

Intervenção Psicoeducativa nas Famílias de Esquizofrénicos

Filipe Reis*

Resumo:

Os estudos sobre a Emoção Expressa levaram à generalização das intervenções educativas e psicoeducativas nas famílias dos doentes esquizofrénicos.

Neste trabalho, o autor sintetiza os estudos que realizou sobre as Emoções Expressas dos familiares de doentes crónicos.

Dá especial relevo às variáveis cognitivas dos familiares, relativas à representação mental do doente e da doença, estudadas através das atribuições que fazem da personalidade do doente e das causas da doença.

São analisadas outras variáveis cognitivas, como parte do instrumental teórico da intervenção familiar psicoeducativa, nomeadamente, os jogos transaccionais, os conflitos familiares e os estilos de relacionamento parental.

A avaliação dos familiares e das famílias é vista como parte integrante do processo de intervenção familiar psicoeducativa.

Palavras-chave: Emoção Expressa; Intervenção Educativa e Psicoeducativa; Esquizofrenia.

ABSTRACT:

The studies in expressed emotions allowed stabilising a pattern in educational and psycho-educative interventions within the families of schizophrenic patients.

In this paper, the author synthesises his research developed in expressed emotions of the chronic patient's relatives.

The author refers the importance of the relative's cognitive variables about mental representation of the patient and his disease. These

variables are studied through the attributions made about the patient's personality and causes of disease.

Other cognitive variables are analysed, relying to the conceptualisation in family psycho-educative intervention, such as, transactional games, family conflicts and parental relationship style. The evaluation of the relatives and families is considered as being part of the process of family psycho-educative intervention.

Key-words: Expressed Emotion; Educational and Psychoeducative Interventions; Schizophrenia.

INTRODUÇÃO

Um renovado interesse pelo estudo e intervenção terapêutica nas famílias de doentes psicóticos crónicos surgiu na década de 70 na sequência dos trabalhos iniciados por George Brown, que constatou haver uma maior taxa de recaídas nos doentes que viviam em casa de familiares do que naqueles que viviam sozinhos ou residiam com outros doentes.

O factor relacionado com estas diferenças nas recaídas foi atribuído à dimensão emocional das famílias e na altura designado por clima emocional familiar.

Operacionalizado através da análise de conteúdo das entrevistas efectuadas aos familiares dos doentes, o clima emocional familiar passou a designar-se por Emoção Expressa (EE)¹.

Também se constatou que quando a EE das famílias era baixa os doentes recaíam menos do que quando a EE era alta.

Tal constatação foi reconfirmada em estudos de replicação, alguns deles realizados em dife-

rentes culturas. Por esta razão a EE adquiriu uma aceitação generalizada e levou ao incremento de estudos e programas de intervenção terapêutica familiar com vista à redução da EE de alta para baixa.

Estudaram-se diferentes programas de intervenção familiar, todos com idêntico propósito, a redução das recaídas dos doentes esquizofrênicos em tratamento psiquiátrico ambulatorio. Os benefícios destes programas seriam evidentes para os doentes, para as famílias e para os serviços de saúde. Reduzindo as recaídas reduzir-se-iam os reinternamentos e as consequências negativas destes para os doentes.

Por outro lado, a capacidade de adaptação das famílias à condição de terem um doente crónico no seu seio melhoraria por lhes ser fornecido maior suporte social, informação acerca da doença e do seu tratamento e lhes serem ensinadas competências para lidar com o doente.

A INTERVENÇÃO FAMILIAR

Genericamente existem duas grandes formas de intervenção familiar; a educativa e a psicoeducativa. A primeira é uma forma de intervenção breve constituída por módulos de informação sobre o que é a doença, como se trata e como se deve lidar com o doente.

Os doentes não participam nestes programas que se destinam apenas a grupos de familiares. Neles, além de se fornecer informação, estimula-se o debate entre os familiares, sob orientação dos técnicos.

Estes debates revestem-se de grande importância pois através deles é possível aos familiares expressarem emoções e normalizarem sentimentos.

Geralmente também são incluídos módulos de resolução de problemas e treino de competências.

A intervenção familiar psicoeducativa é uma forma de intervenção prolongada no tempo, feita com uma família da cada vez.

As sessões podem realizar-se no domicílio, com a participação dos familiares que nela coabitam, ou noutras instalações desde que se respeite a condição anterior. Tem por objectivo não só fornecer suporte mas também ajudar os familiares a mudarem os estilos de relacionamento disfuncionante com o doente, assim como ajudá-los a adoptarem atitudes mais adequadas e facilitadoras da comunicação no seio da família.

Incluem-se neste tipo de intervenção terapêutica, um módulo educativo, um módulo de comunicação, um módulo de treino de competências e um módulo de resolução de problemas. É dado ênfase à expressão das emoções dos familiares e à troca de afectos com o doente.

No plano teórico os programas de intervenção familiar inserem-se na teoria da vulnerabilidade-stress.

Segundo esta teoria as reagudizações da doença resultam da interacção entre os factores de vulnerabilidade e os factores de stress. Como factores de vulnerabilidade psicobiológica podem citar-se entre outros os genéticos, os de personalidade, os cognitivos e os comportamentais. Os factores de stress sócio-ambiental podem ser a EE familiar alta, os acontecimentos de vida traumáticos, a tensão profissional e o baixo suporte social.

O equilíbrio entre os factores de vulnerabilidade e

de stress constitui aquilo a que se chama "resiliência". Uma elevada vulnerabilidade associada a um stress baixo pode ser suficiente para desencadear a descompensação clínica. O mesmo poderá acontecer quando a uma vulnerabilidade baixa se associar um stress elevado.

A prática diz-nos que perante idênticos factores de stress recaem uns doentes e não outros. Esta capacidade de resistir ao stress, também chamada invulnerabilidade, é constituída pelos factores de "resiliência".

Entre outros podem citar-se como factores de resiliência os seguintes:

a) Factores Familiares:

- os laços afectivos precoces dos familiares;
- a qualidade dos vínculos na família;
- o estilo das relações parentais na família;
- o tipo de EE da família.

b) Factores Sociais:

- a experiência educacional dos membros da família;
- a qualidade do suporte e rede social da família;
- o nível sócio-cultural da família.

c) Factores Pessoais:

- as competências sociais dos membros da família;
- a personalidade dos membros da família;
- as representações de si e dos outros na família;
- as capacidades pessoais dos membros da família.

A capacidade das famílias lidarem com um fami-

liar afecto de esquizofrenia depende também da forma de evolução da doença, da sua duração, do tipo de resposta ao tratamento e do grau de incapacidade do doente. Quanto mais dependente é o doente maior a desorganização da família. Se algum familiar tem de cuidar do doente durante as 24 horas do dia, estará incapacitado de desempenhar outras actividades.

Esta "sobrecarga" que a família tem de suportar pode levar, no seu extremo ao colapso dos processos de resiliência familiar.

Estes doentes e as suas famílias necessitam por isso de maior ajuda dos serviços de Saúde Mental, de internamentos sociais, para alívio da sobrecarga familiar, de colocação em residências ou em Centros de Dia. Os doentes mais graves poderão necessitar de internamentos prolongados em instituições psiquiátricas por largos períodos de tempo, quando não para o resto da vida.

Aos processos terapêuticos e de ajuda fornecidos aos doentes e familiares chamam-se factores de protecção.

São factores de protecção o uso de neurolépticos, a intervenção terapêutica familiar, o treino de competências sociais, os programas de formação profissional e de transição para a vida activa e o suporte social prestado às famílias.

Em síntese, a intervenção familiar é um processo que visa reduzir os estados de tensão intrafamiliar e melhorar a resiliência da família e do doente.

Acrescente-se que a teoria da vulnerabilidade-stress não sendo uma teoria que explique a etiologia da esquizofrenia é todavia compatível com os actuais conhecimentos de evolução

clínica e resposta ao tratamento da doença.

A FAMÍLIA ENQUANTO SISTEMA

A família não é uma entidade homogênea. A sua organização varia consoante as épocas e as culturas. Funcionalmente constitui um sistema delimitado, composto por um número variável de elementos que se organizam em vários subsistemas. O subsistema dos pais, dos filhos ou de outros parentes.

