Estudos acerca da família do esquizofrênico*

ANTONIOS TERZIS**

1. Introdução; 2. Psicologia do grupo familiar e sua relação no processo esquizofrênico; 3. Prática clínica num centro de consulta familiar.

O presente trabalho visa a fazer uma revisão dos estudos sobre pacientes esquizofrênicos, suas famílias e manifestações patológicas. Tenta estabelecer uma relação entre a família do paciente e o processo esquizofrênico; a seguir, unificar esses estudos familiares e, eventualmente, propor uma generalização do assunto. Apresentará, brevemente, uma experiência baseada em pacientes esquizofrênicos e seus familiares atendidos no Centro de Consulta Familiar.

1. Introdução

Os objetivos do presente estudo são: primeiro, revisar os trabalhos referentes ao tema "família e sua relação no processo da esquizofrenia", especialmente os estudos sobre as relações interpessoais do paciente, onde o meio familiar tem seu papel importante na gênese e manutenção da doença. Sua função é a de auxiliar o estudioso a se localizar no assunto, uma vez que uma visão de conjunto não é facilmente obtida. Neste sentido, entende-se que os estudos de revisão bibliográfica são indispensáveis, por serem didáticos e porque muitas vezes simplificam alguns conceitos para torná-los mais compreensíveis. Segundo, apresentar, em breve, uma experiência baseada em pacientes esquizofrênicos e seus familiares atendidos no Centro de Consulta Familiar, do Hospital Psiquiátrico da cidade de Atenas.

Para entender o ponto central do presente trabalho, é necessário caracterizar os estudos sobre pacientes esquizofrênicos, suas famílias e manifestações patológicas.

Na realidade histórica, os estudos psicanalíticos sobre a família precederam os trabalhos familiares interacionais e estudos epidemiológicos de certas variáveis

* Artigo apresentado à Redação em 15.4.86.

** Professor no Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. (Endereço do autor: Rua Benjamin Constant, 1.963 — Cambuí — 13.100 — Campinas, SP.)

familiares objetivas. A psicanálise, primeira teoria moderna do funcionamento psíquico, participa desse fenômeno: interessa-se quase exclusivamente pelos mecanismos psíquicos e praticamente leva em consideração as relações do indivíduo com seu ambiente externo. Durante o século XX, a psicanálise trouxe algum substrato teórico ao problema. Ainda sem uma particularização nosográfica, Freud chamou a atenção sobre as experiências vividas nas relações pais-filhos. Nessas relações, a criança se encontrará com objetos amados, odiados e idealizados; objetos de identificação e de alienação; de crescimento ou de não-crescimento; de passagem em direção à maturidade ou de regressão narcisista.

Bowlby (1952), por sua vez, mostra a importância da relação mãe-filho, constatando que a privação prolongada do cuidado materno pode produzir, na criança, graves efeitos (doença mental ou morte). Assim, são considerados essenciais, para a saúde mental do recém-nascido e da criança de pouca idade, o calor, a intimidade e a relação constante com a mãe, ou com quem a substitua permanentemente. Essa relação vai oferecer à criança modelos de resolução para suas necessidades físicas e psicológicas. Spitz (1960), em particular, mostrou de modo científico e original as vicissitudes do primeiro ano de vida e a importância do relacionamento mãe-filho nessa época.

Perez (1978), da mesma forma, confere que o ser humano nasce com muitas áreas imaturas (físicas e mentais) e que a mãe, em contato com o bebê, cria uma ligação com ele e o bebê com a mãe. Essa ligação afetiva se traduz em um vínculo transportador de resoluções e frustrações afetivas, de codificações, de modelos para manejar a angústia etc. Com este elemento — o vínculo carregado de significações (fantasias), tanto pelo pólo do bebê, como pelo pólo da mãe — inicia-se a estruturação dos processos mentais.

Erickson (1976), igualmente, mostrou a importância do meio familiar e sua influência sobre as diversas fases do desenvolvimento.

Neste sentido, alguns trabalhos psicanalíticos modernos sobre a esquizofrenia podem ser resumidos em duas escolas: inglesa (Melanie Klein, Bion, Balint, Winnicott etc.) e francesa (de um lado, J. Lacan e seus alunos, e Mannoni; de outro, S. Nacht, Lebovici, Racamier etc.). Todas essas contribuições enriqueceram de maneira substancial a compreensão da psicose esquizofrênica. A concepção geral dos estudos psicanalíticos repousa sobre a idéia de que a integração das pulsões da criança depende do modo do investimento dos objetos que permitirão todas as suas primeiras relações. O processo secundário, que é a emergência da autonomia da vida psíquica, só pode ser alcançado se a mãe, em particular, é capaz de tolerar e de garantir à criança as sucessivas passagens geradoras da angústia diante da perda do objeto (o desmame, o hábito da presença, os primeiros aprendizados). Em suma, o papel da mãe é concebido como estruturante dos primeiros esboços do ego. Bergeret resume a tese psicanalítica do desenvolvimento da esquizofrenia dizendo que ela é "constituída pelas frustrações precoces que têm, habitualmente, sua origem no pólo materno. Um ego que tenha sofrido sérias fixações ou importantes regressões, a este nível se preorganiza de maneira psicótica".

