

O TRABALHO COM FAMILIARES COMO POSSIBILITADOR DA METÁFORA PATERNA NA CLÍNICA DA PSICOSE

Barbara Wehmuth Raulino¹
Carla Regina Cumiotto²
Eduarda Renaux³

A fragilidade no ato de clinicar, tão presenciado na rede de saúde, tem como modelo uma clínica nosográfica e descritiva, tomando apenas os sintomas como parâmetros para diagnósticos e tratamentos. Quando o tema se estende à saúde mental, é presenciado um temor no que se refere a responsabilização para com o sujeito, bem como falta de dispositivos que auxiliem os familiares no decorrer do tratamento. A partir desta reflexão, neste artigo, nos propomos a pensar mais especificamente a prática clínica em saúde mental na modalidade de grupo com familiares já por nós exercida no Serviço Saúde Mental da Universidade Regional de Blumenau⁴.

No sentido de praticar a clínica ampliada e seus pressupostos - a intersetorialidade, o laço social e a co-responsabilidade - constata-se a importância do trabalho com os familiares no que se refere à psicose. O grupo de familiares acaba por operar como função paterna, possibilitando a interdição do puro corpo e olhar materno, bem como, diluindo a transferência intensa desses pacientes para com seus terapeutas na clínica.

A modalidade de grupos com os familiares implica na reabilitação do usuário com os mais diversos fazeres da vida cotidiana. A orientação e escuta tem se mostrado um forte aliado na inclusão destes no serviço para o processo psicoterápico dos usuários, fortalecendo assim, a rede. Para tanto, Costa e Brandão (2005)⁵, relatam que pensar em rede significa abandonar um paradigma de perceber a clientela como único alvo da intervenção, e o profissional o único recurso possível.

¹ Acadêmica do Curso de Psicologia da FURB

² Mestre em Psicologia Clínica: Concentração em Psicanálise pela universidade TUIUTI, Professora do Departamento de Psicologia da FURB, Psicanalista e Membro da APPOA

³ Psicóloga formada pelo Curso de Psicologia da FURB

⁴ Este serviço conta com encaminhamentos de CAPS II, CAPSad, ESF's, Serviço Social da Universidade e demanda espontânea. Os dispositivos de intervenção são: Acolhiment;, Atendimento individuais e em grupo; Visitas domiciliares; Devolutivas institucionais; Grupos de familiares; Discussões e Jornadas Clínicas.

⁵ COSTA, L. F.; BRANDÃO, S. N. (2005) *Abordagem Clínica no Contexto Comunitário: Uma Perspectiva Integradora*. Psicologia & Sociedade; 17 (2): 33-41; mai/ago. 2005.

Os familiares são desde pais/ mães, até irmãos (as) e cônjuges. Estes encontros possuem como objetivo: orientar os familiares preservando o sigilo clínico dos atendimentos; compartilhar suas angústias e experiências; esclarecer dúvidas quanto ao diagnóstico e sofrimento acometido pelos pacientes; e, fundamentalmente incluir os familiares no processo terapêutico dos usuários inseridos no Serviço, para que assim faça advir efeitos clínicos tanto no modelo de intervenção clínica individual quanto familiar/social.

Um espaço de construção de narrativas pautadas em teorias e hipóteses formuladas do que produziu tal sofrimento pelos próprios integrantes do grupo, vai se produzindo novas versões sobre as experiências vividas e, até mesmo, retirando o excesso de sentido na patologização ou diagnóstico. Tais hipóteses fazem advir uma história, que antes estava silenciada. Esse silêncio acaba operando de forma destrutiva, tomando o familiar doente como incapaz, marginalizado, lhe conferindo o estatuto objetalizado (objeto do outro). Dessa forma, a fala é libertadora, pois seus efeitos simbólicos percorrem desde a dinâmica familiar até a social.

É frequente tomar o sujeito acometido por sofrimento intenso como um 'diferente' que não sabe o que lhe ocorre. Tudo passa a ser traduzido a esse sujeito, e o mesmo acaba sendo poupado da circulação social e fazeres, lhe tirando o estatuto de cidadão e negando que mesmo de uma maneira muito singular e estranha aquele sujeito tem sua organização psíquica frente à vida e história.

