

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Diatkine, René

Psicose e mudança / René Diatkine, Florence Quartier-Frings,
Antonio Andreoli ; tradução Joaquim Pereira Neto ; revisão técnica
Anna Elisa de Villemor Amaral Güntert, Jaques Sztterling. — São
Paulo : Casa do Psicólogo, 1993. — (Psiquiatria e Psicanálise)
ISBN 85-85141-23-9

Bibliografia.

1. Esquizofrênicos — Cuidados e tratamento 2. Psicoses I. Quar-
tier-Frings, Florence. II. Andreoli, Antonio III. Título. III. Série.

93-0322

CDD-616.89
NLM-WM 200

Índice para catálogo sistemático

1. Psicoses : Medicina 616.89
2. Psicóticos : Doenças e tratamento : Medicina 616.89

Capa:

"Poirier en fleurs" - Van Gogh
Rijksmuseum Vincent Van Gogh (73 x 46 cm)
Amsterdam

Composição Gráfica

MCT — Produções Gráficas

psiquiatria e psicanálise

coleção dirigida por Latife Yazlıç

René Diatkine / Florence Quartier-Frings / Antonio Andreoli

Psicose e Mudança

Tradução:

Joaquim Pereira Neto

Revisores Técnicos:

*Anna Elisa de Villemor Amaral Güntert
Jaques Sztterling*

Casa do Psicólogo®

interesse ou desinteresse por aquilo que ele diz ou aquilo que ele não pode dizer, esclarecem uma ou outra faceta do seu psiquismo: seqüelas de rupturas, tentativas para juntar os cacos e se adaptar aos descasos, aos enganos, às conclusões apressadas, à falta de atenção ou ao contrário, ao interesse de uns e de outros. Não revolver as emergências límidas pode levar a uma mutação imprevisível. É desses acontecimentos, negativos ou positivos, que vamos tratar aqui, no âmbito de uma "psiquiatria sem hospício" de segunda geração.

René Diatkine

SEGUNDA PARTE

RESPONDER À CRISE: UM IMPASSE OU UMA ABERTURA NA PSIQUIATRIA

Crise e continuidade no futuro dos pacientes de funcionamento psicótico

A história dos pacientes psicóticos parece marcada pelo peso de um destino cada vez mais difícil na medida em que a evolução clínica e os *handicap* psicossociais se agravam com o correr dos anos. Os resultados positivos dos nossos tratamentos eram limitados na medida em que eram escassas as aquisições sociais do momento em que os distúrbios se manifestaram. As situações de desequilíbrio não se apresentam necessariamente como oportunidades de mudança. No mais das vezes, o saldo que deixam é um aumento de descarrilamentos e de desabamentos que prendem o paciente numa trajetória sempre mais frustrante e sem saídas.

Descontinuidade e automatismo de repetição, no campo da psicose, criam relações específicas ligadas à relação particular que o paciente mantém com a angústia. É o que se observa também no seu meio familiar¹, assim como nos grupos institucionais que trabalham com ele². Todo esforço na tentativa de romper o círculo no qual o paciente e seu meio estão fechados choça-se com forças cuja homeostase parece insu-

1 M. Goldstein, E. Rodwick, J. Evans et al. (1978), Drugs and family therapy in the aftercare of acute schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.*, 35, 1169-1177.

2 A. Andreoli, J. Lalive, G. Garrone (1985), *Crise et intervention de crise en psychiatrie*, Lyon, SIMEP.

perável. Nosso projeto terapêutico pode suscitar efeitos paradoxais, como a emergência de uma violência destruidora, rupturas interpessoais, desordens psicossomáticas que transtornam a vida do paciente e daqueles que vivem à sua volta. Entretanto, é impossível abandoná-lo sem correr o risco de cair rapidamente em práticas neo-asilares. Se, como antigamente, temos a obrigação de proteger o paciente e sua família, precisamos também deixar-lhes a possibilidade de falar — com muita frequência ficamos sabendo que há tempo esses pacientes perderam o direito à palavra —, dando-lhes e nos dando tempo para compreender. Ao mesmo tempo, tentamos não perder de vista que o episódio dramático atual não deveria fechar-se, mas, ao contrário, abrir-se para uma história terapêutica a longo prazo. A noção de crise, tal como concebemos, procura traduzir a complexidade do que acontece nos diferentes planos que se apresentam: estado agudo do paciente que necessita de cuidados precisos, perda da sua história que desaparece com a urgência, estado traumático dos parentes, e angústia da equipe diante da loucura.

Os pacientes considerados “casos limites” ou “estruturas narcísicas” reagem às rupturas de sua história de uma maneira semelhante aos pacientes esquizofrênicos. Por ocasião das separações, dos lutos, ou dos encontros que os transtornam, esses doentes apresentam reações emocionais tão explosivas e incontroláveis quanto repetitivas. Todavia, sendo mais ricos de conteúdo simbólico, no decorrer da interação seus sintomas adquirem sentido bastante para aparecer como o ponto de ruptura (ou o ponto de derrapagem) do tensionamento de uma história cuja continuidade é bastante perceptível. Eles se aproximam da psicose por uma vulnerabilidade e uma intolerância à mudança que os levam a vivenciar qualquer verdadeira descontinuidade, qualquer perda, como uma “crise”. Mas essas “crises” constituem uma defesa para eles, custosa, mas em certa medida, eficaz, porque ela permite escapar ao desamparo e à sideração profunda que percebemos nos pacientes que apresentam distúrbios esquizofrênicos. Mais adiante, e por intermédio da “crise”, a história desses doentes continua fincada no dinamismo do prazer e do desprazer.

Quando se estuda o futuro de um distúrbio esquizofrênico assiste-se, ao contrário, a uma desintegração progressiva de tudo aquilo que a história de uma vida, na sua renovação constante, retira da relação que se estabelece entre a experiência como interação, como troca, como modo de representação de si mesmo e o seu próprio futuro. Não existe, nesses casos, “crises” espontaneamente boas, porque a exigüidade dos recursos não permite manter, com a ajuda do outro, uma relação de equilíbrio dinâmico, de onde possa surgir um “limite” entre o consciente

e o inconsciente, o dentro e o fora, entre a vida psíquica e a experiência corporal, o particular e o social.

Se dermos livre curso à “vulnerabilidade esquizofrênica”, a história presente e passada sofre todo um processo de transformação. Essa mudança apaga as marcas das experiências e dos conflitos que provocaram ou que provocam a eclosão de distúrbios clínicos. O quadro que daí resulta é difícil de se distinguir de todas as vias finais comuns do desamparo, ou seja, das condições nas quais a impotência se faz acompanhar da resignação diante da impossibilidade de fazer valer os desejos e leva à inevitável perda de identidade que deriva de uma condição de alienação insuportável.

