo de enfrentamento à crise é disfuncional, fazendo com que a mesma chegue à homeostase mais rápido, ainda que sacrificando um de seus membros (paciente psicótico). A esse respeito, Sterian (2001) ratificou que aquele que chega ao clínico é o paciente designado e representa o expoente máximo da “loucura familiar”. Costuma-se também denominá-lo “bode expiatório”. É ele quem se ocupa, por meio de sua doença, de preservar a integridade e o equilíbrio dos outros membros da família (homeostase familiar).

A crise se dá quando o paciente designado é confrontado com situações da realidade que lhe exigem coisas para além desse lugar, daquele que satisfaz e protege seus familiares nas necessidades deles. Entre as principais características de uma família resistente estão: manter problemas obscuros ou negá-los; identificar os problemas como externos; culparem uns aos outros ao invés de tentarem descobrir a fonte do problema; serem pouco tolerantes a pessoas de fora da família; expressão de afeição precária, comprometimento escasso; comunicação ruim e pouco eficaz; declaram-se coesos com exceção do paciente identificado, que se afasta do resto do grupo familiar; possuem regras rígidas e inflexíveis; incapacidade de utilizar seu potencial conjunto ou pedir ajuda; presença de violência intra e extrafamiliar; uso de drogas não-prescritas e/ou uso excessivo de álcool.

Em contrapartida, uma família, com um tipo de enfrentamento satisfatório de crise, apresenta comportamento oposto ao citado. Hill (1949 apud McCown & Johnson, 1993) realizou estudo pioneiro sobre o efeito do estresse de separação em famílias decorrente da 2ª Guerra Mundial; e o autor postulou que a integração ou coerência, adaptação ou flexibilidade eram as características essenciais para que se fosse bem sucedido. Além disso, dez fatores contribuiriam para esses traços, quais sejam: história prévia de sucesso na manutenção de crises; predominância de objetivos familiares não materiais; flexibilidade e disposição para mudar regras tradicionais caso necessário; aceitação de responsabilidades e deveres por todos os membros da família; disposição para sacrificar ganhos pessoais pelo interesse da família; orgulho da família e dos antepassados; presença de forte sentimento de interdependência; grande participação de todos os membros no processo familiar; tomada de decisão e controle familiar compartilhado; fortes laços de afeição entre os membros da família e entre os pais.

3.2.2.1 Funcionamento da família de pacientes psicóticos

Precisamos aqui nos referir, mesmo que brevemente, às principais teorias sobre o funcionamento peculiar na dinâmica da família com paciente esquizofrênico. Tais contribuições se baseiam em estudos ou processos terapêuticos com tais famílias. A hipótese de trabalho dos estudos tem como fundamento a idéia de que há algo na relação dos membros da família que propicia o surgimento da psicose em seu meio, não cabendo assim a “culpa” ou “função exclusiva” do adoecimento ao paciente identificado.

Fromm-Reichman (1948) é tida como pioneira na literatura sobre a família e esquizofrenia. A psicanalista cunhou o termo “mãe esquizofrenogênica” – hoje em desuso, dada sua causalidade linear – para descrever a mãe do paciente, tida

como agressiva, dominante, insegura e culpabilizadora em contraposição a um pai “inadequado e passivo” (Costa, 1990). No entanto, essa noção foi superada em forma de concepção mais sistêmica e complexa.

Wynne e cols. (1958) descreveram as famílias esquizofrênicas como sendo caracterizadas por apresentarem “pseudomutualidade”, ou seja, uma tentativa fragilizada de manter a noção de que todo mundo na família divide as mesmas expectativas, semelhante ao mito da família ideal (Costa, 2005). A família é fixada em um modelo rígido de relacionamento que não produz mais diferenças e crescimento, mas (antes) velhas expectativas que acabam por se tornar obsoletas e inválidas.

Lidz (1992 apud Costa, 2003) deu ênfase ao obscurecimento da idade e dos limites e à presença de comportamentos inapropriados às idades e aos papéis sexuais dos pais. Lidz e seu grupo criaram o termo *transmissão de irracionalidade*, em se tratando da forma como as crianças aprenderiam concepções culturalmente atípicas sobre mães, pais, família e mundo externo.

Lidz defendeu claramente o papel da linguagem e categorias como um dos meios de conceitualização e categorização da experiência. Na posição de seu grupo, a esquizofrenia é uma elaboração sobre os modos pelos quais os pais neuróticos e narcisistas sacrificam suas crianças a serviço de manter seus próprios ajustamentos precários. Juntando-se a isso, as crises de desenvolvimento da adolescência, para as quais esse indivíduo pré-esquizofrênico estaria tão precariamente preparado, precipitaria uma quebra psicótica (Costa, 2005).

Em 1956, foi proposta a teoria sobre o Duplo Vínculo, por Bateson, Jackson, Haley e Weakland, para explicar os efeitos da comunicação característica dos transtornos esquizofrênicos. O conceito sobre Duplo Vínculo se baseia em uma *teoria da comunicação* derivada da *teoria dos tipos lógicos* de Russel e Whitehead (Costa, 2003). Caracteriza-se por um transtorno de deuteroaprendizagem, ou seja, um

transtorno da capacidade que permite aprender a aprender. Isso afetaria as relações sociais e de aprendizagem cultural que une as pessoas em situação de interdependência em um nó de mensagens determinantes logicamente ligadas e, no entanto, antinômicas, impedindo uma tomada de decisão (Miermont, 1994).

De acordo com os mesmos autores, são seis os parâmetros indispensáveis para que tenham lugar situações de duplo vínculo relacionadas à díade mãe—filho ou à tríade pai—mãe—filho: 1) pelo menos duas pessoas – numa relação de vítima/abusador, em que este último pode ser a mãe, o pai ou irmão/irmã; 2) experiência traumática repetida – de tal que as situações de duplo vínculo passam a ser habituais; 3) um mandato primário negativo – sempre baseado na punição, na retirada do amor ou na ameaça de abandono expressa de modo que a vítima “faça isso ou...” ou “não faça isso ou...” mas que, em qualquer dos mandatos, “será castigado”; 4) um mandato secundário – mais difícil de ser explicitado por acontecer num plano abstrato, não verbal, de postura, gesto ou tom de voz, reforçando a contradição do mandato primário; 5) um mandato terciário – que proíbe a vítima de escapar da situação e, ainda houvesse, os recursos internos e externos da vítima de escapar são precários, principalmente se forem impostos durante a infância; 6) conjunto de parâmetros de duplo vínculo introjetados – a vítima, depois de uma exposição mássica e sucessiva, aprendeu a perceber seu universo sob a forma de mensagem com padrões de duplo vínculo.

De acordo com Watzlawick (1963 apud Costa, 2003), o duplo vínculo não é resultado de mandatos contraditórios – uma vez que, mesmo estes, permitem uma escolha –, mas sim de mandatos paradoxais que, por serem antinômicos, impossibilitam uma escolha. Quando é impossível, para duas ou mais pessoas, sair desse tipo de intercâmbio de mensagem, configura-se uma situação de duplo vínculo.

É importante destacar que a teoria sobre o duplo vínculo não encerra a dinâmica sistêmica da esquizofrenia, tão pouco abarca os diversos aspectos e parâmetros de reflexão sobre a psicose, uma vez que podem ser percebidos em outras situações cotidianas. Além disso, faz-se necessário investigar se o que se diferencia é que há situações de duplo vínculo características de situações familiares, sociais, terapêuticas e da própria esquizofrenia (Miermont, 1994).

Costa (2003) teceu algumas críticas a respeito do duplo vínculo. Considerou o autor que as pesquisas empreendidas eram ingênuas e confusas quanto à epistemologia, pois, segundo um padrão sistêmico, não se concebe uma concepção linear causa e efeito – como propõe a teoria – e, a despeito de demonstrar fenômenos transacionais, o Duplo Vínculo não conseguiu demonstrar que a interação familiar causa esquizofrenia.

Palazzoli (1998), reconhecida terapeuta italiana, por sua vez, estabeleceu o que seria um modelo de um processo psicótico em seis etapas, descrevendo um jogo entre os cônjuges em que o filho (paciente) se mantém numa conduta psicótica até a cronicidade.

Na primeira etapa, inicia-se o processo com o jogo do casal – que começa antes mesmo de se formar um casal – no processo de escolha dos cônjuges, que não é casual. Nessa relação perturbada e perturbadora, cada um se coloca como oponente do outro, como em um jogo. Na segunda etapa, o filho – que se colocou como observador desse jogo – toma partido do pai que “figura como perdedor”. Porém não há intenção de resolver o impasse, mas de continuar nele, o que caracteriza a situação como um *imbróglio*.

Na terceira etapa, o filho mostra para ambos os pais – com comportamentos incomuns – como desafiar o poder do ganhador e, ao perdedor, como fazê-lo. Em face do fracasso dessa conduta incomum, ocorrem três coisas:

a) o perdedor não compreende a conduta do filho como ficando ao seu lado; b) o perdedor pode, então, mostrar-se hostil com o filho; e c) coloca-se ao lado do ganhador, reprovando a conduta do filho ou castigando-o. Assim, caracteriza-se a quarta etapa.

Traído pelo seu “aliado”, o filho se sente incompreendido e rejeitado, como se “houvessem manipulado as cartas do jogo”. A explosão psicótica aparece como um sinal de como ele pode desafiar o pai vencedor, e como forma de mostrar ao pai perdedor o que ele (filho) é capaz de fazer, configurando a quinta etapa. Na sexta etapa, persiste o jogo familiar e a conduta psicótica indefinidamente. Não se pode deixar de considerar, no entanto, que essa conduta psicótica pode promover alguma mudança.

Ao considerarmos as várias hipóteses apresentadas, percebemos quão delicado é buscar uma compreensão complexa sobre a psicose em sua dimensão familiar.

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

Durante muito tempo, as ciências naturais foram detentoras do único referencial válido como modelo de produção do conhecimento para todas as ciências, pois tinham sob sua égide o caráter de confiabilidade e validade necessário para o verdadeiro rigor científico. Tal postura sustentou por muitos anos as dicotomias objetividade/subjetividade, quantitativo/qualitativo, individual/coletivo.

Contudo, para os complexos objetos de estudo que se desvelam a cada momento, um diálogo entre esses opostos tem possibilitado um ganho às ciências naturais e sociais. No campo da saúde, a interação entre os dois aspectos tem conseguido imprimir análises fidedignas para além do ideal positivista clássico, respeitando a natureza multidimensional dos fenômenos observados.

A superação desses dualismos se expressa pelo fato de que toda qualidade sempre possui certos limites quantitativos e vice-versa, segundo Kant (1980 apud Minayo, 2002). A oposição entre ambas é dialética e complementar: a quantidade se apresenta sempre como uma distinção no interior da qualidade, e a qualidade está sempre presente nas quantidades, sendo a quantidade em si mesma uma qualidade do objeto ou da realidade (Minayo, 2002).

Segundo Bruyne (apud Minayo, 1994), a cientificidade possui maneiras distintas de concretização, nas quais o conjunto rígido de normas a serem seguidas pode abrir caminho para uma idéia reguladora que possui uma historicidade, portanto aberta a novos critérios. É certo que o modelo quantitativo busca formular hipóteses prévias e métodos específicos de verificação, submetendo o objeto à experimentação, tentando controlar variáveis e eliminar vieses. Porém,

não devemos desconsiderar que a escolha de uma determinada base teórica (e ideológica) não obedece a um caráter de pragmaticidade e neutralidade pura. Além disso, o conhecimento vai ser produzido na interação dinâmica entre o sujeito e o objetivo do conhecimento – no caso, entre os dois sujeitos do conhecimento, respectivamente o que “detém” o conhecimento científico e aquele que detém o conhecimento empírico, do vivido. Portanto, há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e (inter) subjetivo dos sujeitos (Delzin & Lincoln, 1971 apud Deslandes e Assis, 2002).

O diálogo entre as duas abordagens – qualitativa e quantitativa, em saúde, nos permite, segundo Deslandes & Assis (2002):

1. Compreender/explicar, em profundidade, valores, práticas, lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas e as políticas, programas e demais ações.
2. Explicar, em extensão, os processos que colocam em risco sua saúde, como adoecem, como demandam tratamento/atenção, como esses sujeitos tornam-se expostos/vulneráveis a eventos.

Estando o pesquisador ciente desses dois aspectos, a construção do referencial teórico, a escolha do método de investigação se torna mais adequado. Serapione (2000) ressaltou que, além disso, é necessário saber se o método escolhido é útil e adequado ao objeto que se propõe estudar, bem como saber usá-lo e ter clareza do tipo de análise da realidade que se possibilita construir.

4.1 Objetivos

Diante de tais questionamentos, o presente trabalho teve por objetivos:

Geral: caracterizar as manifestações iniciais de psicose, identificando os primeiros sinais de seu desenvolvimento.

Específico: Identificar na perspectiva do paciente e de sua família:

- Indicadores prodrômicos da crise psicótica;
- Eventos que possam ter contribuído para o desencadeamento da crise;
- Estratégias utilizadas para lidar com a crise;
- Modificações no funcionamento familiar, decorrentes da crise.

4.2 Participantes

4.2.1 Pacientes

Participaram do estudo pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia, segundo a CID-10, em situação de primeiras crises psicóticas – apresentando relato de declínio do funcionamento ocupacional geral seguido de pelo menos um dos seguintes sintomas: alucinação, delírio ou alteração do pensamento e em fase de hospitalização psiquiátrica ou que tenham sofrido internação e/ou intervenção psiquiátrica há até 12 meses antes do estudo. Foram selecionadas pessoas de ambos os sexos, na faixa etária de 16 a 30 anos, residentes no Distrito Federal ou em Goiânia, que tinham cursado pelo menos o Ensino Fundamental.

Os fatores de exclusão da pesquisa foram: pacientes com diagnóstico, segundo a CID-10, que não estejam entre as denominações diagnósticas F20-F29 (Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípico e Delirante); uso de substâncias psicotrópicas em período próximo àquele identificado como o início da crise; condição médica geral; pacientes já identificados anteriormente como tendo outro transtorno, ainda que no momento tenham um diagnóstico entre F20-F29; paciente que já teve crise anterior (há mais de 12 meses) em que houve uso de medicamento antipsicótico ou neuroléptico de qualquer tipo, ainda que por um curto período de tempo.

4.2.2 Familiares

Participaram do estudo familiares dos pacientes, que residiam ou não com eles durante a crise e que tinham exercido função de cuidador quando da internação.

4.3 Local do estudo

O estudo ocorreu em diferentes lugares a saber: Hospital São Vicente de Paula, em Taguatinga – DF, nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Vida e Novo Mundo, em Goiânia e no CAEP (Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos) do Instituto de Psicologia da UnB, por meio do GIPSI (Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses) em Brasília – DF.