“É próprio do sujeito humano a necessidade de responder às questões: ‘quem sou eu? De onde vim? Para onde eu vou?’ As respostas vão ser buscadas numa relação à referência simbólica, considerada como função, como pólo organizador, ordenador de significações [...] Referência esta que possibilita a alguém obter uma significação [...] essa filiação não é de ordem genética. É algo bem mais complexo: é o poder de identificar, de poder situar-se numa linguagem, de pertencer a uma comunidade, de fazer parte de determinado grupo social. É o poder de se situar no mundo.” (RAMALHO, 2003, p.20-21)⁶

Este trabalho clínico pressupõe uma fundamental participação familiar para melhora do quadro clínico, pois podem ser facilitadores do ‘poder situar-se no mundo’ do usuário, auxiliando-o no uso da medicação, no retorno ao trabalho e estudo.

⁶ RAMALHO, R. M. (2003) *A escuta do delírio na clínica da psicose*. C. da APPOA, Porto Alegre, n.111, mar. 2003.

Aqui merece a atenção das falas surgidas no decorrer dos grupos com os familiares, tais como: “O problema do meu filho é que ele não aceita o diagnóstico de esquizofrenia”, “Eu não entendo, mesmo saindo com o irmão ele volta triste, desinteressado”, “Já me prontifiquei a dar apoio, ceder minha casa, mas ele não quer sair das ruas”, “A gente até dá tarefas de casa, mas não forçamos pois sabemos que ele tem problemas”, “Há anos na hora do almoço, ele chora muito e pergunta o que esta acontecendo, já não sabemos mais o que fazer”, “Eu não entendo como algo tão pequeno o incomoda tanto”.

Estas falas que surgem no grupo com familiares denotam que seu maior sofrimento é o não saber. E isso faz com que muitas vezes recorram a penalização deste familiar, ou recorrer apenas ao saber médico suas dúvidas e fraturas em relação ao sofrimento do seu familiar. Um dos objetivos do nosso trabalho é deslocar esse saber médico para eles próprios. Passando assim, a se apropriar mais do sofrimento de seu filho, irmão ou cônjuge, se autorizando no exercício de sua parentalidade ou conjugalidade.

O espaço disponibilizado aos familiares não tem como objetivo debater diagnóstico, porém elucidar as problemáticas que podem advir. Tomar o sujeito como impossibilitado, e por isso poupado de tarefas domiciliares, nos fazem pensar na falta de investimento e aposta naquele sujeito. Apontar que o mesmo deve realizar aquilo que lhe foi pedido, não anula a diferença, porém mostra que ali existe um sujeito. Sujeito aqui referido como aquele que possui uma maneira singular de se perceber no mundo, e não tomado em posição objetalizada. Nesse sentido é fundamental apontar que:

“O psicótico, porém, não tendo referência simbólica, essa função ordenadora, tem que construir por si próprio uma história para si, e o faz através do delírio. Constrói, então, uma história na qual poderá se incluir e se contar. Constrói uma filiação, obtendo um lugar para si no mundo, fazendo um laço com a cultura e, daí, com a cidadania. Com o delírio, ele pode o que na sua crise não lhe era possível, encontrar um lugar no mundo, podendo participar da rede de relações sociais de sua comunidade.” (RAMALHO, 2003, p.24)⁷.

Intervir com os familiares significa sensibilizar os mesmos aos sofrimentos graves que acometem os pacientes, é mostrar a importância de nomear e

⁷ RAMALHO, R. M. (2003) *A escuta do delírio na clínica da psicose*. C. da APPOA, Porto Alegre, n.111, mar. 2003.

historicizar à filiação, lhe incluindo na família e rede geracional. É incentivar que escutem o que os mesmos têm a dizer, é fazê-los refletir sobre o tempo necessário para um retorno a circulação social. Ou seja, a clínica com pacientes psicologicamente muito fragilizados e da psicose exige investimento e paciência por parte da equipe profissional e familiares.

O profissional envolvido no tratamento deve, a partir de seu desejo, apostar no usuário. O desejo é fundamental, pois se trata de uma clínica que leva um tempo e um investimento maior que outras clínicas. É uma clínica que freia o narcisismo e o furor de curar. Deste modo, não podemos normatizar e estabelecer tempos e critérios engessados. É necessário alertar que cada sujeito terá um tempo singular para a realização e encontro daquilo que deseja, independente dos ideais e expectativas familiares, sociais e até mesmo do próprio profissional da saúde.