As teorias psicanalíticas podem nos ajudar a compreender os dinamismos profundos desse impasse: para além da sintomatologia clínica, dos fatores de risco, e da influência do meio, a história do paciente torna-se objeto desse fenômeno de espoliação devido ao fracasso daquilo que oferece uma possibilidade de experiência intersubjetiva. Se a história de um sujeito se desinveste, ele não é mais ninguém. Na nossa concepção do trabalho psiquiátrico, essa situação corresponde a uma perturbação dos mecanismos de negociações do valor traumático da experiência. A relação que se estabelece entre o estado psicótico agudo e a cronicidade, à primeira vista, está ligada à desorganização dos processos através dos quais o que é “atual”, ou o que adquire valor de “acontecimento”, é excluído do campo da representação, da experiência e da interação. Então, o sujeito da relação terapêutica escapa: as descontinuidades, que fazem viver a história e as representações a um tempo estruturadas e contrastadas que dão um valor afetivo e um relevo cognitivo à comunicação deixam de existir. A vida psíquica é nivelada e qualquer possibilidade de articular uma dialética entre o agudo e o crônico, o subjetivo e o interpessoal desaparece. Querendo ou não, a lógica do “processo” torna-se então uma evidência que invade todas as manifestações clínicas do distúrbio psicótico e que se faz sentir pesadamente ao nível do tratamento. A emoção e o pensamento passam a ser um centro de atração que arrasta a vida do paciente para uma órbita regressiva e totalmente autocentrada.

O procedimento terapêutico, e mais particularmente as diferentes formas de intervenções criadas para tratar o episódio agudo, também sofrem os efeitos desse campo de forças. Elas participam de um todo onde a esquizofrenia aparece como um ponto de chegada. Se essa é a natureza do processo esquizofrênico, a ação do psiquiatra torna-se um componente essencial dos modos de reorganização desse processo. As modalidades e os objetivos de um tratamento tão pesado e dificultoso

que é o do episódio agudo assumem dessa forma uma importância preventiva de primeiríssima ordem.

As práticas e os dispositivos de tratamentos são muitas vezes inadequados para levar em conta os problemas que acabamos de evocar. Excelentes intenções podem se tornar totalmente inócuas pela rigidez das instituições, o caráter alienante dos procedimentos de hospitalização, a desarticulação dos processos implementados pelos diferentes profissionais, a ruptura com os familiares, imposta às vezes em unidades residenciais. A prioridade que geralmente é dada à urgência³ e à redução dos sintomas⁴ estabelece uma mentalidade, hábitos e dispositivos que correspondem, ao mesmo tempo a necessidades incontornáveis e a um dos mais fortes fatores de risco que podem agir na evolução clínica dos distúrbios esquizofrênicos. Para além da melhora sintomática, muitas vezes obtida no curso de uma hospitalização, o tratamento institucional perde o seu objetivo essencial: o de transformar a "loucura" que o paciente tenta conter numa "crise" potencialmente portadora de abertura. As intervenções dos terapeutas podem também se tornar cúmplices de uma transformação dessa "loucura", que bruscamente se tornou manifesta, em algo derrisório. Repensar a noção de episódio psicótico agudo e consequentemente reorganizar os modos de resposta a serem dados representa, portanto, uma prioridade essencial para a psiquiatria de hoje.

A intervenção de "crise" na história da psiquiatria contemporânea

Vamos agora situar a história do conceito de crise no conjunto da evolução das instituições psiquiátricas contemporâneas.

A definição da noção de crise e da intervenção de crise que dela decorre era totalmente estranha, originalmente, na clínica das grandes psicoses. A ideia de crise foi desenvolvida durante os anos 40, relativamente às "neuroses de guerra" e os estados traumáticos que se manifestam nas grandes catástrofes. Na atmosfera de efervescência cultural criada pelo lançamento da "Community Psychiatry", a palavra "crise" adquiriu uma importância e um sentido novos. Elemento catalisador e

3 *Loc. cit.* (ver nota 2, pág. 27).

4 Th. Mc Glushan, J. P. Docherty e S. Siris (1976), Integrative and scaling over recoveries from schizophrenia: distinguishing case studies, *Psychiatry*, 38, 325-338.

figura de proa do movimento reformador, a noção de crise se torna, nessa época, a palavra de ordem de um grupo de psiquiatras que tentam redefinir o sentido da eclosão mórbida com o objetivo de inventar uma abordagem terapêutica dos processos intersubjetivos, através dos quais o problema da doença mental emerge socialmente como fato clínico e como contradição institucional⁵.

A "teoria da crise" de Gérald Caplan foi a principal referência teórica desse movimento⁶. Esse autor tem o mérito de haver mostrado a importância de uma abordagem preventiva dos episódios psiquiátricos agudos e de haver valorizado os fenômenos clínicos que são anteriores a esses episódios. Sua teoria da crise permite pensar a terapia psiquiátrica do episódio agudo em termos de organização e de reorganização de fatores ligados à emergência clínica e social do distúrbio, e não apenas em termos de recuperação sintomática. Para Caplan, trata-se de não confundir mal-estar e doença psiquiátrica. Toda doença começa com uma crise, e a crise continua sendo o preço a pagar para ressuscitar a dinâmica evolutiva da doença psiquiátrica.

Vamos acompanhar aqui, mais detalhadamente, as implicações institucionais complicadas que surgiram entre a intervenção de crise e o tratamento dos estados psicóticos agudos. A transformação das instituições, que marcou a história recente da psiquiatria, fez-se acompanhar de um novo interesse pelo estudo dos estados psiquiátricos agudos. O "Community Mental Health Act" de 1963 preconiza a expansão da política de tratamentos ligada à noção de "crise", porque ela pareceria fornecer modalidades tão simples quanto eficazes para responder aos estados psicóticos agudos.

Essa evolução andou *pari passu* com uma renovação das instituições e dos modos de tratamento da crise, que nos últimos anos foi objeto de inúmeras controvérsias: os pontos "quentes" desse debate diziam respeito ao lugar e às formas de cuidados hospitalares no interior do dispositivo de saúde mental, à divisão dos encargos terapêuticos entre o intra e o extra-hospitalar, ao papel e à importância a se atribuir respectivamente aos tratamentos medicamentosos e à psicoterapia, no âmbito da abordagem multifocal de que esse tipo de pacientes necessita.