O hospital São Vicente de Paula é a instituição, em saúde mental, de referência no Distrito Federal e municípios vizinhos, assim como principal centro de triagem e encaminhamento de pacientes psiquiátricos provenientes dessas localidades.

Os Centros de Atenção Psicossocial estão voltados a assistir pessoas com problemas de saúde mental, individual e coletiva. A criação de serviços substitutivos está orientada pela portaria 224 do Ministério da Saúde, sendo um serviço extra-hospitalar que tem como principal objetivo reduzir internações psiquiátricas. Compreende ações de assistência (medicação, terapias, oficinas terapêuticas, atenção familiar) na perspectiva da reinserção social.

O CAPS Vida foi inaugurado em 2003 e atende portadores de transtorno mental grave (em sua maioria, esquizofrenia, seguida de transtornos de humor e de ansiedade). Possui cerca de 600 usuários inscritos e 250 ativos. É a unidade de referência em saúde mental das regiões Sul, Sudeste, Meia Ponta e Central da cidade de Goiânia.

O CAPS Novo Mundo é o primeiro centro comunitário e regionalizado de Goiânia, situado na Região Leste. Inaugurado em 2000 pela Secretaria Municipal

de Saúde de Goiânia, oferece apoio psicossocial, intervenções emergenciais, esclarecimento medicamentoso, avaliação do projeto terapêutico e esclarecimento diagnóstico.

Dentro do Instituto de Psicologia, o GIPSI, sob a coordenação do Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, vem pesquisando as características dessa população em primeiras crises, utilizando e criando técnicas específicas de abordagem. A proposta do grupo é de incrementar a realização de pesquisas e serviços terapêuticos, mediante intervenções que vão do indivíduo (paciente) ao social (família, instituições, comunidade), por meio de uma equipe multidisciplinar (psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas individuais e familiares). Esta dissertação faz parte desse esforço.

4.4 Procedimentos de investigação

Para coleta de dados da pesquisa foram utilizados dois roteiros de entrevista semi-estruturada elaborados para esse fim. O primeiro, a ser utilizado com os pacientes, era composto de duas partes: 1ª parte – BPRS (Escala Breve de Avaliação Diagnóstica), para identificar sinais e sintomas da crise, fatores sócio econômicos do paciente e o percurso clínico deste sua chegada ao serviço de saúde; 2ª parte – Roteiro de entrevista semi-estruturada baseado na BPRS e nos objetivos do trabalho, para identificar as estratégias utilizadas na crise, os eventos envolvidos em seu desencadeamento e/ou manifestação e as mudanças decorrentes da situação. O segundo roteiro, a ser utilizado com os familiares, baseava-se na BPRS e nos objetivos do trabalho para identificar os mesmos aspectos.

4.4.1. Entrevista clínica

A entrevista clínica consiste em um conjunto de técnicas de investigação de tempo delimitado, com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos, a fim de se fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em prol das pessoas entrevistadas. Dentro dos conhecimentos de Psicologia, essa investigação possibilita, com base nas informações levantadas, relacionar eventos e experiências, fazer inferências, estabelecer conclusões e tomar decisões (Tavares, 2000).

Como as temáticas abordadas nas entrevistas clínicas, por sua própria natureza, são delicadas e representam tabus culturais, coube ao entrevistador tentar criar um clima que facilitasse a interação nesse contexto e a abertura para o exame de questões de foro íntimo e pessoal. Esse pesquisador precisou também estar atento para lidar com o direcionamento que o sujeito parecesse querer dar à entrevista, de forma a otimizar o encontro entre a demanda do sujeito e os objetos da pesquisa, conforme preceitua Tavares (2000).

De acordo com a problemática do paciente e de sua estrutura de personalidade, certas áreas e conflitos foram mais explorados do que outros, dando-se maior ênfase em certos pontos da vida do paciente que tenham probabilidade de fornecer explicações para a emergência e o desenvolvimento do transtorno atual, segundo orientação de Cunha (2000).

4.4.2. Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS

A Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS), proposta por Rhoades e Overall (1998), tem sido recorrentemente utilizada para avaliar mudanças na psicopatologia de pacientes psiquiátricos (Bech & cols., 1993).

Entre as razões para o uso tão amplo e contínuo de BPRS, segundo Rhoades e Overall (1998), destacam-se:

1. Familiaridade de seus conceitos com a forma habitual de os clínicos comunicarem manifestações psicopatológicas;
2. Utilização da experiência clínica como referencial da severidade dos sintomas;
3. Facilidade de aplicação do instrumento em diferentes condições clínicas e de pesquisa;
4. O fato de cobrir um amplo espectro de manifestações psiquiátricas;
5. Base metodológica sólida, com inúmeros estudos de estrutura fatorial e de perfis classificatórios;
6. Possibilidade de comparação de resultados proporcionada pela sua ampla utilização.

Eiguer (1985) nos ensina que, embora isso não seja dito abertamente, a utilização de um guia de entrevista permite fazer um diagnóstico e um prognóstico dos conflitos em jogo, apreciar sua gravidade, avaliar a estabilidade da família, bem como o peso desta última sobre a patologia individual (se for o caso de criança doente ou paciente psicótico), os riscos de ruptura familiar e as possibilidades terapêuticas.

4.5 Procedimentos

A coleta de dados ocorreu do período de março a maio de 2006, no Distrito Federal e em Goiânia. No decorrer da pesquisa, as seguintes etapas foram desenvolvidas:

1. Submissão do projeto ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, onde foi devidamente aprovado e autorizado.

2. Entrega do projeto à direção do Hospital São Vicente de Paula, à Coordenação dos CAPS Vida e Novo Mundo, a fim de permitir o acesso aos prontuários dos pacientes e aos profissionais da instituição (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e auxiliares de enfermagem) para contatar os pacientes que preenchiam os requisitos necessários para participar do estudo.
3. A partir do primeiro contato, foi esclarecido ao paciente e a sua família os objetivos e as etapas da pesquisa.
4. Em face de sua aceitação em participar, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo) para que o paciente e seu familiar assinassem os respectivos termos de consentimento.
5. Foram feitas duas entrevistas, sendo uma com o paciente e outra com este e seu familiar, num total de 5 pacientes e 6 familiares, conforme a disponibilidade destes.

Em concordância com o termo de consentimento assinado, todas as etapas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas segundo a análise de conteúdo, a seguir detalhada. A identidade dos participantes foi mantida em sigilo, sendo utilizados nomes fictícios. Após a transcrição do material, as gravações foram apagadas e o material resultante do trabalho arquivado no Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise do Instituto de Psicologia da UnB para fins de pesquisa.

Logo no início do estudo, o Hospital São Vicente de Paula foi descartado como principal local de contato com pacientes, a despeito de ter grande clientela em primeira crise, uma vez que estes vêm de cidades do entorno do DF dos estados de GO, MG e BA, permanecendo pouco tempo no hospital – apenas o tempo de internação – e regressando a suas cidades de origem, dificultando o

processo de entrevista. Ademais, os pacientes que ainda se encontravam no hospital, por estarem sob forte efeito de medicamentos ou ainda em crise, apresentaram dificuldades fisiológicas e psicológicas de participar do processo. Além disso, por estarem ainda em internação ou mesmo em crise, não puderam responder certas perguntas do roteiro utilizado, que configuram a situação posterior ao episódio. Ainda que a pesquisadora pudesse entrar em contato com esses pacientes mais tarde, tal período poderia comprometer o andamento da pesquisa, como de fato ocorreu, sendo necessário contato com os CAPS Vida e Novo Mundo em Goiânia e nova submissão do projeto ao Comitê de Ética na Secretaria de Saúde de Goiânia para que a pesquisa pudesse ser realizada nessas instituições.

Por outro lado, no CAEP – que oferece a possibilidade de contatar paciente em primeiras crises, adequando-se ao projeto – houve apenas um caso em que foi possível preencher os critérios de inclusão.

Os CAPS Vida e Novo Mundo possuem, cada um, cerca de 300 usuários cadastrados, com diversos diagnósticos psiquiátricos. Apesar de um considerável número destes usuários se encontrar com hipótese diagnóstica dos transtornos F20-F29, os mesmos critérios de tempo e uso de substância, bem como idade dos usuários, excluíram grande número de possíveis voluntários, a cada 100 usuários em média, apenas um preenchia todos os requisitos de CID, idade, tempo de adoecimento, uso de substância e condição médica geral.

Houve, ao todo, contato com nove pacientes e seus familiares, o que totalizou 18 participantes. À medida que ocorriam as entrevistas, três entrevistas de pacientes e seus respectivos familiares foram descartadas da análise pelos seguintes motivos:

a) No primeiro caso, a hipótese diagnóstica mudou de F20 (Esquizofrenia) para F06 (Alucinação orgânica), entre o dia do contato e a época da entrevista.

b) No segundo caso, durante a entrevista, o paciente relatou ter 10 anos de história de internação psiquiátrica, enquanto seu prontuário relata se tratar de adoecimento recente.

c) No terceiro caso, a exclusão se deu pelo fato de o paciente apresentar amplo uso de substância, enquanto seu prontuário dizia não haver histórico de uso.

d) Houve um quarto caso, no qual o paciente, no dia da entrevista, negou-se a ir e apenas seu familiar compareceu para a entrevista.

Dos participantes, dois precisaram ser entrevistados em sua própria casa, pois alegaram não poder se deslocar à instituição para realização das entrevistas, nem mesmo mediante custeio das passagens. No primeiro caso, a familiar do paciente acabara de ter filho, não podendo se ausentar com o bebê, nem podendo se ausentar sem ele. No segundo, paciente e familiar só podiam conceder a entrevista no fim de semana em virtude de trabalho durante a semana.

4.6 Do método de análise utilizado

A Análise de Conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de comunicação que utilizam procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Seu principal objetivo é produzir inferências de conhecimento, relativas às condições de produção e de recepção das mensagens, inferências que recorram a indicadores, quantitativos ou não (Bardin, 1988).

Seu ponto de partida é a mensagem verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa ou diretamente provocada. Necessariamente, ela expressaria

um significado em suas características definidoras e mediante seu *corpus* de significação. O sentido, por sua vez, é a atribuição de um significado pessoal e objetivo, manifesto com as representações sociais, cognitivas, valorativas e emocionais contextualizadas (Franco, 2003).

Assim como outras técnicas de análise do conhecimento, a análise de conteúdo adota uma postura crítica dialética, tratando com ceticismo os dados que se expressam de forma transparente e imediata, sob pena de uma análise rasa e de pouco valor científico. Por isso, busca ultrapassar as evidências imediatas e aprofundar a pertinência das mensagens por meio de leituras sistemáticas e sistematizadas (Setúbal, 1994).

O trabalho com o texto – aqui empregado no sentido proposto por Minayo (2002) –, na forma de biografia, narrativa, entrevista, documento, livro, artigo, entre outros, inicia-se com a descrição da enumeração de suas características. Depois, cabe ao pesquisador fazer inferências sobre o texto. Uma vez concluída essa etapa, inicia-se o trabalho de interpretação do texto.

A ênfase na Análise de Conteúdo de cunho qualitativo recai sobre a presença e ausência de determinados temas, salientando a dimensão subjetiva do processo de análise e buscando estabelecer os significados das comunicações. Seu mérito se constitui em ser um modo criativo e, ao mesmo tempo, rigoroso de leitura sistemática de primeiro plano do material empírico, visando atingir uma interpretação que ultrapassa os significados manifestos (Grawitz, 1973 apud Cortes, 1998), o que não significa renunciar aos pressupostos teóricos fundamentais com que o pesquisador trabalha. Implica, sim, estar aberto à formulação de hipóteses que podem vir a se transformar em teorias de pequeno alcance sobre fenômenos particulares e que podem vir a ser comprovadas, refutadas ou substituídas por outras (Cortes, 1998).

Uma vez constituído o texto de pesquisa, inicia-se a organização da análise propriamente dita. A fase da pré-análise consiste em estabelecer o contato inicial com o texto a ser analisado mediante leitura “flutuante”. É o momento no qual o pesquisador se deixa invadir pelas impressões, representações, emoções, conhecimentos e expectativas. Pouco a pouco, a leitura se torna mais precisa, em função das hipóteses emergentes, da projeção de teorias utilizadas com materiais análogos (Bardin, 1988).

Na escolha dos documentos, o pesquisador escolhe o universo de narrativas adequadas para fornecer informações sobre o problema levantado. O *corpus* é o conjunto de documentos levados em consideração para serem submetidos aos procedimentos analíticos. Sua constituição implica escolhas, seleções e regras.

1. Exaustividade: a amostragem se diz rigorosa, se representar uma parte do universo inicial, possibilitando a generalização.
2. Representatividade: o material a ser analisado deve ser demasiado volumoso para caracterizar uma parte representativa do universo do fenômeno pesquisado.
3. Homogeneidade: os documentos a serem analisados não devem apresentar demasiada singularidade que extrapole os critérios e os objetivos definidos.
4. Pertinência: os documentos devem ser adequados de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise.

Com essas regras, é possível fazer uma referenciação de índices e elaboração de indicadores contidos nos documentos. Em grande parte das investigações, o tema explicitado passa a ter maior importância para a análise dos dados quanto mais freqüentemente for mencionado. Tais indicadores também

servem para demarcar índices de conteúdo latente nos documentos, cuja frequência também passa a ser disponível para uma análise mais consistente e uma interpretação mais significativa (Franco, 2003). A análise de índices escolhida é a temática. O tema é a unidade de significação que se depreende do texto analisado de acordo com critérios relativos à teoria que serve de guia (Minayo, 1994).

As entrevistas foram primeiramente analisadas uma a uma, segundo as regras já descritas, por duas metodólogas, buscando um levantamento de categorias gerais. Ao final, as metodólogas comparam as categorias que identificaram em cada entrevista, analisando o grau de semelhança ou diferença com a pesquisadora, que julgava a categorização mais adequada. Com base nos resultados dessa etapa, a pesquisadora submeteu as entrevistas novamente ao mesmo procedimento, sem a participação das metodólogas, com base nos objetivos do trabalho, fazendo um levantamento final dos quadros descritivos e das categorias temáticas.

A fase de interpretação dos dados obtidos é aquela em que o pesquisador vai contextualizar as inferências sobre crises psicóticas feitas segundo o referencial teórico sobre Psicose, Pródromos, Intervenção Precoce, Crise e Família, no qual se baseou, nas hipóteses que tenha formulado e na impressão subjetiva alcançada no contato com os textos e em campo, fazendo assim um recorte histórico da realidade pesquisada.

