



“Em estado de dúvida suspenda o juízo”

Pitágoras

**Relato da reunião do Grupo “É Possível!”, 26 de agosto de 2017
Clarice Nunes**

Nosso encontro, desta vez, colocou o foco nos avanços e recuos dos vulneráveis e suas famílias em relação ao processo de ganho de consciência da Esquizofrenia, do seu diagnóstico e tratamento. Voltamos também a tratar da complexa relação com idosos, já que alguns frequentadores das reuniões estão com pais na casa dos oitenta e/ou noventa anos, alguns apresentando sinais de confusão mental ou de mal de Alzheimer, o que chama a atenção para as contradições com que lidam os familiares, considerando o processo de envelhecimento numa sociedade que não valoriza os idosos e sua história. Desenvolveu-se uma animada discussão sobre a natureza do cuidado que precisamos cultivar e nossos limites na relação cotidiana seja com filhos, seja com pais a quem abrigamos em nossas casas.

De novo, as dúvidas: devemos contar aos nossos filhos que são portadores de Esquizofrenia? Se o fizermos, como reagirão? Não é necessário, no entanto, que nossos filhos ganhem consciência da sua vulnerabilidade para aceitar tratamento e seguir em frente em sua vida, sem se desesperar ou confinar-se desencantados com sua situação de adoecimento crônico? E quando não se tem um diagnóstico claro? Até que ponto o diagnóstico preciso é importante? Não precisamos dele para a defesa de direitos sociais da pessoa esquizofrênica?

Devemos contar aos nossos filhos que são portadores de Esquizofrenia? Se o fizermos como reagirão? Em que medida a conscientização dessa vulnerabilidade específica é fundamental para nossos familiares em condição de risco?

Essas perguntas comportam questões de fundo no nosso relacionamento com os vulneráveis e que foram debatidas: a natureza do processo de tomada de consciência da condição real da pessoa diagnosticada com Esquizofrenia; a natureza da comunicação que se instala entre os vulneráveis e seus familiares, a questão da identidade do vulnerável como pessoa diretamente afetada por esse processo de comprometimento, que varia bastante caso a caso.

Em nosso debate foi ficando claro que o processo de conscientização da Esquizofrenia ajuda na aceitação do tratamento tão necessário para poder criar uma situação de convívio social saudável e pertinente, onde a questão da criação de condições de autorrealização de cada um seja possível, mesmo com os limites que o processo de adoecimento coloca, seja em relação às expectativas de pais e seus filhos assim diagnosticados; seja em relação às possibilidades de que os esquizofrênicos não sejam alvo de preconceito social, que os rotule na categoria de loucos e assassinos, doentes violentos que precisam viver segregados. Xavier Amador adverte que vagabundagem, encarceramento, episódios de violência e morte prematura não são necessários porque sabemos o que fazer, mas não fazemos por razões econômicas, legais e/ou ideológicas. Ele cita a nossa **vacilação** como sociedade em infringir direitos individuais e de liberdade dos cidadãos como obstáculo para proporcionar tratamento aos enfermos mentais severos¹.

Foi realizada aí uma comparação da situação atual da aceitação social da Esquizofrenia em relação às situações de portadores de outros processos de adoecimento crônico, que estão conseguindo progressivamente uma chancela positiva da sociedade em termos de inclusão social, tais como os portadores de autismo, de macrocefalia, ou síndrome de Down.

