



“A esperança é a única coisa mais forte do que o medo”

Relato da reunião do Grupo “É Possível!”, 28 de abril de 2018 Clarice Nunes

Esta reunião trouxe à tona uma questão decisiva: a autonomia dos vulneráveis e, conseqüentemente, a dos cuidadores. Trabalhar, passear, viajar, namorar. Parece impossível que alguém diagnosticado com Esquizofrenia possa desempenhar essas atividades, mas a dinâmica da vida e o processo de cuidado vão mostrando que não é.

A autonomia foi entendida pelo grupo como uma atitude interna de escolha e de responsabilização diante dela em várias áreas da vida. O outro lado da moeda é a independência, compreendida como a possibilidade de realizar essas escolhas. Vieram à tona os seguintes aspectos: o exercício do trabalho, o cuidado com a saúde, o aprofundamento de relações afetivas e sexuais, os deslocamentos em viagens longas ou próximas dos vulneráveis, a existência, ou não, de comunicação de qualidade entre os membros da família. Discutiremos esse tema em duas direções: as atitudes que colaboram para o processo de autonomização do vulnerável e aquelas que a inviabilizam.

Aspectos inviabilizadores da autonomia

Um dos temas menos discutidos nos encontros, mas que chamou a atenção e emergiu nessa reunião foi o da vivência da sexualidade do vulnerável. Falar desse aspecto da vida do paciente esquizofrenico muitas vezes intimida, assusta e cria polêmicas, que neste momento não apareceram no grupo. No entanto, a situação de namoro do vulnerável levanta questões, mesmo implícitas: até onde deve ser estimulada? Como a Esquizofrenia afeta as relações amorosas e sexuais? Em contrapartida à experiência de viver o primeiro namoro, surgiram os relatos de embotamento afetivo e da dificuldade evidente de alguns vulneráveis se deixarem tocar fisicamente pelo outro.

Até onde vai o limite da autonomia do vulnerável? Esta é uma questão que precisa levar em conta, evidentemente, o nível de comprometimento que o processo de adoecimento ocasiona, seja em relação aos sintomas negativos ou aos sintomas positivos da doença. Sabemos, que cada caso é um caso. Dessa forma, considerando-se a autonomia como um processo diverso, observamos que ela varia para cada vulnerável diante do seu quadro de saúde, da sua fase da vida, do seu amadurecimento como ser humano e social.

O processo de autonomização do vulnerável está também relacionado às atitudes dos cuidadores, que

podem criar hábitos de dependência em maior ou menor grau, hábitos esses que se prolongam pela vida. Até onde, de fato, nossos filhos são capazes de gerenciar-se a si próprios? O modo pelo qual observamos essa questão no grupo variou, a partir das experiências relatadas, entre dois polos: da negligência, que leva, por exemplo, um pai, ex-marido, a não dar assistência à sua filha e a se afastar do processo de cuidado; à superproteção, que leva pais e mães a interferirem nas ações cotidianas, mesmo com dúvidas, impedindo que um tio presumidamente explore o sobrinho vulnerável, solicitando somas de dinheiro emprestado ou desestimulando, e mesmo impedindo, se possível, a obtenção de uma carteira de habilitação ou a realização de uma viagem internacional.

Observamos, no grupo, que o desentendimento dos pais em relação à condução do tratamento e da vida diária do filho, leva a situações que podem confundir o exercício de autonomia com a tentativa equivocada de realizar fantasias delirantes. É o caso do vulnerável que sempre teve o sonho de ser jogador de futebol, mas não criou efetivamente condições físicas, emocionais e psicológicas para tal desempenho. Cultivar essa fantasia pode criar, no mínimo, situações de grande frustração. No caso relatado, o vulnerável se encontra entre a atitude paterna de ponderar as dificuldades de realizar esse sonho e a atitude materna de permissão para a vivência de experiências novas em lugar distante, estando o vulnerável entregue em grande parte a si próprio. Num primeiro momento, o argumento mais atraente da possibilidade de realizar um sonho vence diante da ponderação entre dificuldades e possibilidades.

O exemplo dado coloca no foco de discussão as dificuldades que o grupo familiar tem de conviver entre si e com o próprio vulnerável. No segundo caso, as alterações comportamentais do vulnerável, em outros episódios relatados, levam a família a ceder aos seus desejos e/ou caprichos pelo medo de que contrariá-lo possa ser combustível para revides agressivos verbais e físicos. Ou então, leva ao afastamento do convívio, embora não do cuidado, como forma de criar um limite de proteção no cotidiano.

Na dinâmica da vida, as situações de trabalho também são desafio para o vulnerável, já que este tem que lidar com sua baixa autoestima, dificuldade de enfrentar situações frustrantes, medo de errar, dificuldade de viver de maneira independente e ansiedade. A atitude mais produtiva por parte dos cuidadores, diante dessa situação, é valorizar as atividades que o vulnerável consegue realizar, sendo uma delas o autocuidado. O autocuidado pode ser entendido como o estímulo à preservação da capacidade de colaborar no gerenciamento do seu tratamento, das relações sociais e familiares estabelecidas, bem como ter algum grau de controle no ambiente em que vive. A questão é promover condições para que os vulneráveis se sintam autores das suas próprias vidas. Tivemos, no grupo, relatos de ausência do vulnerável à terapia e, de outro lado, o cuidar-se pela preocupação, às vezes desproporcional, com o “ficar doente” até incluir tentativas de eliminar hábitos antigos, como o fumo.

