



**Relato da reunião do Grupo “É Possível”, 26 de novembro de 2016
Clarice Nunes**

Neste encontro os relatos incluíram avanços e retrocessos nos processos dos vulneráveis dos quais cuidamos. Pudemos também avaliar a repercussão da crise econômica pela qual passa o país, e sobretudo o estado do Rio de Janeiro, na qualidade do tratamento que as famílias podem oferecer. Alguns depoimentos enfatizaram situações de risco, com casos de tentativa de suicídio, de agressividade em relação aos familiares, abalando o convívio. Outros relataram os efeitos que tem sobre as famílias a convivência com os sintomas negativos da Esquizofrenia. Em seguida, relatamos os aspectos principais dos temas abordados.

Esquizofrenia e uso de drogas: lidando com a frustração das recaídas.

É consenso entre os familiares a preocupação com o recrudescimento da Esquizofrenia pelo uso de drogas, sobretudo da maconha, que geralmente é vista pelo vulnerável como “droga inocente”. Em muitas experiências relatadas, a insistência do consumo pelo vulnerável se deve à crença de que ela não tem relação direta com seu transtorno mental. De outro lado, o recuo do vulnerável em seu tratamento tem a ver, externamente, com locais e pessoas que frequenta e a quem recorre quando, por qualquer motivo, real ou imaginário, sente-se sem apoio e internamente, com sentimentos de impotência e incapacidade de lidar com frustrações. É comum também, nessas situações, que o vulnerável não peça ajuda e se recuse a frequentar um hospital dia ou realizar algum tipo de terapia porque são possibilidades que não os atraem. Percebemos a existência de uma “queda de braço” entre parentes e vulneráveis. Os primeiros querendo que o paciente se cuide e os segundos

recusando as possibilidades apresentadas. Os cuidadores sentem, na carne, a impotência tanto das suas intenções, quanto dos seus gestos. Vêm-se como mal sucedidos na sua tarefa de convencimento e sofrem diante desta negação do cuidado de quem tanto precisa dele.

Temos aprendido, com a própria experiência, que não mudamos o outro se ele não quiser mudar. Existe um processo de amadurecimento que é próprio de cada um, que obedece a um tempo não cronológico, mas emocional, bastante variável. O mais difícil é enfrentar os momentos de recaída sem cair no pessimismo, no fatalismo, na tristeza de querer mas não conseguir ajudar o outro, preso na armadilha da repetição reiterada de impulsos autodestrutivos. Quanto maior o sentimento de querer “salvar”, maior o nosso desengano. O paciente esquizofrênico com comorbidade precisa ser acompanhado constantemente, além do tratamento psiquiátrico, por equipe terapêutica especializada no tratamento da adicção.

Esquizofrenia, manias, agressividade e tentativa de suicídio.

Em nosso encontro houve o relato sobre uma vulnerável que desenvolveu a mania de repetir movimentos circulares com os dedos, gesto que a absorve, mas da qual sai quando solicitada na atenção a algo ou alguém. Outros relataram agressões no cotidiano e tentativas de suicídio já cometidas e felizmente abortadas.

No site do Dr. Leonardo Palmeira¹ encontramos algumas informações que nos ajudam a refletir sobre esses aspectos. Eis uma síntese dos argumentos que lá aparecem:

a) Sobre as manias – Sim, é possível o vulnerável desenvolver rituais e repetições semelhantes ao TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo). Lembra Dr. Leonardo que tais comportamentos não são mudados com imposição ou força. O remédio é tolerância e diálogo.

b) Sobre a agressividade - O comportamento agressivo não está necessariamente vinculado à esquizofrenia, mas é possível que, nos surtos, ocorram reações impulsivas e ataques de raiva ou fúria. O tratamento tende a minorar significativamente esses eventos. Recomenda-se que o familiar, caso ocorram situações de agressividade, não revide para não aumentar a violência e a recorrência desses eventos. Se for o caso de imobilizar o vulnerável é preciso explicar o motivo e procurar acalmá-lo até a chegada da equipe de emergência.

c) Sobre tentativas de suicídio – Segundo, Dr. Leonardo, essas tentativas não são raras. Pelo menos 50% dos vulneráveis tenta essa prática e 15% a consumam. O risco do suicídio é maior em fases agudas ou crônicas e nós, familiares, precisamos estar atentos em relação ao nível de ansiedade e angústia do vulnerável, se se mostra depressivo ou se tem algum comportamento em que se auto-agride ou se autodeprecia.