A interpretação, na perspectiva qualitativa, defende a idéia de que o objeto é sempre uma representação conceitual. Não se destina à interpretação de fatos, mas sim à interpretação das interpretações sobre os fatos, as práticas e as concepções (Deslandes & Assis, 2002). A interpretação, nesse caso, não se candidata como “a verdade”, mas como uma “versão científica” da realidade. É

poder dialogar as interpretações dos sujeitos à luz da situação social (lógicas culturais, relações institucionais e estruturas sociais), na qual estão inseridas e da qual sofrem influência (Deslandes & Assis, 2002).

O método de Análise de Conteúdo foi eleito por comportar os aspectos de qualidade e quantidade, sem detrimento deste último. Uma vez que serão utilizados instrumentos com o propósito de tentar caracterizar as circunstâncias em que o fenômeno (as crises psicóticas) se manifestou, esse método propicia encontrar marcadores e aspectos, gerais ou particulares às informações obtidas, por meio dos sujeitos da pesquisa. Além disso, esse método permite a participação de um juiz ou metodólogo na identificação e categorização dos dados, sem, contudo, diminuir a importância do pesquisador na fase de interpretação, conferindo um caráter de maior fidedignidade, coerência e validade à pesquisa.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas clínicas foram analisadas em conjunto, porém os dados sociodemográficos serão apresentados em separado. Na análise em conjunto, caracterizou-se a crise psicótica com base em pródromos e sintomas relatados, bem como dos eventos propiciadores da situação. Os resultados serão apresentados segundo categorias temáticas. Salienta-se que o critério de categorias temáticas submete os dados à apreciação exaustiva, a fim de conferir objetividade e pertinência à classificação, identificando qualitativamente os assuntos principais e os alvos de interesse dos entrevistados. Ao final, a presença ou ausência de alguma indicação interpretativa oferece, igualmente, subsídios importantes para análises posteriores, quando do entrelaçamento dos dados à teoria e aos objetivos propostos. Vale ressaltar que os nomes dos entrevistados contidos neste capítulo são fictícios.

Com a análise das entrevistas foram construídos quatro quadros:

Quadro 1 – fatores sociodemográficos dos pacientes, que compreende: idade, escolaridade, estado civil, religião, ocupação atual e na época da crise, com quem reside.

Quadro 2 – fatores sociodemográficos dos familiares: idade, parentes, ocupação, estado civil.

Quadro 3 – caracterização da crise psicótica em eventos identificados como propiciadores e histórico familiar de crise.

Quadro 4 – pródromos e sintomas da crise relatados pelos entrevistados.

Quadro 5 – estratégias para lidar com as crises, relatadas por pacientes e familiares.

Após apresentação dos quadros, segue a discussão das seguintes categorias temáticas relacionadas:

- **Histórico do adoecimento** – em que são abordados os eventos propiciadores da crise e as mudanças observadas no comportamento do paciente.
- **Identificação de uma situação crítica** – compreende a situação quando se decidiu procurar ajuda médica e quem fez o encaminhamento do paciente.
- **Fatores Religiosos** – refere-se aos aspectos religiosos trazidos pelos entrevistados e qual sua função dentro da crise.
- **Mudanças de vida** – aborda as modificações percebidas no âmbito familiar e/ou individual diante da crise psicótica.

Quadro 1 – Fatores sociodemográficos dos pacientes

Nome	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação	Com quem mora	Religião
1.Sandro	29 anos	Ensino médio até o 2º ano.	Casado pela 3ª vez.	Vigilante. Não está trabalhando no momento. Recebe auxílio do INSS	Com esposa e enteada	Católica
2.Sara	28 anos	Ensino fundamental completo	Solteira	Vendedora. Não está trabalhando no momento. Recebe auxílio do INSS	Com irmãos	Igreja Batista Renascer
4.Samuel	20 anos	Ensino médio completo	Solteiro	Vendedor. Não está trabalhando no momento.	Com mãe, padrasto e irmãos	Igreja Batista Presbiteriana
5. Samir	29 anos	Ensino fundamental até a 5ª série.	Solteiro	Motorista de caminhão.	Irmã, cunhado e sobrinha.	Católica, mas frequenta Centro Espírita
5. Silvio	29 anos	Ensino fundamental até a 5ª série.	Casado	Pedreiro. Não está trabalhando no momento.Recebe auxílio do INSS.	Esposa e 2 filhos em uma casa, num mesmo lote onde reside sua mãe.	Católica

Fonte: Dados colhidos por meio de entrevista com os pacientes.

Todos se encontram na faixa etária descrita pela literatura como característica de primeiras crises psicóticas (Cooper & Cols, 1987; Mari, 2001; Mueser & McGurk, 2004; OMS, 2001), sendo apenas uma mulher. cursaram pelo menos até a quinta série do ensino fundamental. Exerciam atividade remunerada e precisaram interromper suas atividades devido ao adoecimento. Apenas um dos participantes não recebe ou recebeu auxílio financeiro do INSS. Todos residem com seus pais, irmãos ou cônjuges, não havendo quem residisse sozinho. Uma peculiaridade sobre a residência diz respeito ao loteamento, situação em que, num mesmo terreno, são construídas várias casas, o que configurou – sob a opinião dos entrevistados – o mesmo que coabitar, uma vez que há proximidade entre sua família de origem (pais e irmãos) e sua família atual (mulher e filhos).

Todos os entrevistados, mesmo aqueles que deixaram de receber o benefício do INSS, não estão exercendo atividade remunerada em virtude da crise. Apenas um dos entrevistados disse não ter religião, ainda que antes da crise freqüentasse a Igreja Presbiteriana, os outros entrevistados disseram ser católicos e uma pessoa freqüente a Igreja Batista Renascer. Todos afirmaram estar tomando medicamento, mas apenas três disseram o nome deste, Haldol.

Quadro 2 – Fatores sociodemográficos dos familiares

Nome	Idade	Parentesco	Ocupação	Estado Civil
Léia	32 anos	Esposa	Do lar, recebe pensão por viuvez do 1º marido.	—
Lúcia	22 anos	Irmã	Estudante e vendedora de semijóias	solteira
Leila	54 anos	Mãe	Do lar	Casada com padrasto do paciente
Linete	38 anos	Irmã	Enfermeira	Casada
Leonilde	62 anos	Mãe	Lavadeira	Viúva

Luzia	54 anos	Mãe	Cozinheira	Viúva
-------	---------	-----	------------	-------

Fonte: Dados colhidos por meio de entrevista com os pacientes.

Todos os familiares são do sexo feminino e, à exceção de uma, são mais velhas que os pacientes. Estiveram presentes durante o processo de adoecimento, à exceção de Léia – que ainda não vivia com Sandro na ocasião da crise. Costumam acompanhar os pacientes em atividades que lhes digam respeito e a sua situação de adoecimento (consultas médicas, recebimento de medicação, oficinas e atividades do CAPS).

Quadro 3 – Caracterização da crise psicótica

Nome	História familiar de crise	Eventos propiciadores do episódio psicótico	Mudanças observadas no comportamento do paciente	Quem levou o paciente ao serviço médico
Sandro	O pai tinha uns “problemas” parecidos e chegou a ser internado, por seu comportamento explosivo, separou-se da esposa mãe de Sandro.	Teve indícios de que sua 2ª esposa o estava traindo com seu irmão. Fato nunca comprovado, mas que culminou com a separação.	Começou a brigar com a esposa e com o irmão por causa da suposta traição, até que teve uma crise de choro muito forte, em que começou a <i>colocar tudo pra fora</i> .	Sua mãe, durante a crise de choro.
Sara	A mãe teve uma crise semelhante no mesmo período, mas não chegou a necessitar de intervenção médica. Com remissão espontânea.	Trabalhava com venda e tinha sob sua responsabilidade grande quantia de dinheiro o que lhe causava constante medo de ser assaltada.	Começou a ficar com medo de voltar do trabalho, de ser assaltada, medo da polícia. Não conseguia dormir à noite, ficava lendo a Bíblia a noite toda.	Seu pai a levou pra casa dos ex-patrões que eram médicos e a internaram.
Samuel	Não há relato de outro caso na família.	Diz que depois de ser agredido com uma garrafa de uísque na cabeça em uma festa começou a mudar.	Começou a <i>se fechar</i> e ficar quieto, a se trancar no quarto, não comia mais, não dormia mais	Sua mãe, quando percebeu que ele não se alimentava mais.
Samir	Não há relato de outros casos na família	Diz que mudou por causa da bebida. Sua irmã relata que depois do AVC de sua mãe e da prisão de um irmão, o paciente começou com a crise. Nesse período, o paciente	Começou a ficar triste, a não querer conversar, queria morder coisas. Sempre foi uma pessoa muito feliz, gostava de ouvir música, de brincar com os sobrinhos e	Sua irmã, porque ele estava andando com um saco cheio de pau amarrado à cintura e conversando

		exerceu o papel de cuidador de seus pais, substituindo seu irmão preso.	passou a evitar essas coisas.	com os <i>caboquinho</i>
Silvio	Sua mãe teve sério episódio de depressão na adolescência, depois da morte da mãe. Seu irmão, falecido há 1 ano, dizia ver pessoas e marimbondos e ouvir coisas.	Diz que, depois de uma festa, as coisas mudaram. Sua mãe relata que depois da morte prematura do irmão com câncer no pulmão, o paciente começou a mudar.	Começou a ficar muito preocupado e com medo de ir trabalhar. Solicitou à esposa que ficasse esperando por ele no ponto de ônibus para acompanhá-lo até em casa. Não conseguia dormir à noite.	Seu amigo de serviço e a chefe, quando começou a não mais trabalhar e dizer que haviam posto caco de vidro na água de beber.

Fonte: Dados colhidos por meio de entrevista com os pacientes.

Dos participantes, dois não relataram haver casos de doença mental na família, o que aponta para o desconhecimento de outras situações, mas não para a eliminação de ocorrências. Uma das participantes da família faz tratamento no mesmo CAPS que seu filho. Todos relataram a existência de eventos precursores do episódio psicótico. Antes de apresentarem franca sintomatologia psicótica, apresentaram mudanças de comportamento identificados como pródromos. A exceção de um, todos os outros participantes foram levados à internação por parente direto, pai ou mãe.

Quadro 4 – Pródromos e sintomas

	Pródromos	Sintomas
Relatado por todos	Ansiedade, alteração na concentração, isolamento social, desconfiança, alteração do humor, depressão, alteração da vontade, medo.	Alucinação, delírio
Relatado por alguns	Idéia de auto-referência, despersonalização, culpa.	Alteração do pensamento, culpa, despersonalização

Fonte: Dados colhidos por meio de entrevista com os pacientes.

Ansiedade, alteração na concentração, desconfiança e humor deprimido foram aqueles pródromos mais relatados por todos os entrevistados. O medo também apareceu no relato de todos. Sobre a ansiedade, afirmaram haver um

estado de tensão crescente antes da eclosão da crise, o que dificultava o trabalho e outras tarefas cotidianas. Comentário semelhante foi tecido sobre a alteração de concentração no tocante à execução de tarefas diárias.

O humor deprimido e a desconfiança impeliam os pacientes a evitar, cada vez mais, as atividades fora de casa, até o momento em que o paciente se recusou inclusive a sair do quarto, cuidar da higiene pessoal. A desconfiança foi decorrente da crença de que algo de mal podia lhes acontecer. A alteração da vontade apareceu como conseqüência de todos os sinais acima relatados, como resultado de uma soma de fatores.

Alucinação e delírio foram os sintomas psicóticos mais relatados. As alucinações auditivas e visuais foram as formas mais comuns, havendo três relatos de alucinações olfativas e cinestésicas. O delírio foi caracterizado na forma de desconfiança exacerbada, crença de que alguém estava tramando contra o paciente, rindo dele ou o ridicularizando. Houve ainda a crença de que estariam querendo prendê-lo ou matá-lo. Logo, a desconfiança figurou como pródromo e como sintoma, assim como o medo. Este era decorrente das mesmas crenças ligadas à desconfiança.

A culpa e a despersonalização constaram também como pródromo e sintoma. Na situação de pródromo, a culpa relatada não mantinha relação direta com a crise em si, enquanto sintoma, relacionava-se a um delírio: o paciente se sentia culpado por um crime que acreditava ter cometido.

A despersonalização como pródromo se refere a um estado confusional no qual o paciente não sabia quem era, enquanto sintoma, ele acreditava ser outra pessoa, tratando-se então de uma idéia delirante.

Quadro 5 – Estratégias para lidar com a crise

Pacientes	Familiares
1. Ouvir música	1. Conversar com paciente e ficar ao seu lado
2. Ficar quieto no quarto	2. Rezar
3. Conversar com alguém e dizer como se sente	3. Vigiar o paciente para que este não fuja, não agrida alguém, machuque-se ou tente suicídio.
4. Orar	4. Dar suco de maracujá para acalmar o paciente

Fonte: Dados colhidos por meio de entrevista com os pacientes.

As estratégias utilizadas pelos pacientes e familiares para lidar com a crise foram empregadas durante a fase inicial e também depois da internação. Ouvir música e conversar com alguém eram estratégias utilizadas pra lidar com a tristeza e depressão. Quando se ouvia vozes, a medida era orar ou ficar quieto no quarto.

Os familiares conversavam com o paciente quando este se apresentava muito angustiado ou chorando. A oração e o suco de maracujá eram utilizados quando o paciente estava ouvindo vozes, vendo coisas ou querendo fugir. Sobre a estratégia 3 dos familiares, relataram que eram auxiliados pelos vizinhos, que permaneciam em casa enquanto os familiares do paciente iam trabalhar ou cuidavam de outros afazeres domésticos (fazer comida, lavar roupas, fazer compras).

Sobre os fatores sociodemográficos dos pacientes, procedendo à análise das informações incluídas no quadro a seguir, discute-se sobre o início do adoecimento relatado pelos entrevistados.

5.1. Histórico do adoecimento

Ao iniciar o relato sobre o início da crise psicótica, os entrevistados demarcaram um determinado evento ocorrido como um marco nas mudanças de comportamento observadas. As situações citadas foram de morte, traição, adoecimento, prisão e agressão, perigo de assalto, nas quais predominavam a sensação de desamparo, abandono e insegurança. Tais situações exigiram dos pacientes uma atitude diante da vida para a qual não dispunham de recurso, observada na disruptura emocional causada. As situações apresentaram-se desestruturantes por se darem de forma brusca e inesperada (morte, prisão, agressão) ou pela exposição constante e maciça do paciente à mesma (doença, perigo de assalto, suspeita de traição).

“Eu achava que meu irmão tava saindo com minha ex-mulher e tal. Entrei numa crise total, não aceitava aquilo” (Sandro).

