



A mediação de conflitos como auxiliar no tratamento de distúrbios psiquiátricos graves

Corinna Margarete Charlotte Schabbel¹, Alexandre Saadeh^{2,*} 

1. Fielding Graduate Institute  – Human and Organizational Center – Santa Bárbara (CA), Estados Unidos.

2. Universidade de São Paulo  – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Instituto de Psiquiatria – São Paulo (SP), Brasil.

Editora de seção: Eliane Pelles 

*Autora correspondente: alesaadeh@yahoo.com.br

Recebido: 01 Fev. 2024 Aceito: 03 Abr. 2024

RESUMO

Este artigo demonstra que, por meio de um projeto terapêutico fundamentado na epistemologia construtivista, o trabalho conjunto do psiquiatra e do psicoterapeuta é essencial para uma melhor compreensão de como foi construída a realidade do paciente. A atuação dos profissionais com o paciente é bem-sucedida quando as fronteiras interdisciplinares se diluem, passando-se a trabalhar com base nas necessidades individuais do paciente de acordo com cada momento vivido durante o tratamento.

Palavras-chave: Mediação familiar, Construtivismo, Dependência química, Síndrome de Klinefelter.

Conflict mediation as an aid in the treatment of serious psychiatric disorders

ABSTRACT

This article demonstrates that, through a therapeutic project based on the constructivist epistemology, the joint work of the psychiatrist and psychotherapist, combined with the support of conflict mediation, is fundamental for a better understanding of how the patient's reality was constructed, his family ties and difficulties in relationship. The professionals' work with the patient is successful when interdisciplinary boundaries are blurred, starting to work based on the patient's individual needs according to each moment experienced during treatment.

Keywords: Family Mediation, Constructivism, Cognitive Therapy, Drug addiction, Klinefelter Syndrome.

La mediación de conflictos como ayuda en el tratamiento de trastornos psiquiátricos graves

Resumen

Este artículo demuestra que a partir de un proyecto terapéutico basado en la epistemología constructivista, el trabajo conjunto del psiquiatra y psicoterapeuta, combinado con el apoyo de la mediación de conflictos, es fundamental para una mejor comprensión de cómo se construyó la realidad del paciente, sus vínculos familiares y sus dificultades. en relación. El trabajo de los profesionales con el paciente es exitoso cuando se desdibujan los límites interdisciplinarios, pasando a trabajar en función de las necesidades individuales del paciente según cada momento vivido durante el tratamiento.

Palabras clave: Mediación familiar, Constructivismo, Dependencia química, Síndrome de Klinefelter.

INTRODUÇÃO

O tema do presente trabalho, a relação triádica psiquiatra, psicoterapeuta e paciente e o apoio da mediação familiar segundo uma abordagem construtivista, procura enfatizar a importância da interdisciplinaridade, que vem mobilizando os profissionais da área de saúde e que adota o pressuposto básico de que o encontro terapêutico é feito em coautoria e corresponsabilidade.

Observando a história do pensamento humano e como este acompanha a evolução histórico-cultural de uma sociedade, dificilmente se podem avaliar as melhores ou piores formas de se ver o pensamento, a ação e o desenvolvimento do ser humano. O fato é que cada uma das visões de mundo e homem, em seu tempo, cumpriu a missão à qual se propôs. Assim sendo, no que se refere à visão de realidade, há dois períodos históricos da cultura ocidental que são determinantes: a modernidade (século XIV até meados do século XX), caracterizada pela ciência moderna, em que se desenvolveu o uso da consciência reflexiva, o desenvolvimento de técnicas e procedimentos que controlassem os acontecimentos e a visão objetiva da realidade por meio de um observador detentor do conhecimento; e a pós-modernidade, a fase atual de múltiplas transformações que questionam, em primeiro plano, os fundamentos da racionalidade moderna (Brian, 1994).