Os desenvolvimento de dispositivos terapêuticos extra-hospitalares não se fazem acompanhar como seria esperado, de uma diminuição da

5 R. Scott, P. Ashworth (1967), Closure at first schizophrenic break-down: a family study, *Brit. J. Med. Psychol.*, 40, 169-175.

R. Scott (1973), The treatment barrier, *Brit. J. Med. Psychol.*, 46, 45-67. *Loc. cit.* (ver nota 2, pág. 27).

6 G. Caplan (1964), *Principles of preventive psychiatry*, New York, Basic Books.

demanda de hospitalização psiquiátrica. Ao contrário, essa demanda teve tendência a aumentar, e isso por causa da aparição de um fenômeno imprevisível: a "porta giratória"⁷, ou seja, a volta rápida dos mesmos pacientes psicóticos ao hospital. Paralelamente, constata-se que o aumento das entradas, ou da demanda, tem ligação com o aparecimento de novos tipos de população psiquiátrica: situações de crise, pacientes suicidas, depressões crônicas não melancólicas⁸.

Num primeiro tempo, o problema foi visto sob o prisma da escolha "hospitalização longa" - "hospitalização breve". Sob o rótulo de "intervenção de crise", nós limitamos a propor técnicas excessivamente simples, articulando a medicação intensiva à intervenção familiar e social⁹. A generalização dessas práticas levou a uma diminuição impressionante do número de internações, mas criou situações de desamparo social extremamente graves. Abandonados a si próprios em consequência de intervenções que não davam lugar à preocupação de organização do tratamento de longa duração¹⁰, os pacientes, suas famílias, e por fim a sociedade, viram-se expostos a situações de desamparo absolutamente intoleráveis¹¹. A melhora sintomática obtida era mais aparente do que real, uma vez que a "intervenção de crise" tem um efeito muito pronunciado sobre a amplificação grupal do sintoma, o mesmo não acontecendo sobre o próprio sintoma. É inteiramente legítimo assumir hoje uma posição bastante crítica diante dos resultados dessa desinstitucionalização totalmente selvagem. Essas práticas criaram aliás uma lastimável confusão em toda a literatura psiquiátrica da época, entre as noções de "acolhida", de "intervenção de crise", sustentando as práticas mais diversas que iam desde os grupos de apoio dirigidos por não profissionais até a psicoterapia analítica¹². Todavia, essas intervenções permitiram experimentar técnicas psicoterapêuticas de inspiração bastante diversa (intervenção familiar, terapia corporal, psicoterapia breve, terapia de

7 J. A. Talbot (1974), Stopping the revolving door, *Psychiat. Quart.*, 48, 159-168.

8 *Loc. cit.* (ver nota 2, pág. 27).

9 D. S. Langsley (1967), *The treatment of families in crises*, New York, Basic Books.

10 H. R. Lamb, V. Goerzel (1971), Discharged mental patients are they really in the community?, *Arch. gen. Psychiat.*, 24, 29-34.

G. L. Klerman (1977), Better but not well: social and ethical issues in the deinstitutionalization of the mentally ill, *Schizophr. Bull.*, 3, 617-631.

11 A. Andreoli, M. Gogniakos, J. Abensur *et al.* (1982a), Suivi clinique au long cours (2 ans) de 78 patients ayant fait l'objet d'une demande d'hospitalisation en situation de crise, *Arch. Suic. Neurol. Psychiat.*, 140(5), 439-458.

12 Th. Mc Glashan, Ch. Kestis (1989), *Schizophrenia: treatment, process and outcome*, Washington D. C., A.P.P.

A. Bellack (1982), *Schizophrenia. Treatment, management and rehabilitation*, New York, Grune and Stratton.

grupo etc...) num campo que até então lhes era proibido. Elas contribuíram assim para ampliar de maneira considerável o horizonte até então muito limitado dos terapeutas, utilizáveis nas situações de "descompensação" psicóticas.

Inúmeros estudos controlados foram consagrados à avaliação de resultados de tratamentos hospitalares de diferente duração. Os principais foram realizados por Glick e Hargreaves (1979), Mattes e colaboradores (1979), Hertz (1979) e Endicott (1979). Esses estudos negaram a noção de crise na especificidade dos programas de intervenções, e a ausência de informações quanto à confiabilidade dos tratamentos efetivamente implantados em relação aos padrões desejados tornavam-nos difíceis de utilizar: investigações que medem uma "escolha" e um "efeito de passagem" através de um compartimento institucional. Um estudo mais recente e mais sofisticado de Glick definiu de maneira mais precisa a metodologia de intervenção preconizada e os objetivos visados¹³; ele teria demonstrado que um grupo de pacientes esquizofrênicos apresenta uma melhor evolução, a longo prazo, e apenas a longo prazo, quando é tratado por um método de intervenção de crise, que prevê um programa de internação familiar. Em relação a um grupo de esquizofrênicos que passaram por uma hospitalização padrão, esses pacientes tiveram uma evolução significativamente melhor em função de inúmeros parâmetros medidos.

Um outro estudo, realizado por Goldstein na Universidade de Los Angeles¹⁴, demonstrou que a associação de módulos de intervenção de crise e de intervenções com a família melhora significativamente a evolução clínica de um grupo de pacientes diagnosticados como esquizofrênicos em relação a um grupo controle que foi objeto de uma hospitalização padrão: num acompanhamento de dois anos, observa-se uma melhor aceitação dos medicamentos, assim como uma melhor "aliança terapêutica", entre os pacientes tratados com intervenção familiar.

Durante os últimos anos, inúmeros estudos versaram sobre a avaliação dos métodos de tratamento capazes de evitar a recaída a partir de dispositivos extra-hospitalares. Todas essas pesquisas confirmaram a eficácia da integração de técnicas psicoterapêuticas com o tratamento tradicional do episódio agudo. Por outro lado, poucos trabalhos existem comparando tratamento extra-hospitalar e tratamento hospitalar dos episódios psicóticos agudos a partir de uma metodologia rigorosa. Também existem poucos estudos de acompanhamento do futuro de um grupo

13 I. Glick, J. Clarkin, J. Spencer *et al.* (1986), A controlled evaluation of six months follow-up, *Arch. Gen. Psychiat.*, 43, 882-886.

14 *Loc. cit.* (ver nota 1, pág. 27)

de pacientes assumido por um dispositivo organizado ao mesmo tempo sobre o modo da intervenção de crise e sobre a continuidade de tratamentos, exceção feita a algumas pesquisas clínicas¹⁵.