Na nossa cultura a família nuclear é constituída por pais e filhos.

A concentração das populações nas grandes cidades industrializadas levaram ao desmembramento de formas tradicionais de estrutura familiar, caso das famílias transgeracionais ainda prevalentes nos meios rurais.

É na matriz familiar que ocorrem os processos que levam a que no seio da família se estabeleça determinado clima emocional.

As famílias são constituídas por pessoas singulares que assumem diferentes estatutos e desempenham diferentes papéis.

Estatuto e papel condicionam as funções de cada membro na família.

Por exemplo a função marido-pai, na nossa cultura é a de líder instrumental, enquanto a de esposa-mãe é a de preservadora da integridade do grupo familiar.

É também o estatuto de cada membro na família que determina a sua posição hierárquica, segundo um gradiente de dominância-submissão.

Em síntese uma família pode ser vista como um sistema caracterizado por:

- a) Ser delimitado e organizado em subsistemas;
- b) Constituir parte de um sistema mais vasto, o sistema social;
- c) Os seus limites serem semipermeáveis, para assegurar a adaptação e a sobrevivência;
- d) O comportamento de cada membro ser determinado por padrões de interacção que afectam todos os membros da família;
- e) Os padrões de interacção serem recursivos, isto é, tenderem a repetir-se em idênticas circunstâncias;
- f) A causalidade das interacções ser uma causalidade múltipla e não linear;
- g) Possuir processos de adaptação que resistem ou promovem a mudança;
- h) A doença de um membro provocar na família um processo de adaptação que leva a um outro estado de equilíbrio².

Entre as várias funções da família a função educativa tem especial relevo para a compreensão das relações entre pais e filhos. Segundo Almeida e Wall³, em "Portugal Hoje" (1995), a função educativa da família orienta-se segundo dois grandes valores culturais; o da conformidade social e o da autonomia pessoal. No primeiro, os pais procuram transmitir aos filhos os "valores que acentuam o respeito pelas normas sociais em vigor e pelas instituições dominantes, tais como ser obediente, ter boas maneiras, ser trabalhador, ser poupado". No segundo transmitem os "valores de conduta e de relacionamento centrados no protagonismo individual ou colectivo, tais como a responsabilidade, a independência, a tolerância, a imaginação, a determinação e a generosidade".

Estes valores são socialmente orientados, e por isso o primeiro é frequente nos meios rurais e o segundo nos meios urbanos.

A REPRESENTAÇÃO DO DOENTE

As variáveis cognitivas decorrentes da percepção social do outro são um aspecto importante das relações interpessoais.

No caso dos doentes esquizofrénicos que vivem com as famílias, a percepção que os familiares têm do doente decorre da sua convivência com ele. Esta convivência está carregada de significados e de emoções que modelam as relações entre os familiares e o doente.

A maneira como se percebe o outro pode ser estudada através das atribuições causais da doença, atribuições de personalidade do doente e da emoção expressa das famílias.

Cognições e emoções dos familiares constituem sistemas psicológicos coerentes que, quando referidos ao doente estão subjacentes à qualidade e tipo de relações que os familiares têm com ele. Estudos de percepção social, comunicação e transacções interpessoais dão suporte ao instrumental teórico da Intervenção Familiar.

Antes de promover qualquer programa de ajuda familiar os terapeutas devem avaliar e compreender os padrões de relacionamento dos seus membros. Como percebem os familiares o doente e a doença? Que emoções expressam quando falam do doente?

a) Atribuições de Personalidade

As atribuições de personalidade ou impressão (imagem) que temos de outra pessoa resultam de uma complexidade de variáveis, umas pessoais,

outras sociais e culturais, que reflectem a nossa atitude em relação a essa pessoa e ao seu comportamento.

Uma forma usada por nós para estudar as atribuições de personalidade dos familiares em relação aos doentes esquizofrénicos foi o método da listagem de adjectivos. Para isso elaborámos uma lista de 40 adjectivos, 20 de conotação positiva e 20 de conotação negativa, adaptados do "Adjective Check List" de Gough e Heilbrun⁴.

Pedimos aos familiares dos doentes para escolherem entre os 40 adjectivos aqueles que em sua opinião melhor descreviam as características da personalidade ou os comportamentos do doente.

Verificámos que nas famílias onde as escolhas negativas predominaram sobre as escolhas positivas os doentes tiveram mais recaídas ao fim de um ano de seguimento do que naquelas em que as escolhas positivas predominaram sobre as negativas.

Este facto levou-nos a admitir que a impressão que os familiares têm do doente é um indicador de stress familiar.

A dimensão à qual correspondem os adjectivos de conotação negativa sobrepõe-se à dos parâmetros da entrevista de Camberwell, comentários críticos e hostilidade, usados para avaliar a EE.

Nos familiares hostis ou hiper-críticos, os adjectivos negativos mais escolhidos foram os seguintes:

92%	infantil
83%	descuidado
83%	desleixado
83%	teimoso
83%	isolado
75%	imaturo
75%	lento

75% descontrolado

75% irritável

Estas escolhas correspondem à impressão do doente como uma pessoa infantil, rebelde e imatura. A escolha de alguns destes adjectivos pode ser atribuível aos sintomas da doença ou aos efeitos secundários da medicação.

Os adjectivos mais escolhidos pelos familiares não-hipercríticos e não-hostis foram os seguintes:

83% isolado

72% triste

66% lento

Também estas escolhas de adjectivos parece corresponder a sintomas da doença ou a efeitos secundários da medicação. Não transparece nela qualquer impressão depreciativa do doente, ao contrário do que acontecia no grupo anterior:

Verifica-se pela diferença entre os dois grupos que a impressão (imagem) que os familiares têm dos doentes se relaciona com os parâmetros da EE, hostilidade e comentários críticos.

A escolha dos adjectivos de conotação positiva não diferencia os familiares em função do tipo de EE e por isso não parece ter valor discriminativo.

b) Atribuição de Estados Mentais

A comunicação como competência para interagir pode ser abordada, na perspectiva do doente, como objecto do treino de competências sociais, ou na perspectiva dos familiares, como um *deficit* de comunicação com o doente.

A ausência de comunicação ou o seu enviesamento por atribuições de estados mentais do doente, pode levar a que se estabeleçam transacções disfuncionantes.

Diz-se que um familiar faz uma atribuição de esta-

do mental do doente quando lhe atribui pensamentos, emoções, atitudes ou capacidades, que ele não expressa ou não manifesta, através de um processo de compreensão empática antecipando o comportamento ou os sentimentos do doente.

Conceptualizado para o estudo etológico do comportamento deceptivo e de aprendizagem nos primatas⁵, a atribuição de estados mentais foi posteriormente usada no estudo da empatia nos doentes autistas e esquizofrénicos⁶.

Sabe-se que estes doentes têm um *deficit* de compreensão empática dos estados mentais dos outros. A descentração cognitiva está-lhes dificultada.

A relação que alguns familiares têm com o doente esquizofrénico parece muitas vezes ser pautada por atribuições de intenção ou de estado mental do doente.

Nos familiares de atitude hipercrítica a relação interpessoal com o doente é orientada por uma lógica do tipo "porque é que ele(a) não pensa ou não age como eu quero ou gostaria?" A resposta em vez de ser atribuída à doença, é dada através de uma atribuição do estado mental do doente do tipo, "ele(a) faz tudo para me contrariar!". Esta é a atribuição que condiciona a transacção do familiar autoritário com o doente.

Se o familiar tem uma atitude super-protectora em relação ao doente a lógica do seu comportamento orientar-se-á por uma premissa do tipo, "tenho de pensar ou agir por ele(a), porque é incapaz de fazer esta ou aquela tarefa". Esta incapacidade leva o familiar a agir pelo doente e justifica a sua infantilização. Embora o comportamento do doente possa ser atribuído às consequências da doença, a atitude do familiar decorre de uma atribuição de

estado mental do tipo, " ele(a) é frágil" ou "ele não sabe".