Como as demais ciências, a psicologia também não poderia deixar de ser afetada pela crise de transformação da pós-modernidade. No encontro de conceitos mais abrangentes à experiência humana como a historicidade, o contexto cultural (Mahoney, 1993) e o conceito de sistemas autoprodutivos (Maturana & Varela, 1995), estratégias psicoterapêuticas da perspectiva construtivista, ou seja, que considera o homem como o articulador de sua própria realidade, formam um sistema de crenças que o permite colocar-se no mundo com a sua verdade pessoal. Logo, temos hoje a visão de múltiplas realidades, construídas em uma estrutura inerente ao organismo em interação com seu ambiente por meio da linguagem, o que põe por terra a visão objetiva dos fenômenos, ou a verdade objetiva irrefutável.

O paradigma construtivista enfoca o ser humano em sua totalidade, ou seja, interagindo consigo e com o mundo de acordo com as experiências vividas e compartilhadas. Assim sendo, diluem-se as fronteiras entre as disciplinas, possibilitando a criação de um contexto colaborativo em que especialidades se aproximam formando um espaço para trocas, flexibilizando e reconstruindo significados para atender com maior eficiência às injunções do trabalho clínico (Maturana, 1996).

O modelo terapêutico adotado evita a ideia de que há algo para ser consertado ou arrumado, e o terapeuta assume um papel de professor e o paciente o de aprendiz. Para melhor investigar a pluralidade de possibilidades que permitem o paciente articular os significados dados à sua experiência de vida e que formam um conjunto coerente de representações que o localizam em seu contexto, buscam-se, portanto, além de uma conversa colaborativa/cooperativa que integre técnicas terapêuticas emprestadas da terapia comportamental cognitiva, da mediação familiar e da terapia de família, vivências concretas por intermédio de recursos emprestados do psicodrama bipessoal (Cukier, 1992).

Como não há uma verdade única e objetiva, o que faz sentido é a investigação das percepções, das construções e da aprendizagem que fizeram com que o paciente adotasse determinados padrões de organização e interação com o meio. Desse modo, o indivíduo, nesse caso o paciente, é, durante o processo terapêutico, coautor do processo, e não um mero receptor de informações.

HISTÓRICO

F, solteiro, 31 anos, dependente de cocaína – pó ou crack – e portador da síndrome de Klinefelter (XXY), vive com a mãe (73 anos); os pais estão separados há cinco anos. O pai (59 anos) continua sendo o mantenedor e o provedor, embora tenha se casado novamente assim que saiu de casa. F tem um irmão mais velho (35 anos), com o qual mantém um relacionamento superficial. F, quando iniciou o tratamento, estava noivo havia dois anos. Casou-se ao fim do tratamento.

F sempre foi uma criança rebelde, com problemas de aprendizagem e baixo aproveitamento escolar, tendo sido solicitado pela escola acompanhamento psicológico. Após o psicodiagnóstico, F fez ludoterapia por três anos. Na puberdade, sentiu-se muito incomodado com o crescimento súbito – sempre foi o mais alto de sua turma – e o aparecimento de mamas. Foi submetido a uma mastectomia em 1979, ocasião em que foi pedido o exame de cariótipo e feito o diagnóstico de Klinefelter. Cabe mencionar que o significado da síndrome nunca ficou claro para a família. Aos 18 anos, F começou a consumir maconha em grandes quantidades e trocou-a por cocaína aos 21 anos, passando a consumir crack motivado pelos amigos de vício e pela crônica falta de dinheiro. Continuou usando maconha para poder adormecer depois do uso da cocaína.

Cursou até o segundo ano da faculdade de administração, embora nunca tenha levado os estudos muito a sério: “Sempre fiz provas, inclusive o vestibular, chumbado”. Nunca foi estável nos empregos que teve: estagiário de serviços administrativos

(nove meses); auxiliar de escritório (três meses); auxiliar de estoque (quatro meses); estoquista (três meses); vendedor de produtos químicos (dois meses); mensageiro (um ano); entre outros. O motivo da saída sempre esteve associado à droga, à agressão e às brigas e faltas constantes.

F procurou tratamento em janeiro de 1996, pois estava desempregado havia mais de um ano e a noiva lhe dera um ultimato, já que estava consumindo todas as reservas do casal em drogas.