“Não, começou assim, eu fui em Caldas Novas, pra trabalhar como vendedora de semijóias e, sempre o serviço que tivesse em outros estados, a gente ia. Aí eu peguei fui né? Aí lá eu saía meia noite e saía com muito dinheiro e aquilo foi me causando medo, medo de assalto, medo de qualquer coisa, né? Aí assim, às vezes, um rapaz, já chegou a seguir nós, eu e minha patroa, nós ficava a pés, a gente teve que sair correndo com outros menino, e a gente tinha um monte de dinheiro” (Sara).

“Teve o dia 21 de junho que eu saí pro aniversário do meu amigo, aí eu fui pegado de surpresa, na traiçoeiragem, por trás. E levei uma garrafada, uma garrafada de Montila, é uma garrafa muito grossa e eu nem conhecia a pessoa, eu conhecia a pessoa, mas não tinha feito nada com ela, ela me pegou pelas costas. Aí, no outro dia, os pessoal trouxe a arma pra eu matar ele, mas eu não quis matar ele mais. Que eu já sou de maior, aí eu não ia matar ele não. Mas os

pessoal queria matar ele pra mim, e eu não deixei não. Não, passou uns tempo... passou mais ou menos uns 20, 25 dia, um mês, por aí. Foi quando veio a acontecer isso tudo” (Samuel).

Os pródromos, como discutido anteriormente, se considerados em sua etiologia, dizem respeito àquilo que antecede um evento, nesse caso, aquilo seriam as situações identificadas enquanto marcadores e o evento da própria crise psicótica (McGorry & Edwards, 2002). Porém, como ressaltou Hegenberg (1996), não são acontecimentos da vida em si que levam o sujeito à crise, mas é necessário ocorrer num momento inesperado e encontrar uma organização psíquica que já apresente pontos de ruptura específicos, que lhe dêem ressonância interna. Bergeret (1991) afirmou que a crise eclodiria nas circunstâncias em que os aspectos mais frágeis da personalidade não suportassem um conflito com uma realidade em demasiado angustiante.

Para Sara, a responsabilidade e periculosidade do trabalho lhe infligiram sobrecarga demasiada, sempre referenciada no medo de ser assaltada, no pouco caso dos patrões a despeito de sua real dedicação, o receio de não corresponder às expectativas, representada nas mudanças de comportamento que se seguiram.

“Esses pensamento de roubo, de polícia, eu tomei um medo de polícia, achando que ia ser presa” (Sara).

A sensação de medo é descrita por todos os pacientes. O medo aqui figura como pródromo principal, apesar de não ser destacado nos principais quadros de sinais de McGorry e Edwards (2002). Para esses autores, esse dado aparece como obstáculo ao tratamento, referente ao estigma e à falta de conhecimento da doença. Por outro lado, o medo pode também ser uma manifestação de uma sintomatologia de delírio.

Medo de polícia também foi relatado por Sandro e Samir, remetendo à questão da lei, do outro, a diferenciação proposta por Freud ao desenvolvimento saudável, na tríade pai–mãe–filho, a polícia representa o princípio da realidade que se coloca enquanto superego na situação da psicose, oferece o barramento ao id.

“Quando pegou mesmo para valer (a doença), aí eu fiquei doidinho, porque fiquei pensando que tava sendo seguido, polícia federal” (Sandro).

“Aí os pessoal queria entrar aqui dentro de casa, né? queria me matar, aí jogava bomba, aí vinha o FBI, vinha polícia federal, polícia civil... aí isso ficou” (Samuel).

O medo pode também ser identificado de forma “diluída” em outros pródromos, como ansiedade e suspeição. É necessário se pesquisar com maior aprofundamento a história de vida do paciente e a dinâmica familiar na qual está inserido para tentarmos perceber, ao longo do desenvolvimento dos indivíduos, como esses acontecimentos demarcaram a situação de crise.

Todas as situações relatadas se referem a acontecimentos relacionados ao amadurecimento e ciclos de vida que podem ou não ocasionar uma crise. Esses fatos podem apontar para o não preparo dessas pessoas para arcar com tais modificações e reveses. A relação de causalidade estabelecida pode revelar a pouca escassez de recursos criativos em se lidar com situações novas.

A depressão manifestada por meio do isolamento social configura um dos principais pródromos relatados em estudo (Martens & cols, 1985; Siris, 1991) e aponta para um mau prognóstico (Becher, 1988; Bedar & cols, 1985; Bratel & Drake, 1988) em relação ao desempenho social, cronicidade, recidivas e tentativas de suicídio.

5.2 Identificação de uma situação crítica.

A identificação de uma situação crítica configura a identificação de fato de uma crise. É quando a escassez de recurso é tal que faz necessária ajuda externa, ao indivíduo ou à própria família.

“Porque ele tava sem se alimentar, né? Tava sem se alimentar, tava sem poder até fazer suas necessidades e é tanto que ficou até através da sonda, ele ficou internado no hospital, só se alimentava pela sonda” (Leila, mãe de Samuel).

“Não, foi a minha mãe, né? Porque ela achou que eu tinha que ser internado, porque eu não tava mais comendo, nem falando mais. Aí ela me levou, aí os pessoal entravam aqui, me arrastaram no carro e me levaram porque eu não tava dando conta de ir... não tava querendo sair para fora, porque eu tava com muito medo” (Samuel).

Pôde-se perceber que a deterioração funcional dos pacientes foi um fator sinalizador de sofrimento mais grave referente à crise, a não atenção às necessidades básicas, como dormir, comer ou fazer a higiene pessoal.

“tinha... lavar a roupa... andar limpinho, eu, nesses tempo, eu não queria nem saber de limpeza” (Samir).

Outro fato que sinalizou situação de intervenção médica foi quanto à sintomatologia da crise propriamente dita.

“Daí ele começou. Diz que tava conversando com os caboquinho, diz que via índio perto dele (...) aí ele tava ficando agressivo, pulava muro, ele ficava com vários pedaços de ferro, pau, dentro de um saquinho lá amarrado na cintura e só ficava acendendo umas velinhas dentro de casa também ou no quintal (...) a partir do momento que ele veio do MA, daí eu já sabia que era necessário tá levando no lugar, já tá acompanhando, né? Esse tratamento dele. Porque só em casa não ia melhorar de maneira alguma” (Linete, irmã de Samir).

“Aí lá no serviço ele diz que começou a ouvir voz, falando que alguém tinha botado caco de vidro para ele beber, falando que alguém botou caco de vidro... um rapaz morreu lá, mas era tudo na cabeça dele, não tinha nada disso. Aí o colega dele lá no serviço viu que aquilo não tava certo e ele ficou com medo. Depois, um dia, ele ficou com medo mesmo, lá no serviço, aí o colega dele internou ele” (Leonilde, mãe de Sílvio).

A manifestação de comportamentos bizarros, que podem estar relacionados aos pródromos, num primeiro momento, e/ou aos delírios e alucinações, quando da eclosão da crise, causou grande impacto sobre os familiares e sobre os próprios pacientes. A decisão por internar aquela pessoa pode se configurar difícil e até mesmo a última alternativa tentada; pelo estereótipo, o receio de ter seu parente “taxado” como louco e a própria dúvida de que esse procedimento era mesmo necessário. De modo concreto, a internação pode evitar situações de perigo concreto como fuga, maus tratos na rua ou mesmo tentativas de suicídio, resguardando a segurança física do paciente, como pode ser observado nos relatos a seguir.

“Eu tive umas fases... fiquei um tempo dentro do quarto, não saía do quarto, não saía da cama. Depois tive um tempo em que eu só queria ficar na rua, andando, andando, andando para todo lado” (Sandro).

“Foi logo da primeira vez que ele tentou se matar, ele ficava com depressão, parece que tava noutra mundo (...) e peguei, falei para minha nora: — Dá um jeito de sumir com esse revólver pra lá” (Luzia).

Entre os fatores que despontam nas estatísticas de suicídio, estão a depressão, o desemprego e o isolamento social (Caldwell & Gotterman, 1990; Drake & cols, 1985; Mortensen, 1995). A intervenção de pessoas fora do círculo familiar confere não só o apoio do qual a família, também em crise, necessita para

lidar com a situação, como o fato de se dispor de recursos externos, mostra que a situação excedeu os recursos familiares e individuais.

Nas situações de crise, a família também apresenta sobrecarga, depressão, ansiedade e sofrimento (Addington, Colins & cols, 2005; Barrowclough & cols, 1996; Schene & cols, 1994; Schene & cols, 1998; Szmukler, 1996).

“Eu acho que foi uma depressão muito forte, atinge demais a gente de todo jeito, ela atinge uns pra brigar, eu tenho um que, depois da morte do irmão, ele ficou agressivo, ele é agressivo que você fala com ele, de repente ele diz tanta coisa pra você que você não quer, não precisava escutar. Acho que isso não é o tipo do meu filho não, acho que com a depressão, com a morte do irmão dele, ele não chorou, mas ficou aquilo guardado pra ele, meu outro filho” (Leonilde).

Na família de Leonilde, a crise começou muito antes de seu filho Sílvio entrar em crise psicótica, a morte prematura de seu outro filho infligiu grande sofrimento a todos na família.

Segundo a literatura, o grau de sofrimento pode ser ainda maior do que aqueles apresentados por familiares de pacientes crônicos (Addington, Collins & cols, 2005; Martens & Addington, 2001). Porém o relato de Léia aponta para o sentido contrário:

“Eu tinha acabado de ficar viúva, quando eu conheci o Sandro... é, o que ele tem, a pessoa com quem eu convivi também tinha esse problema, só que era crônico, tinha uma seqüela, mil coisas, e aí... quando eu conheci o Sandro, por acaso, né?(...) Aí quando eu contei a minha história aí ele se abriu porque foi muita coincidência né, na ocasião, e aí ele sentiu muita confiança em mim, né? e por tudo o que eu passei também, né? Porque foi uma luta, né? No outro caso, né?... agora dele não”.

Pesquisas têm demonstrado que o apoio e intervenção na família, reduzem a probabilidade de recaídas (McGorry & Edwards, 2002). Tal apoio não se

restringe apenas a equipes de saúde, mas à rede social em torno do núcleo familiar e do paciente.

“E os vizinhos lá próximos todos sabem, porque foram lá ajudar, na hora que eu tava lá que ninguém conseguia segurar ele. Viram como é que ele tava totalmente transformado que ele não tava no normal dele, até as feição dele mudou. Diz que ele ficou completamente transformado parece que tinha um encosto nele. Porque eu não tava, eu tava trabalhando. Os vizinhos agora ficam mais próximo dele, vendo ele, passaram a cuidar um pouco” (Luzia).

5.3 Fatores religiosos

A figura de Deus foi aludida pelos entrevistados como um recurso do qual se lançou mão durante a crise. Deus remetia à esperança e à resiliência que se deveria ter para atravessar esses períodos de sofrimento.

“A gente pensa assim, eu não vou dar conta, mas aí, Deus dá apoio pra gente ir resistindo. Minha irmã, que também ajuda a cuidar dele, ela levou ele pro Centro Espírita, (...) eu levo no tratamento médico, ela leva no Centro. Todo mundo tem uma fé, tem uma religião, então eu que sou católica praticante, ela diz que é católica, mas ela não é praticante, ela vai no Centro, e lá, ela leva ele” (Linete).

“Então, foi bem atribulado mesmo, só Deus mesmo pra nos fortalecer. O que eu não quero, o que eu quero, peço a Deus que ele não entra mais nessa, não vai se enturmar mais com esse povo que só bagunça e ele se acalmar, pra esse negócio dessa de inquietação, pra tá fumando... tudo. Eu queria que ele parasse de fumar e voltasse, né? Pro Senhor, que quando ele tava na Igreja... bem diferente, sabe? A pessoa muda totalmente” (Léia).

“Minha mãe, apesar dela, assim um pouco nervosa, também ajudou muito com as orações, que ela é muito temente a Deus, muito religiosa” (Lúcia).

Para Linete, as diferenças de crença entre ela e sua irmã no cuidado com Samir ficam em segundo plano, contanto que ajudem o irmão em sua recuperação. Há tolerância e respeito pelas opiniões diferentes. Durante sua crise, Samir, ao fugir de casa, foi socorrido no Vale do Amanhecer – região de grande misticismo localizada no Planalto Central – até ser localizado e retornar à casa de Linete.

Na situação de Léia, há tensão entre esta e Samuel quanto na questão religiosa. Samuel se nega a freqüentar a mesma Igreja que sua mãe e, antes da crise, só o fazia por obrigação.

Ao ser questionado sobre sua religião, Samuel responde com ar de riso: “*Eu não sou nada*”. Sua mãe, ao tomar conhecimento da resposta, refuta de imediato, também com ar de riso: “*É sim! Você é filho de Deus. Fez aliança com o Senhor e agora se afastou. Ta aí bebendo, né?*”.

Esse pequeno diálogo de mãe para filho pode levantar várias questões. Quanto à função religiosa, esta é presente e dominante na família, a ponto de, só depois da crise, Samuel conseguir deixar de fazer algo que o aborrecia, o fato de ir toda semana ao culto, uma vez que sua mãe é evangélica da Igreja Presbiteriana. Outra questão é a designação que a mãe de Samuel faz dele como *filho de Deus*. Deus pode simbolizar aqui o expoente máximo da figura paterna presente no Complexo de Édipo, fato relevante, se considerarmos que Samuel mora com seu padrasto e ambos não mantêm relação de proximidade.

Em outros relatos, Deus aparece representando um dos pólos: bem e mal, certo e errado, entre ajuda profissional e a cura pela fé, como segue:

“Ah, pra mim foi muito difícil ver ele naquela situação. Eu sem poder fazer nada, sempre querendo levar ele no médico. Ele não aceita de jeito nenhum... que o médico não vai curar ele... que só Deus vai curar ele. – Mas meu filhinho, se você não tiver força de vontade... Deus faz a parte dele, mas a gente

tem que fazer a da gente. Você tem que ter força de vontade e ir pro médico, fazer um tratamento” (Luzia).

“Eu não tenho uma religião específica, mas é a católica assim... mais provável. Influencia muito, assim... no sentido religioso... da religião em si... digamos... vamos dizer assim... Deus, Diabo, as figuras... vamos dizer... Deus e o Diabo como se estivessem brigando entre si, dentro de mim. Meu! Era horrível!” (Sandro).

O filho de Luzia, Sérgio⁶, negou-se a participar da pesquisa, bem como tem se mostrado bastante resistente em dar continuidade ao tratamento psiquiátrico e psicológico. Para sua mãe, sua recuperação depende do seu esforço e da sua fé em Deus. Porém, na opinião de Sérgio, apenas em Deus residiria a cura.