O que é de salientar nestes processos atribucionais de estado mental é uma comunicação ausente ou enviesada entre o familiar e o doente. Se estes, em vez de agirem baseados em pressupostos, procurassem saber o que pensa e sente o doente, respeitando a sua vontade e desejos, evitar-se-iam conflitos e melhoraria o relacionamento entre eles e o doente⁷.

Nesta perspectiva melhorar a comunicação entre os familiares e o doente é um dos objectivos da intervenção familiar.

c) Atribuições Causais

As atribuições de causalidade da doença, quando feitas pelos familiares de doentes, exprimem as suas convicções acerca da origem da mesma.

Estas causas podem ser atribuídas a disposições internas ou externas ao doente. Por sua vez, qualquer destas atribuições pode ser categorizada como controlável ou não-controlável pelo doente.

Deste modo as atribuições causais são tipificadas como atribuições externas e controláveis, atribuições externas e não-controláveis, atribuições internas e controláveis ou atribuições internas e não-controláveis. Nas atribuições externas-controláveis, como por exemplo as más companhias ou o abuso de drogas, a doença é vista como consequência de um acto voluntário e provocada por um agente exterior ao sujeito. Nestas atribuições infere-se que o doente adoeceu porque contribui para isso, pois fez qualquer coisa cujas consequências levaram ao desencadear da doença. Há nestas atribuições como que uma culpabilização implícita

do doente por parte do familiar que a faz. Nas atribuições externas não-controláveis, como por exemplo, o mau olhado ou o efeito de espíritos, os doentes são vítimas passivas de algum malefício que não puderam evitar. Desculpabiliza-se assim o doente.

Nas atribuições internas-controláveis, como por exemplo, o mau feitio, atribui-se ao doente um papel activo no desencadear da doença ao mesmo tempo que implicitamente é culpabilizado por isso. Nas atribuições internas não-controláveis, como por exemplo, tratar-se de uma doença do cérebro ou de uma doença hereditária, desculpabiliza-se o doente culpabilizando ou não o familiar que faz atribuição, já que esta culpabilidade pode ser atribuída a um outro familiar.

A avaliação das atribuições causais da doença feita pelos familiares do doente possibilita perceber de que forma avaliam a doença e qual a sua atitude e sentimentos em relação ao doente.

Esta dimensão afectivo-emocional das atribuições é a que tem importância para a intervenção terapêutica familiar. O sentimento de culpabilidade implícita que alguns familiares revelam pode estar associado à depressão, ao desamparo e à perda de auto-estima. Pode ser a origem de comportamentos auto-reparadores, de sacrifício e de super-protecção.

Os sentimentos de culpa assumem diversas formas, culpabilidade de progeneritura, culpabilidade no desempenho do papel parental e culpabilidade moral⁸.

Na primeira destas formas de culpa o familiar atribui a causa da doença a uma falha sua no momento da concepção, como o abuso de álcool,

de drogas ou à própria hereditariedade. Na segunda, a falha pela qual os familiares se culpabilizam relaciona-se com a educação que deram ao doente. Recriminam-se pelo que poderiam ter feito e não fizeram, pelo que podiam ter evitado e não evitaram. Geralmente referem-se à educação que lhe deram, aos conflitos conjugais ou às circunstâncias da vida por que passaram e que terão sido traumáticas para o doente.

Na culpabilidade moral o familiar atribui a doença a um castigo sobrenatural. A doença pode ser vista como uma pena ou uma expiação de pecados.

Na sua linguagem interior estes familiares estão permanentemente a recriminarem-se e frequentemente usam expressões como “eu devia”, que podem ser vistas como formas de pensamento automático.

O tratamento destas recriminações e estados depressivos associados a sentimentos de culpabilidade pode ser feito através da terapia cognitiva de Beck⁸.

AS EMOÇÕES EXPRESSAS

A emoção expressa é avaliada através da análise de conteúdo de uma entrevista individual efectuada aos familiares que coabitam com o doente. Nessa análise avaliam-se os seguintes parâmetros quando o familiar se refere ao doente, comentários críticos, hostilidade, sobreimplicação emocional, comentários positivos e comentários afectuosos¹.

Considera-se que um familiar tem uma EE alta quando, durante a entrevista, o número de comentários críticos é igual ou superior a 6 ou existe hostilidade em relação ao doente. Estes dois parâme-

tros, quanto ao seu conteúdo recriminatório, são de natureza idêntica. Traduzem uma representação depreciativa. Os comentários críticos são comentários delimitados por uma inflexão da tonalidade vocal associada a um conteúdo de crítica do comportamento do doente. Considera-se haver hostilidade quando o doente é criticado não pelo que faz mas por aquilo que é. A crítica é generalizada à pessoa e não ao seu comportamento.

A sobreimplicação emocional avalia-se pelas emoções que o familiar manifesta ou refere durante a entrevista. São as expressões dramáticas, muitas vezes acompanhadas de choro, e as narrativas de auto-sacrifício em relação ao doente que a caracterizam.

Os comentários positivos são apreciações positivas de reconhecimento das qualidades e valores pessoais do doente, também eles demarcados por uma tonalidade vocal que traduz a emoção do familiar.

Os comentários afectuosos são partes da narrativa do familiar em relação ao doente de marcado conteúdo afectivo de apreciação.

Para se caracterizar a EE de um familiar como alta ou baixa usam-se os três primeiros parâmetros. Se existe um número de comentários críticos superior ou igual a 6, se existe hostilidade ou sobreimplicação emocional diz-se que esse familiar tem uma EE alta. Caso nenhuma destas condições se verifique diz-se que a EE é baixa.

Para se tipificar uma família como sendo de EE alta, considera-se como condição necessária que pelo menos um dos familiares tenha uma EE alta. Se todos os familiares têm uma EE baixa a

família é tipificada como sendo de EE baixa. Quando se diz que uma família tem uma EE alta está a dizer-se, em termos operativos, que pelo menos um dos membros que coabitam com o doente tem uma EE alta. Ou por outras palavras, que na entrevista que lhes foi feita para avaliar a EE pelo menos um dos familiares revelou uma representação negativa do doente quer através do elevado número de comentários críticos, da hostilidade ou da sobreimplicação emocional. Nas famílias de EE baixa o doente tem maiores probabilidades de recaídas comparativamente aos doentes que vivem em famílias de EE alta.

Mas se basta que apenas um membro da família seja hipercrítico ou hostil para que o doente tenha mais possibilidades de recair que se passará na dinâmica transaccional da família para que tal aconteça?

Dois tipos de estudos vieram contribuir para responder à primeira pergunta. Por um lado os estudos do tempo de contacto face-a-face do doente com os familiares de EE alta. Quando os doentes, que vivem numa família deste tipo, têm um contacto com os familiares de EE alta inferior a 35 horas semanais recaem menos do que quando esse contacto é superior a 35 horas semanais. Por outro lado os estudos de monitorização da resposta galvânica da pele dos doentes, quando em presença de um familiar com EE alta, mostraram haver maior reactividade do sistema nervoso autónomo comparativamente com o que acontece quando o familiar presente tem uma EE baixa.

As famílias de EE alta são aquelas que têm maior

relação com as recaídas dos doentes num intervalo de seguimento de 9 ou 12 meses. Viver nestas famílias constitui para os doentes um factor adicional de stress.

As famílias de EE baixa, por se relacionarem com um menor número de recaídas no mesmo intervalo de tempo de seguimento, constituem para os doentes que nelas vivem um factor de protecção.

Num estudo de replicação por nós efectuado¹⁰, constatámos haver nas famílias de EE alta uma taxa de recaídas de 51% e nas famílias de EE baixa uma taxa de recaídas de 15% ao longo de 12 meses de seguimento.

Estes resultados são idênticos aos de outros estudos e conferem às famílias de EE baixa um valor de protecção e às de EE alta de agravamento e stress.

Também a EE das famílias, quando baixa, revelou estar associada a um maior efeito na melhoria clínica dos doentes que tomam medicação neuroléptica. Melhoram mais, no mesmo intervalo de tempo, os doentes que vivem em famílias de EE baixa que os que vivem em famílias de EE alta¹¹.