A literatura que acabamos de discutir levanta o problema do tratamento do episódio esquizofrênico agudo de uma maneira que nos parece extremamente discutível. Esse "episódio" é visto como uma "descompensação", e é situado numa perspectiva de tratamento que atribui uma importância excessiva à eliminação dos sintomas, a evitar a recaída, à adaptação social. Todos esses fatores têm a sua importância porém mais relativa, como vimos, do que anunciam esses estudos. Trata-se de fatores bastante gerais, de simples valor preditivo da qualidade global da evolução clínica de longa duração nos pacientes que apresentam uma psicose esquizofrênica. Esses estudos valorizam demais a parte hospitalar do tratamento de estado psicótico agudo, fazendo apelo a um modelo restritivo e atualmente ultrapassado da terapia institucional. Observa-se, enfim, que esses estudos não chegam a situar o problema do tratamento do episódio psiquiátrico agudo em relação a uma concepção de conjunto do processo esquizofrênico, que articularia de um lado a estrutura dos modos de resposta à crise com a especificidade dos problemas que surgem num meio institucional dado, e, de outro, modos de avaliação de uma saída clínica de longa duração com a multiplicidade de fatores de predestinação em jogo. Além disso, eles não levam em conta um fator que nos parece essencial: a ação do psiquiatra e a maneira que ele tem de realizar essa ação, que, ele querendo ou não, entra na evolução do processo esquizofrênico, positiva e negativamente. Vários estudos já demonstraram que a qualidade das relações interpessoais é o mais importante fator de predição da evolução clínica de longa duração dos distúrbios esquizofrênicos.

Os estudos que acabamos de discutir mostram que as técnicas de intervenção de crise são substitutos aceitáveis do tratamento hospitalar dos episódios psiquiátricos agudos. Entretanto, trata-se apenas de estratégias de substituição do hospital psiquiátrico. Organizada com a preocupação de adaptar os dispositivos de tratamento às novas condições de trabalho clínico criadas pelo processo de desinstitucionalização, a intervenção de crise assim concebida serve relativamente bem ao objetivo de controlar a gravidade sintomática, de colocar o tratamento no extra-hospitalar, de assegurar uma aceitação dos medicamentos satisfatória, e acrescenta certamente um "efeito psicossocial" em relação

15 M. A. Test, 1978. Community treatment of the chronic patient: Research overview. *Schizophrenia Bull.* 4, 350-364.
Loc. cit. (ver nota 11 pág. 32).

à evolução natural ao menos em comparação ao tratamento hospitalar tradicional dos episódios esquizofrênicos agudos. Mas ela não consegue construir uma visão mais dinâmica ou conferir objetivos menos redutores ao tratamento da "esquizofrenia".

Essa situação de impasse deve ser relacionada com a especificidade dos modelos psicopatológicos a que se referem as técnicas de intervenção de crise. Aplicando sobre a doença psiquiátrica um modelo "stress adaptation", considerou-se a crise como uma "reação adaptativa". Donald Langsley (1971) define assim a crise: "Uma crise é uma resposta a um stress externo ou interno que não pode ser controlado pelos mecanismos que permitem à pessoa estressada enfrentar tal dificuldade. Ela ocorre quando o Eu não pode resolver problemas agudos e sobrevém um desequilíbrio, e até mesmo uma desorganização, quando esses efeitos se tornam uma *tensão* extrema... A crise é considerada uma oportunidade de controle e de progresso, ou um sinal de perigo ao qual o indivíduo não pode responder a não ser pela descompensação ou pela regressão... A crise não acontece num vazio mas no contexto de um campo social. O começo de uma crise e a sua solução podem ser influenciados pela família ou por outros sistemas sociais". Essa concepção mecânica e pontual da crise a encara como um fato concreto, senão contingente. Ela deu lugar a uma interpretação dos estados psicóticos agudos como acontecimentos independentes dos fenômenos de desligamento que pesam sobre a evolução da doença psiquiátrica. Outros autores aplicaram às crises psiquiátricas modelos oriundos do tratamento das dificuldades existenciais, dos choques emocionais, das crises maturacionais etc... Os elementos positivos e negativos dessas primeiras concepções da crise já estavam todos presentes em Gérald Caplan (1964).

É preciso dar um destaque especial aos tratamentos de Scott, que trouxe uma contribuição original à conceptualização do tratamento da crise psicótica. Esse autor realizou um estudo muito profundo sobre as dinâmicas familiares que estão relacionadas com a eclosão psicótica e particularmente com a dificuldade de estabelecer uma situação de aliança e de tratamento dos pacientes psicóticos. A partir desse trabalho, Scott desenvolveu uma aplicação psiquiátrica e institucional partindo das teorias de alguns autores da Tavistock Clinic (Dick, Shapiro, Box), eles mesmos inspirados por W. Bion. Com experiência no campo psiquiátrico e com o objetivo de realizar um tratamento que integre a dimensão psicanalítica e a dimensão familiar, o modelo de Scott tem como objetivo prioritário implantar um processo preventivo. Scott não dá com Caplan, uma "conotação" positiva à crise e não apela ao caráter "dinâmico", e mesmo "fecundo" dela. Ele destaca o obstáculo que a "síndrome crise" representa na psiquiatria. Essa "crise", que não é de fato uma crise,

comporta-se como uma "barreira ao tratamento", característica da acuidade psicótica, e corresponde a modos de funcionamento individuais e interpessoais patológicos que alimentam o "encerramento" ou "fechamento" do meio familiar a todas as motivações para o encontro e para a exploração da ajuda oferecida pelo grupo de terapeutas. Com muita sutileza, Scott estudou a estrutura da "trama" que sustém esses modos de interação e a resistência a qualquer forma de aliança terapêutica que caracterizam determinados grupos familiares. Ressaltando o caráter dispersivo da "crise" psicótica, essa posição articula-se com os trabalhos que, alguns anos mais tarde, foram consagrados ao problema da emoção, como expressado por outros autores ingleses. Designando o caráter partilhado da resistência à mudança e a importância da trama familiar que sustém o efeito explosivo do desligamento psicótico, Scott nos remete, ao contrário, às teorias de Bowen¹⁶, Lidz¹⁷ e à problemática das "lealdades invisíveis" de Boszormeny-Nagy¹⁸.