Observamos nesses estudos que a função materna constitui o suporte do desenvolvimento que vai desde a dependência até a maturidade do indivíduo. Provavelmente, na esquizofrenia, o desenvolvimento durante os primeiros anos de vida da criança com a mãe não foi alcançado em direção à maturidade.

Apesar de darmos ênfase às vicissitudes da relação bipessoal mãe-filho, como fator de saúde ou distúrbio mental, não devemos esquecer-nos, entretanto, de que aquilo que ocorre ao nível desta relação de duas unidades não é somente

produto das disposições biológicas e psíquicas da mãe e da criança. É também produto do clima emocional básico da família, do modo como se estrutura o grupo e da rede de comunicação, tanto dentro da família, como entre esta e o meio social.

Pode considerar-se que as perturbações ocorridas durante o primeiro ano de vida são fundamentais para o desenvolvimento da esquizofrenia, pois, possivelmente, estabelecem uma possibilidade potencial para, mais tarde, o indivíduo expressar um distúrbio mental. Mas, igualmente, os acontecimentos posteriores às sucessivas fases cronológicas têm também importância crítica e podem determinar o grau e a forma de adaptação ou inadaptação do indivíduo.

Com isso, vários autores lançam uma ponte entre a abordagem individual dos pacientes e a abordagem familiar, tentando estudar o paciente no seu meio ambiente. Os estudos sobre pacientes esquizofrênicos e seus familiares desenvolveram-se principalmente nos anos 40. Não somente os distúrbios do paciente foram estudados e tratados, como também a própria família do paciente ou alguns de seus membros entraram num programa de tratamento terapêutico. Durante os primeiros estágios desse tratamento, era dado maior interesse aos pais do paciente (Parloff, 1961). Os estudos de interação familiar foram levados a cabo nos EUA (em Nova Iorque, Washington, Palo Alto na Califórnia etc.) por vários grupos, cuja preocupação centralizava-se na natureza das relações entre os pais do paciente esquizofrênico. A conclusão a que chegaram foi a de que, em uma proporção muito alta de casos, essa relação era extremamente insatisfatória (Baxter).

Nos seus primórdios, essa preocupação produziu estudos centrados na figura da mãe, que era descrita pelos investigadores através de diversos adjetivos característicos — "mãe esquizofrenógena", "fria", "ansiosa" — para demonstrar como era uma pessoa incapaz de oferecer e aceitar o amor com um mínimo de espontaneidade (Fromm-Reichmann, 1940). Mais tarde, Levy descreve a "mãe superprotetora". Aqui, a superproteção era conceituada como atitude que dificultasse o desenvolvimento de comportamentos independentes por parte da criança; contato materno excessivo, como, por exemplo, dormir com a criança até a idade de 14 anos; cuidados infantis prolongados, como, por exemplo, amamentação no peito até quatro anos de idade; excesso ou falta de controle materno, tal como excessiva indulgência da mãe em relação às vontades infantis.

Em 1952, Margareth Mahler descreve a "relação simbiótica", no que se refere a uma ligação intensa, na qual a criança encontra dificuldade em separar-se da mãe e em alcançar uma própria individualidade.

Gérad (1950) notou que ao lado da mãe antes descrita deve necessariamente aparecer um pai submisso, fraco, indiferente ou marcadamente inadequado, que passa a maior parte do tempo fora de casa. As relações conjugais dos pais, no estudo de Gérard, eram abertamente conflitantes.

Numa outra série de estudos, Lidz e seus colaboradores (1949) descrevem cinco categorias de pai que tinham filhos esquizofrênicos: a) em conflito com a mulher e sedutor com a filha; b) em conflito com a mulher e a hostilidade sentida em relação a ela deslocada sobre os filhos; c) pai com tendências megalomaníacas, sendo estas reforçadas pela submissão e colaboração aparente da mulher nestas idéias de grandeza; d) pai fraco e desprezado pela mulher; e) pai passivo, dominado pela mulher.

Ellison & Hamilton (1949) descreveram uma série de observações no mesmo sentido: de 100 esquizofrênicos estudados, 30 tinham em seus antecedentes uma história de instabilidade familiar, caracterizada por morte ou separação. Além

disso, a maioria deles tinha uma mãe que poderia ser qualificada de superprotetora.