A EE não é uma escala de emoções das famílias, mas sim uma forma de as tipificar, tendo por base a narrativa dos familiares quando falam do doente com um entrevistador.

Trata-se por isso de uma representação do doente através da qual os familiares deixam transparecer os seus afectos e modos de lidar com o doente.

As conclusões destes estudos apontam por um lado para a importância das relações entre o doente e os familiares e por outro para a qualidade dessas relações que será diferente consoante o tipo de percepção que os familiares têm do doente e da doença.

AS TRANSACÇÕES

Um dos psicólogos que mais estudou as relações interpessoais ou transacções foi Bern¹². Segundo este autor uma transacção é uma relação social que ocorre entre dois ou mais indivíduos quando o comportamento, mensagem verbal ou atitude de um deles suscita no outro uma resposta que por sua vez funciona como estímulo para o primeiro e assim sucessivamente. De forma simplificada pode dizer-se que uma transacção é uma troca de estímulos entre duas ou mais pessoas. Hall¹² estudou nas transacções as variáveis de contexto cultural e a distância física entre os comunicadores¹³. Esta distância designou-a por distância social.

Para este autor a distância que separa os comunicadores é um elemento estrutural das transacções. A distância social dita de intimidade situa-se entre os 15 cm e os 45 cm. A de confiança entre os 45 cm e os 120 cm e a das relações formais e públicas, entre os 120 cm e os 360 cm.

Esta componente do processo interactivo mostra que para além do conteúdo das mensagens há aspectos não-verbais que também são relevantes para o tipo de comunicação que se estabelece entre os interlocutores.

Um destes aspectos não-verbais da comunicação foi estudado através das posições que as pessoas tomam quando se dispõem em círculo ou se sentam a uma mesa e comunicam entre si. A posição que escolhem influencia a comunicação que estabelecem.

Os factores não-verbais da comunicação, como a distância entre os interlocutores, as posturas corporais que assumem durante a comunicação, a troca de olhares e a tonalidade vocal das men-

sagens, são características das transacções. Quando se observa uma família em interacção dever-se-á ter em conta estes aspectos que fornecem informações sobre a proximidade ou afastamento entre os familiares assim como a qualidade das suas relações afectivas.

As transacções podem classificar-se consoante o tipo de mensagem veiculada em transacções complementares e transacções cruzadas.

Nas transacções complementares os interlocutores falam sem rodeios de forma espontânea e dizem directamente o que querem comunicar. Veiculam uma atitude de complementaridade na comunicação.

Nas transacções cruzadas, os interlocutores respondem de forma desadequada aos estímulos mútuos, e a atitude veiculada é de antagonismo ou de alheamento.

Para Eric Bern as transacções processam-se segundo duas regras básicas.

A primeira regra diz que uma transacção complementar prolonga o diálogo entre os intervenientes. Estabelece-se entre os interlocutores uma troca de lances que perpetua a comunicação. Ao lance de um segue-se um lance do outro e assim sucessivamente.

A segunda regra diz que uma transacção cruzada leva ao fim do diálogo. Ao lance de um dos intervenientes o outro responde com um lance não-complementar e desadequado. A tonalidade da voz dos interlocutores pode alterar-se. A tensão criada entre eles aumenta e gera-se a discussão que termina o diálogo.

Quando um familiar não pretende comunicar com o doente recorre a transacções cruzadas evitando

assim a intimidade, a comunicação e a troca de afectos.

Recriminar ou hostilizar o doente é o primeiro passo para não comunicar e terminar uma transacção.

O mesmo se poderá dizer relativamente à ausência de proximidade ou de contacto físico com o doente e à evitação do olhar.

JOGOS TRANSACCIONAIS

A propósito das transacções intrafamiliares é oportuno referir um conceito que é o conceito de jogo psicológico¹⁵.

Embora o autor tenha afirmado que os esquizofrênicos não participam nos jogos psicológicos, não excluiu os seus familiares.

Para Eric Bern jogos são séries de transacções, em que a comunicação veicula uma dupla mensagem, uma explícita e outra oculta. As transacções desenrolam-se de forma sequencial sem que disso as pessoas tenham consciência até se atingir um desfecho de natureza inconfessada. Esse fim poderá ser mais ou menos dramático, consoante o estado de tensão a que chegam os intervenientes no jogo.

Segundo os níveis de tensão Eric Bern classificou os jogos, em jogos de 1º, 2º e 3º grau. Os jogos de 1º grau são jogos triviais que todos jogam. Têm uma finalidade lúdica, pedagógica ou recreativa. As suas consequências são de um modo geral facilmente esquecidas. Os "jogos" de 2º e 3º grau visam obter uma vantagem, um benefício, um estatuto ou preservar um papel. As suas consequências permanecem na memória dos intervenientes e deixam ressentimentos. Muitas vezes terminam em conflitos e outras possibilitam aos participantes fugirem a

uma relação afectiva, de intimidade ou de franqueza.

Os jogos estabelecem-se entre duas ou mais pessoas. Cada indivíduo desempenha nele um determinado papel.

Habitualmente os participantes num jogo desempenham um dos seguintes papéis, do triângulo de Karpman; Perseguidor, Vítima e Salvador.

Os papéis desempenhados durante um jogo podem ser ou não estáveis. Um mesmo jogador em diferentes momentos de um jogo pode desempenhar diferentes papéis, uma vez o de Perseguidor, outra o de Vítima e outra o de Salvador.

Quando uma relação entre duas pessoas é equilibrada e respeita a autonomia de cada um, estas não têm necessidade de jogar.

Nas relações de dependência os jogos servem para assegurar o estilo de relação que duas pessoas mantêm entre si.

Quando num jogo se chega à fase do conflito explícito um dos intervenientes pode assumir aquilo a que se chamam, condutas de submissão; pedir desculpa, silenciar, aceitação passiva, agitação e incapacitação através do papel de doente.

Numa família com um doente esquizofrênico crónico este é muitas vezes o pretexto para os familiares desencadearem jogos.

Pais ou mães podem assumir papéis de Perseguidor ou de Vítima. Geralmente no primeiro caso são familiares hiper-críticos ou hostis para o doente, no segundo são emocionalmente sobreimplicados e superprotectores.

Os jogos do familiar Perseguidor são jogos coercivos do tipo "apanhei-te meu malandro... não sabes fazer nada,...és um irresponsável". Nestes

jogos o doente é visto pelo familiar como uma criança rebelde¹⁴.

Os jogos do familiar que assume o papel de Vítima são do tipo "vejam só quanto me sacrifico por ele(a)...abdico de tudo por ele(a)." Nestes jogos o doente é visto pelo familiar como uma criança submissa e insegura.

De um modo geral o doente é infantilizado e visto como uma criança submissa ou rebelde.

A dinâmica familiar decorrente destes jogos é compatível com os estudos da EE, das cognições dos familiares acerca do doente e da doença e dos estilos de relacionamento parental.

A emoção expressa hostil e hipercrítica associa-se a uma impressão negativa do doente, a uma atribuição causal da doença de tipo controlável, a um estilo de relação parental autoritário e ao papel de Perseguidor. A emoção expressa sobreimplicada associa-se a uma impressão positiva do doente, a uma atribuição causal da doença do tipo "não-controlável", a um estilo parental autoritário e ao papel de Vítima.

Analisar as transacções na família, é observar a forma como os familiares se relacionam entre si e com o doente.

O estado clínico do doente é uma variável importante neste contexto. Se está clinicamente compensado, se tem um estado de defeito da personalidade, se toma a medicação que lhe é prescrita ou se tem um predomínio de sintomas negativos, são variáveis relevantes na análise das atitudes dos familiares.

O sexo dos doentes é também uma variável a ter em conta, pois as atitudes dos familiares, que em parte são socialmente determinadas, variam em função

do género sexual. Aceitam-se melhor os sintomas negativos numa mulher que num homem.

OS CONFLITOS

A análise dos conflitos é uma área importante no estudo das interacções familiares.

O psicólogo Lewin formulou uma teoria dos conflitos psicológicos que ainda hoje serve de referência teórica¹⁵.

