

Abordagem familiar em esquizofrenia

Marcia Scazufca

Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, LIM-23

Neste artigo são discutidas algumas estratégias de intervenção psicossocial para famílias de indivíduos com esquizofrenia. Tais intervenções têm dois objetivos principais: reduzir ou prevenir os sintomas da esquizofrenia e melhorar a qualidade de vida de toda a família. Procura-se colaborar para que o paciente tenha o mínimo possível de incapacidades associadas à esquizofrenia e para que seus familiares possam compreender e lidar melhor com os problemas relacionados à doença do parente, bem como com as emoções resultantes desse contato.

As intervenções psicossociais com familiares de indivíduos com esquizofrenia se desenvolveram a partir de estudos que mostraram que a presença de um membro com esquizofrenia na família está relacionada à sobrecarga em diversos aspectos da vida da família e seus membros, como os relacionamentos, lazer, saúde física e mental. Também foram importantes estudos que mostraram que o clima afetivo familiar crítico, hostil e de alto envolvimento emocional pode afetar negativamente o curso da doença.^{1,2} Mais recentemente, observou-se que quanto maior o sentimento de sobrecarga relatado pelos familiares, maiores as chances dos mesmos serem críticos, hostis e muito envolvidos emocionalmente com o membro doente.³

As intervenções psicossociais se baseiam em alguns pressupostos sobre a etiologia da esquizofrenia e sobre o papel dos familiares em relação ao início e desenvolvimento da doença.⁴ Assim, a esquizofrenia é vista como uma doença que pode se manifestar em indivíduos biologicamente vulneráveis, nos quais um ambiente afetivo familiar pode colaborar para o início da doença ou para recaídas. No entanto, a família não é responsável ou culpada pela ocorrência da doença. Procura-se, ao contrário, reconhecer as dificuldades que a família passa a ter com a presença de um membro com grave incapacitação mental. Outra característica das intervenções familiares psicossociais é a ênfase no trabalho colaborativo entre familiares e profissionais, compartilhando, por exemplo, informações sobre a doença ou discutindo conjuntamente os objetivos e tarefas durante o tratamento. As intervenções psicossociais são parte do tratamento do familiar com esquizofrenia e devem ser planejadas conjuntamente com o tratamento medicamentoso e outros atendimentos clínicos específicos. Katsching & Konieczna⁵ nomearam estas intervenções como “trabalho com familiares”, pois suas estratégias apresentam características da terapia familiar (quando, por exemplo, procuram modificar atitudes e comportamen-

tos críticos ou hostis dos familiares em relação aos pacientes) e características dos grupos de auto-ajuda (quando, por exemplo, é oferecida ajuda prática aos familiares para que eles lidem melhor com os problemas diários que envolvem os pacientes). Há características também dos grupos de auto-ajuda, quando, por exemplo, é oferecida ajuda prática aos familiares para que eles lidem melhor com os problemas diários que envolvem o paciente.

As principais características dos programas de intervenção que têm mostrado sucesso incluem: elementos de educação sobre a esquizofrenia; atitude positiva dos terapeutas em relação à família; foco da intervenção nos problemas atuais da família (procurando auxiliá-la a negociar soluções ou adotar novas formas para lidar com os problemas); e reconhecimento junto à família da importância da medicação no tratamento.⁶ Podem ser utilizadas várias estratégias de intervenção, como componentes psicoeducacionais, uso de técnicas cognitivo-comportamentais, técnicas de resolução de problemas que visam a redução das tensões na família e aprimoramento das estratégias para lidar com situações difíceis.⁷⁻¹¹

Kuipers et al⁴ escreveram um guia prático para o trabalho com familiares de pessoas com esquizofrenia que sugere como abordar os problemas práticos e algumas questões emocionais comuns a esse grupo de familiares. Os programas com os familiares devem ser dirigidos às pessoas que convivem mais diretamente com o membro doente, em geral, pais, irmãos, cônjuges e filhos. Procuram-se oferecer formas de atendimento que permitam a participação de todos os familiares que convivem com o membro doente, a fim de se obter uma perspectiva ampla sobre os problemas da família, as distintas visões dos familiares sobre a situação do membro doente e as possíveis soluções dos problemas atuais da família. As necessidades da família devem ser avaliadas antes do início de qualquer programa de intervenção. Esse processo visa identificar os problemas específicos da família que deverão ser abordados durante o tratamento, e introduzir o modelo colaborativo e de resolução de problemas desde o início.

Após o engajamento da família, inicia-se a intervenção com o programa de educação. Familiares e pacientes têm direito à informação sobre a situação que estão vivendo e também a esclarecer as suas dúvidas sobre essa situação. O material utilizado nessa fase pode ser impresso. É importante que se crie um ambiente informal e que o terapeuta tenha conhecimento dos sintomas do