Podemos indicar, aqui, os trabalhos epidemiológicos realizados recentemente por nós (Terzis, 1983, 1984*a*, 1984*b*) em cinco hospitais psiquiátricos da área metropolitana de São Paulo. Foram levantadas informações sobre 404 pacientes diagnosticados como esquizofrênicos. Os nossos dados indicam que houve desagregação familiar em cerca de 55% dos casos. A maioria das famílias era seriamente desorganizada ou aberrante, sendo também significante a ocorrência de "abandono do lar temporariamente". Em relação à "doença mental", pelo menos um dos pais ou parentes sofria de séria psicopatologia e, em alguns casos, ambos tinham distúrbios mentais. Em seguida, temos a ocorrência de "morte de um dos pais" e "separação consensual" — por conflitos entre os pais, que dividiam a família em duas facções hostis.

Ainda estudamos a variável "idade do paciente no momento em que ocorreu a desagregação familiar", quando se verificou que a maioria tinha entre zero e três anos de idade. Quanto à desagregação relacionada com a mãe ou com o pai, observou-se que, de zero a três anos, os motivos de desagregação familiar em relação à mãe foi em número bem maior do que com o pai (Terzis, 1984*b*).

Os estudos centrados na figura da mãe ou do pai e a epidemiologia tendem, no entanto, a não mais considerar o homem em si mesmo, mas a situá-lo no seu contexto.

Com isso, estudos intensivos e mais profundos realizados sobre pacientes esquizofrênicos e seus familiares pareciam procurar caminhos coerentes em relação à etiologia da esquizofrenia. Esses estudos tentaram descrever o funcionamento intrafamiliar e os fatores específicos dentro do ambiente que tornam confusa e irracional a comunicação entre os membros da família, impossibilitando o desenvolvimento psicológico.

Assim, descrevem o funcionamento intrafamiliar, utilizando dois modelos diferentes, dos quais só podemos dar aqui algumas diretrizes gerais. Um deles é o modelo *transgeracional*, que descreve as relações dinâmicas das gerações anteriores do paciente. Por exemplo, Bowen et alii, baseando-se em observações clínicas de famílias de esquizofrênicos internados, introduziram a hipótese da gênese familiar da esquizofrenia através de três gerações. Para resumir esta idéia das três gerações, os avós foram relativamente imaturos, mas essa imaturidade de cada um formou uma combinação, adquirida logo por um filho, o mais apegado à sua mãe. Quando este filho casa com alguém tão imaturo quanto ele e quando o mesmo processo se repete na terceira geração, o resultado pode ser um filho (o paciente) com um alto grau de imaturidade. Os autores sustentam que a esquizofrenia é um processo que requer três ou mais gerações para se desenvolver.

O segundo modelo de funcionamento intrafamiliar é o *transacional*, o qual descreve as relações dinâmicas entre os membros da família. Podemos mostrar, aqui, estudos importantes que ilustram os princípios dinâmicos que regem as relações entre paciente e seu ambiente familiar em especial.

A escola de Litz (Litz & Fleck, 1960) procura a origem da esquizofrenia nas interações familiares. Os resultados mostram que a família do esquizofrênico não permite à criança sua identificação, apresentando-lhe modelos contraditórios que provocam pensamentos paradoxais. A divisão do casal, devido a distúrbios da comunicação entre os pais, e a incapacidade de cada um para viver suas emoções e para suportar as emoções do outro provocam ou uma dominação viril, na qual a esposa é excluída, ou uma dominação feminina, que exclui o marido.

Os pais procuram obter prioridade, um desvalorizando o outro perante as crianças, ou um dos genitores procurando atrair os filhos do sexo oposto para seu lado, para usá-los em substituição ao cônjuge.

Os autores consideram estes pais modelos imperfeitos para identificação e para objeto primário de amor para a criança, constituindo modelos estranhos de relacionamentos interpessoais, denominados "desvios maritais".

Vassiliou (1972) efetuou pesquisas no Instituto Anthopos de Atenas, concluindo que, das interações familiares, resultavam desejos frustrados, carências e ambições nos pais, e que, normalmente, a mãe possuía uma carga maior de frustração em relação à do outro cônjuge. Esta situação gerava na mãe uma intensa motivação, ainda que inconsciente, para utilizar o filho como seu prolongamento e como meio de realização de suas necessidades, mormente se o filho fosse do sexo masculino. Diante disto, as mães criam uma grande dependência e sujeitam o filho a uma subordinação e a um controle durante todo o seu desenvolvimento. Ocorre ainda que, se houver filhos de ambos os sexos, constroem-se alianças: de um lado, pai-filha; de outro, mãe-filho. Um subgrupo tentará utilizar de chantagem contra o outro subgrupo, para alcançar suas metas pessoais. Nesta conjuntura, a relação familiar transforma-se em uma verdadeira guerra, em que se observam verdadeiras reações patológicas.

Wynne e seus colaboradores (1958) estudaram as relações intrafamiliares, utilizando métodos projetivos (Rorschach e TAT) e inventários bastante detalhados. Os autores empregaram a expressão "pseudomutualidade" para explicar como a família é um meio fechado e secreto às relações formais e despersonalizadas: uma "subcultura" que favorece a interiorização das características do grupo; fragmentação da experiência; difusão da identidade; distúrbios da forma e da comunicação.