A posição de Scott é muito próxima da nossa e da de outros autores que sublinharam que é importante dar uma orientação preventiva ao trabalho de crise e centrar a intervenção na problemática intrapsíquica do paciente e na dinâmica das relações interpessoais. Reunindo as teorias do "labeling" em psiquiatria e as de redes sociais, Scott considerou como "barreiras ao tratamento" todas as atitudes e as contra-attitudes que levam à decisão de hospitalização. Ele estimava, portanto, que é necessário redefinir a demanda com os pacientes e seus familiares a fim de criar as condições de um tratamento. Esse procedimento comporta uma intervenção preliminar, que é desenvolvida no quadro natural da crise, e uma interação posterior com a família e/ou os familiares, que será desenvolvida mais tarde no lugar de tratamento. Um outro aspecto interessante do método de Scott está ligado à relação que esse autor estabelece entre intervenção de crise e encaminhamento para a psicoterapia. O objetivo que ele perseguiu no Naspbury Hospital, inicialmente, e no Barret General Hospital mais tarde, não era apenas o de uma diminuição do número de pacientes hospitalizados, mas também o de um compromisso mais freqüente do doente com a psicoterapia ambulatorial. Para os autores desse livro, a questão do engajamento de um paciente esquizofrênico num tratamento a longo prazo é essencial. Nosso trabalho

16 M. Bowen (1961), *The family as the unit of study and treatment*. *Am. J. Orthopsychiat.*, 31, 40-60.

17 Th. Lidz, S. Fleck (1965), *Schizophrenia and the family*, New York, International University Press.

18 I. Boszormeny-Nagy, G. Spark (1973), *Invisible loyalties*, Hagerstown, Ma., Harper and Row.

concernente à crise articula-se perfeitamente com o trabalho realizado no dispositivo de tratamento de longa duração (cf. Terceira Parte, Prática psiquiátrica e mudança).

Quando não é possível integrar intervenção de crise e continuidade de tratamento (ver por exemplo as experiências de Astrakan, no New Haven Community Mental Health Center, e Goldfinger, San Francisco General Hospital), a intervenção de crise não é recomendável para esses pacientes: ela torna-se logo uma forma específica do tratamento da "urgência" ou da "descompensação" ou então recai em todas as ilusões psicoterapêuticas, que com muita freqüência levam à cronicidade.

O que está em jogo na crise

Quando tentamos elaborar novas estratégias de resposta à crise, constatamos que não basta "substituir" o hospital tradicional por formas de intervenção tendo como único objetivo garantir uma gestão mais racional dos episódios psiquiátricos agudos. Tratou-se de encarar essas mesmas estratégias a partir de um ponto de vista que se origine da relação dinâmica que pode se estabelecer entre descompensação e terapêutica de manutenção.

O objetivo principal do tratamento é o de prevenir as conseqüências da ausência de "crise" característica do episódio esquizofrênico agudo e que constitui um dos fatores de risco mais graves em relação à evolução do paciente a longo prazo. O objetivo essencial da intervenção consiste em criar condições de confrontos institucionais com a loucura que levem em conta e apóiem o que esta representa como derrapagem da relação do paciente com o seu "limite".

Enquanto Scott interessou-se pelo fenômeno de "barreira ao tratamento" como expressão de um dinamismo familiar patológico, nós encaramos esse mesmo fenômeno como expressão da brusca reorganização que a dinâmica familiar, os modos de reações emocionais e as funções psíquicas do paciente sofrem a partir do momento em que a sua entrada na instituição implica a equipe psiquiátrica como componente ativo do seu meio. Nossa primeira preocupação é a de prevenir a inclusão do sistema de tratamento na lógica da barreira ao tratamento e/ou a reorganização patológica da relação entre o paciente e seu grupo natural, por causa dos efeitos desorganizadores e/ou reorganizadores manifestados pelas relações com a instituição no momento em que o paciente e sua

família são confrontados com uma relação insuportável com a descontinuidade.

O que aparece como uma "crise" inclui sempre por detrás do problema interpessoal colocado em primeiro plano uma ferida narcísica para o paciente e para os seus próximos, que as medidas tomadas pelo grupo terapêutico podem agravar e, em geral, não conseguem compensar. É ilusório imaginar um efeito "anaclítico" da acolhida nessa situação. É preciso, portanto, observar mais de perto aquilo que está em jogo e conseguir fazer com que cada um dos participantes possa imaginar o desamparo dos outros.

A prevenção de determinados movimentos particularmente deletérios parece absolutamente prioritária. Trata-se das reações de desamparo diante do encontro com a loucura e a violência do estado psicótico agudo, a espoliação dos processos de representação, os problemas de alianças terapêuticas e finalmente a ação de conjunturas que emergem do descarrilamento dos processos interacionais. Uma vez cristalizados, estes ainda intensificam os fenômenos que acabamos de descrever, tanto no grupo familiar quanto no institucional, criando círculos retroativos particularmente perniciosos e difíceis de mobilizar.

O encontro com a loucura representa uma das experiências mais complexas e desconcertantes que se possa vivenciar em psiquiatria. Ela evoca emoções desagradáveis, põe-nos em confronto com situações insuportáveis, pode nos tornar incapazes de pensar e de perceber. Todos os processos que nos levam a reconhecer o outro como uma pessoa humana e a nos reconhecer nele como pessoa humana por meio de movimentos de identificação, entre outros, são totalmente perturbados. E isso independentemente do grau de eficiência do dispositivo de tratamento e do nível de adequação do trabalho entre os diferentes terapeutas. Esse fenômeno estabelece um dinamismo que é ainda mais alienante na medida em que uma equipe, quando é traumatizada pela loucura do paciente, reduz progressivamente o apoio psíquico que deveria oferecer. É por essa razão que a intervenção de crise com pacientes psicóticos é antes de mais nada a ética de um encontro com o limite a partir do qual surge a loucura. Quando esse limite não pode ser levado em conta e o confronto que ele implica não pode ser sustentado, o tratamento perde uma grande parte de sua potencialidade terapêutica.

O encontro com a loucura fixa os limites da identidade da psiquiatria e marca o ponto de desequilíbrio no qual ela se encontra permanentemente em relação ao seu objeto. O trabalho institucional se desarticula muitas vezes nas práticas rotineiras que fazem desaparecer a possibilidade de considerar esse registro do sofrimento do paciente. Medidas de legítima prudência, como o isolamento de um doente ou a ruptura

recomendada com os próximos, agravam por vezes a situação. A sobrecarga do trabalho cotidiano pode fazer perder de vista que o paciente tem uma história. As dificuldades para encontrar pontos de referência no que ele exprime forçam a encerrá-lo num sistema de pensamentos redutor, no qual ele é apenas um diagnóstico, um fardo a mais.