Em nosso primeiro encontro ao qual compareceu com a noiva, o seu discurso era desconexo, confuso, misturando dados de realidade com fantasia. Alguns dados importantes foram fornecidos pela noiva. Embora F estivesse assustado perante a ameaça de rompimento do noivado, ainda vinha consumindo crack diariamente e afirmou estar diante de um dilema, pois tanto a noiva quanto o crack eram importantes para a sua vida, já que nunca tivera ninguém ao seu lado. Queria ser internado, mas tinha medo da hospitalização, já que havia passado por algumas experiências muito desagradáveis na infância e adolescência e, por outro lado, não se sentia forte o suficiente para deixar a droga. Sugeriu-lhe que tentasse, nas semanas de férias que haviam programado, diminuir o consumo da droga e fizesse as respectivas anotações na ficha de controle de consumo de drogas.

Essa ficha de controle tem como objetivo ensinar o paciente a identificar os pensamentos automáticos ou disfuncionais que coexistem com os pensamentos que o incentivam a continuar usando a substância (*craving*). Ao anotar na ficha o que o motiva a consumir a droga, na realidade está se preparando para:

- Perceber os pensamentos disfuncionais que são repetitivos e negativos;
- Verificar o quanto esses pensamentos influenciam as respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas subsequentes;
- Criar condições para cruzar esses pensamentos com suas ações e, assim, percebendo a disfunção psicológica que o mobiliza à droga dependência, iniciar um processo de ressignificação de crenças.

Ao utilizar uma estratégia que dependa de sua própria vontade – perceber e anotar o que se passa com ele –, identifica os pensamentos disfuncionais que comprometem a sua interação com os outros e, sendo angustiantes, interferem na possibilidade de atingir as novas metas. As fichas de controle, preenchidas pelo paciente, servem para reconhecer, controlar ou modificar o próprio comportamento e usar respostas alternativas para alcançar as metas elaboradas em conjunto com o terapeuta (Beck, 1995).

Pela percepção dos pensamentos disfuncionais e identificação das crenças negativas, ocorre uma mudança positiva que, nesse caso, pode ser dividida em três etapas distintas: a primeira baseia-se na sensibilização para desintoxicação; a segunda refere-se ao período de abstinência; e a terceira é a fase de manutenção.

Embora o paciente estivesse bastante motivado para deixar a droga, principalmente pela imposição da noiva e pelo medo de perdê-la, a dificuldade de manter-se afastado dos colegas era imensa, deixando-o extremamente ansioso, com crises de taquicardia, sudorese excessiva, fala apressada e atropelada e agressividade com os demais familiares que o consideravam desajustado, preguiçoso e prepotente.

A partir do momento que o paciente aceitou que não conseguiria levar adiante a desintoxicação apenas com o suporte psicológico (não aceitou a interferência de um médico no primeiro momento), foi-lhe recomendado acompanhamento psiquiátrico. A comunicação entre os pais e o filho nessa ocasião praticamente não existia. Foi sugerido que, antes de encaminhá-lo ao psiquiatra, todos participassem de um processo de mediação com os intuítos de abrir uma possibilidade de conversar sobre o assunto e envolver seus pais no tratamento, em seu custeio e no suporte que o filho viria a precisar pós-tratamento, considerando ser ele totalmente dependente em termos financeiros de um e de outro e, também, ter um lugar para falar sobre as relações conturbadas, desorganizadas e sem sentimentos entre eles.

A segunda fase, ou abstinência propriamente dita, foi caracterizada por ativação geral diminuída, menor motivação e redução da capacidade de sentir prazer. A memória dos efeitos negativos do *crack* regrediu progressivamente, e o desejo aumentou, sobretudo quando o paciente entrou em contato com os lugares ou as pessoas que o incitaram ao uso da droga no passado. F apresentou sintomas depressivos, compulsão para comer e impotência sexual, que gradativamente foram diminuindo. Com a remissão dos sintomas desagradáveis, F sentiu-se motivado, principalmente por ter recuperado seus laços familiares, manifestado na última sessão de mediação, no total de três.

Em uma fase difícil, em que somente com o entendimento da mãe e da importância de sua presença no dia a dia do filho, os efeitos da pedra de *crack* inalada, batizada pelo paciente de “*tuum*”, apareceram em sonhos, e houve três reincidências que provocaram:

- Euforia com mudanças perceptuais – percepção mais aguçada das sensações e estímulos do ambiente;
- Aumento da autoestima pela aceitação do fato de sempre ter sido diferente dos colegas, sem saber por quê;
- Aumento significativo da libido e do exercício da masturbação, que ocorre durante todo o período de euforia, levando-o a fumar outra pedra em seguida para perpetuar a sensação de prazer;
- Diminuição do apetite;
- Tendência aumentada a agressões físicas e agitação psicomotora.