Bateson e outros (1956) preocupam-se apenas com as comunicações recebidas e emitidas pelo indivíduo. Portanto, todos os problemas serão colocados em termos de comunicações — o nexo patológico na esquizofrenia é explicado pela hipótese do "duplo vínculo". Estuda estritamente o movimento das comunicações, as estruturas da linguagem, por meio das quais e pelas quais o esquizofrênico se desenvolve e procura viver.

Tais modelos de comunicação buscam reduzir-se a um "sistema lógico" da comunicação, que pretende estabelecer uma "lógica da esquizofrenia".

Para o estabelecimento do "duplo vínculo", são necessários alguns requisitos:

a) duas ou mais pessoas estejam vinculadas por relação tão intensa, que dela dependa a sobrevivência física e/ou psicológica de uma ou de todas as pessoas — uma delas é denominada pelos autores de vítima;
b) a experiência se repita sistematicamente (não se trata, portanto, de algo equivalente a uma situação traumática);

c) haja um tipo de mensagem em que, primeiro, afirma-se algo; segundo, afirma-se algo sobre a própria afirmação, de maneira que, terceiro, as duas afirmações são excludentes, ou seja, há uma mensagem negativa primária do tipo, por exemplo, 'não faças isso' ou 'eu te castigarei'; uma mensagem secundária que contradiz a primeira em nível mais abstrato e, como a primeira, está reforçada por castigos ou sinais que colocam em perigo a sobrevivência — esta mensagem secundária pode ser comunicada em nível verbal ou não-verbal, usualmente não-verbal, através de postura, gesto, mímica, tom de voz, e pode incidir sobre qualquer elemento da proibição primária, podendo, assim, assumir uma ampla variedade de formas.

Por exemplo, 'não vejas isso como um castigo', 'não te submetas às minhas proibições' etc;

d) que o receptor da mensagem paradoxal esteja impedido de fugir ou de se retrair."

Embora a mensagem careça de sentido lógico, ela é emitida em tal circunstância, que o receptor não pode dar resposta lógica apropriada, em vista do caráter contraditório do que lhe foi comunicado.

Dessas teorias fragmentárias e limitadas, que agrupam uma série de observações clínicas, tentamos estabelecer uma relação entre o processo esquizofrênico e o funcionamento familiar desses pacientes.

2. Psicologia do grupo familiar e sua relação no processo esquizofrênico

Mencionamos anteriormente certas características que correspondem a "mãe esquizofrenógena" (Fromm-Reichmann, 1940), "mãe superprotetora" (Levy) e "relação simbiótica" (Mahler); citamos o conceito dos "desvios maritais", descritos pela escola de Lidz (Lidz & Litz, 1949); o fenômeno da "pseudomutualidade", como foi descrito por Wynne e seus colaboradores (1958); e a teoria do "duplo vínculo", descrita pela escola de Palo Alto (1956). Então, reagrupando todos esses estudos, tem-se a impressão de que os diferentes autores têm percebido a mesma gama de fenômenos no grupo familiar do esquizofrênico, enquanto cada um deles utiliza uma linguagem distinta.

Notamos, por exemplo, uma certa semelhança entre o conceito "duplo vínculo" e o fenômeno da "pseudomutualidade". Quanto ao primeiro, trata-se de uma mensagem que possui uma contradição entre seus dois níveis — o nível mais superficial, informativo, que implica uma proibição (não tem que...), e o nível mais profundo, não-verbal, da metacomunicação, que inverte esta proibição (tem que...). Finalmente, o receptor é incapaz de fazer comentários acerca das mensagens que estão sendo expressas, porque se encontra aprisionado numa posição em que "não pode ganhar" e da qual não pode sair por encontrar-se entre mensagens opostas. O ponto essencial deste termo é o fato de as famílias interatuarem de tal maneira que colocam o filho em uma situação difícil — em que atue ou não atue, sempre se equivocará. Portanto, o filho não pode comentar, esclarecer ou questionar as contradições.

O "duplo vínculo" estabelece, gradualmente, uma expectativa de comunicação e conduta paradoxais nos envolvidos. Observa-se que, quando o "duplo vínculo" se torna o padrão predominante na comunicação e o interesse diagnóstico está voltado, em especial, para o indivíduo que exibe perturbações mais evidentes e características, é claro que, nesse caso, a conduta deste indivíduo identifica-se com os critérios diagnósticos da esquizofrenia. Nesse sentido, acreditam que, embora a esquizofrenia seja considerada uma doença mental, de causa ainda obscura, por outro lado, existe um padrão de comunicação específico, que preenche as condições para esse diagnóstico (Ramadan, 1979).