O fazer do psicólogo com o grupo de familiares, não pode estar voltado em relatar como está a evolução do paciente, pois esta prática apenas estremece e rompe o vínculo transferencial, emanando o imaginário de “mostrar serviço” aos familiares. O Psicólogo tem que saber escutar o que os familiares falam, para que a partir desta fala, possa orientar e clarear caminhos. É necessário autorizar as famílias a fazerem parte desse processo clínico, sem necessariamente tratar também os familiares, buscando um ordenamento de vida, implicando-os no tratamento.

É percebido que os familiares na modalidade de grupo podem tomar proveito da fala de um dos outros, bem como as orientações. A circulação da palavra tem surtido efeitos terapêuticos e de alívio. Mesmo que tomados de forma singular, as narrativas levam ao compartilhamento. Segundo Cumiotto (2008)⁸, é trabalho do analista ir tecendo as mil e uma versões em torno de um mesmo fato, fazendo-se necessário que o analista possa acolher e testemunhar, mas também apontar que se trata de mais uma versão e poder sensibilizar o sujeito à dimensão simbólica, produzindo assim, uma certa curiosidade para que ele possa querer saber de seu próprio engano e de sua própria história.

⁸ CUMIOTTO, C. R. (2008) *As entrevistas preliminares e a clínica psicanalítica*. In: BACKES, C. A. *Clínica psicanalítica na contemporaneidade*. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

As histórias, as versões e teorias são isentas de certeza. Lacan (1998)⁹ alerta que, a arte do analista deve ser a de suspender as certezas do sujeito, até que se consumam as últimas miragens. As narrativas podem ser muitas vezes revistas, através da construção de ambos nesse processo transferencial.

“Sabemos que mesmo o mais estrito respeito de todas as preconizações técnicas com relação ao enquadre não garante e nem é prova da existência de um processo analítico. Esse processo pressupõe, sobretudo, que um verdadeiro encontro entre o paciente e o psicanalista, que um investimento recíproco seja possível, que ambos possam apostar nas possibilidades de transformação, de um e de outro. A partir desse movimento, no contexto da transferência [...] existe a liberação de novas capacidades de investimento, o alívio do peso das compulsões à repetição.” (VOLICH, 2005, p.6.)¹⁰

Sendo assim, o processo terapêutico do usuário, bem como outras modalidades de trabalhos realizados no SSM, não são unilaterais e sim uma construção de ambas as partes envolvidas. No que se refere ao trabalho de grupo com os familiares, temos convicção de que orientar não significa dizer o que é certo ou errado, muito menos criar a ilusão de que existe uma receita para o cessar do sofrimento. A partir dos dados da clínica, o serviço busca junto com os familiares e, também com os usuários, achar maneiras mais interessantes e criativas para a convivência e resgate dos laços sociais. Freud (1912)¹¹ já alertara que é necessário acolher e não responder a demanda. Isso implica em uma prática que redireciona, mas não aponta o caminho.

“Fazem-se grupos para quase qualquer coisa: informar as famílias da evolução do paciente (o grupo transforma-se em uma degradação eficiente do direito a informação, para não falar da complicada situação na qual é colocado o usuário, pois se esta no grupo vê-se tratado como um objeto do qual há que se ter informação, e se está fora vê-se ameaçado, exacerbando-se paranóias), pedir informações sobre os usuários (aí é o mesmo ao avesso: a história não é mais do sujeito, senão a que sua família conta).” (CAMPOS, 2001, p.106)¹²

Queremos situar que tais modalidades de trabalho em grupos aqui apontadas têm o intuito de trabalhar as representações um a um dos familiares, das equipes, e dos pacientes, e a partir da escuta destes, também poder ser afetado por eles e provocar mudanças.

⁹ LACAN, J. (1998) *Escritos*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 1978.

¹⁰ VOLICH, R. M. (2005) *A clínica dos farrapos: Por uma clínica psicanalítica das desorganizações*. Revista Percurso, no 34, 1/2005, p. 85-98

¹¹ FREUD, S. (1912) *Psicologia de grupo e análise do ego*. In: S, Freud Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v.18, p. 79-145, 1996.

¹² CAMPOS, R. O. (2001) *Clínica: A palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.25, n. 58, p. 98 – 111, maio/ago. 2001.