A segunda dificuldade é menos evidente e mais insidiosa. O encontro do paciente com os diferentes membros da equipe pode resultar em mal-entendidos; a necessidade de tomar atitudes harmônicas frente a um paciente totalmente desorganizado provoca em todos um trabalho mental que está longe de ser claro, e que o efeito de grupo pode bloquear em formas inadequadas. Pode tratar-se de evitações de angústias pessoais, de necessidade de controle, misturados com um certo grau de excitação e de erotização. É um fator de alienação tão grave quanto é difícil sua análise. Uns e outros se contentam com uma prática que sabem ser inadequada, enquanto procuram negar o fato. Quando esse faz-de-conta é compartilhado com o doente e sua família, ele constitui um dos mais graves fatores de alienação da evolução psicótica. Não se trata de uma conscientização dos limites dos conhecimentos, e das possibilidades de ação terapêutica, mas da incapacidade para suportá-los. Assim aparece a dificuldade de qualquer grupo para se confrontar com a loucura, e a vulnerabilidade de qualquer ser humano nessa situação. Assim aparece também a tendência a reduzir a noção de crise quando ela não é suportável: o "ambiente" é então reduzido ao *stress*, a "crise" à "descompensação", e o objetivo primeiro da intervenção de crise se reduz a fazer desaparecer a própria crise. Toda a instituição torna-se então uma "barreira para o tratamento" e o próprio tratamento uma "barreira" a mais.

Resulta de tudo isso que os modos de resposta institucional à crise são freqüentemente inadequados, sem que ninguém pareça se preocupar com isso. Faltam estruturas de acolhida. As primeiras entrevistas são conduzidas a partir das linhas do exame médico realizado em caso de urgência somática. O tempo e a organização do trabalho dos clínicos não lhes permite abordar os verdadeiros problemas que o episódio psiquiátrico agudo coloca em jogo. São os elementos mais jovens da equipe, os menos experientes e os mais suscetíveis de apresentar reações de desamparo diante da psicose aguda a quem se atribui responsabilidades nesse tipo de tratamento.

A partir dessa situação, se estabelece uma *espoliação dos modos de representação e de interação* com o paciente. Vemos assim desaparecer toda referência aos modos de representação da doença mental pelo próprio paciente, pela sua família, pelos seus próximos, por outros terapeutas, assim como o contraste entre representação de conjunto que

coloca em jogo o aqui, o agora, o porquê de uma determinada demanda de tratamento. As interações são reduzidas ao silêncio tanto com o paciente quanto com os membros significativos do seu meio. Os processos de decisão são ocultados. Ao mesmo tempo, a equipe pode ter tendência a se voltar sobre si mesma: as reuniões se multiplicam e se tornam intermináveis, por discussões repetitivas a respeito de casos aparentemente mais difíceis.

A introdução de novos sistemas de formação e o recurso a referências psicodinâmicas no nível dos processos de avaliação em si não bastam para fazer desaparecer uma idéia da doença mental que, não menos que antes, desemboca em estereótipos empobrecedores. A "crise" pode então se desinflar assim que entra numa instituição psiquiátrica, sem que o seu dinamismo psíquico e interpessoal tenha podido se desenvolver. A organização de trabalho da equipe, quando ela não está preparada para enfrentar as tarefas específicas de um centro de crise, a formação insuficiente dos profissionais no campo do apoio às famílias, a atmosfera penosa que caracteriza as relações humanas diante da psicose aguda são o terreno no qual as reações que acabamos de descrever vão se implantar e se desenvolver, de uma maneira que pode se tornar incontrolável.

Os problemas que acabamos de descrever podem impedir o desenvolvimento de uma verdadeira aliança terapêutica. Trata-se de um fenômeno complexo. A aliança terapêutica inicial acaba se tornando, rapidamente, no curso da interação de crise, uma "aliança de trabalho". Estabelece-se, portanto, uma interdependência entre os fenômenos de encontro, a mobilização de processos de representação, o compromisso em interações cada vez mais amplas e a aliança terapêutica. Nossos trabalhos tendem a mostrar que os fenômenos de alianças são a verdadeira chave da intervenção de crise, e que eles representam, com a qualidade das relações e das adaptações sociais conquistadas pelo paciente, o fator mais seguro de predição da saída clínica a longo prazo¹⁹. Por outro lado, os perfis sintomático e sócio-econômico, as categorias diagnósticas (exceção feita à ausência/presença de distúrbios da personalidade) têm apenas relações muito indiretas com os modos de evolução de longa duração. O nível da aliança terapêutica é, no mais das vezes, extremamente baixo por ocasião da primeira entrevista com o paciente (60% de pontuações "muito negativo" ou "negativo"), sem que isso possa questionar a qualidade da equipe. Essas observações dão uma idéia da gravidade do problema e demonstram a necessidade de transformar os modos de acolhida, os instrumentos de intervenção e as modalidades de

19 *Loc. cit.* (ver nota 11, pág. 32).

enquadramento ou de supervisão das equipes institucionais que são confrontadas com os cuidados e o tratamento dos episódios psicóticos agudos²⁰.

Tal como a concebemos, a intervenção de crise é uma estratégia que tem objetivos e modalidades de realização que são ditados pela necessidade de conter os fenômenos sobre os quais acabamos de discutir. O desamparo dos terapeutas, o desabamento dos sistemas de representação, a perda do interesse pela interação com outrem, a dificuldade de encontrar o paciente, de o tratar e finalmente de imaginar um projeto de tratamento que lhe convenha, são as múltiplas facetas do que habitualmente se chama uma crise. Elas devem se articular umas às outras, e não se reduzir ao simples fator do *stress* ou ao fator das vicissitudes concretas das relações interpessoais. Trata-se de fenômenos que se ordenam de um lado em função das características de uma experiência subjetiva e intersubjetiva específica, de outro lado em função da cultura circundante e dos modos de representações que uma equipe tem da doença mental. Quando não conseguimos garantir um "apoio intersubjetivo" suficientemente funcional, o episódio psiquiátrico se reduz a uma banal descompensação ligada ao acaso dos acontecimentos e a "crise" a uma noção tão banal quanto o *stress*. O desamparo provocado pelo traumatismo do encontro com a crise não pode mais apelar para o conteúdo de uma relação, para a matéria de uma representação, para o objeto de uma angústia. Portanto, nós não vemos a intervenção de crise como um tratamento, mas como o procedimento necessário ao estabelecimento de uma situação intersubjetiva susceptível de conduzir a um tratamento.

A hipótese de crise

Nosso programa de intervenção de crise tem primeiramente por objetivo sustentar e ampliar os processos interacionais que se instauram à volta do paciente a partir do momento que este chega à instituição. O conceito de "hipótese de crise" se refere ao conjunto dos fenômenos que se manifestam durante essa primeira fase de interações. Conseguimos formulá-lo ainda melhor à medida em que o efeito traumático do encontro com a loucura não ergue uma "barreira" intransponível no caminho do nosso trabalho.

20 *Loc. cit.* (ver nota 11, pág. 32).