Assim, entende-se que o "duplo vínculo" prolongado consolida uma expectativa habitual e autônoma, a respeito das relações humanas e do mundo em geral, estruturando padrões de comunicação e conduta paradoxais, cujas manifestações são absolutamente idênticas ao que se convencionou chamar de esquizofrenia. Assim sendo, o receptor interioriza esses sistemas e, em seguida,

exterioriza-os no seu meio ambiente, na forma de um comportamento esquizofrênico. Os autores da teoria do "duplo vínculo" descrevem respostas frente a situações paradoxais, que, esquematicamente, podem caracterizar os subgrupos paranóide, hebefrênico e catatônico da esquizofrenia.

No segundo fenômeno, "pseudomutualidade", onde os autores relatam que as famílias se comportam como se nada funcionasse mal ou errado frente aos problemas mais terríveis, a família é um meio fechado às relações formais e despersonalizadas. Neste conceito, o importante é estar sempre de acordo em que se está de acordo; um desacordo sobre o conteúdo da mensagem indica, nessas famílias, a possibilidade de ruptura da relação. As palavras não têm um sentido informático, senão um valor relacional. Segundo Mosher (1978), neste tipo de comunicação, a identidade individual é sacrificada pelo mito da identidade coletiva, sentida como um bloqueio solidário e não-diferenciado. Por exemplo, o esquizofrênico, crescendo em tal família, aprende a negar suas experiências dolorosas, pela dificuldade de reconhecer sua realidade. Com o tempo, não vai reconhecer suas próprias experiências, mantendo-as fora de sua consciência. Assim, começará a usar o que se tem chamado de "mecanismo psicótico de negação". Porém o silêncio, o retraimento, a imobilidade (silêncio postural) ou qualquer outra forma de negação constitui, em si mesmo, uma comunicação, que é idêntica a alguns critérios diagnósticos da esquizofrenia. Poderíamos dizer que, neste contexto, seria observado um grande número de "duplas mensagens".

Ainda, este mesmo grupo de fenômenos poderia encontrar-se no conceito "desvios maritais", descrito pela escola de Lidz. Por exemplo, o meio familiar, pelo qual se gera, se organiza e se mantém a vida do esquizofrênico, é confuso, carregado de ambigüidades e incoerências. O paciente pode ser incapaz de manejar situações tão complexas, ou pode, alternativamente, responder com uma estrutura de pensamento similar. As distorções simbólicas, a interpretação de realidade e fantasia, a confusão da identidade sexual, a atribuição de onipotência às figuras paternas, parecem ter uma importância crítica na sintomatologia da esquizofrenia (Litz & Fleck, 1960). Estudos mais recentes confirmaram que a diminuta auto-estima dos pacientes esquizofrênicos está relacionada com a falta de identidade e ausência de sentimento de si próprio. A confusão que o esquizofrênico faz a respeito de sua pessoa, de quem ele é, pode originar-se de relações interpessoais perturbadas dentro da família e do fato de sua família confusa ter-lhe atribuído um papel que não foi escolhido por ele (Mosher, 1978).

Podemos notar certa semelhança entre esse padrão relacional ("duplo vínculo", "pseudomutualidade" e "desvios maritais"), e os conceitos "relação simbiótica", "mãe superprotetora" e "mãe esquizofrenógena" (Fromm-Reichmann, 1940). Quanto aos conceitos "relação simbiótica" e "mãe superprotetora", Mahler, que estudou a existência, o desenvolvimento e a relação da situação simbiótica, a partir dessas investigações descreveu duas entidades nosográficas — a psicose autística e psicose simbiótica — como distúrbios graves na evolução dos processos mentais. Levando em conta que na espécie humana, imediatamente após o nascimento, existe aquela fase pós-natal, por uma cobertura, representada pelos cuidados maternos, numa espécie de "simbiose social", na qual a criança se comporta e funciona como se ela e a mãe fossem um sistema único. A fase simbiótica é seguida pela fase de separação-individuação. Isto ocorre paralelamente com a maturação e consolidação de certas funções do ego (o ato de locomoção, da função perceptiva etc.). Essas funções do ego lançam cada vez mais a criança em direção à realidade, o que implica também um rompimento com a figura materna.

Porém, pensamos que, nesta diferenciação do estado de pós-natal até a formação de estruturas psíquicas, a conduta materna pode contribuir para um melhor ou pior êxito na elaboração da fase simbiótica, que é seguida pela fase de separação-individuação.

Segundo Mahler (1958) observou em vários casos de psicose simbiótica, "freqüentemente a mãe parece aceitar a criança como um ser vegetativo, uma parte estreita ligada a ela, ou ao seu corpo". Por isso, parece tornar-se intolerável a situação de separação-individuação que Spitz (1960) formula como "tendência centrípeta", que é a de a criança agarrar-se à mãe, em oposição à "tendência centrífuga', que é aquela que decorre da resolução plenamente satisfatória desse relacionamento mãe-filho, em que a criança tende a se afastar da mãe.