Para este autor todos os conflitos psicológicos ocorrem num determinado campo. O conceito de campo é definido pelo autor como a totalidade de factos coexistentes e em interdependência num dado momento. Assim os membros de um agregado familiar, coabitando num mesmo espaço, estão por assim dizer num mesmo campo. A habitação delimita os espaços físicos e psicológicos desse campo. O campo encontra-se por isso dividido em diferentes sub-espaços físicos e psicológicos. Para um indivíduo ou indivíduos o espaço vital e o espaço exterior, estão separados entre si por um espaço intermédio. A família configura um campo onde as fronteiras com o exterior estão bem delimitadas e onde cada membro tem o seu espaço de intimidade e os espaços comuns. Topologicamente demarcados os espaços da família são definidos por barreiras e interdições. Os quartos e a sala, são entre outros alguns desses espaços da família.

Quando há um conflito na família e um dos intervenientes é ameaçado por outro de punição, há a tendência para o indivíduo ameaçado sair do campo de conflito, quer pela fuga quer pela criação de barreiras físicas, como por exemplo fechar-se num quarto procurando o isolamento social.

A saída do campo de conflito pode ainda revestir

outras formas, também elas importantes em psicopatologia, como por exemplo a fuga para a irrealidade ou a explosão emocional.

Qualquer destas formas de resolução de um conflito, quando adoptadas por um doente, pode provocar um agravamento da sintomatologia psicótica ou depressiva.

O doente sai do plano da realidade para se refugiar na fantasia ou na representação mágica do mundo. Na impossibilidade de recorrer a tal processo a tensão criada pode levar a explosões emocionais de agressividade dirigidas a outros ou deslocadas para si próprio ou para os objectos.

Os conflitos são por isso processos transaccionais familiares que muitas vezes estão na origem das recaídas dos doentes esquizofrênicos. Podem ter origem nos jogos do Perseguidor, iniciados pelos familiares que têm determinado estilo de relacionamento parental com o doente.

OS ESTILOS

DE RELACIONAMENTO PARENTAL

O uso de questionários para avaliar os estilos de relacionamento parental são uma prática comum no estudo dos processos de interacção familiar.

A metanálise destes questionários veio revelar a existência de três factores dominantes; o factor aceitação, o factor controlo do comportamento e o factor coerência¹⁶.

O primeiro factor, aceitação, refere-se ao apoio e afecto dado por um familiar a outro membro da família. O segundo factor, controlo do comportamento, traduz a influência exercida no comportamento de outro, podendo assumir a forma de coerção ou de indução. O terceiro factor, coerên-

cia, refere-se à consistência entre as várias componentes das mensagens trocadas entre os membros da família.

Os dois primeiros factores, aceitação e controlo, foram utilizados para elaborar uma tipologia dos estilos de relacionamento parental segundo dois eixos; o eixo da aceitação vs rejeição e o eixo do controlo vs autonomia².

Da combinação destas dimensões resultam quatro tipos de estilo de relacionamento parental, os estilos de Baumrind que são:

- 1) o autoritário, caracterizado por um moderado controlo e moderada ou reduzida aceitação;
- 2) o autoritativo, caracterizado por um elevado controlo e uma elevada aceitação;
- 3) o permissivo, caracterizado por um moderado controlo e uma moderada aceitação;
- 4) o negligente, caracterizado por um baixo controlo e uma baixa aceitação.

Estes quatro estilos de relacionamento parental exprimem formas de atitudes dos familiares em relação ao doente.

Para estudar os estilos de relacionamento parental dos familiares de doentes esquizofrênicos usámos a Escala de Rejeição dos Pacientes de Kreisman, Simmens e Joy¹⁸ que foi aplicado a uma amostra de 45 familiares de ambos os sexos.

Trata-se de um questionário de auto-preenchimento, constituído por 11 itens, sendo cada um cotado em três graus: nunca, pouco e muito (ver apêndice).

A análise factorial das respostas ao questionário revelou a existência de 4 factores dominantes

designados por, aceitação, controlo, coping e expectativa de melhoras.

Os scores dos factores aceitação e controlo foram usados para tipificar o estilo de relacionamento parental dos familiares.

Nesta amostra de 45 familiares os estilos de relacionamento parental ficaram repartidos da seguinte maneira: 17 do tipo autoritário, 18 do tipo autoritativo, 7 do tipo permissivo e 3 do tipo negligente.

Considerando os graus de parentesco dos familiares, os estilos de relacionamento parental ficaram assim repartidos: a) dos 17 autoritários; 10 eram mães, 3 pais, 1 irmão, 1 marido, 2 com outros graus de parentesco. b) dos 18 autoritativos; 7 eram mães, 6 pais, 3 irmãos, 1 avó e 1 marido. c) dos 7 permissivos; 2 eram mães, 4 pais, 1 avó. d) dos 3 negligentes; 2 eram irmãos e 1 mãe.

Dada a dimensão da amostra estes resultados apenas têm um valor indicativo. Não deixa de ser curioso contudo verificar-se um predomínio de mães de estilo parental autoritário, contrariamente ao que seria de esperar devido ao estereótipo social. Os pais da amostra revelam um estilo parental sobretudo do tipo autoritativo ou permissivo.

Dos dois factores usados na tipologia aquele que revelou maior relação com as recaídas dos doentes durante 12 meses de seguimento foi o factor aceitação.

Constatou-se haver uma relação entre os estilos de relação parental e os parâmetros da EE. Assim os estilos de relação parental autoritário e negligente, revelaram estar associados ao hiper-criticismo e à

hostilidade. Foram também estes que se associaram ao maior número de recaídas dos doentes durante o seguimento. Os estilos permissivo e autoritativo associaram-se a uma EE baixa ou alta sobreimplicada. Estes foram também aqueles que se associaram ao menor número de recaídas dos doentes.

Integrando as diferentes variáveis aqui referidas, representação do doente, transacções e estilos parentais, é possível descrever um quadro caracterizador de atitudes de alguns familiares.

Estes padrões atitudinais, expressões do clima emocional familiar, da evolução clínica do doente e da resposta à terapêutica medicamentosa, são componentes de um sistema que integra as diferentes variáveis estudadas em cada família e que servem de referencial teórico para a intervenção terapêutica familiar.

PADRÕES DE ESTILOS DE RELACIONAMENTO PARENTAL

a) Familiares Autoritários

Um familiar de estilo parental autoritário tem uma EE alta, hiper-crítica ou hostil. Recrimina o doente pelo que faz ou não faz. Rejeita-o como pessoa e culpabiliza-o pelos seus infortúnios e desgraças.

De modo geral fazem uma atribuição de causalidade do tipo externa-controlável, isto é atribuem ao sujeito responsabilidade na causa da doença devido aos comportamentos que teve.

Pretendem que o doente, nas transacções consigo, assuma um papel de submissão e obediência e procuram nos técnicos um aliado para os seus pontos de vista.

Difícilmente se colocam em causa e se alguém o

fizer durante a intervenção familiar poderão abandonar as sessões da terapia.

Têm uma imagem negativa do doente do tipo desleixado e incompetente. Atribuem ao doente um estado mental do tipo criança rebelde. Fornecem pouco suporte e exercem um controlo recriminatório do comportamento deste.

As famílias com um membro assim são famílias disfuncionantes onde o equilíbrio subsiste através da cedência dos outros. Estes familiares têm um estatuto dominante.

b) Familiares Negligentes

Para o familiar negligente o doente é visto como um peso. Algumas vezes negam a doença. As alterações de comportamento são atribuídas à personalidade do doente e têm uma reduzida expectativa em relação ao tratamento. Já nada há a esperar dele e não vale a pena fazer qualquer esforço para melhorar. Tanto faz que tome a medicação como não, o tratamento é irrelevante. Estes familiares podem ter uma EE baixa ou alta.

Têm uma imagem negativa do doente e fazem atribuições de "...ias" e não criticam o doente nem se envolvem em litígios com ele.

Angustiam-se com a separação do doente. O que muitas vezes é um obstáculo para que este frequente um Centro de Dia ou um curso de formação profissional.