Para Sandro, a figura de Deus aparece na dicotomia entre bem e mal e em seus conteúdos alucinatórios: *“Tinha a impressão de ser Jesus, tinha a impressão de não deixar ninguém tocar em mim, porque eu era Jesus”*. Podemos considerar, nesse relato, alguns aspectos, como: o fato de Sandro conviver com seu padrasto e sua mãe o culpar por sua separação em virtude da crise; e acreditar-se *Jesus* é análogo a ser *filho de Deus*, que simboliza a Lei, a figura paterna.

Para Sara, o fator religioso também apareceu no conteúdo delirante:

“E aquilo foi me... eu comecei a ler a Bíblia católica, e do jeito que tinha na Bíblia católica eu ia fazendo... daquelas coisas assim... que Maria vinha... ter filho, sabe? Essas coisas assim. Eu tomei uma gravidez psicológica, só no pensamento, e me doía isso aqui, isso tudo (aponta para a barriga), a maior coisa, esses trem. Às vezes, eu ouvia: — Tá vendo? O quanto eles são mau? O quanto que eles são ruim? Aí eu comecei a ter raiva das pessoas evangélicas, sabe? Aí eles (as vozes) fala: — Tá vendo que tipo de evangélico que eles são?”

⁶ Apenas sua mãe participou do estudo, Sérgio – nome fictício – desistiu de participar no dia da entrevista.

Sobre sua crença religiosa, ela afirmou:

“Ah, ultimamente, eu não tinha não. Mas, depois que eu fiquei doente, eu passei a freqüentar a Igreja Batista Renascer, porque minha família toda é evangélica, só não eu e aquela (sua irmã, Lúcia) que ta lá embaixo”.

Na impossibilidade de mudar as condições em que trabalha ou de verbalizar aos seus padrões sobre o seu descontentamento, a contrariedade se manifesta e se projeta na forma de aversão às pessoas que são também evangélicas. Outro fator também relevante é a manifestação da gravidez, à semelhança de Maria na Bíblia. Tal situação, dentro do contexto da crise, pode nos remeter à responsabilidade do cuidado, à desonra aos obstáculos da vida. Sara tem sob sua responsabilidade as irmãs mais novas, que moram com ela na capital, assumindo, portanto, as atribuições de pagar as contas, fazer compras e permitir ou não a ausência das irmãs quando estas precisam sair. Outro fator de grande preocupação era o receio de que suas irmãs engravidassem, uma vez que a responsabilidade recairia sobre ela.

Os relatos apontam para a fraqueza da figura paterna, como acontece na estrutura psicótica. Porém, não podemos afirmar categoricamente que se trata esta circunstância de estruturas psicóticas, mas apenas de sua manifestação. Como atentou Bergeret (1991), ainda que um sujeito de uma determinada estrutura só possa desenvolver-se segundo aquela estrutura, não significa que a sintomatologia siga à risca a mesma lógica, posto que o sintoma é apenas a manifestação superficial da expressão do conflito psíquico.

5.4 Mudanças de vida

Após a remissão da crise psicótica, pôde-se perceber que modificações nas relações familiares ou no comportamento do paciente ocorrem e quais benefícios ou perdas derivam dessa situação.

Alguns descreveram uma modificação desfavorável depois da crise:

“Assim, por causa dos meus patrão, eu tinha a maior consideração, depois que eu passei a conviver junto, eu vi que não era nada daquilo que eu pensava. Não, hoje eu desconfio de qualquer pessoa e, pra mim, eu tenho que ver primeiro, ter certeza que realmente é aquilo, que as pessoas às vezes fala uma coisa aí depois não. Eu não fico, não baixo a guarda entendeu, fico ali com um pé atrás” (Sara).

Para Sara, o fator desfavorável diz respeito à decepção em ter confiado nas pessoas, por ter se sentido desamparada por seus patrões na época da crise. Ela acredita que as condições de trabalho a que estava submetida, de muita responsabilidade e periculosidade, não foram consideradas pelos mesmos. Por outro lado, ela é capaz de perceber um aspecto favorável compartilhado por sua irmã, também entrevistada.

“Não, pra mim continua o mesmo, eu que mudei mais, tentei respeitar o lado dos outros. Eu só via assim, tinha que ser do meu jeito, se não fosse do meu jeito não tava bom. Dou mais oportunidade, antigamente não dava muita, era só uma chance, se quiser aquela acabou. Aprendi também a... eu era muito dura às vezes, falava muito forte, às vezes até magoava. Hoje não, eu paro pra pensar, vou refletir isso e aquilo. Antigamente, às vezes eu falava... hoje eu vejo assim, se é bom pra mim, se eu devo falar aquilo ou não, hoje eu penso assim” (Sara).

“Ela mudou bastante, porque, assim, antes ela falava, pronto! Acabou. Pronto! (...) E eu vejo assim, que em casa, antes de ela ter esse problema, ela que ficava com o dinheiro da despesa, aluguel, água, luz e tal. Hoje a gente já divide

essa tarefa, ela ficava muito carregada.(...) Depois foi que eu percebi que... foi tão bom pra mim também” (Lúcia).

Dentro de sua casa, Sara, irmã mais velha que foi morar e trabalhar em Goiânia, vinda do interior, trouxe as irmãs mais novas sob sua “responsabilidade”, tomava conta da casa e de todas as obrigações. Desde a crise, a divisão das tarefas ofereceu lugar à divisão de deveres e obrigações.

Ainda sobre as modificações desfavoráveis, temos a preocupação com o paciente pelo agravamento da doença e das implicações desta relativas à perda de sua autonomia e o desemprego, representado pelo ônus financeiro ou incapacidade para voltar ao trabalho.

“Não... quer dizer... a vida da gente, mudou como? ...quer dizer... você está preocupada com o problema que tá acontecendo, será se tá tudo bem. A vida, minha, assim, continua normal, acho que o que não continua normal mesmo é só a preocupação em si, também” (Linete).

“O que ele mudou é que ele gostava de sair, ele não sai mais. Agora ele não tá nem trabalhando, ele não pode nem fazer as despesas de casa, que ele tá desempregado” (Luzia).

“E eu sinto isso até hoje, esses dias mesmo, ela ligou, aí a gente falou que meu benefício acabou esse mês. Aí a gente falou que... talvez a gente fosse precisar de uma ajuda e tal... financeira porque a gente paga aluguel, luz, telefone, tem algumas contas, tem que comer, tem que beber e tal. E meu... ela veio com quatro pedras na mão, eu me decepcionei completamente, eu achei que ela até tinha mudado e tal, mas eu me decepcionei mais ainda, mais uma vez, porque ela negou, ainda me criticou, ainda falou que eu sou culpado pela separação dela” (Sandro).

Um dos grandes riscos decorrentes da crise é de colocar o “paciente identificado” num lugar cristalizado, de preocupação constante, favorecendo uma homeostase familiar disfuncional (Sterian, 2001). A questão da autonomia, aqui representada pelo desemprego do paciente e preocupação da família, aponta para as crises relacionadas a transições dos ciclos de vida (Carter & McGoldrick, 1995), nas quais o sintoma simboliza o compromisso entre permanecer numa fase ou seguir.

A figura materna presente nos familiares dos pacientes remete à relação mãe—filho, bastante aludida na teorização sobre funcionamento de famílias de pacientes psicóticos, na qual a “culpa” ou “função exclusiva” do adoecimento não cabe apenas ao paciente, nem à figura materna, mas tem seus precursores na medida em que esses lugares (de mãe e de filho) se colocam um para o outro na história familiar, se considerarmos que, apesar da idade adulta, os pacientes residem com sua família, isso ilustraria a situação de não-separação dos vínculos filiais. Em relação aos que coabitam no mesmo lote, em casas separadas, segue a mesma lógica de “pseudo-autonomia”.

Para Léia, a mudança favorável se deu por meio de uma mudança concreta:

“Ah, vamo sair daqui, aqueles cara ali... sabe? Tudo ele ficava com receio, em todo momento que a gente tava em algum lugar, alguma ocasião, até mesmo com a família dele era assim... ai eu falei não, isso não tá legal, aí eu sentei, conversei com ele, perguntei o que ele achava, aí ele falou não, foi bom pra ele, ele não queria sair de lá... mas eu falei, Sandro, pra nossa vida, pra sua vida, vai ser melhor, isso aí. Você vai ver como vai ser bom... e também se não for bom, a gente volta” (Léia).

Essa postura afastou Sandro do contexto em que havia vivenciado a crise para começarem uma vida a dois, longe do ambiente tantas vezes hostil, das discussões entre sua sogra e seu marido, da relação conturbada entre Sandro e seu irmão.

Houve ainda aqueles que apresentaram reação neutra.

“Lá em casa... estão boa... que eu tô sabendo o que eu tô fazendo, tô lendo, tô pensando mais, antes de agir, antes de falar. É isso aí” (Sílvia).

“Nós tamo vivendo, cuidando do modo maior possível, trabalho todo dia, ele fica na casa dele, tem os dois filho, a mulher dele tinha ido embora, mas voltou de novo” (Leonilde).

É sabido que uma crise psicótica pode ou não evoluir para um quadro mais grave de esquizofrenia ou de outros transtornos. Contudo, ainda que isso não venha a acontecer, deve-se atentar para o surgimento e eclosão dessa crise que se deu, uma vez que a mesma esconde uma casuística, ainda que desconhecida até então.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como principal objetivo ampliar a compreensão sobre o início do adoecimento mental caracterizado pelas crises psicóticas e seus sinais e sintomas. Inicialmente propôs-se uma revisão histórica do que se conhece como psicose e sua representante mais notória, a esquizofrenia. Em seguida, realizou-se um levantamento da literatura bastante recente sobre intervenção precoce e pródromos no cuidado em Saúde Mental. Na Psicologia, enfocou-se a conceituação de crise e família para discutirmos sobre a etiologia das crises psicóticas e seu desenvolvimento e manifestação no contexto familiar. Por fim, foi fundamental conhecer os depoimentos de indivíduos que passaram por situação de primeiras crises psicóticas recentes, sobre como se deu esse processo de sofrimento psíquico grave.

Quando foi proposto o título “Primeiras crises psicóticas” e a escolha do tempo de doze meses como sendo a configuração escolhida para definir primeiras crises, tinha-se em mente identificar o primeiro início ou início mais precoce de uma crise. Contudo, apesar dessa preocupação com o rigor científico, ao final, constatamos, assim como Keshavan e Schoeler (1992), que a terminologia deixa margem a dúvidas, pois, apesar de ter sido possível identificar o início do adoecimento nesse espaço de tempo, houve algumas recaídas, outros surtos e, por vezes, outra internação, o que nos leva a questionar, se se tratava de outras crises ou de uma mesma crise com outros surtos. Os pacientes saíram da fase produtiva de sintomas, mas isso não é suficiente para afirmar que não estejam mais em crise, uma vez que alguns aspectos, como o desemprego por exemplo, persistem e

podem vir a ser, num futuro não muito distante, propiciadores de outra crise. Além disso, os entrevistados utilizaram livremente o termo crise para se referirem a todo o acontecido até então ou a cada surto dentro desse período.

O critério de doze meses de história psiquiátrica se refere à intervenção precoce. Esse espaço de tempo, seria um mínimo para se caracterizar uma identificação precoce de sofrimento psíquico grave; afastar o fator de cronicidade dos casos por consequência e estipular um “afastamento de tempo” tal que não seria logo depois da crise e nem tão distante desta.

De fato, percebemos que o tempo entre a internação e o início dos pródromos foi breve, não ultrapassando três meses. Todos permaneceram internados apenas o tempo de remissão dos sintomas e, logo em seguida, procuraram apoio nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Alguns não continuaram nas atividades dessas instituições, apesar de inscritos, mas estão em contato regular, nas consultas e avaliação das medicações. O CAPS se tornou seu ponto de referência quando precisam de ajuda.

Em se tratando das famílias, as informações obtidas nos CAPS aprimoraram suas estratégias para intervir nas crises, que passaram a incluir telefonemas aos profissionais quando observam alguma mudança no comportamento do paciente, participação das palestras e oficinas psico e sócioeducativas ou mesmo consultas. O fato de se ter em casa um parente usuário do serviço, encoraja-os a procurarem tratamento para si mesmos. Aqueles que já tiveram algum problema mental um dia vêm, nesse fato, uma oportunidade de esclarecerem suas próprias dúvidas, iniciarem também um tratamento e indicarem o serviço a alguém. Se a família é um dos fatores que contribuem para adesão do paciente ao tratamento nesses casos, o exemplo aumenta o valor dessa contribuição.

A depressão, como a primeira mudança ou primeiro sinal da crise (Melville, 1980), pode ser associada ao medo ou isolamento social. Estes últimos, entre outros sinais, como alteração da vontade e da concentração, foram apontados como o prenúncio de uma crise psicótica e, nesse momento, o principal ponto de apoio e identificação da gravidade da situação recaiu geralmente sobre um membro da família.

A conexão imediata de causalidade entre um fato – tomado linearmente como precursor – e a mudança de comportamento do paciente retardou a procura por serviço médico, uma vez que tanto o familiar quanto o paciente puderam supor se tratar de momento passageiro de *crise* ou *depressão*. Além de crise, a palavra depressão foi bastante utilizada pelos entrevistados. Esta última apareceu como um “diagnóstico leigo”, uma definição empregada pelos familiares e pessoas mais próximas para se referirem ao adoecimento. Essas denominações suavizam a proximidade com um diagnóstico de doença mental e o afastam, pois evitam ou retardam sua iminência. Essa conduta também acaba configurando a crise psicótica como um momento do ciclo de vida.

O relato de eventos concretos que foram associados ao desencadeamento da crise nos leva a pensar que, dessa forma, a família não tem qualquer relação com a eclosão da crise, o que nos sinaliza resistência e/ou desconhecimento sobre doença mental.

Na análise dos pacientes, observou-se que, num primeiro momento, houve o movimento de se recolher em casa e evitar contato social como forma de se proteger. Ainda não se tinha a idéia da gravidade da situação. Num momento seguinte, quando o paciente não conseguia mais dormir, alimentar-se ou trabalhar, foi cogitada, pela família, alguma atitude a ser tomada. A internação pareceu ser essa primeira providência. Nesse ínterim, lançava-se mão de todas as medidas que

pudessem amenizar o sofrimento: orações, conversas com o paciente, tentar ouvir música. Uma das medidas mais expressivas foi fazer o paciente tomar cinco litros de suco de maracujá para fazê-lo dormir e parar de ouvir vozes. O maracujá é conhecido por suas propriedades calmantes e, ao menos nessa ocasião, surtiu efeito.