O desejo estava menor, aparecendo em intervalos cada vez mais espaçados; os sintomas depressivos praticamente desapareceram; e a motivação em manter-se “limpo” aumentou muito desde que encontrou trabalho (fevereiro de 1997). Casou-se em novembro de 1997, o que colaborou com a normalização de sua vida sexual, embora tenha apresentado alguns períodos de *craving* contornados com medicação e retorno à psicoterapia, que havia sido espaçada após janeiro de 1998.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

A cocaína atuando sobre o cérebro gera modificações no psiquismo, e o abuso praticado por F durante anos a fio, com curtíssimos períodos de abstinência, porém sem deixar a maconha desde os 18 anos de idade, nos dá a característica de *continuum*, isto é, uma evolução progressiva nos níveis de consumo, iniciado com a maconha, passando à cocaína inalada, para culminar no *crack*, sendo essa última etapa – oito meses – caracterizada por picos de alto consumo de caráter compulsivo – até 12 pedras/dia –, intercalados por dois ou três dias de consumo menor de *crack* acrescido de maconha para dormir.

Pudemos depreender tanto da análise do registro diário de atividades como da análise da ficha de controle do consumo de drogas que F alterna o uso da maconha e da cocaína, sendo a motivação para o uso sempre acompanhada de intensa ansiedade e de características compulsivas e/ou fóbicas, desordens sensoriais e perceptivas – alucinações auditivas e delírios psicóticos ligados à perseguição.

Antes de iniciar o tratamento propriamente dito, foi introduzida a mediação, a pedido de F, para provocar uma reaproximação dos pais (separados havia alguns anos) e retomar a relação interrompida. Era crucial negociar um acordo sobre a importância do apoio afetivo e financeiro para que o tratamento pudesse ter algum êxito, levando-se principalmente em conta o pai, que, desde a perda do último emprego de F, não só havia se afastado do convívio com o filho, como também havia retirado o apoio financeiro.

Foram realizadas seis sessões de mediação, sendo duas com o casal, duas com o pai e duas com a mãe, com o intuito não só de conseguir um relacionamento cooperativo em que as desavenças existentes entre o casal – ainda não resolvidas, apesar de estar separado havia anos – pudessem ser esclarecidas, mas que se retomassem seus papéis de pai e mãe, em benefício do tratamento do filho. A mediação levou em consideração os seguintes tópicos:

- Fazer com que os pais falassem sobre a síndrome de Klinefelter sem que velhos rancores voltassem a ser tema de discussões intermináveis;
- Buscar o engajamento de ambos para o tratamento e a aceitação da dependência química do filho;
- Firmar um acordo financeiro para o tratamento (honorários médicos, psicológicos, medicamentos, despesas pessoais do paciente etc.);
- Estabelecer um acordo de cooperação dos pais como auxiliares ativos no tratamento, instalando um período de trégua, já que os dois praticamente não se falavam.

A renegociação dos relacionamentos do pai e da mãe com o filho ocorreu durante as sessões de mediação, pois após a separação do casal a falta de disciplina do paciente, com suas idas e vindas em empregos, a falta de agenda etc. passaram

a ser tema recorrente entre eles. O paciente, embora já adulto quando da separação definitiva dos pais, sempre apresentou em relação a eles um comportamento imaturo, agressivo, errático e desafiador.

Feito o acordo de cooperação mútua e acertados os detalhes financeiros, a continuidade do tratamento ficou atrelada a:

- O pai assumiria os custos do tratamento por seis meses, período que ele considerava pertinente para que o filho “mostrasse” sua vontade e empenho para mudar o rumo da própria vida;
- A pensão de alimentos foi redimensionada para que o paciente pudesse permanecer em casa, sem trabalhar, pelo período de seis meses;
- A mãe assumiria o papel de auxiliar na terapia, podendo contar com a colaboração do pai sempre que necessário;
- Pai e filho voltariam a se encontrar pelo menos uma vez por semana para uma atividade conjunta. O pai também acompanharia o filho ao psiquiatra;
- Caso uma internação viesse a ser necessária, os pais concordaram em aceitá-la e assumir as custas sem ameaçar o filho com a venda do imóvel que a ele fora doado ao completar 21 anos;
- Passado o prazo de seis meses, seria feita uma avaliação para continuidade do tratamento.