O que ajuda os familiares a lidarem com momentos difíceis? Aceitação!

O que nos ajuda é o que denominamos em outro texto de desligamento amoroso. Por mais doloroso que seja, é preciso que o vulnerável também assuma a sua parte de responsabilidade pelas escolhas que faz e que resulta em efeitos danosos para si mesmo. Enquanto ele não perceber e compreender sua participação direta nessa experiência desastrosa não terá qualquer motivação para

¹ Cf. http://entendendoesquizofrenia.com.br/website/?page_id=5708

mudar seu comportamento.

O desligamento amoroso parece uma palavra mágica e alguns de nós insistem para compreender bem o que é. Não é indiferença, nem negligência com o vulnerável. É um processo interno de aceitação, que também não se confunde com resignação, muito próximo ao fatalismo. Mas o que seria a aceitação? Apresento, em seguida, um ponto de vista.

A primeira atitude interna da aceitação é continuar a lutar pelo tratamento do vulnerável, mas interrompendo nossa resistência contra o que é. Essa resistência é uma luta doentia. Quando resistimos usamos um esforço enorme tentando segurar ou mudar à força o movimento da vida, o movimento do outro. Sentimos muito medo do risco, de qualquer risco. Mas a dinâmica da vida é maior do que qualquer expectativa ou desejo nosso e nos coloca em xeque o tempo todo.

A aceitação é o fôlego que permite respirarmos na dor que sentimos quando nosso vulnerável recai, mas entrar nela sem perdermos a bússola interna que aponta na direção da recuperação da saúde. Aceitar é uma forma de ir além do conhecido, não fora, *mas dentro de nós*. É trabalho cotidiano de auto-observação. E auto-acolhimento. É, por exemplo, não pisar nas próprias emoções, mas trabalhá-las com delicadeza para que se transmutem e não se transformem em amargura e no apego à amargura em relação à própria vida.

Aceitar é não formular julgamentos nem criar histórias sobre o que se vive. É renunciar a salvar o vulnerável a todo custo. É recuar na medida do possível do papel que ocupamos no mundo, como pais, mães, esposos e esposas de vulneráveis e nos aproximarmos da pessoa enquanto pessoa, ampliando a visão sobre o outro, corrigindo nossa miopia produzida a cada dia pelos condicionamentos que sofremos. Dentre eles, está o de rotular tudo o que experimentamos e de querer agir a todo custo. Quando não sabemos como, entramos no desespero de querer saber. Estamos então resistindo ao que é, numa luta que suga nossa energia porque em certos momentos não há mesmo nada a fazer. A nós cabe o discernimento de saber quando e como interferir, ou não. Inexistem receitas. Cada caso é um caso, o que exige de nós plena atenção a nós mesmos e ao outro. Atenção plena é presença. É qualidade da nossa entrega à vida, lidando com cada momento nos seus próprios termos. É a descontração do esforço para lidar com o indesejável. É tomar distância não com a motivação de separar-se, mas de afrouxar nossa identificação com a dor, para criar um espaço de observação. O que é observado não se confunde com a pessoa como um todo.

A tarefa que temos, talvez a mais difícil, é dissolver convicções arraigadas. Cada situação que vivemos com nossos vulneráveis é um desafio para abrimo-nos ao desconhecido e à complexidade da mente humana, o que exige de nós cuidado com julgamentos apressados, responsabilidade de perguntar ao invés de supor, de tatear e esforçarmo-nos para ampliar nossa visão da questão. De um lado persistimos na luta pela recuperação. De outro lado, desistimos de toda luta, descobrindo na experiência vivida onde ela deve continuar e onde ela deve cessar.