Na discussão do grupo ficou evidente como a informação sobre a Esquizofrenia cumpre papel decisivo para a eliminação de fantasias e do estigma sobre a doença, sobretudo para os cuidadores, sejam eles pais, mães ou irmãos. Num relato apresentado, a irmã de um vulnerável encontra-se bem apreensiva, no momento, com a possível morte da mãe e, em decorrência, com o encargo que assumiria em tratar do irmão. Geralmente, os pais poupam os filhos saudáveis dos problemas que enfrentam ao cuidar de um vulnerável, mas consideramos a importância de disseminar a informação e de que os irmãos também participem dos grupos de apoio aos familiares.

Aspectos incentivadores da autonomia

Vamos retomar, nesse ponto, alguns aspectos já comentados em outras reuniões, tais como o tratamento médico e psicoterapêutico, a psico-educação, a capacidade de escuta dos motivos dos vulneráveis em sua recusa à tomar a medicação, à frequentar a psicoterapia ou outras atividades que podem colaborar na direção almejada.

Em relação ao tratamento médico, foi alvo de discussão, no grupo, a notícia postada pelo Dr. Leonardo

Palmeira, em 26 de abril de 2018, e divulgada pela coordenadora do grupo, sobre novas técnicas no tratamento de pacientes de Esquizofrenia, com alucinações auditivas verbais. São duas técnicas diferentes com o mesmo objetivo e consideradas bem sucedidas.

Na primeira, conduzida pelo Dr. Alexandre Dumais, do Institute Philippe Pinel, no Canadá, 50 pacientes com Esquizofrenia, refratários aos medicamentos, foram submetidos a uma terapia computadorizada, na qual criavam um avatar de seus algozes e, em seguida, o enfrentavam. Os resultados, embora restritos ao grupo de estudo, foram animadores. Os pacientes melhoraram em relação às alucinações auditivas e também em relação aos sintomas relacionados à ansiedade e depressão. Na segunda, o Dr. Jean-Pierre Lindenmayer, professor clínico do Departamento de Psiquiatria da NYU Langone Health, Nova York (EUA), escolheu quase 30 pacientes para receber estimulação transcraniana por corrente contínua (ETCC) ativa ou simulada, uma técnica de neuroestimulação não invasiva. Nesse caso, os pacientes obtiveram significativa melhora no que diz respeito à redução no número e na frequência das vozes ouvidas, bem como um aumento da memória de trabalho.

A discussão dessas técnicas no grupo mostrou que ambos os trabalhos partem do pressuposto da adesão do paciente a esse tipo de tratamento. Considerou-se também a complexidade na qual nos movemos quando consideramos o amplo espectro esquizofrênico em relação aos aspectos pontuais da construção dos objetos de pesquisa tratados. O modo como a doença se manifesta em cada um recomendaria até um tratamento “à la carte”, diferenciado em função das situações específicas de cada paciente. Alguns depoimentos enfatizaram a dificuldade do vulnerável aceitar a medicação, uma vez que foi formado, como o próprio cuidador, numa cultura familiar anti-medicalização. Foram lembradas propostas alternativas de cuidado com vitaminas D3, B3 e ômega 3, o que de novo colocou na berlinda tanto as ações colaterais dos remédios alopáticos, quanto a eficácia dos métodos alternativos.

O auxílio da psicoterapia ao vulnerável é grande se considerarmos que atua com vários objetivos, dentre os quais: oferecer continência e suporte; fornecer informações sobre a doença e modos de lidar com ela; ajudar a restabelecer o contato com a realidade; colaborar para criar um sentido à experiência psicótica no contexto de vida do paciente; identificar os fatores estressantes, ensinando o paciente a lidar com os eventos da vida; auxiliá-lo a identificar e reconhecer diferentes emoções, sentimentos e sensações; promover o crescimento emocional e diminuir o isolamento¹.

A psicoeducação é uma ferramenta usada tanto para os vulneráveis quanto para os seus familiares. Ela pode ajudar na compreensão da doença e da necessidade de uso de medicamentos, auxiliando na adesão do paciente ao tratamento. Mas o mais importante: ela ajuda a dar sentido e a valorizar a experiência vivida, sempre aterradora, sobretudo para a família, a partir do diagnóstico. Ela colabora para que os familiares venham a adquirir competências para o seu desempenho como parceiros no cuidado ao vulnerável, ajudando-os a lidarem com a emoção expressa e a aliviarem a sua sobrecarga emocional. A mudança de atitude dos familiares, promovida pelo trabalho psicoeducativo, previne recaídas e internações dos vulneráveis e cria uma rede de proteção que cuida, mesmo que indiretamente, do cuidador.

A escuta do vulnerável é tão importante quanto a escuta do cuidador. Contar o que aconteceu, ou está acontecendo, promove um tipo de afastamento da experiência para que a narração possa ocorrer, o que cria um espaço de liberdade para que, com as intervenções daqueles que estão presentes, o narrador possa ter uma visão ampliada da questão que está trazendo, abrindo-se para a desestabilização de sentidos e posturas fixas, que pouco colaboram para a produção do bem-estar familiar, sobretudo quando a Esquizofrenia se faz presente em algum dos seus membros. É isso: a participação no grupo mostra que não estamos sós e que podemos arejar nossos estados de ser!

¹Marcia H. Zanini. Psicoterapia na Esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, s.1, São Paulo, maio de 2000.