É evidente que em todas as situações anteriormente citadas, foi apontada a importância do processo de intervenção precoce que pode mitigar o processo de evolução do adoecimento, criando chances mais favoráveis de recuperação e inserção social. A consciência do processo de adoecimento em nossos vulneráveis é variável e apresenta avanços e recuos. Há o caso daquele que em determinado momento se declara esquizofrênico e que posteriormente comenta a necessidade de que seu diagnóstico seja revisto porque “deve estar equivocado”. Existe também a dúvida de alguns familiares sobre a possibilidade de seu filho realmente estar esquizofrênico, afinal não ganhou um diagnóstico claro, sendo o caso visto, do ponto de vista médico, como um transtorno esquizoafetivo, personalidade “border-line” ou outra situação limite, mas cuja medicação é indicada para casos de Esquizofrenia. Aqui a dúvida que o familiar coloca é como tais medicações podem afetar prejudicialmente o vulnerável, se “realmente” ele não for portador de Esquizofrenia, inclusive do ponto de vista das escolhas que faz na vida, por exemplo, se aceita, ou não determinado trabalho” devido ao nível de estresse que pode provocar e/ou ao retorno financeiro pouco compensador; se decide, ou não, ter filhos.

O processo de conscientização é paulatino e ocorre de dentro para fora. As tentativas dos pais de revelarem aos filhos sua condição de saúde nem sempre são frutíferas porque parece que os diretamente afetados “se defendem” e se afastam dos confinamentos que os rotulam. Alguns familiares já pensaram inclusive em filmar seus próprios filhos em situações que mostram o seu

¹ Xavier Amador com Anna-Lisa Johanson. **No estoy enfermo! No necesito ayuda!Ayudando a las personas con enfermedades mentales serias a aceptar tratamiento.** Una Guía Práctica para Familias y Terapeutas. New York: Vidapress, 2003, 192p.

Atenção: na página de **Textos** do site www.grupoepossivel.com.br está disponível para download uma síntese desse livro.

desequilíbrio para que posteriormente eles pudessem ver e ganhar consciência da situação, mas agir assim não seria uma crueldade? Há casos de vulneráveis que continuam se recusando ir ao médico psiquiatra ou quando vão resistem à ingestão de qualquer medicação, expondo-se assim, para desespero dos pais, a situações de risco, como por exemplo viagens solitárias e nas quais o vulnerável deixa de se comunicar criando um suspense psicológico suportado a duras penas pelos familiares. O que se tem a aprender com essas experiências, com essas tentativas que se multiplicam de fazer o vulnerável compreender que necessita de acompanhamento médico e psicológico? São situações que tem levado alguns mães à angústia da impotência em relação à orientação do filho.

O que seria um processo de comunicação amoroso com o vulnerável que assim procede? Em primeiro lugar, nos alerta Xavier Amador, um especialista na área, *é preciso ver a pessoa escondida atrás da doença mental*. Afirma ele que é comum a ausência de compreensão do que se passa nos doentes mentais severos e que, em sua maioria, eles mesmos não estão conscientes dos sintomas pelos quais são afetados: conversação desordenada, comportamento desorganizado, alucinações, sintomas negativos. Mesmo se estão conscientes dos sinais não os vêem como enfermidade (o grau de “negação” pode ser surpreendente! afirma ele). Este é um ponto no qual o nível de conscientização parece, nos casos dos vulneráveis cujos familiares estavam presentes à reunião, que avança paralelamente ao processo de amadurecimento emocional, um processo lento e defasado em relação ao esperado segundo a idade cronológica em todos os casos representados no encontro.

Nota-se que, apesar das dificuldades, os vulneráveis vão ganhando consciência dos efeitos perversos do uso da maconha sobre sua sanidade mental, de que seu comportamento destoa e afasta os amigos, impede que consiga um emprego como, dizem eles mesmos, “qualquer pessoa normal”. Afirma Xavier Amador, e isto é muito importante, que “a pouca compreensão de ter uma enfermidade e os benefícios do tratamento é um sintoma da desordem psicótica (deficiência neurocognitiva ou sintoma de uma disfunção cerebral). Existem, no processo de tomada de consciência, tanto do paciente quanto de suas famílias, mitos diversos. Por exemplo, o mito familiar de que se a pessoa souber que possui um nível grave de enfermidade pode morrer” (2003, p. 11).