Em suma, essa relação estreita interdependente entre duas pessoas (mãe-filho) se complementa para manter controladas, e até certo ponto satisfeitas, as necessidades mais imaturas da personalidade (seria análogo da relação "duplo vínculo", porém uma relação simbiótica entre mãe-filho, que acontece numa época precoce e em nível não-verbal). Essa relação simbiótica que persistirá não só na infância, mas também na vida adulta, e uma infinidade de conflitos nessa relação não elaborados implicam a paralisação do tempo com certo grau de perda do sentido da realidade; um déficit na integração do ego e confusão entre o que é de um e o que é de outro. Poder-se-ia dizer que as mesmas características podem ser encontradas em pacientes esquizofrênicos: déficit da personalidade na identificação, confusão sexual, bem como déficit na integração do sistema corporal.

No conceito de "mãe esquizofrênica", podemos notar a importância da conduta de certas mães na gênese e manutenção da esquizofrenia em seus filhos. Fromm-Reichmann (1940) havia observado que tais mães apresentavam comportamento nitidamente patológico, tanto de *per si*, como em relação aos filhos. Ramadan (1979) estudou a ocorrência de problemas psicopatológicos em cerca de 40 pacientes psicóticos observados durante cinco anos. Seu estudo focalizou não somente o receptor (o indivíduo que apresenta acertadamente o comportamento psicótico), como também o emissor, que é um indivíduo portador de distúrbios psíquicos que não são exteriorizados enquanto o emissor pode mascará-los através de uma relação de duplo vínculo. E quando o duplo vínculo é rompido por algum motivo, a pessoa considerada sadia tende a se descompensar, apresentando os distúrbios psíquicos que até então se achavam ocultos. Poder-se-ia referir aqui aos modelos de Bowen (1978), que descrevem diversos graus de diferenciação dos indivíduos no seio da família: são os indivíduos muito pouco diferenciados do seu ambiente, tendo pouca autonomia, que são mais suscetíveis de reagir a qualquer modificação do ambiente.

Em resumo, tudo se passa como se as personalidades estivessem a tal ponto ligadas às dos outros membros do seu ambiente, que qualquer mudança em uns provoca, automaticamente, mudança crítica em outros.

Por essa razão, os terapeutas começaram a querer tratar de famílias inteiras, e não mais apenas de indivíduos. De fato, constataram que, quando tratavam de um esquizofrênico, a família intervinha freqüentemente no sentido contrário e parecia querer sabotar o tratamento (Ackermann, 1966). Outras vezes, a família do esquizofrênico costumava criar sérios obstáculos à recuperação desses pacientes, fazendo suspeitar que a presença da doença seria, especialmente para as mães, vantajosa em algum sentido, por mais absurda que fosse tal hipótese.

Assim, os terapeutas passaram a estudar o funcionamento da família no seu conjunto. Seus estudos os conduziram a um conceito teórico fundamental,

através do que se pode ver que a família tende a manter uma certa estabilidade e equilíbrio por auto-regulação (*princípio de homeostasia*). Se não se puder manter o equilíbrio pelos meios habituais, o sistema familiar entra em crise. Parece que o paciente aparentemente esquizofrênico, no caso desses conceitos, constituiu um disfarce atrás do qual se oculta o distúrbio psíquico dos pais, considerados sadios. Quando essa relação por algum motivo é desfeita (por exemplo, o caso da psicoterapia do paciente), os pais se descompensam, isto é, tornam-se visíveis os seus pensamentos paradoxais, suas representações estereotipadas e suas distorções perceptivas, configurando o quadro psicótico. Assim, pode-se compreender o porquê das dificuldades que muitos familiares oferecem à psicoterapia e à orientação psicológica do paciente.

Deste grupo de conceitos podemos chegar às seguintes conclusões:

a) existe a situação simbiótica em termos de um processo que tem início no nascimento e evolui durante toda a existência do indivíduo, com um novo aspecto, o social;

b) esta situação simbiótica deve ser elaborada no curso do seu desenvolvimento;

c) a conduta materna durante o desenvolver desse período pode contribuir para um maior ou menor êxito na sua elaboração. As falhas nessa elaboração levam a distúrbios na formação da personalidade, com maior ou menor grau de intensidade;

d) a má qualidade das trocas, enquanto comunicações insolúveis, leva o filho a uma incapacidade afetiva profunda, um déficit da disposição das posições parentais diante do problema de uma criança;

e) em casos de esquizofrenia, os parceiros adultos (os pais) reduzem a "lógica da comunicação" e buscam estabelecer a "lógica da esquizofrenia", fora do espaço e do tempo;

f) o mito da harmonia familiar, entretanto, é mantido em uma espécie de "homeostase" sem identidade, na qual o filho é verdadeiramente um sintoma dos conflitos intrapessoais e interpessoais dos pais.

3. Prática clínica num centro de consulta familiar

Gostaríamos de apresentar brevemente algumas observações clínicas de pacientes esquizofrênicos e seus familiares, atendidos no Centro de Consulta Familiar do Hospital Psiquiátrico Público da cidade de Atenas, comprovando que os conceitos discutidos no presente estudo freqüentemente podem ser encontrados no grupo familiar imediato dos esquizofrênicos.