O relato da crise gerou bastante incômodo e perplexidade durante as entrevistas, pela conduta bizarra apresentada pelos pacientes naquela ocasião. O que nos leva a pensar que a tomada dos depoimentos durante as crises – como foi tentado no início da pesquisa – talvez não lograsse êxito, uma vez que, mesmo agora, num período posterior às crises, houve significativa comoção dos entrevistados ao relatá-las. A proximidade com o sofrimento, a internação vigente, associada ao uso de medicamentos para combater a manifestação dos sintomas positivos, tudo isso poderia comprometer o entendimento e atenção do paciente. Ainda que o pesquisador explicasse sobre o caráter científico das entrevistas, houve quem perguntasse: “Isso não vai comprometer a gente, não é?”. Havia o receio de que a concessão de entrevista pudesse dificultar a recolocação profissional.

As entrevistas tiveram uma importância terapêutica para os participantes que, ao final dos relatos, solicitavam à pesquisadora, verbalmente ou não, um fechamento àquele encontro. Essas histórias de vida trouxeram incômodo também à pesquisadora que foi invadida pelo turbilhão de emoções e sentimentos trazidos por aquelas pessoas e que muito contribuíram para a análise dos resultados da pesquisa e para sua prática clínica e acadêmica.

Na análise do início do adoecimento, observou-se que os pacientes começaram apresentando mudança de comportamento sutil, caracterizada por uma sensação de medo que levou a um gradual afastamento social. Esse medo inicial, quando ainda não havia nenhum sintoma psicótico, pode ser interpretado como

pródromo. Porém, no momento em que este se exacerba e se conecta a uma crença engendradora e fantasiosa, passa a ser visto como sintoma negativo decorrente, por exemplo, de delírio. Os delírios persecutórios foram os mais relatados, juntamente com as alucinações auditivas. Quando da ocorrência de alucinação, os familiares atentaram para a gravidade da situação, até mesmo pelo aspecto mágico desse sintoma, que pôde ser logo identificado. Por outro lado, os delírios, por serem uma interpretação da realidade, ainda que absurda, são mais difíceis de se identificar. Logo, a constatação delirante acaba não sendo uma tarefa para leigos.

Neste estudo, não se evidenciou o mito de que um sujeito em crise é primeiro levado a uma cura espiritual e só depois ao médico, como geralmente se acredita, principalmente em se tratando da realidade cultural brasileira tão idiossincrática e sintonizada com o misticismo. Outro mito também questionável consiste no desconhecimento da população sobre os serviços psiquiátricos ou psicossociais oferecidos à comunidade. Todos os entrevistados relataram ter a informação sobre que hospital procurar e lá foram informados sobre os serviços do CAPS. Quando não, a própria rede social do paciente encaminhou ao CAPS, não raro, aqueles que tinham amigos e/ou vizinhos também usuários dos serviços. Foi possível perceber que a informação oral surtiu efeito nesses casos.

O perfil dos entrevistados aponta para a representação cultural muito arraigada da figura feminina como cuidadora. Ainda que as questões de gênero possam ser discutidas em múltiplos contextos, aqui elas se mostraram tradicionais. A simbolização do papel da mulher envolve a questão da maternagem que, em momentos de sofrimento, não necessariamente psíquico, torna-se mais explícita. Na psicose, então, o lugar de mãe pode se amalgamar ao papel de cuidadora, o que confirma a idéia de Racamier (1954 apud Bergeret, 1991) de uma mãe como o próprio ego do lactante. Atualizar a figura materna por meio do cuidado é uma

forma de satisfação e atualização psíquica. É necessário investigar se o fato de os entrevistados terem acesso a uma rede de apoio por meio dos CAPS torna a vivência da crise menos dolorosa do que aqueles que não utilizam ou não dispõem desse tipo de serviço.

Foi possível perceber que o sistema CAPS oferece um ambiente de tratamento e ressocialização mais favorável. É possível ao profissional estabelecer uma relação de proximidade maior com os pacientes e sua família. Essa conduta aumenta a adesão ao tratamento (Fadden, 1998), além de oferecer apoio às famílias para lidar com o sofrimento ocasionado pelo adoecimento (Addington & Gleeson, 2003; Mullen, Murray & Happell, 2002).

Este trabalho começou pela proposta de uma caracterização de crise psicótica para identificar pródromos. Encontrou-se um recorte dos usuários dos serviços de saúde mental esclarecidos sobre as providências a serem tomadas quanto ao adoecimento, desde a busca por tratamento até o subsídio financeiro a que têm direito. O auxílio-doença concedido pelo INSS foi de grande importância para as famílias, principalmente se levarmos em conta que os participantes, que são de renda baixa ou média, perderam seus empregos por conta do adoecimento.

As mudanças na dinâmica familiar puderam ser percebidas no cuidado e na preocupação com o paciente que ainda se encontra em período de observação pela família, que vislumbra sua melhora, mas ainda não considera a situação instável. Para alguns entrevistados, a crise possibilitou que as responsabilidades da família fossem divididas, entre vários membros, o benefício desse feito foi evidenciar a competência de alguns, delegando a eles maior poder de decisão. Por outro lado, também contribuiu para que os “mais responsáveis” amenizassem a sobrecarga de atribuições sobre si. Houve quem relatasse acreditar que a situação

de crise poderia gerar alguma empatia entre o paciente e algum familiar com quem ele já tivesse desavenças antes da crise, o que não se confirmou.

Diante da complexidade e da relevância do tema abordado, é preciso que se desenvolvam outros estudos sobre as experiências de pessoas que passaram por situação de crises psicóticas, seja enquanto paciente, familiar ou profissional de saúde. O conteúdo das entrevistas não suscitou material suficiente para inferir sobre a dinâmica familiar em relação aos os jogos psicóticos (Palazzoli, 1998) ou sobre o Duplo Vínculo (Bateson & cols, 1990) e delega aos próximos trabalhos essa incumbência.

Assim, cremos que essa pesquisa cumpriu seu objetivo de caracterizar as primeiras crises psicóticas, indicando os pródromos, eventos propiciadores da crise, estratégias para lidar com ela e modificações na dinâmica familiar. A quantidade desses e de outros dados coletados permite que sejam utilizados para outras elaborações e considerações em publicações e trabalhos posteriores.

Para futuras pesquisas, por óbvio, numa população mais abrangente, faz-se mister identificar a presença de pródromos e sintomatologia psicótica nessa população, com base em fatores como: a etnia, a classe socioeconômica, o histórico familiar de doença mental (McGlashan & cols, 1996), o estado civil e a dinâmica familiar. Também se sugere, para futuras investigações, perceber os prejuízos concretos e mudanças ocasionadas pelas crises psicóticas, como afastamento da escola ou emprego; ônus financeiro com tratamento, cuidado e medicação; separação familiar ou mesmo suicídio. O presente trabalho tratou apenas de um recorte inicial sobre as discussões que podem ser feitas sobre o tema, sendo necessárias muitas outras interlocuções.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A., & Knobel, M (1991). *Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ackerman, N (1986). *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Addington, J., Coldham, E., & Jones, B. (2003). The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 285-289.
- Addington, J., Collins, A., McCleery, A., & Addington, D.(2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 77-83.
- Addington, J., & Glesson, J. (2003). Family in early psychosis. Em McGorry, P. D., & Jackson, H. J. (Eds.). *The Recognition and Management of Early Psychosis* (pp. 367-406). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia: conhecer a doença*. Lisboa: Climepsi.
- Aguiar, R. (1998). Intervenção precoce em crises. Em Cordioli, A. V., *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 153-158). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (1989). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais – DSM-III-R*. São Paulo: Manole.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-R*. Porto Alegre: Artmed.
- Amminger, G. P., Leicester, S., Francey, S., & McGorry, P. D. (2002). The prodromal course. Em Findling, R. L. & Schulz, S. C. (Eds.), *Schizophrenia in adolescents and children: assessment, neurobiology and treatment* (pp. 1-34). Washington: American Psychiatric Association.
- Amorim, P. (2001). O desenvolvimento recente do processo diagnóstico na Psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 50 (5-6), 161-167.
- Andolfi, M. (1979). *Family therapy: An interactional approach*. New York: Plenum.
- Angermeyer, M. C., & Kuhn, L. (1988). Gender differences in age of onset of schizophrenia: an overview. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 237, 351-364.
- Angermeyer, M. C., Kuhn, L., & Goldstein, J. M. (1990). Gender and the course of schizophrenia: Differences in treated outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 293-307.

Archie, S., Hamilton, W. J., Woodward, K., Hobbs, H., Osborne, S., & McNiven, J. (2005). Psychotic disorders clinic and first-episode psychosis: A program evaluation. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 49-51.

Bardin, L. (1988). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.

Barrowclough, C., Tarrrier, N., & Johnston, M. (1996). Distress, expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 691-702.

Bartels, S. J., & Drake, R. E. (1988). Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 467-483.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. H. (1990). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-264.

Bech, P., Malt, V. F., Dencker, S. J., & cols. (1993). Scale for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87 (supl. 372), 35-40.

Becker, R. (1988). Depression in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 1269-1275.

Becker, R. E., Singh, M. M., Meisler, N., & Shillcutt, S. (1985). Clinical significance, evaluation and management of secondary depression in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46 (11), 26-32.

Beiser, M., Erickson, D., Fleming, J. A. E., & Iacono, W. G. (1993). Establishing the onset of psychotic illness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1349-1354.

Benetti, P. (1988). *Adolescência: Notas de Psicologia*. São Paulo: Paulinas.

Bergeret, J. (1991). *Personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Berenstein, I. (1988). *Família e doença mental*. São Paulo: Escuta.

Berrios, G. (1996). *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Bertalanffy, L. (1977). *Teoria geral dos sistemas*. Rio de Janeiro: Vozes.

Birchwood, M. (1992). Early intervention in psychosis: Theoretical background and clinical strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 257-278.

Birchwood, M., Smith, J., Macmillan, F., & cols. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early signs monitoring system using patients and familiars as observers – a preliminary investigation. *Psychological Medicine*, 19, 649-656.

Black, D.W., Warrack, A. G., & Winokur, G. (1985). Excess mortality among psychiatric patients: The Iowa record-linkage study. *Journal of the American Medical Association*, 253, 58-61.

Blaya, M. (1984). Atendimento de crises: Psicoterapia breve e hospitalização breve. Em *VII Jornada da Sul Riograndense de Psiquiatria Dinâmica*, Resumos. Gramado.

Bloise, P. V. (1995). Reflexões sobre a intervenção em crise. *Revista de Ciências Médicas*, 4(3), 133-136.

Boss, P. (1988). Family stress. Em Sussman, M. B., & Steinmetz, S. K. (Eds.), *Handbook of marriage and the family* (pp. 696-723). New York: Plenum.

Botbol, M., Barrère, Y., & Spence, M. (2005). Psychoses à l'adolescence. *EMC-Psychiatrie*, 44, 1-12.

Brewin, C. R., MacCarthy, B., Duda, R., & Vaughn, C. E. (1991). Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 546-554.

Burbach, F. R., & Stanbridge, R. I.(1998). A family intervention in psychosis service integrating the systemic and family management approaches. *Journal of Family Therapy*, 20, 311-325.

Caldwell, C. B., & Gottesman, I. I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 571-589.

Campbell, R. J.(1986). *Dicionário de Psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes.

Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar.

Carpenter, W. T., & Kirkpatrick, B. (1988). The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 645-652.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Childres, S., & Harding, C. (1990). Gender, premorbid social functioning and long-term outcome in DSM-III schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 309-318.

Chovil, I. (2005). First psychosis prodrome: Rehabilitation and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (4), 407-410.

Cohen, L. J., Test, M. A., & Brown, R. L. (1990). Suicide and schizophrenia: Data from a prospective community treatment study. *American Journal of Psychiatry*, 147, 602-607.

Cooper, J. E., Goodhead, D., Craig, T., & cols. (1987). The incidence of schizophrenia in Nottingham. *British Journal of Psychiatry*, 151, 619-626.

Cornblatt, B., Lencz, T., & Kane, J. (2001). Treatment of schizophrenia prodrom: Is it presently ethical? *Schizophrenia Research*, 51 (1), 31-38.

Costa, I. I. (1990). *Família e esquizofrenia: Um estudo transgeracional*. Universidade de Brasília: Dissertação de mestrado.

Costa, I. I. (1999). *A família, a constituição do sujeito e o futuro da humanidade*. Conferência publicada nos Anais do I Congresso Norte Nordeste de Psicologia: V Semana Baiana de Psicologia.

Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: Ensaio acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília: I. Izídio da Costa.

Costa, I. I. (2005). Uma crítica epistemológica da clínica e da pesquisa familiar da esquizofrenia. Em Féres-Carneiro, T. (Org.), *Família e casal: Efeitos da contemporaneidade* (pp. 223-250). Rio de Janeiro: PUC.

Costa, I. I. (2006). *Família e psicose: Uma proposta de intervenção precoce nas primeiras crises de sofrimento psíquico grave* (no prelo).

Crow, T. J., MacMillan, J. F., Johnson, A. L., & Johnstone, E. C. (1986). A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *British Journal of Psychiatry*, 148, 120-127.

Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Deslandes, S. F., & Assis, S. G. (2002). Abordagens qualitativa e quantitativa em saúde: o diálogo das diferenças. Em Minayo, M. C. S. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

DiTomasso, R., & Kovat, K. (1995). Pacientes da clínica geral. Em Dattilio, F. M. & Freeman, A. (Orgs.), *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crise* (pp. 419-442). Campinas: Psy.

Dixon, L., & Lehman, A. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 631-643.

Drake, R. E., Gates, C., Cotton, P. G., & Whitaker, A. (1984). Suicide among schizophrenics: Who is at risk? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172 (10), 613-617.

Drake, R. E., Gates, C., Whitaker, A., & Cotton, P. G. (1985). Suicide among schizophrenics: A review. *Comprehensive Psychiatry*, 26 (1), 90-100.

Duzyurek, S., & Wiener, J. (1999). Early recognition in schizophrenia: The prodromal stages. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 5, 187-196.

Eaton, W. W., Badawi, M., & Melton, B. (1995). Prodroms and precursors: Epidemiology data for primary prevention of disorders with slow onset. *American Journal of Psychiatry*, 152, 967-972.

Edwards, J., Francey, S. M., McGorry, P. D., & Jackson, H. J. (1994). Early psychosis prevention and intervention evolution of a comprehensive community-based specialised service. *Behavior Change*, 114, 223-233.

Edwards, J., Maude, D., McGorry, P. D., Harrigan, S. M., & Cocks, J. T. (1989). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (supl. 33), 107-116.