O estigma da Esquizofrenia presente na sociedade, seja em equipes de saúde, na vizinhança, no aparato judicial, no grupo familiar também é introjetado pelo vulnerável e afeta tanto sua identidade pessoal, individual, como sua identidade social². Sujeitos identificados como portadores de doenças mentais são vistos como pertencentes a um grupo diferente ou estranho e passam a ver-se a si mesmos dessa forma. A percepção de quem é o vulnerável aparece então modelada pela imagem de massa que se tem dessa “categoria” e cuja função é dividir, pela diferença, nós dos outros.

Até que ponto o diagnóstico preciso é importante? Não precisamos dele para a defesa de direitos sociais da pessoa esquizofrênica?

Como aprendemos nos Seminários do IPUB, precisamos distinguir dois tipos de diagnósticos: o categorial e o dimensional.

O *diagnóstico categorial* está voltado para classificar, verificar em que medida estão presentes, ou não, certos aspectos ou sintomas nos pacientes examinados. Este enfoque ignora as circunstâncias concretas em que vivem os vulneráveis. Ele não leva em conta as situações que predisõem, acentuam ou atenuam a vulnerabilidade. O *diagnóstico categorial* tem uma lógica binária, do tipo é ou não é. Se existe alguma vantagem nesse modo de diagnosticar seria a facilidade de comunicação.

² Patrick W. Corrigan (org.). *On the stigma of mental illness. Practical strategies for research and social change*. Washington DC, American Psychological Association, 2005. [Tradução livre], capítulo 4, pp. 99-128.

A dificuldade (para não dizer impossibilidade), do ponto de vista médico, no entanto, é “encaixar” tão diferenciados casos em classificações. A classificação limita, reduz a complexidade da pessoa.

O *diagnóstico dimensional* não categoriza, mas coloca seu foco nas dimensões dos transtornos psiquiátricos, avaliando as diferenças, os matizes, os graus de intensidade de transtornos dentro de um espectro. Se ele leva em conta a singularidade e complexidade de cada situação, é no entanto mais difícil de comunicar, já que não oferece uma resposta taxativa. Evita os rótulos. As dimensões ficam vagas e imprecisas sobretudo para os familiares, que não tem informações sobre os transtornos mentais severos.

Nos sintomas negativos os pacientes são mais resistentes ao tratamento. Existe uma diminuição dos impulsos, da vontade de viver e um achatamento afetivo. Há a perda da capacidade de entrar em ressonância com o ambiente. Aparece uma falta de vontade, desmotivação, dificuldade de expressar o que sente. Há uma certa indiferença à vida. O grande desafio é fazer com que a pessoa com Esquizofrenia perca os sintomas negativos, por isso a medicação somada à psicoterapia é fundamental para o sucesso do tratamento.

Observamos, em nossas trocas, justamente a diferença da manifestação desses sintomas nos casos dos nossos familiares.

Ainda sobre a importância do diagnóstico, sabemos muito bem que a defesa dos direitos dos doentes mentais exige, através de perícias médicas e judiciais, que se atribua e nomeie a patologia da qual o vulnerável sofre. O processo do diagnóstico clínico, no entanto, como lembra Corrigan (2005, cap. 4) pode configurar-se por analogia ao processo de esteriotipagem. Quando os médicos oferecem ao cliente um diagnóstico categórico, eles estão mascarando particularidades específicas e focalizando uma semelhança entre o cliente e o perfil de um sintoma particular que o define como membro de um grupo particular (por exemplo, no nosso caso, pessoas com Esquizofrenia). Em seguida, interações com o cliente, incluindo estratégias terapêuticas, podem ser substancialmente baseadas em generalizações sobre o grupo como um todo, ao invés de evidenciar as características peculiares do indivíduo. Apesar de haver uma boa razão para acreditar que a categoria do diagnóstico clínico representa geralmente uma precisa e útil configuração, de toda forma bem geral, ainda assim existe o perigo de que a confiança nessas categorias possa levar ao uso excessivo de preconceitos e uma correspondente insensibilidade à individualidade única de cada cliente.