paciente. Mesmo que os familiares apresentem idéias aparentemente absurdas sobre a esquizofrenia, elas devem ser respeitadas e discutidas por todos, sem que o terapeuta imponha uma visão oficial. Durante essa fase do tratamento, procura-se discutir com os familiares o que se conhece e o que não se conhece sobre a esquizofrenia, incluindo questões sobre o diagnóstico e prognóstico, principais sintomas e comportamentos de indivíduos com esquizofrenia, a importância do tratamento farmacológico, as perspectivas de duração do tratamento e a importância da família para o tratamento. É importante deixar claro que aquilo que se sabe atualmente sobre a esquizofrenia limita ponderações sobre a etiologia da doença em casos individuais. Espera-se que, com as informações oferecidas, os familiares passem a identificar e entender que alguns comportamentos do parente doente devem-se à doença. Podem assim tornar-se mais tolerantes às mudanças no estado mental e funcionamento cotidiano do membro doente, e mais realistas quanto à duração do tratamento. Mesmo quando não são atingidos esses objetivos amplos, o programa de educação dos familiares é importante para facilitar o engajamento dos mesmos na terapia, promover uma relação de confiança com os profissionais e criar uma atmosfera em que o otimismo prevaleça. O programa de educação, apesar de geralmente acontecer no início da intervenção com os familiares, é apenas o começo do processo de educação que deverá acontecer continuamente durante todo o tratamento.

Após o programa de educação, iniciam-se as sessões com a família. Nesse processo, as dificuldades de comunicação da família serão apontadas pelo terapeuta quando existirem, e a melhora da comunicação será um dos tópicos tratados para que os objetivos da família sejam alcançados. As sessões podem seguir o formato da terapia cognitivo-comportamental na qual, no início da sessão, elabora-se uma agenda de trabalho colaborativo com todos os participantes, e se trabalha especificamente com alguns problemas escolhidos, utilizando técnicas como a de solução de problemas. No final da sessão, procura-se estabelecer alguma tarefa importante para um ou mais familiares realizarem sem o terapeuta. Nessas sessões, deve-se procurar conhecer as visões e os sentimentos de

todos os membros da família sobre o tema em questão, inclusive, se estiver no local, do familiar doente. Respostas emocionais dos membros da família sobre a situação com o membro doente, como culpa, perda, raiva e depressão, geralmente surgem nas sessões. Famílias nas quais o parente com esquizofrenia é casado ou tem filhos pequenos podem apresentar questões específicas, como problemas do relacionamento do casal ou dificuldades das crianças em entender os problemas relacionados à doença.

Em vez de sessões individuais com famílias, o terapeuta pode organizar o tratamento com grupos de familiares, em que os pacientes não participam. Uma vantagem dos grupos é a ajuda de outros familiares que convivem ou já conviveram – dependendo da fase da doença do seu parente – com problemas semelhantes, sendo possível encontrar uma gama maior de soluções para os problemas de uma determinada família. A principal desvantagem do tratamento em grupo é que as interações da família com o paciente não podem ser observadas e assuntos íntimos muitas vezes deixam de ser discutidos. O ideal é que os familiares participem ao mesmo tempo de sessões apenas com os membros do seu grupo familiar e de sessões com outras famílias.

Estudos têm mostrado que intervenções breves com familiares, que incluam apenas estratégias educativas, podem resultar em mudanças sobre a quantidade de informação que os familiares têm sobre a esquizofrenia, mas muitas vezes não reduzem por um longo período as perturbações emocionais e a sobrecarga dos familiares, e não alteram a influência do ambiente familiar no curso da esquizofrenia.¹²⁻¹⁴ Porém, intervenções psicossociais que incluem, além do programa de educação, outras estratégias como as descritas neste artigo, têm se mostrado eficazes na prevenção de recaídas de indivíduos com esquizofrenia, independentemente da utilização da medicação.^{13,15,16} Além disso, os familiares geralmente aprovam estas intervenções, o que sugere que as mesmas também têm sua eficácia no que diz respeito à melhora da qualidade de vida de toda a família.

Fonte de financiamento: FAPESP (Processo nº 98/16527-6).

Referências

1. Kuipers L, Bebbington P. Family burden in schizophrenia: implications for services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:207-10.
2. Kuipers L, Bebbington P. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychol Med* 1994;24:707-18.
3. Scazufca M, Kuipers E. Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with Schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996;168:580-7.
4. Kuipers L, Leff J, Lam D. Family work for Schizophrenia: a practical guide. London: Gaskell; 1992.
5. Katschnig H, Konieczna T. What works in work with relatives? A hypothesis. *Br J Psychiatry* 1989;28:207-10.
6. Kuipers L, Bebbington P. Working in partnership: clinicians and carers in the management of longstanding mental illness. Oxford: Heinemann Medical Books; 1990.
7. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AM. Family management in the prevention of exacerbations of Schizophrenia. *New Engl J Med* 1982;306:1437-40.
8. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of Schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1982;141:121-34.
9. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy v. a relatives group for Schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1989;154:58-66.
10. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:633-42.

11. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S et al. The community management of Schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988;153:532-42.
12. Berkowitz R, Eberlein-Fries R, Kuipers L, Leff J. Educating relatives about schizophrenia. *Schizophr Bull* 1984;10:418-29.
13. Lam DH. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychol Med* 1991;21:423-41.
14. Birchwood M, Smith J, Cochrane R. Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia: a comparison of three methods. *Br J Psychiatry* 1992;160:806-14.
15. Barrowclough C, Tarrier N. 'Psychosocial' interventions with families and their effects on the course of schizophrenia: a review. *Psychol Med* 1984;14:629-42.
16. Mari JJ, Streiner DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994;24:565-78.

Correspondência: Marcia Scazufo

Departamento de Psiquiatria da FMUSP- Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, s/n.
05403-010 São Paulo, SP - E-mail: scazufo@usp.br