A angústia de separação e a intrusividade destes familiares dificulta a autonomia do doente. Este estilo de relação parental leva por vezes a recaídas ou descompensações clínicas.

Fazem atribuições de estado mental do tipo, criança incapaz ou submissa. É nestas atribuições que encontram fundamento para tudo fazerem ao

doente, como dar-lhe banho e vesti-lo. A infantilização do doente é a nota dominante na atitude destes familiares.

GRUPOS EDUCATIVOS DE AUTO-AJUDA

O Núcleo de Estudos da Esquizofrenia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Barreiro aplicou um programa de intervenção educativa em dois grupos de familiares de doentes esquizofrênicos que estavam a fazer tratamento na consulta externa do Departamento.

As sessões de cada grupo decorreram com um intervalo de cerca de dois anos. Para o efeito cada grupo foi dividido em subgrupos de 6 a 8 familiares.

Cada sessão, coordenada por dois técnicos, teve a duração aproximada de duas horas. Para cada subgrupo foram feitas três sessões, uma de motivação e duas de educação propriamente dita.

Em cada uma das sessões educativas visionou-se uma entrevista videogravada em que um psiquiatra explicava o que era a doença e quais os seus sintomas. Outra entrevista versava o tema do tratamento e como lidar com o doente. Após cada sessão seguia-se um debate sobre os temas tratados na entrevista. Estimulava-se a intervenção e troca de impressões entre os familiares. Este programa, inédito para eles, foi muito apreciado por todos que nele participaram. Por razões de acessibilidade as sessões foram realizadas, nas instalações do Hospital, aos fins-de-semana de modo a que um maior número de familiares dos doentes pudesse participar.

No início da primeira sessão e no fim da última, cada familiar preencheu um questionário para avaliar a sua opinião acerca do doente antes e depois. No primeiro grupo foi aplicada uma listagem de adjectivos que

avaliava os atributos de personalidade do doente para os familiares e no segundo a Escala de Rejeição do Doente que avaliava a tolerância do familiar ao doente.

Os resultados obtidos foram os seguintes:

1) Primeiro grupo:

Melhoraram a imagem	53%
Pioraram a imagem	31%
Mantiveram a imagem	16%

2) Segundo grupo:

Melhoraram a tolerância	61%
Pioraram a tolerância	26%
Mantiveram a tolerância	13%

Os resultados dos dois grupos são muito aproximados, parecendo haver um efeito benéfico das sessões educativas na mudança de atitudes. Não deixa de ser curioso ter ocorrido um efeito paradoxal, isto é, contrário ao que se esperava das sessões educativas. Alguns familiares pioraram a imagem do doente ou a sua tolerância.

Quando no segundo grupo cruzámos os resultados das sessões educativas com a EE dos familiares, obtiveram-se os seguintes resultados percentuais:

Familiares que melhoraram a tolerância

39% EE baixa

22% EE alta

Familiares que pioraram a tolerância

4% EE baixa

22% EE alta

Familiares que mantiveram a tolerância

0% EE baixa

13% EE alta

Os familiares de EE baixa modificaram mais as suas atitudes com as sessões educativas do que os familiares de EE alta.

Parece haver um efeito paradoxal relacionado com a EE alta de algumas sessões, o que impossibilita a ajuda a todo o agregado familiar.

A INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA COMO PROCESSO DE ACONSELHAMENTO

A intervenção Psicoeducativa não é uma manipulação das famílias. Trata-se disso sim de um processo cuja finalidade é tornar as dificuldades psicológicas do doente compreensíveis para si próprio e para a sua família, ao mesmo tempo que visa melhorar as competências desta para lidar com o doente, ajudá-los na gestão da medicação, nos processos de coping afectivo e instrumental e fornecer-lhe suporte social². Como processo de aconselhamento a intervenção familiar psicoeducativa desenrola-se em quatro fases.

A primeira fase é a fase de ALIANÇA dos técnicos com a família. Trata-se de uma fase crucial para a motivação e adesão ao programa. Esta deve ser feita através de consentimento informado o qual assume a forma de um contrato onde se explica em que consiste o programa, os seus objectivos e os métodos a usar.

Deve adequar-se o calendário das sessões às disponibilidades dos familiares.

Adoptar uma atitude compreensiva, acolhedora e tolerante é recomendável por parte dos técnicos.

É frequente encontrarem-se membros de algumas

famílias que recusam aderir às sessões ou terem uma atitude passiva e expectante. Estes familiares devem ser objecto de análise compreensiva e não crítica.

Durante as sessões o terapeuta deve abster-se de assumir o papel de Salvador, não fazendo alianças com familiares que criticam o comportamento dos outros.

Familiares resistentes podem ser identificados pelo seu estilo de relacionamento parental, pela imagem negativa que têm do doente ou pela atribuição causal que fazem da doença. De um modo geral têm uma imagem negativa do doente e atribuem-lhe a responsabilidade pelo adoecer, isto é, fazem uma atribuição causal do tipo externa-controlável e têm um estilo parental do tipo autoritário ou negligente. Com o decorrer das sessões e à medida que o doente for melhorando, estes familiares podem retomar as sessões e a sua atitude expectante desvanecer-se.

A segunda fase é a fase de AVALIAÇÃO. Durante esta fase deve proceder-se à avaliação do contexto emocional familiar, das suas crenças, cogações, transacções e padrões de comportamento.

Trata-se uma fase que pode ser mais ou menos prolongada, obrigando a sessões individuais e com o grupo familiar.

Identificam-se as vulnerabilidades do doente, os factores de stress assim como os factores de protecção. A terceira fase é a fase de PLANIFICAÇÃO e EXECUÇÃO do programa de Intervenção Familiar. Durante as sessões os terapeutas implementam os procedimentos adequados a cada um dos objectivos a atingir nos diferentes contextos familiares, emocional, cognitivo e comportamental.

O treino de competências emocionais e instrumen-

tais, a resolução de conflitos e a resolução de problemas decorrem também nesta fase.

Deve possibilitar-se aos familiares a expressão e normalização das suas emoções. Uma forma de o conseguir consiste na sua inclusão em grupos de auto-ajuda.

No caso de haver sentimentos de culpa e depressão poderá recorrer-se à terapia cognitiva de Beck.

Fornecer suporte, desbloquear barreiras, desfazer preconceitos e fornecer informação são objectivos desta fase.

A componente educativa constitui um módulo importante da intervenção pois fornece aos familiares conhecimentos que de um modo geral não possuem e que são fundamentais para desfazer crenças e preconceitos que os impeça de compreenderem o comportamento do doente assim como aprenderem a maneira de lidar com ele.

A quarta fase é a fase de avaliação dos RESULTADOS e REPLANIFICAÇÃO.

Com a replanificação reinicia-se um novo ciclo e assim sucessivamente à medida que se vão atingindo os objectivos propostos.

O fim das sessões regulares não equivale ao abandono do suporte às famílias. A própria evolução da doença determina que continue a haver disponibilidade para ajudar sempre que as famílias o solicitem nomeadamente nos períodos de descompensação e crise.

Nem todas as famílias com um doente esquizofrénico necessitam de intervenção terapêutica familiar.

Quando um doente tem frequentes recaídas ou reinternamentos, apesar de fazer regularmente a terapêutica prescrita, deverá admitir-se a possibilidade das transacções e conflitos familiares

poderem estar na origem da má evolução clínica do doente.

Famílias de qualquer estrato social poderão necessitar deste tipo de intervenção.

Más condições de vida, desemprego, ausência de suporte social e acessibilidades ao tratamento, poderão ser factores de risco para o doente.

Famílias de EE alta têm indicação para intervenção familiar.

Familiares que super-protectem os doentes e impedem a sua autonomia têm indicação para intervenção familiar.

Padrões de atitude parental do tipo autoritário, negligente ou autoritativo têm indicação para intervenção familiar

Poderíamos eventualmente referir outros exemplos de famílias com indicação para a intervenção familiar, contudo cremos que só com uma avaliação caso-a-caso será possível uma correcta referência para este tipo de ajuda às famílias e aos doentes.