Tivemos, então, a oportunidade de participar de uma equipe formada por psicólogos clínicos e psiquiatras, atuando um deles como coordenador.

Os objetivos da equipe eram centrados, de um lado, na melhor aproximação do paciente esquizofrênico, para se estabelecer uma relação entre paciente e terapeuta e, do outro, dar ao mesmo (pela experiência psicoterapêutica) um contexto de maior segurança psicológica.

A equipe procurava uma nova forma de atuação terapêutica familiar e não apenas individual.

Apresentamos, em breve, algumas das observações clínicas obtidas através de entrevistas e pela experiência psicoterapêutica com pacientes esquizofrênicos e seus familiares. As limitações especiais do presente estudo impedem detalhes ademais de fenômenos que vinculam o paciente com sua família. Estes estão ao alcance do leitor em outros trabalhos já publicados (Rassidakis et alii, 1973*a*, 1973*b*).

Algumas observações gerais:

— freqüentemente a família do esquizofrênico se configurava como obstáculo ao processo terapêutico. Tais reações familiares nos permitiriam averiguar os aspectos da dinâmica psicopatológica familiar e a correlação com aspectos da psicodinâmica interna do paciente, tão bem estudado pela psicanálise;

— um dos aspectos que dificultavam o processo do desenvolvimento individual era o vínculo simbiótico patológico do paciente com seus pais, principalmente com a mãe. Quando o paciente entrava no processo psicoterapêutico, o grupo familiar, principalmente a mãe, experimentava ansiedade provocada pela dessimbiotização (princípio de homeostasia);

— a relação paciente-família era desfavorável na maioria dos casos. Chamamos relação desfavorável aquela em que, devido a razões de desagregação, privação, instabilidade ou conflito, a família não deu um atendimento apropriado de segurança para satisfazer as necessidades básicas psicossociais do filho;

— foram observados muitos dos fenômenos descritos pelos estudiosos da teoria da comunicação em termos da estrutura familiar: fenômenos do "duplo vínculo" (Bateson & Jackson), caracterizados por uma necessidade da mãe de manter a relação simbiótica; fenômenos de "pseudomutualidade" (Wynne); ou fenômenos como "desvios maritais" (Lidz & Litz), de necessidades patológicas dos pais de estabelecer uma dependência exclusiva e sujeitar o filho a uma subordinação e a um controle durante o seu desenvolvimento sexual;

— finalmente, a maioria dos pacientes provinha de uma família de baixo nível sócio-econômico-cultural. Chamamos nível baixo os fatores como: vida precária, instabilidade de trabalho e limitada educação. Encontramos semelhantes resultados relativos às variáveis sócio-culturais, num estudo realizado por nós (Terzis & Bucher, 1980), em clínicas psiquiátricas do Distrito Federal e arredores. No conjunto destes dados ressaltava um nível sócio-cultural nitidamente inferior (nível de escolaridade baixo, níveis habitacionais menos propícios, profissões não-qualificadas, rendas familiares e individuais baixas).

Em resumo, os estudos sobre pacientes esquizofrênicos e seus familiares demonstraram que as manifestações patológicas sempre podem ser encontradas no círculo familiar imediato dos esquizofrênicos, na forma de "duplo vínculo", de "pseudomutualidade", de "desvios maritais", de "mães esquizofrenógenas", de "mães superprotetoras" e de "relação simbiótica", embora não haja elementos suficientes para afirmar que todos esses conceitos sejam a causa da enfermidade. Mas consideram que, no plano estrito da relação e da comunicação, o comportamento esquizofrênico (em suas variantes sindrômicas) constitui uma das respostas possíveis, e até certo ponto adequada, às situações paradoxais familiares.

Convém, no entanto, notar que os conceitos aqui obtidos através de estudos de pacientes, de suas mães ou da interação de todo o grupo familiar enriqueceram notavelmente o estudo para a compreensão da pessoa doente e da sua família,

dando maiores possibilidades no tratamento das doenças mentais. Em conjunto, os estudos picanalíticos e familiares trouxeram valiosas contribuições para uma melhor compreensão do processo esquizofrênico. Apoiado nesses conceitos, o psicoterapeuta pode planejar sua ação, levando em conta as forças presentes. Isso o conduzirá a refletir sobre as regras que mantêm a coesão familiar, colocando-se na posição de observador. Isto feito, ele poderá adaptar seus atos psicoterapêuticos à problemática do funcionamento familiar.

Abstract

The objective of this work is to review the studies about schizophrenics, their families and their pathological manifestations. First, it establishes the relationship between the family and the schizophrenic process; secondly, it brings together these related studies and proposes a generalization of their findings. An experience with schizophrenic patients and their families "in tratament at a family therapy center" is briefly presented.