F procurou auxílio psiquiátrico em julho de 1996, seis meses após o início do tratamento psicoterapêutico. No total, foram realizadas três consultas. Na primeira, veio acompanhado do pai. Após anamnese e orientação ao paciente, foi introduzido na consulta o pai, visando à sua orientação. Esse primeiro contato foi produtivo, pensando que pai e filho deveriam falar-se com maior maturidade e franqueza. Instituiu-se terapia farmacológica, e foram pedidos exames.

Em seu primeiro retorno, F mostrava-se mais disposto, sem uso de drogas, eufórico com seu sucesso. Os exames vieram sem alteração. Sua mãe, que o acompanhava, estava esperançosa com o tratamento.

Na terceira consulta, F mostrou-se deprimido, pois voltara a usar *crack*. O tratamento farmacológico foi alterado e prosseguiu lentamente, com dificuldades, reincidências provocadas pelo *craving*, além de insônia e perturbações emocionais.

Antes de seguirmos com a discussão, cabe a observação de que o paciente é portador de uma síndrome genética (síndrome de Klinefelter). Cada célula do organismo possui 46 cromossomos, que são iguais dois a dois, isto é, existem 23 pares de cromossomos, dos quais 22 são autossômicos e semelhantes tanto no homem como na mulher e um par que são os cromossomos sexuais, designados por letras: a mulher tem dois cromossomos X, e o homem, um X e um Y. Portanto, o cariótipo de um homem normal é representado por 46, XY (Cruz, Furtado, Silva & Carvalho, 2019).

A síndrome de Klinefelter ocorre por causa de uma aneuploidia dos cromossomos sexuais. Em mais de 80% dos casos o cariótipo é do tipo 47, XXY. Em função da presença de dois cromossomos X, os pacientes com síndrome de Klinefelter e cariótipo 47 XXY apresentam cromatina sexual positiva, com incidência semelhante à encontrada em mulheres normais.

Em cerca de dois terços dos casos, o que originou a síndrome, a não disjunção, ocorreu na meiose materna. O outro terço se deu na meiose paterna. Nos primeiros, a idade média da mãe apresenta-se aumentada. A síndrome de Klinefelter é, portanto, uma alteração genética que afeta somente a população masculina, e ocorre em um afetado em cada mil nascimentos.

O paciente em questão apresenta o cariótipo 47, XXY, tendo, durante o seu desenvolvimento (segundo relato da mãe) apresentado os seguintes sintomas, considerados típicos da síndrome:

- Físicos: ao nascer, sua aparência era normal, com peso e altura conforme a média esperada. Apresentou tendência a crescer (estatura) diferenciada da faixa etária do quarto ano de vida em diante. A puberdade foi tardia. O desenvolvimento da caixa torácica foi pobre. O crescimento do pênis e dos testículos pode ser considerado normal. Houve o desenvolvimento anormal de mamas, tendo F sido submetido a uma cirurgia corretiva. O paciente é estéril segundo exame laboratorial confirmatório realizado em dezembro de 1996. Sua libido na puberdade apresentou-se rebaixada e, atualmente, é oscilante;
- Psicológicos: apresentou atraso no desenvolvimento da linguagem e problemas em relação ao processo de percepção (escrever, ler, falar). A compreensão, quando facilitada pelo uso de vocabulário adequado, pode ser considerada de acordo com a faixa da normalidade. F não se desenvolveu na mesma proporção que os colegas, apresentando tendência a alienar-se e afastar-se do grupo na pré-adolescência e adolescência. Nesse mesmo período foram constatadas dificuldades de aprendizagem, comportamentos agressivos com os colegas e oscilações de humor.

Por solicitação da escola, o paciente foi encaminhado aos 11 anos para um psicodiagnóstico e, posteriormente, para ludoterapia.