Avaliar as Famílias e os Familiares

A psicopatologia familiar é hoje uma área em expansão. Abordar a família de uma forma holística de modo a conhecer a matriz inter-relacional dos seus membros, tendo em consideração as dimensões, emocional, cognitiva e comportamental, para melhorar a sua adequação e funcionamento, são objectivos da intervenção psicoeducativa.

Para alcançar estes objectivos torna-se necessário estabelecer uma aliança de cooperação com os membros do agregado familiar, fornecer-lhes informação acerca da doença e do tratamento, de modo a melhorar a aderência à medicação, ajudá-

los na reformulação das expectativas, na identificação dos factores de tensão e de protecção, ou a reduzirem os efeitos do estigma social associado à doença, a lidarem com as emoções, a melhor comunicarem com o doente, a fornecer-lhes suporte social e apoio nas crises.

Os factores que favorecem o desencadear e a manutenção dos problemas na família foram sistematizados por Carr², em três grandes áreas: a do contexto, a das crenças e cognições e a dos comportamentos.

Na Área do Contexto incluem-se os seguintes factores:

1) Factores Históricos:

a) factores de stress familiar: perdas, separações, abuso na infância, desvantagem social e a institucionalização

b) problemas com origem na relação parental: vinculação insegura, estilo parental autoritário, permissivo, indiferente, disciplina inconsistente, ausência de estimulação, ser o bode expiatório e a triangulação

c) problemas familiares de origem parental: problemas psicológicos dos pais, problemas de abuso de drogas ou álcool, problemas criminais, discórdia ou violência conjugal e desorganização familiar.

2) Factores Contextuais:

a) constrangimento provocado por normas e valores culturais;

b) transição dos ciclos de vida;

c) tensão nos papéis domésticos e profissionais;

d) ausência de suporte social;

- e) experiência de perdas recentes;
- f) luto;
- g) separação parental;
- h) doença ou traumatismo recente;
- i) desemprego;
- j) mudança de residência ou de escola;
- k) maus tratos;
- l) abuso recente;
- m) pobreza;
- n) infidelidade conjugal.

3) Factores Pessoais:

- a) vulnerabilidade genética;
- b) estados somáticos debilitantes;
- c) doença ou traumatismo precoces;
- d) dificuldades de aprendizagem;
- e) temperamento difícil.

Na Área das Crenças e Cognações incluem-se os seguintes factores:

- a) denegação do problema;
- b) rejeição do enquadramento global do problema em favor do enquadramento individual;
- c) crenças e narrativas pessoais acerca da competência para resolver o problema;
- d) crenças e narrativas pessoais acerca das relações matrimoniais e parentais;
- e) crenças e narrativas pessoais acerca das características ou intenções de outros membros da família ou da rede social;
- f) atribuições causais;
- g) distorções cognitivas;
- h) mecanismos de defesa.

Na Área dos Comportamentos incluem-se os seguintes factores:

- a) sintomas e comportamento do doente;
- b) sequência de acontecimentos que tipicamente precedem ou seguem o episódio problemático;
- c) sentimentos e emoções que acompanham o problema;
- d) padrões ineficazes de solução;
- e) comunicação confusa;
- f) transacções cruzadas e jogos psicológicos;
- g) atitude indiferente;
- h) comportamento rígido e incoerente;
- i) estilo parental autoritário ou punitivo;
- j) estilo parental indiferente;
- k) estilo parental inconsistente;
- l) transacções coercivas;
- m) padrões envolvendo reforços inadvertidos;
- n) triangulações patológicas;
- o) transacções envolvendo ausência de inti-midade;
- p) descoordenação entre os técnicos e os membros da família.

Enquanto agentes de apoio, os técnicos de saúde mental devem assumir no processo de intervenção familiar, uma postura de ligação entre os cuidados médicos e os cuidados comunitários.

Nesta interface destacam-se nos cuidados médicos, o fácil acesso ao médico assistente do doente e a disponibilidade para intervenção nas situações de crise.

O doente deve manter-se em tratamento, pois a intervenção familiar não dispensa o tratamento médico. É tão só uma terapêutica complementar desse tratamento não o substituindo.

Na interface dos cuidados comunitários os técnicos devem articular com os serviços de Reabilitação Psicossocial, nomeadamente: Centros de Dia, formação profissional ou emprego apoiado.

Faz pouco sentido continuar a tratar os doentes sem ter em consideração o tipo de famílias onde vivem, principalmente quando estas são famílias hipercríticas ou hostis em relação ao doente.

Um doente esquizofrénico só se trata se houver algum empenho dos familiares para isso. Esquecermo-nos desta realidade, apenas intervindo nas recaídas, é assistir à sucessão de reinvestimentos hospitalares e uma maneira limitada de ajudar os doentes e as famílias.

Na intervenção psicoeducativa as sessões têm uma periodicidade regular. Nelas devem participar todos os membros do agregado familiar. Quando tal não é possível deverão pelo menos participar os mais relevantes em termos relacionais e afectivos para o doente.

Durante as sessões os técnicos deverão abster-se de assumir uma atitude intrusiva e não impor as suas normas e valores aos familiares.

Por vezes é necessária a realização de sessões individuais com membros da família de modo a permitir-lhes expressarem as emoções que sentem sem que com isso sejam alterado o seu estatuto familiar. Nalguns casos é mesmo necessário tratamento psiquiátrico individualizado pois também os familiares podem sofrer de uma doença mental.

O processo de intervenção psicoeducativa deve focalizar sempre as duas principais dimensões dos problemas familiares, a das emoções e a dos comportamentos.

No início da intervenção deve ser feita uma entrevista individual aos membros do agregado familiar que coabitam com o doente; pais, irmãos, tios, avós, cônjuge, filhos ou outros. Esta entrevista tem por objectivo avaliar em cada um o tipo de represen-

tação que têm do doente e da doença, as emoções que expressam quando se referem ao doente e saber qual o estatuto e papel que desempenham na família.

As "transacções" são avaliadas quando os familiares interagem com o doente, tornando-se necessário para o efeito fazer uma entrevista conjunta com os membros do agregado familiar e o doente.

A entrevista individual inicial deve ter o formato de uma entrevista semi-estruturada, pois tem por finalidade obter um conjunto de informações definido devendo ser orientada nesse sentido. Não se trata pois de seguir um guião de respostas fechadas nem a mesma se resume a uma conversa livre e não directiva em que é o entrevistado quem conduz a comunicação. Também não tem por finalidade avaliar a EE do familiar como acontece na entrevista de Camberwell.

A avaliação da EE é um processo moroso que só tem utilidade em estudos que exijam recurso a procedimentos padronizados para possibilitar comparações entre grupos.

Contudo os conhecimentos decorrentes dos estudos sobre EE devem ser do conhecimento daqueles que fazem estas intervenções.

Para se avaliar a impressão que os familiares têm do doente não é necessária a passagem de um questionário do tipo adjective check-list. Bastará para o efeito perguntar-lhes quais as características de personalidade ou qual o comportamento habitual do doente, e como acham que ele(a) é como pessoa. Se a descrição espontânea que fazem do doente for caracterizada por um predomínio de adjectivações de conotação negativa considera-se que a impressão que têm do doente é uma impressão negativa.

A percepção do doente pelos familiares é habitualmente concordante com as emoções que expressam e com o seu estilo de relacionamento parental.

Para se avaliar a "atribuição causal" que fazem da doença deve perguntar-se-lhes qual foi, em sua opinião, a causa da doença. Se essa causa ainda se mantém ou já deixou de actuar, se os seus efeitos foram passageiros ou são ainda duradouros, se qualquer outro indivíduo sujeito à mesma causa teria os mesmos efeitos, qual o papel do entrevistado na causa da doença, e se contribuiu de algum modo para que tal acontecesse, ou podê-lo-ia ter evitado.

Pretende-se saber se a causalidade é atribuída a um agente externo ou interno ao doente. Se o doente foi um agente passivo ou activo no desencadear da doença.

Nem sempre numa determinada família os seus membros têm o mesmo padrão atitudinal em relação ao doente. Quando acontece terem diferentes padrões, a dinâmica que se estabelece entre eles é muito importante para o equilíbrio da família. Analisar a matriz transaccional é por isso uma tarefa só possível com a presença de todos os membros, incluindo o próprio doente.