Referências bibliográficas

Ackermann, N. W. *Treating the troubled family*. New York, Basic Books, 1966.

Bateson, G.; Jackson, D. & Haley, J. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Sci.*, *1*:251-64, 1956.

Baxter, J. C. Family relationship variables in schizophrenia. *Acta Psych. Scand.*, *42*:362-91, 1966.

Bergeret, J. *La personnalité normal et pathologique; les structures mentales, le caractére, les symptômes*. Paris, Dunod, 1975. v. 1.

Bowen, M. *Family therapy after twenty years. American Handbook of Psychiatry*. New York, Basic Books, 1975. v. 5.

———. Toward the differentiation of self in one's family of origin. In: *Family therapy in clinical practice*. New York, Jason Aronson, 1978. p. 529-47.

Bowlby, J. *Maternal care and mental health*. Geneva, World Health Organization, 1952.

Ellisson, E. A. & Hamilton, D. M. Hospital treatment of dementia praecox. *Amer. Jour. Psychiat.*, *106*:454-61, 1949.

Erickson, E. H. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

Freud, S. *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1948. t. 3. *Proyecto de una psicología para neurólogos*.

Fromm-Reichmann, F. Notes on the mother role in the family group. *Bulletin Menninger Clinic*, *4*:139, 1940.

Gérard, D. The family background of schizophrenia. *Psychiatr. Quart.*, *25*:46-73, 1950.

Gilliéron, E. & Wulliemier, R. Relation médicin-malade-milien et théories des communications. *Psychol. Med.*, *10*:751-8, 1978.

Lidz, R. W. & Litz, T. The family environment of schizophrenic patients. *Amer. Jour. Psychiat.*, *106*:332-45, 1949.

Litz, T. & Fleck, S. Schizophrenia, human integration and the role of the family. In: Jackson, D. D. *Etiology of schizophrenia*. New York, Basic Books, 1960.

Mahler, M. Autism and sybiosis: two extreme disturbances of identity *Inter. Jour. Psycho-Analysis*, *39*, 1958.

Mosher, L. R. Implicancias de los estudíos de la familia para el tratamiento de la esquizofrenía. *Terapía Familiar*, *1*:49-58, 1978.

Parloff, M. B. The family in psichotherapy. *Arch. Gen. Psychiat.*, *4*:445-52, 1961.

Perez, A. T. El niño, la familia, el pediatra. *Terapía Familiar*, *2*:28-43, 1978.

Racamier, P. C. *Le psychanaliste sans divan*. Paris, Payot, 1970. v. 1. p. 442.

Ramadan, Z. B. A. Psicoses vinculadas: estruturas psicopatológicas inaparentes. Tese de concurso à livre-docência. São Paulo, Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da USP, 1979.

Rassidakis, N. S. The four demons if hell. Genesis and psychopathology of the psychosomatic illness-continuum. *Abstr. of the IX Inter. Congress of Cancer*. Florence, 1978.
———. et alii, Anxiety, schizophrenia and carcinogenesis (a preliminary report). *Intern. Ment. Health and Res. Newslet, 14*(3), 1973*a*.
———. et alii. An essay on the study of the etiology and pathogenesis of schizophrenia, the psychosomatic illnesses, diabetes mellitus and cancer. *Intern. Ment. Health and Res. Newslet, 14*(4), 1973*b*.
René, S. Noysi. *Sobre la génesis de la comunicación humana*. Horme, 1960.
Rycroft, C. *Dicionário crítico de psicanálise*. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
Spitz, R. A. *Desenvolvimento emocional do recém-nascido*. Trad. Maria Manhães. São Paulo, Pioneira, 1960.
Terzis, A. Ordem de nascimento, tamanho da prole e esquizofrenia. Tese de doutoramento. São Paulo, Instituto de Psicologia da USP, 1983.
———. Motivos determinantes de desagregação familiar e esquizofrenia. *Estudos de psicologia, 2*:85-103, 1984*a*.
———. Epidemiologia da esquizofrenia e certas variáveis demográficas. *Estudos de Psicologia, 3*:33-56, 1984*b*.
——— & Bucher, R. E. Ordem de nascimento e relacionamento fraterno de pacientes esquizofrênicos. *Arquivos neuropsiquiat.*, São Paulo, *38*:53-4, 1980.
Vassiliou, G. Aspectos de las relaciones entre padres y adolescentes en la familia griega. Ln: Litz, T. & Shapiro, R. *El adolescente y su familia*. Buenos Aires, Paidós, 1972. cap. 3.
Weakland, J. H. The double-bind hypothesis of schizophrenia and three-party interaction. In: Jackson, D. D. *Etiology of schizophrenia*. New York, Basic Books, 1960.
Winnicott, D. W. *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Trad. Jane Corrêa. Belo Horizonte, Interlivros, 1980.
Wynne, L. C.; Ryckoff, I. M. & Hirsch, S. I. Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry, 21*:205-20, 1958.