A síndrome de Klinefelter pode se apresentar também na forma de mosaicismo (47 XXY, 48 XXXY). As variantes da síndrome, constatadas em cariótipos, podem estar associadas à oligofrenia, ou seja, a existência de um cromossomo X adicional reduz o quociente de inteligência (QI) em 16 pontos. Os testes psicométricos realizados durante a infância não dão a ênfase necessária para detectar as discrepâncias entre a verbalização e o desempenho da inteligência, deixando margem a interpretações parciais. É comum pacientes portadores de anomalias cromossômicas apresentarem dificuldades de aprendizagem e distúrbios de comportamento específicos. Pesquisas realizadas para comparar a qualidade de comunicação entre indivíduos com QI na faixa da normalidade e os que apresentam anormalidade cromossômica de maior nível levaram à constatação de que existe um retardo no desenvolvimento da linguagem dos portadores de anomalias diretamente proporcional à gravidade da anomalia constatada (Ong & Robertson, 1995).

A pobreza constatada na construção de frases e limitação no discurso verbal, bem como dificuldades de aprendizagem, apresentam altos escores nos portadores da síndrome de Klinefelter.

Os comportamentos do paciente, como culpar os outros, mentir, sentimentos de abandono intercalados com de grandiosidade e arrogância, transmitidos por um discurso estereotipado e por vezes truncado, ou negando-se a uma resposta sem antes fazer perguntas sucessivas para culminar em uma evasiva ou coisas sem importância, mostram, no que se refere ao desenvolvimento cognitivo, oscilação entre a infância e a adolescência. Há dificuldades em concentrar-se na leitura e compreender o que lê. Não gosta de escrever.

O exame de cariótipo foi solicitado por ocasião da cirurgia de mamas (agosto de 1979). Por motivo desconhecido, nunca foram esclarecidos aos pais o significado nem a abrangência da síndrome.

Explicou-se ao paciente e a seus familiares a importância de acompanhamento por parte de um endocrinologista para cuidar da reposição de testosterona. Em virtude da descoberta tardia da síndrome, houve necessidade de complementação dos níveis de testosterona, uma vez que esta não é produzida nos níveis necessários em pacientes 47, XXY, caso de F. Os hormônios, inicialmente ministrados por via intramuscular, a cada 30 dias, passaram, após avaliação, a serem ministrados via cutânea (adesivos). A manutenção dos níveis de testosterona é importante para evitar, entre outros sintomas, o reaparecimento das mamas.

HIPÓTESES E ESTRATÉGIAS DE TRABALHO

Diante do que foi relatado até aqui, chegou-se às seguintes hipóteses e estratégias de atuação com o paciente:

- Pelo reconhecimento da drogadição enquanto padrão pessoal para inserir-se no contexto familiar, os pais, embora já separados, puderam perceber o quanto práticas e padrões familiares (condutas aditivas, falta de expressão dos sentimentos nas relações familiares, ausência constante do pai, jogo e outros vícios domésticos) se constituíram em um modelo para o filho, que, não suportando a realidade, optou pela drogadição;
- A relação da díade mãe/filho com características extremamente infantilizadas e duplo-vinculares fez da drogadição uma pseudoindividação;
- A noiva, em cuja família de origem existe, com frequência multigeracional, o alcoolismo, foi conivente com a drogadição do paciente até o momento em que esta se tornou socialmente inaceitável e, a partir daí, rompeu a aliança, desestruturando o paciente e levando-o a procurar tratamento;
- O consumo de cocaína outorgou ao paciente sensações de poder e onipotência não experimentadas anteriormente, dando-lhe oportunidades para afastar-se da família;
- A droga esteve sempre acompanhada de um colorido erótico, e o paciente sempre se expressou como se ela fosse uma amante;
- O ciclo vital familiar estava estagnado na adolescência do paciente de forma que só funcionariam as estratégias dirigidas à família com um filho adolescente, e não com um adulto de 30 anos;