A "hipótese de crise" não é uma teoria. Ela traduz o que conseguimos extrair durante a interação inicial, assim como uma cena toma forma durante uma sessão de psicodrama psicanalítico²¹. Ela apela para um conjunto de hipóteses clínicas, de interações e de fenômenos de reatualização e de aliança, de identificação e de encontro que se estabelecem à volta dos acontecimentos que balizam a nossa prática clínica. A acolhida, a reconstrução da história, os contatos com os terapeutas externos, as entrevistas com as famílias, a relação privilegiada que se estabelece com um ou outro membro da equipe, são tantos nós ao longo de uma trajetória que pode articular-se com desenvolvimentos intersubjetivos de uma qualidade e de uma extensão muito diferentes. Nós acabamos admitindo que a barreira ao tratamento é tão forte que não conseguimos extrair uma hipótese de crise.

Durante essa fase, os responsáveis pelo tratamento tentam inicialmente ganhar um tempo de interação livre. Na medida do possível, eles ajudam a evitar que decisões importantes sejam tomadas antes de qualquer negociação do tratamento com os principais interessados. Esse procedimento é capital, porque as modalidades pelas quais o paciente nos foi encaminhado (entrada não voluntária²², intervenção da polícia, pressão da família ou dos patrões etc...) anunciam muitas vezes uma verdadeira situação de alienação, criando uma confusão entre o tratamento e a imposição. Acresce ainda que a prescrição das modalidades de tratamento pode implicar uma atribuição de realidade ao diagnóstico, o que coloca o paciente e seu meio na posição de espectadores impotentes. Acontece de todos aqueles que lidaram com o paciente nas semanas e até mesmo nos meses precedentes terem vivido um sentimento de desamparo insuportável. Eles nos pedem então insistentemente para tomar medidas que nos parecem inadequadas ou impossíveis, não conseguem colaborar num projeto que lhes parece inaceitável. É nesses momentos dramáticos que a incompreensão atinge o seu auge: os comentários daqueles que cercam o paciente parecem derrisórios à equipe, inadequados ou contundentes. Eles suscitam contra-attitudes que é preciso saber controlar. Se esse trabalho não é feito, a interação cessa na sua dimensão potencialmente positiva. A loucura do paciente perde todo o valor de apelo, e os sintomas se agravam.

21 S. Lebovici, R. Diatkine, e E. Kastenberg (1958), Balanço de dez anos de terapêutica pelo psicodrama para a criança e o adolescente, *Psychiat. Inf.*, 1, 63-180.

22 A internação não voluntária tem como correspondente aproximado na Suíça o "placement d'office".
N. do E. — Ambas as formas de hospitalização do paciente são regidas por lei e permitem que uma pessoa seja internada por solicitação da família ou da polícia (no caso de periculosidade) mediante atestado médico.

IMPEDIÇÃO DE TRÊS MUDANÇAS DE
CHEGADA NO ATE A INTERVENÇÃO

Quando esse começo pode acontecer em condições convenientes, as relações com a família e com os médicos, nos dias seguintes, vão ser objeto de uma ação mais específica. O trabalho organiza-se e pode tomar formas múltiplas: entrevistas com o paciente, com a família, sessões de psicodrama, terapia corporal. O essencial é reconstituir a trama das representações de uns e de outros. Uma negociação ativa com os interessados caminha passo a passo, nesse momento extremamente agitado, com a elaboração dos conflitos inter-institucionais que sempre se desenrolam à volta do paciente psicótico muito desorganizado. Quando esses procedimentos são possíveis e podem ser feitos de maneira autêntica por cada um dos membros da equipe, pode-se ver sobressair o que é terapêutico no meio institucional.

O fio condutor desse procedimento é constituído pela renegociação da demanda de tratamento e a tentativa de situar a necessidade e as características do tratamento em relação ao que pode ser atualizado do sofrimento do paciente e dos seus amigos, ou das relações que esse sofrimento mantém com toda uma constelação de fatores específicos e uma história individual.

Idealmente, esse procedimento deveria ser susceptível de dar imediatamente lugar ao projeto de tratamento de longa duração. Isso não é fácil, já que ao mesmo tempo é preciso conseguir determinar a escolha de uma estratégia relacional precisa que implique limites no tempo. A equipe de crise não intervém para além do tempo da intervenção de crise, cuja duração é muito variável (cf. Terceira Parte, capítulo 2, página 91). Enquanto a interação de crise supõe uma suspensão dos processos de decisão, a intervenção de crise propriamente dita comporta uma verdadeira indicação de tratamento.

Realizável em pacientes neuróticos ou em casos limites, essa tática não se adapta às psicoses esquizofrênicas. Nesse tipo de afecção, qualquer procedimento que se proponha a atribuir à intervenção terapêutica a função de um "tratamento *stricto sensu*" faz, como vimos, a economia da especificidade do modo de funcionamento do doente. Nesses pacientes é difícil iniciar a interação de crise sem obter, com ajuda de medicação, um mínimo de modificações sintomáticas que permita ter acesso a uma relação ou que permita tornar possíveis e suportáveis as interações entre a equipe, o paciente e sua família. De qualquer forma, o fim da interação de crise marca uma etapa importante do trabalho, se tivermos tido a precaução de deixar para o fim da interação inicial qualquer decisão definitiva relativa à oportunidade, à necessidade de um tal tratamento e em particular à necessidade de um tratamento neuro-léptico. O desaparecimento progressivo dos sintomas, a diminuição das atuações, deveriam ajudar no esclarecimento — essencial mas traumático

ESQUIZOFRÊNICA

co — daquilo que a ruptura psicótica faz aparecer na história e nas relações do paciente e de sua família. Esse trabalho é em geral o mais difícil. Quando a violência e o desamparo do estado psiquiátrico agudo desapareceram, o paciente, sua família e eventualmente os terapeutas, na verdade não desejam dar continuidade a esse trabalho doloroso. É então que a intervenção de crise apela uma segunda vez para a ética da instituição de tratamento: não se trata mais de enfrentar o desamparo engendrado pelo confronto com a loucura. Trata-se ainda do desamparo, mas dessa vez, ligado com a dificuldade de suportar o sofrimento que cada um sente quando se vê confrontado de maneira permanente com a psicose esquizofrênica.