Edwards, J., & McGorry, P. D. (2002). *Implementing early intervention in psychosis: A guide to establishing early psychosis services*. London: Martin Dunitz.

Edwards, J., McGorry, P. D., & Pennell, K. (2000). Models of early intervention in psychosis: An analysis of service approaches. Em Birchwood, M., Fowler, D., & Jackson C. (Eds.), *Early Intervention in Psychosis* (pp. 281-314). Chichester: Wiley.

Eiguer, A. (1985). *Um divã para a família*. Porto Alegre: Artes Médicas.

EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) (1997). *Working with families in early psychosis*. Psychiatric Services Branch: Departmente of Human Services, Victoria, Australia.

Erikson, E. (1976). *Infância e sociedade* (2^a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Fadden, G., Bebbington, P. E., & Kuipers, L. (1978). The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.

Fadden, G. (1998). Family intervention in psychosis. *Journal of Mental Health*, 7, 115-122.

Fava, G., & Kellner, R. (1991). Prodromal symptoms in affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 823-830.

Ferrari, G. (1996). Multi-cultural issues in first psychosis. *Connecticut Mental Health Matters*. 1 (1), 7.

Ferreira, A. (1986). *Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Folnegovic, Z., Folnegovic-Smalc, V., & Zulcar, Z. (1990). Characteristics of male and female schizophrenia predict poor premorbid functioning in psychosis. *Schizophrenia Research*, 5, 13-20.

Franco, M. (2003). *Análise de conteúdo*. Brasília: Plano.

Freud, S. (1972). *A interpretação dos sonhos*. (W. I. de Oliveira, Trad.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. IV, pp. 93-98. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1976c). *Neurose e Psicose*. (J. O. Abreu, Trad.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. XIX, pp. 185-194. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1976d). *A perda da realidade na neurose e na psicose*. (J. O. Abreu, Trad.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. XIX, pp. 225-234. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1924).

Glazer, W. M., Prusoff, B., John, K., & Williams, D (1981). Depression and social adjustment among chronic schizophrenic outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169(11), 712-717.

Glesson, J., Jackson, H. J., Stavely, H., & Burnett, P.(1999). Family intervention in early psychosis. Em McGorry, P. D., & Jackson, H. J. (Eds.), *The recognition and management of early psychosis: a preventive approach* (pp.376-406) Melbourne: Cambridge University Press.

Goldstein, M. J.(1996). *Psychoeducation and family treatment related to the phase of a psychotic disorder*. Conference Proceedings, Denmark. pp. 1-4.

Goldstein, M., J. (1998). Gender differences in the course of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 145, 684-689.

Goldstein, M. J., Santangelo, S. L., Simpson, J. G., & Tsuang, T. (1993). Gender and mortality in schizophrenia: do women act like men? *Psychological Medicine*, 23, 941-948.

Gonçalves, A., & Gonçalves, N. N. S.(1983). Esquizofrenia: um conceito e uma realidade controversos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 32 (5), 313-322.

Gunther, I. (1999). Adolescência e projeto de vida. Em Ministério da saúde – Secretaria de políticas de saúde - Área de saúde do adolescente e do jovem, *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento* (pp. 86-92), Brasília.

Hafner, H., Riecher, A., Maurer, K., Loffler, W., Munk-Jorgensen, P., & Stromgren, E. (1989). How does gender influence age at first hospitalization for schizophrenia? *Psychological Medicine*, 19, 903-918.

Hafner, H., Riecher-Rossler, A., Hambrecht, M., Maurer, K., Meissner, S., Schmidtke, A., Fatkenheuer, B., Loffler, W., & Van Der Heiden, W. (1992). IRAOS: An instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6, 209-223.

Hambrecht, M., Hafner, H., & Loffler, W. (1994). Beginning schizophrenia observed by significant others. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 53-60.

Hegenberg, M. (1996). Psicoterapia Breve Psicanalítica. *TEMAS*, 51, 38-50.

Heinrichs, D., & Carpenter, W. (1985). Prospective study of prodromal symptoms in schizophrenic relapses. *American Journal of Psychiatry*, 142, 371-373.

Helgason, L. (1990) Twenty years follow up of first psychiatric prevention for schizophrenia: What could have been prevented? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 231-235.

Herz, M. (1999). Early intervention in different phases of schizophrenia. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 5 (4), 197-208.

Herz, M., & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137, 801-805.

Hillmmelhoch, J. M., Fuchs, C. Z., May, S. J., Symons, B. J. & Neil, J. F. (1981). When a schizoaffective diagnosis has meaning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169 (5), 277-282.

Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., & cols. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph Supplement*, 20, 1-97.

Jackson, D. (1965). Family rules: Marital quid pro quo. *Archives of general psychiatry*, 12, 589-594.

Jackson, H., McGorry, P. D., & Dudgeon, P. (1995). Prodromal symptoms of schizophrenia in first-episode patients: Prevalence and specificity. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 241-250.

Jaspers, K. (1973). *Psicopatologia geral*. São Paulo: Atheneu.

Johnson, D. (1981a). Studies of depressive symptoms in schizophrenia: I. The prevalence of depression and its possible causers. *British Journal of Psychiatry*, 139, 89-101.

Johnson, D. (1981b). Studies of depressive symptoms in schizophrenia: II. A two-year longitudinal study of symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 139, 89-101.

Johnstone, E. C., Crow, T. J., Johnson, A. L., & MacMillan, J. F. (1986). The Northwick Park study of first-episode of schizophrenia: I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *British Journal of Psychiatry*, 148, 115-120.

Kay, S. R., Opler, L. A., & Lindmayer, J. P. (1989). The positive and negative syndrome scale (PANSS): Rationale and standardization. *British Journal of Psychiatry*, 155, 59-65.

Kerr-Corrêa, F., & Sonenreich, C. (1988). Proposta de um novo conceito de esquizofrenia. *Revista ABP-APAL*, 10 (2), 53-56.

Keshavan, M. S., & Schoeler, N. R. (1992). First-episode studies in schizophrenia: Criteria and characterization. *Schizophrenia Bulletin*, 18 (3), 491-513.

Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: An introduction to its method*. Beverly Hills: Sage.

Kulhara, P., & Wig, N. (1978). The chronicity of schizophrenia in North-West India: Results of a follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 132, 186-190.

Landau-Stanton, J., & Stanton, M. D. (1985). Treating suicidal adolescents and their families. Em Mirkin, M. P., & Koman, S. L. (Eds.), *Handbook of adolescence and family therapy* (pp. 309-328). New York: Gardner.

Laplanche, J., & Pontalis, J. (1986). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Larsen, T. K., McGlashan, T. H., & Moe, L. C. (1996). First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2), 241-256.

Leff, J. P., Kupers, L., Bertowitz, R., & Strugeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.

Lidz, T. (1973). *The origin and treatment of schizophrenic disorders*. New York: Basic Books.

Lines, E. (2003). An introduction to early psychosis intervention: Some relevant findings and emerging practices. *Youth and Mental Illness: Early Intervention*, 1-11.

Linszen, D., Dingemans, P., Van der Does, J. W., Nugter, A., Scholte, Lenoir, R., & Goldstein, M. J. (1996). Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychological Medicine*, 26, 333-342.

- Lo, W. H., & Lo, T. (1977). A ten-year follow-up study of Chinese schizophrenics in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*, 131, 63-66.
- Loebel, A. D., Liebman, J. A., Alvir, J. M., Mayerhoff, D. I., Gleisler, S. H., & Szymanski, S. R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1183-1188.
- Mari, J. J. (2001). A epidemia da esquizofrenia. Em Shirakawa, I., Chaves, A. C., & Mari, J. J. *O desafio da esquizofrenia* (pp. 25-32). São Paulo: Lemos.
- Martens, J., & Addington, J. (2001). The psychological well-being of family members in individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 128-133.
- Martin, R. E., Cloninger, C. R., Guze, S. B., Clayton, P. J. (1985). Frequency and differential diagnosis of depressive syndromes in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46 (11), 9-13.
- McCown, W. G., & Johnson, J. (1993). *Therapy with treatment resistant families: A consultation-crisis intervention model*. New York: The Haworth.
- McGlashan, T. H. (2001). Psychosis treatment prior to psychosis onset: Ethical issues. *Schizophrenia Research*, 51 (1), 47-54.
- McGlashan, T. H., & Fenton, W. (1983). Subtype progression and pathophysiologic deterioration in early schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 71-84.
- McGlashan, T. H., & Johannessen, J. O. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia: Rationale. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2), 201-222.
- McGorry, P. D. (1992). The concept of recovery and secondary prevention in psychotic disorders. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 3-7.
- McGorry, P. D., & Edwards, J. (2002). *Intervenção Precoce nas Psicoses*. São Paulo: Janssen-Cilag.
- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S.M., & Jackson, H. J. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2), 305-326.
- McGorry, P. D., Krstev, H., & Harrigan, S. (2000). Early detection and treatment delay: Implications for outcome in early psychosis. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 37-43.
- McGorry, P. D., & Singh, B. (1995). Schizophrenia: Risk and possibility of prevention. Em B. Raphael & G. D. Burrows (Eds.), *Handbook of Studies in Preventive Psychiatry* (pp. 491-514). New York: Elsevier.

Minayo, M. C. S. (1994). Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. Em Minayo, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.

Minayo, M. C. S., & Deslandes, S. F., & cols. (2002). *Caminhos do pensamento: Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Minuchin, S. (1985). *Família: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Moller, P., & Husby, R. (2000). The initial prodrome in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 217-232.

Moscarelli, M. (1994). Health and economic evaluation in schizophrenia implications for health policies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (supl. 382), 84-88.

Mortensen, P. B. (1985). Suicide among schizophrenic patients: Occurrence and risk factors. *Clinical Neuropharmacology*, 18 (supl. 3), 1-8.

Mortensen, P. B., & Juel, K. (1993). Mortality and causes of death in first admitted schizophrenia patients. *British Journal of Psychiatry*, 163, 183-189.

Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *Lancet*, 363 (9426), 2063-2072.

Mullen, A.; Murray, L., & Happell, B. (2002). Multiple family group interventions in first episode psychosis: enhancing knowledge and understanding. *Internacional Journal of Mental Health Nursing*, 11, 225-232.

Newstead, L., & Kelly, M. (2003). Early intervention in psychosis: Who wins, who loses, who pays the price? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 83-88.

Nicole, L., Lessage, A., & Lalonde, P. (1992). Lower incidence and increased male:female ratio in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 161, 556-557.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Brasília: Gráfica BRASIL.

Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: Centro de Documentação OPAS/OMS.

Outeiral, J. (1994). *Adolescer: Estudos sobre a adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Palazzoli, M. (1998). *Os jogos psicóticos na família*. São Paulo: Summus.

Papero, D. (1998). A teoria sobre os sistemas familiares de Bowen. Em *Panorama das terapias familiares* (pp. 71-98). M.Elkaim (org). São Paulo: Summus..

Parnas, J., Jansson, L., Sass, L. A., & Handest, P. (1998). Self-experience in the prodromal phase of schizophrenia: A pilot study of first admissions. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 6, 97-106.

Pakaslahti, A. (1992). *Prediction of working disability in schizophrenia: A 5-year prospective study of a representative cohort of first-admissions*. Helsinki, Publications of the Social Insurance Institution Finland.

Power, P., Elkins, K., Adlard, S., Curry, C., McGorry, P. D., & Harrigan, S. (1998). Analysis of the initial treatment phase in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 71-76.

Rabiner, C. (1986). Outcome study of first episode psychosis: I. Relapse rates after 1 year. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1155-1158.

Radomsky, E. D., Haas, G. L., Mann, J. J., & Sweeney, J. A. (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1590-1595.

Razzouk, D., & Shirakawa, I. (2001). A evolução dos critérios diagnósticos da esquizofrenia. Em Shirakawa, I., Chaves, A., & Mari J., *O desafio da esquizofrenia* (pp. 15-23). São Paulo: Lemos.

Relvas, A. (2003). *Por detrás do espelho: Da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto.

Resende, H. (2001). Política da saúde mental no Brasil: Uma visão histórica. Em Tundis, S. A., & Costa, N. R. (Orgs.), *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 15-75). Petrópolis: Vozes.

Roy, A. (1990). Relationship between depression and suicidal behavior in schizophrenia. Em Delisi, L. E. (Ed.), *Depression in schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric.

Rhoades, H., & Overall, J. (1988). The semistructured BPRS interview and rating guide. *Psychopharmacology Bulletin*, 24 (1), 101-104.

Salokangas, R. K., Honkonen, T., Stegard, E., Koivisto, M., & cols. (2001) Gender differences in poor outcome patients with lifelong schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27:103-132.

Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M. G., Gouveia-Pereira, M., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 2 (18), 139-157.

Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., & cols. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychological Medicine*, 16, 909-928.

Schene, A. H.; Tessler, R. C., & Gamache, G. M. (1994). Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 228-240.

Schene, A. H., van Wijngaarden, B., & Koeter, M. W. J. (1998). Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 609-618.

Seeman, M. (1983). Interaction of sex, age and neuroleptic dose. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 125-128.

Serapione, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: Algumas estratégias para a integração. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5, 187-192.

Shirakawa, I. (1987). O suicídio como momento psicótico. *Boletim de Psiquiatria*, 20, 20-22.

Simon, A. (1989). *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU.

Simon, A., & cols. (2001). Prodroms of first-episode psychosis: How can we challenge nonspecificity? *Comprehensive Psychiatry*, 42 (5), 382-392.

Sims, A. (1988). *Symptoms in the mind: An introduction to description psychopathology*. London, UK: Baillière Tindall.

Siris, S. (1991). Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: Implications for DSM-IV. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 75-98.

Sterian, A. (2001). *Emergências psiquiátricas: Uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Subotnik, K., & Nuechterlein, K. (1988). Prodromal signs and symptoms of schizophrenia relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 405-412.

Szmukler, G. I. (1996). From family "burden" to caregiving. *Psychiatry Bulletin*, 20, 449-451.

Tavares, M. (2004). *Crise psicológica*. Manuscrito não publicado. Brasília: Laboratório de Psicoterapia e Psicodiagnóstico, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

Thara, R., & Eaton, W. W. (1996). Outcome of schizophrenia: The Madras longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30 (4), 516-522.

Tostes, L. R. M., & Moraes, L. R. N. (1989). Esquizofrenia: curso, evolução e prognóstico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 38 (4), 233-239.

Watt, D. C., & Szulecka, T. K. (1979). The effect of sex, marriage and age at first admission on the hospitalization of schizophrenia during 2 years following discharge. *Psychological Medicine*, 13; 9, 663-670; 529-539.