É frequente fazerem também diferentes atribuições de personalidade e de causalidade da doença. Uns culpabilizando o doente outros culpabilizando-se a si próprios. O doente é assim o foco das discórdias familiares sem que muitas vezes se dêem conta disso.

Ouve-se frequentemente aos técnicos de saúde mental o aforismo, "os pais são tão doentes como os filhos!" Para lá dos pressupostos biológicos ou hereditários, muita vezes o que se pretende dizer é que

se tratam de famílias também elas necessitadas de intervenção terapêutica. Na prática o que acontece em tais circunstâncias é facultar-lhes o mesmo tratamento individual que se faz aos filhos.

Nas transacções familiares com o doente ou entre si é comum estes assumirem diferentes papéis. Uns assumem o papel de Perseguidor, outros o de Vitima e outros o de Salvador.

Durante o processo da intervenção familiar a família tem tendência para atribuir aos técnicos de saúde mental o papel de Salvadores. Ter consciência desta eventualidade e não tomar partido por alguma das partes pode revelar-se de grande importância para a boa condução das sessões.

Pretender mudar as atitudes dos familiares sem ocorrerem mudanças no comportamento do doente e nos seus sintomas é uma tarefa difícil. Seria o mesmo que pedir-lhes para verem o doente de outro modo continuando ele a apresentar o mesmo comportamento ou sintomas.

É por esta razão que o tratamento médico e a reabilitação psicossocial são complementares da intervenção familiar. Esta se desliga das outras formas de tratamento faz pouco sentido. Qualquer melhoria do doente, por pequena que seja, potencia a mudança de atitudes dos familiares e poderá melhorar as transacções com ele.

A aderência à medicação e a estabilização clínica do doente assim como o treino de competências sociais e a integração profissional são objectivos do trabalho com as famílias. Torna-se para isso necessária uma boa articulação com o médico assistente do doente assim como com as unidades de reabilitação psicossocial onde este esteja integrado. Para melhorar as transacções e a comunicação dos

familiares com o doente pode recorrer-se às técnicas de role-playing.

As sessões de "role-playing" poderão ser efectuadas com ou sem a presença do doente. Nelas um dos técnicos assume o papel do doente ou de um familiar. Também se pode fazer a inversão de papéis entre os membros da família.

A modelação de papéis ajuda os familiares a modificarem o estilo relacional com o doente.

A família do doente esquizofrénico desempenha, em relação ao stress, uma dupla função, a de agente stressante e a de agente stressado. O doente não é um sujeito passivo no processo. O seu comportamento e sintomas são influenciados e influenciam as interacções com os familiares.

Identificar as causas de tensão intrafamiliar assim como a sua natureza, emocional ou instrumental, é fundamental para a planificação da terapia.

Implementar uma unidade de intervenção familiar num Serviço de Saúde Mental não é fácil. Desde logo devido à alta percentagem de não aderência de alguns familiares, na ordem dos 30%. Esta não aderência deve-se, entre outras razões, ao desconhecimento que os familiares muitas vezes têm dos seus objectivos, ao estigma da doença mental pois também eles poderão pensar que ao frequentarem as sessões poderão ser considerados doentes mentais. A acessibilidade aos serviços pode ser outro obstáculo difícil de ultrapassar.

Os técnicos devem adoptar uma atitude pro-activa, ter capacidade de trabalhar em equipa, revelar uma atitude não recriminativa e serem capazes de trabalhar em parceria com as famílias.

Os resultados da intervenção familiar, redução das

recaídas e dos reinternamentos, menor tempo de internamento, melhor integração social e familiar dos doentes, atestam a sua importância como tratamento complementar dos esquizofrénicos a ser integrado no arsenal terapêutico desta doença que tantos recursos e verbas exige para o seu tratamento.

Disponibilizar recursos humanos e materiais para a implementação, nos serviços locais de Saúde Mental, de consultas de aconselhamento às famílias ou unidades de intervenção familiar é pois em nosso entender uma forma de melhorar a qualidade das assistências aos doentes e suas famílias.

Apêndice

Itens do questionário de Aceitação-Rejeição do Paciente (Rejecting the Patient: Self-Report Scale-Kreisman, D, Simmens, S, Joy, V, 1979) 18

- 1- Sinto que é fácil compreendê-lo(a)
 - 2- Sinto que ele(a) é parte importante da minha vida
 - 3- Penso que já não espero nada dele(a)
 - 4- Por ter de mudar a minha vida, por causa dele(a), sinto-me cansado(a)
 - 5- Sinto que gosto de estar com ele(a)
 - 6- Sinto já não me importar com o que possa vir a acontecer-lhe
 - 7- À medida que o tempo passa irrita-me cada vez mais com ele(a)
 - 8- Se ele(a) me deixa ficar só, também o(a) deixo ficar só
 - 9- Sinto que não me importo de fazer coisas por ele(a)
 - 10- Penso que posso ajudá-lo(a) a melhorar
 - 11- Penso que ele(a) nunca deveria ter nascido
- Factor "Aceitação" Perguntas 4-5-7-11

Factor "Controlo"	Perguntas 1-6-8
Factor "Coping"	Perguntas 2-10
Factor "Expectativa"	Perguntas 3-9

Bibliografia

1. Leff, J. and Vaughn, C. Expressed Emotion in Families. Londres. The Guilford Press. 1985.
2. Carr, A. Family Therapy-Concepts, Process and Practice. Wiley - U. K. 2000.
3. Almeida, A, Wall., K. Portugal Hoje. I N A - Instituto Nacional de Administração. 1995.
4. Gough, H, and Heilbrun, A. The Adjective Checklist Manual. Consulting Psychologists Press - USA. 1980.
5. Byrne, R. The Thinking Ape-Evolutionary Origins of Intelligence. Oxford. Oxford University Press. 1995.
6. Richard, C. La Psychopathologie Cognitive. Paris. Press Universitaire de France. 2000.
7. Barros, J, Barros, A, Neto, F. Psicologia do Controlo Pessoal-Aplicações Educacionais, Clínicas e Sociais. Instituto de Educação-Universidade do Minho. 1993.
8. Singer, G. and Powers, L. Families, Disability and Empowerment - Active Coping Skills and Strategies for Family Interventions. Paul H. Brookes Publishing - USA. 1993.
9. Beck, A. Terapia Cognitiva da Depressão. Rio de Janeiro. Zahar Editores. 1979.
10. Reis, F, et al. A Emoção Expressa dos Familiares de Esquizofrénicos e as Recaídas dos Doentes. Psicologia, XIV (1), 2000 a), pp. 31-44.
11. Reis, F, et al. A Emoção Expressa das Famílias e o Tratamento de Doentes Esquizofrénicos Crónicos. Psicologia, Vol. XIV (1), 2000 b), pp. 51-63.
12. Bern, E. Games People Play. Nova Iorque. Grove Press. 1964.
13. Hall, E. A Dimensão Oculta. Lisboa. Relógio de Água. 1986.
14. Aguilar, L. Análise Transaccional. Lisboa. Fim de Século. 1999.
15. Lewin, K. Teoria Dinâmica da Personalidade. São Paulo. Cultrix. 1975.
16. L'Abate, L. (Editor). Family Psychopathology - The Rational Roots of Dysfunctional Behavior. Londres. The Guilford Press. 1988.
17. Kreisman, D, Simmens, J, & Joy, D. Rejecting the Patient: Validation of a Self-Report Scale. Schizophrenia Bulletin, 1979, 5, 220-222.
18. Marsh, D. and Johnson, D. The Family Experience of Mental Illness - Implications for Intervention. Professional Psychology - Research and Practice. 1997. vol. 28 n° 3 229-237. USA.
19. Bern, E. Analyse Transactionnelle et Psychothérapie. Paris. Petit Bibliotheque Payot. 1977.
20. Kuipers, L., Leff, J., Lam, D. Family Work for Schizophrenia - A Practical Guide. Londres. Gaskell - Royal College of Psychiatrists. 1992.