Antes de concluir, precisamos insistir numa dimensão importante da intervenção de crise tal como a organizamos no Centro de Terapias Breves de Eaux-Vives, em Genebra. As vicissitudes dos cuidados (nursing) são controladas e às vezes engendram um processo de espoliação que se exerce sobre os modos de representação e de interação. Isso não é surpreendente: que trabalho de pensamento poderia ter um efeito terapêutico em pacientes que sofrem de distúrbios esquizofrênicos, se esse pensamento também não tivesse o valor e a qualidade de um tratamento? Um paciente pode se encontrar abandonado a si mesmo, quando todos acreditam cumprir a sua função. São os momentos em que ninguém mais consegue se preocupar com as necessidades do corpo, com os sofrimentos que podem se projetar sobre ele. Entretanto, a equipe sabe muito bem que não somente esse tratamento é necessário, mas que ele desempenha um papel essencial na nossa tentativa de tornar o paciente acessível à palavra, de estabelecer uma colaboração com a família, de permitir que a medicação aja, que a relação se estabeleça sem que tenhamos de perder a nossa identidade de terapeuta. Pode ocorrer que, apesar disso, o tratamento não seja iniciado. O sentimento de abandono pode levar o paciente à violência. O estoicismo de que a equipe pode ser capaz numa situação como essa apenas demonstra que nenhum vínculo conseguiu se formar entre o estado de abandono e a forma extrema de apelo que é a violência.

Esse fenômeno é a mais perfeita ilustração da "barreira ao tratamento" e da relação que se estabelece entre essa "barreira ao tratamento" e uma das características mais específicas do funcionamento psicótico: a agressão narcísica permanente perpetrada por um Superego que é ainda mais cruel na medida em que o desamparo é intolerável. A intervenção de crise deveria ser subordinada ao objetivo de contornar esse obstáculo. Manter a atenção dos terapeutas sobre a dimensão corporal e sobre a dimensão psicológica dos problemas do paciente psicótico é uma função essencial da nossa ação institucional. A intervenção de crise apela am-

plamente para as terapias corporais e para os cuidados do corpo quando se dirige aos pacientes que sofrem de distúrbios esquizofrênicos agudos. O tratamento do corpo não desempenhou uma função essencial no procedimento através do qual a medicina desvinculou o tratamento institucional de sua identidade com o hospício?

Todavia, alguns pacientes provocam uma reação mais facilmente que outros. Isso está ligado ao seu modo de funcionamento, mas também, e sobretudo, ao que o seu próprio funcionamento faz emergir de uma determinada identidade corporal e de uma determinada relação com os outros. Reciprocamente, as conseqüências de determinadas crises institucionais não têm o mesmo efeito sobre os processos de cura ou o tratamento médico, para todos os doentes. Alguns pacientes são objeto de erros e/ou dificuldades de compreensão que geram à sua volta reações de desamparo ou de culpa. Para eles também a repetição pesa muito. Esses descarrilamentos apresentam-se como uma espécie de destino inscrito em sua história institucional e nada parece capaz de detê-lo ou preveni-lo²³. Observa-se assim que, episódio após episódio, os mesmos erros são cometidos, as mesmas oportunidades são perdidas, os mesmos conflitos se tornam insuperáveis. A intervenção de crise tem então um objetivo importante: o de tirar o grupo institucional, o médico (se for o caso), a família e o meio social dessa trama sem saída com a ajuda do material oferecido pela hipótese de crise²⁴.

Mais uma vez a teorização nos parece preciosa: Scott (1967) havia articulado o fenômeno de "barreira ao tratamento", ou de "fechamento" diante da interação terapêutica, com a existência de tramas familiares de efeito desorganizador sobre a capacidade de trabalhar em grupo. Apelando para uma teorização cara para um certo número de clínicos da Tavistock Clinic, Scott efetuava assim uma transposição psiquiátrica das "basic assumptions" de Wilfred Bion. Essas formações não representariam fantasias mas formas regressivas da atividade mental que são próximas da atuação e do corpo. De acordo com Bion, que retoma um tema desenvolvido por Freud na sua análise dos mecanismos psíquicos que governam as massas, essas formações dominam também o funcionamento dos grupos, quando estes sofrem graves desestruturas regressivas. O ponto de vista de Scott presta-se a integrar diferentes aspectos da problemática psicótica aos quais nossas técnicas de intervenção de crise são confrontadas: como por exemplo os conflitos que reúnem as

23 Loc. cit. (ver nota 2, pág. 27).

A. Andreoli (1988), Um olhar europeu sobre a desinstitucionalização americana, *Inf. Psychiat.*, 10, 1259-1278.

24 H. Brandi e A. Andreoli (1986) (in loc. cit., nota 2, pág. 27).

famílias em torno de comportamentos auto-destrutivos, a invasão pelo Superego psicótico. As bruscas reorganizações dos grupos institucionais em modos de funcionamento que são incompatíveis com uma ética e uma especificidade dos tratamentos que tornam respirável o clima institucional para o paciente psicótico aparece-nos, todavia, como um efeito de "liberação" de dinamismos onipresentes nos grupos. Um grupo que trabalha com coerência tem um sentimento de identidade que o protege e ele tem imagens identificatórias positivas. Isso pode permitir-lhe integrar os dinamismos profundos que estão em jogo durante a crise. Por outro lado, as tramas desestruturantes surgem de todas as vulnerabilidades que a desorganização e a degradação da atmosfera grupal fazem aparecer. Mas os melhores indícios para descobrir as tramas subjacentes da crise são o próprio processo de espoliação e a incapacidade dos terapeutas de pensar e de neutralizar a situação. Esse ponto de vista leva a inocentar o paciente, a família e o grupo institucional, porque considera-se que essa trama tenha surgido de um acaso do qual todos seriam vítimas impotentes.

Enquanto não é possível deter a festa maníaca ou o estado de passividade invejosa que surge em torno de alguns pacientes, nada se pode esperar de positivo do tratamento do episódio psicótico agudo. É necessário prolongar as discussões e a elaboração desse problema por todo o tempo de duração do tratamento institucional porque a relação paciente-equipe não cessa de se reinscrever na repetição. É raro que a trama não se infiltre também no funcionamento da família. As intervenções junto à família são particularmente importantes, porque enquanto a trama se perpetua, não apenas o tratamento da psicose aguda é pouco eficaz, como também não se pode esperar o mínimo de colaboração para o tratamento de longa duração.

Como veremos na seqüência desse livro, quando a intervenção de crise permitiu estabelecer um contato suficientemente importante e significativo, nós procuramos integrar esse episódio numa história terapêutica de longo prazo que se desenrola num outro dispositivo. Responder à crise e tratar a longo prazo exige um ajuste permanente entre os meios de reflexão que o conjunto da equipe se dá para continuar a pensar de maneira viva e o que o paciente compreende da história que se cria com ele.

Antonio ANDREOLI

TERCEIRA PARTE

PRÁTICA PSIQUIÁTRICA E MUDANÇA