Wyatt, R. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 325-351.

Yung, A. R., Phillips, L. J., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., Francey, S., Harrigan, S., Patton, G. C., & Jackson, H. J. (1998). Prediction of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 14-20.

Yung, A.; McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualization. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 353-370.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA DO PACIENTE – ADAPTADO DA BPRS

DADOS SOCIO-DEMOGRAFICOS DO PACIENTE

Qual seu nome completo?
E sua idade? E sua data de nascimento?
Com quem você mora?
Você está estudando no momento?
Você está trabalhando atualmente? Em quê?
Desenvolve alguma outra atividade? Qual?
Você segue alguma religião? Qual?

PERCEPÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Você pode dizer a data de hoje?
Há quanto tempo está aqui?
Quem o trouxe?
Está tomando algum medicamento? Qual?
Conte-me por que motivo você está aqui.

I. HISTÓRICO

Como era seu dia-a-dia antes dessa situação acontecer?
Quando você percebeu que alguma coisa estava diferente?
Você conversou com alguém sobre como se sentia? Com quem?
Alguém disse que você estava diferente? Quem? Qual foi sua reação?
Você sentiu alguma mudança na sua saúde física também? Qual? Ainda sente?
Como sua família reagiu a essa situação?
Você ou sua família procuraram outro tipo de ajuda antes de vir para o hospital? Qual? O que aconteceu?
Quem resolveu que era necessário vir ao hospital?
Alguém foi contra essa atitude? Quem? Por qual motivo?
Você culpa alguém ou algum fato pelo que aconteceu? Quem? O quê?
Por qual motivo?

SINAIS DE ANSIEDADE

Você andava preocupado com alguma coisa? Com o quê? Ainda está?

Você se sentia tenso(a) ou ansioso(a)? Você consegue saber o motivo? Ainda se sente assim?

De que forma essa tensão e ansiedade afetavam seu dia-a-dia?

Havia algo que ajudava a melhorar a situação? O quê?

II. ALTERAÇÃO NA CONCENTRAÇÃO

Você tinha dificuldades para se concentrar? Ainda tem?

Você sentia dificuldades de fazer as atividades diárias (tomar banho, estudar, assistir TV, sair etc.)?

Você tinha dificuldades de lembrar das coisas (nomes, lugares, datas etc.)? Conte uma situação em que isso aconteceu.

Você ainda tem essas dificuldades? Quais?

Você sentia dificuldades de prestar atenção nas coisas (TV, rádio, conversas, trabalho, estudo etc.)?

SENTIMENTO DE CULPA

Você se sente culpado pelo que aconteceu?

Você se sentia culpado por alguma coisa que você fez no passado?

Você acha que o que está passando agora é um tipo de castigo? Por quê você acha isso?

HUMOR DEPRIMIDO

Como estava seu humor antes da internação (alegre, triste, irritável)?

Havia algo que fazia você se sentir melhor? O quê?

Havia algo que fazia você se sentir pior? O quê?

Como está seu humor atualmente?

Você acredita que vai melhorar?

III. DESCONFIANÇA

Você tinha a impressão de que alguém estava falando ou rindo de você?

De que forma você percebia isso? Você ainda tem essa impressão?

Você tinha a impressão de que alguém estava com más intenções contra você ou se esforçando para lhe causar algum mal? Quem? Por que motivo?

Como você sabia disso? Você ainda tem essa impressão?

IV. DESPERSONALIZAÇÃO

Alguma vez você acreditou ser outra pessoa? Quem?

Você teve a sensação de não saber quem era? Como foi?

AUTO-ESTIMA (AUTO-REFERÊNCIA)

Você sentiu que tinha alguma habilidade ou talento que a maioria das pessoas não tem? Qual? Como você sabia disso?

Você acredita ainda ter esses dons?

Você acredita ter alguma coisa importante para fazer no mundo?

Você acredita que as pessoas têm inveja de você? Por qual motivo?

Você se sentia mais impaciente ou irritado?

Chegou a agredir alguém? Como foi? Você ainda se sente irritado atualmente?

V. ALTERAÇÃO DO PENSAMENTO

Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa tem controlado seus pensamentos contra sua vontade? Quem? O quê?

Você tem a impressão de que o rádio ou a TV manda mensagens para você?

Você tem a impressão de que alguma pessoa manda mensagens para você, sem precisar falar com você? Quem? Como você sabe?

Você tem a sensação de que alguma coisa incomum está acontecendo com seu corpo ou com sua cabeça? O quê?

Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou esteja perto de acontecer?

Alguém sabe que você sente essas coisas? Quem? O que ele acha disso?

VI. ALUCINAÇÃO

Você tem experiências incomuns que a maioria das pessoas não tem?

Você tem escutado coisas, enquanto está acordado, que as outras pessoas não conseguem ouvir?

O quê você ouviu (vozes, conversando com você ou entre si, barulhos, cochichos etc.)? Com que frequência? Você ainda ouve?

Isso já havia acontecido antes da situação atual? Quando? Como foi?

Você tem visto coisas, enquanto está acordado, que as outras pessoas não podem ver?

O que você vê (luzes, formas, imagens)? Com que frequência?

Isso já havia acontecido antes da situação atual? Quando? Como foi?

Alguém sabia que você percebia essas coisas? Quem? O que ele (a) achava disso?

VII. ALTERAÇÃO DA VONTADE

Você perdeu a vontade de fazer algo que costumava fazer? O quê?

Você passou a fazer algo que não costumava fazer? O quê?

VIII. CONCEPÇÕES SOBRE A CRISE PSICÓTICA NA PERSPECTIVA DO PACIENTE

Como era sua relação com a família antes da crise?

Quando você percebeu que alguma coisa estava diferente com você? O quê?

Você teve, alguma vez, a sensação de não saber onde estava?

Você sentiu que as pessoas estavam diferentes (agindo de forma diferente) com você? Em quê?

Você sentiu alguma dificuldade em fazer as coisas que faz no cotidiano? (estudar, dormir, assistir TV trabalhar, conversar, comer etc.)

Você atribui o que aconteceu a algum fato ou a alguma coisa?

Depois da crise, você percebeu alguma modificação no relacionamento entre vocês? O quê?

Você percebeu alguma modificação na sua maneira de agir, depois da crise? O quê?

Alguém mais na família já passou por situação parecida?

Além da família, quem mais soube da situação?

Como essa(s) pessoa(s) reagiu/reagiram à situação?

Houve alguma mudança na relação dela com você ou com sua família? O quê?

Estas eram as perguntas que eu precisava fazer. Há alguma coisa que você ache importante dizer, que eu não perguntei? Há alguma coisa que você gostaria de perguntar. Você se incomoda/incomodou que outras pessoas saibam/soubessem da situação?

ROTEIRO DE ENTREVISTA FAMILIAR

CONCEPÇÕES SOBRE A CRISE PSICÓTICA NA PERSPECTIVA FAMILIAR

I. PROCURA DO SERVIÇO E PRÓDROMOS

- 1 Conte-me por que motivo o paciente está aqui.
- 2 Como isso aconteceu?
- 3 Como era a relação entre vocês antes da crise?
- 4 Quando você percebeu que alguma coisa estava diferente?
- 5 Antes de vir para cá você ou sua família procuraram algum tipo de ajuda?
- 6 Como foi decidido que era necessário vir ao médico? Quem tomou a iniciativa de vir?
- 7 Como foi decidido quem iria acompanhá-lo até aqui?
- 8 Quando você ou sua família começaram a perceber que ele (a) estava diferente?

II. CRISE

- 1 Ele(a) expressou vontade de fazer algo que não faz habitualmente?
- 2 Ele(a) disse estar ouvindo ou vendo algo que vocês não perceberam?
- 3 Ele(a) demonstrou alguma dificuldade em fazer as coisas que faz no cotidiano? (estudar, dormir, trabalhar, conversar, comer etc.)
- 4 Ele teve alguma queixa de saúde física nesse período?
- 5 Ele demonstrou ter algum receio de fazer algo com medo de acontecer alguma coisa ruim?
- 6 Ele foi agressivo com algum de vocês?
- 7 Ele desconfiou alguma vez de que alguém estivesse falando mal dele ou querendo fazer algum mal a ele?
- 8 Ele alguma vez disse coisas que ninguém entendia?
- 9 Ele pareceu ouvir alguma coisa que ninguém mais conseguia ouvir?
- 10 Ele disse alguma vez ver coisas que ninguém mais conseguia ver?
- 11 Vocês perceberam alguma modificação na maneira de fulano agir, depois da crise?
- 12 Ele pareceu alguma vez não saber quem era ou demonstrou ser outra pessoa?
- 13 Alguém mais na família já passou por situação parecida?
- 14 Além da família, quem mais soube da situação?

- 15 Como essa(s) pessoa(s) reagiu/reagiram à situação?
- 16 Vocês se incomodam/incomodaram que outras pessoas saibam/soubessem da situação?
- 17 Vocês atribuem o que aconteceu a alguma coisa ou a alguma pessoa? O quê? Quem?
- 18 Como era o dia-a-dia de vocês antes do acontecido?
- 19 Depois da crise, vocês perceberam alguma modificação no relacionamento entre vocês? O quê?
- 20 Alguém mais além da família soube do acontecido? Quem? Prestou algum tipo de ajuda? Qual?

Essas foram perguntas que eu precisava fazer a vocês. Tem alguma coisa que eu não perguntei que alguém gostaria de falar? Tem alguma pergunta que vocês gostariam de me fazer?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Data: ___/___/___

Estou sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo principal é investigar o que eu (paciente) e meus familiares pensamos sobre o problema de crise e sofrimento que eu apresentei. Para tanto, participarei de uma entrevista que pode durar mais de um encontro. Meus familiares e /ou as pessoas com quem eu moro também serão convidadas a participar dessa pesquisa.

A pesquisa é intitulada “Primeiras Crises Psicóticas: contribuições de pacientes e familiares na identificação de indicadores prodrômicos” e visa caracterizar episódios iniciais de crise psicóticas, identificando seu desenvolvimento, para saber que eventos podem ter contribuído para o desencadeamento da crise e que estratégias foram tomadas por mim e meus familiares. Essa pesquisa tem o objetivo de investigar essas situações na realidade brasileira, pois há poucos dados disponíveis sobre a temática.

Minha participação é voluntária. Tenho liberdade para decidir se quero ou não responder às perguntas. Caso haja, na entrevista, alguma pergunta que me deixe constrangido (a), tenho o direito de não respondê-la.

Concordo que os encontros sejam filmados, gravados e transcritos. As transcrições serão utilizadas para estudar e melhorar os trabalhos na área de Saúde Mental. As entrevistas ocorrerão no próprio hospital São Vicente ou na Universidade de Brasília-UnB e terei disponibilizado, pela pesquisadora, o dinheiro da passagem até o local. As entrevistas têm duração média de 1 h e 30 min (uma hora e trinta minutos). Caso não seja possível fazer todas as perguntas nesse tempo ou seja necessário algum esclarecimento sobre minhas respostas, haverá outros encontros. Posso desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, em qualquer estágio da entrevista, sem prejuízo nenhum financeiro ou pessoal.

Estou ciente de que, em caso de utilização dos dados em trabalhos científicos, todas as informações que permitam me identificar serão mantidas em sigilo.

A pesquisadora se compromete a estar sempre disponível para responder e esclarecer dúvidas minhas a qualquer momento, bem como de comunicar as conclusões do trabalho.

Caso ache necessário, será disponibilizado, de graça, atendimento psicoterapêutico para mim durante as entrevistas e num período de até 3 meses depois de seu término.

Este documento será assinado por mim e/ou meu responsável – em caso de tutelado ou menor – em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra em poder dos sujeitos da pesquisa – eu e/ou minha família.

Em caso de dúvidas, contatar o comitê de ética da FEPECS.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável

Pesquisadora: Nerícia Regina de Carvalho – Mestranda em Psicologia Clínica/UnB
(61) 3496674/91045668

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa – Instituto de Psicologia/UnB (61)
3072625 – Ramal: 615 /Fone Fax:327438894

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 Edifício Fepecs – (61)33254955

CEP 70.710-907 Brasília/DF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA FAMÍLIA

Data: ___/___/___

Estamos sendo convidados a participar de uma pesquisa cujo objetivo principal é investigar o que nós, familiares pensamos sobre o problema de crise e sofrimento apresentados. Para tanto, participaremos de uma entrevista familiar. Caso haja necessidade, haverá novos encontros.

Nossa participação é voluntária. Temos liberdade para decidir se queremos ou não responder às perguntas. Podemos desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal ou financeiro.

A pesquisa é intitulada “Primeiras Crises Psicóticas: contribuições de pacientes e familiares na identificação de indicadores prodrômicos” e visa caracterizar episódios iniciais de crise psicóticas, identificando seu desenvolvimento, para saber que eventos podem ter contribuído para o desencadeamento da crise e que estratégias foram tomadas por nós familiares. Essa pesquisa tem o objetivo de investigar essas situações na realidade brasileira, pois há poucos dados disponíveis sobre a temática.

Concordamos que os encontros sejam filmados, gravados e transcritos. As transcrições serão utilizadas para estudar e melhorar os trabalhos na área de Saúde Mental. As entrevistas ocorrerão no próprio hospital São Vicente ou na Universidade de Brasília-UnB e terei disponibilizado, pela pesquisadora, o dinheiro da passagem até o local. As entrevistas têm duração média de 1 h e 30 min (uma hora e trinta minutos). Caso não seja possível fazer todas as perguntas nesse tempo ou seja necessário algum esclarecimento sobre nossas respostas, haverá outros encontros.

Estamos cientes de que, em caso de utilização dos dados em trabalhos científicos, todas as informações que permitam identificar os participantes serão mantidas em sigilo.

A pesquisadora se compromete a: estar sempre disponível para responder e esclarecer dúvidas, bem como de comunicar as conclusões do trabalho. Caso achemos necessário, será disponibilizado, de graça, atendimento psicoterapêutico

familiar para nós durante as entrevistas e num período de até 3 meses depois de seu término.

Informamos que recebemos uma cópia deste Termo de Consentimento.

Este documento será assinado por mim e/ou meu responsável – em caso de tutelado ou menor – em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra em poder dos sujeitos da pesquisa – eu e/ou minha família.

Em caso de dúvidas, contatar o comitê de ética da FEPECS.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável

Pesquisadora: Nerícia Regina de Carvalho – Mestranda em Psicologia Clínica/UnB
(61) 33496674/91045668

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa – Instituto de Psicologia/UnB (61)
33072625 – Ramal: 614/615

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 Edifício Fepecs – (61)33254955

CEP 70.710-907 Brasília/DF