- Os sintomas estavam sendo alimentados pelo sistema. Portanto, por meio de tarefas paradoxais foram modificadas sequências repetitivas de comportamento, que culminaram com os períodos de abstinência crescentes;
- O casal, separado e com dificuldades de diálogo, também receberia tarefas no sentido de se aproximarem em benefício do tratamento do filho, o que promoveu uma mudança na comunicação e na inter-relação da tríade, que atualmente é amistosa e cooperativa;
- Manteve-se durante todo o tempo uma relação muito positiva com a família e com o paciente, o que diminuiu consideravelmente a culpa (provocada mais pela síndrome do que pela drogadição) da mãe e a postura defensiva do pai (desconfiado e desacreditado do sucesso do tratamento);
- Com o pai, buscou-se uma cumplicidade visando à reintegração social do filho. Isso acabou aproximando os dois e modificando o vínculo original;
- A mãe foi solicitada a ser observadora no período mais crítico e incumbida de desempenhar algumas tarefas específicas, como a condução e o controle de agenda, dinheiro e atividades do filho durante o período de desintoxicação. Como consequência, o ambiente doméstico estabilizou-se.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A epistemologia construtivista baseia-se na asserção de que o indivíduo, por sua estrutura ou biologia, não é uma vítima da realidade, e sim da construção feita dessa realidade. Isto é, na perspectiva construtivista, o processo terapêutico não difere muito de nenhum outro processo de investigação e aprendizagem humano. Trata-se de um procedimento ativo para desenvolver formas mais viáveis e satisfatórias de estar no mundo de acordo com o momento experienciado em interação com o meio (Ferreira & Abreu, 1998).

Com base no pressuposto de que o núcleo social inicial – a família – representa as primeiras relações do indivíduo que darão origem às suas primeiras construções, ela acarreta a aquisição não só de padrões de comportamento, mas também é a responsável pela construção funcional de um modelo social e historicamente contextualizado que se expressa pelo sistema de comunicação que a família estabelece para manter a homeostase familiar, como mitos familiares, mandatos (missões funcionais que cada membro recebe, ou seja, ordens passadas por gerações), profecias, padrões de repetição e pautas comunicacionais.

Nesse sentido, construção individual segue regras sociais e familiares. Ou seja, em sua estrutura pessoal, alguns padrões familiares perseveram, porém com uma marca pessoal. A funcionalidade familiar, a longo prazo, depende de sua capacidade de adaptar-se. Durante as etapas do ciclo vital, a família precisa mudar seus padrões de relação para superar as crises, e nem sempre isso acontece. Em virtude da dificuldade de restabelecer o equilíbrio quando os filhos “adolecem”, as famílias tendem, como no presente caso, a congelar em uma fase anterior, mais confortável, já que conhecida (Schabbel, 2005, 2020).

A criança, em seus primeiros anos de vida, faz esta opção, a da criação de uma realidade própria. Lembrando Piaget (1963) quando diz que a criança possui uma lógica própria de pensar que necessariamente não é a lógica do adulto, nesse processo individual, conforme as limitações do próprio desenvolvimento, a criança já apresenta características bastante singulares no agir. Inicia-se, assim, um processo de construção de identidade que, a cada nova experiência e intercâmbio com o ambiente, se transforma.

A adolescência representa uma mudança significativa e, à medida que o indivíduo vai vivendo, entrelaça suas experiências com a imagem que tem de si mesmo. Enquanto essa imagem produzir mais resultados positivos do que negativos, ele a mantém.

A adolescência devolve o indivíduo, por um curto período, ao estágio pré-operacional de Piaget (1963), tratando-se de um período emocionalmente egocêntrico: só o que o EU sente é importante, não conseguindo ver o sentimento do outro nem se colocar no lugar do outro e perceber sentimentos. Só ele está certo, e, se o outro discorda, este está errado. Existe a necessidade constante de experienciar, pois só assim as coisas têm valor. A experiência concreta é a que vale, embora racionalmente ele já consiga usar a lógica abstrata (Vermersch, 1979, 1999).

A ideia que fica é a de que o processo emocional caminha numa velocidade muito mais lenta que o racional. Os estágios do desenvolvimento emocional caminham muito mais devagar, e, infelizmente, pouco é trabalhado em nossa cultura para que emocional e racional se desenvolvam concomitantemente e em associações, possibilitando desse modo o amadurecimento do indivíduo como um todo (Schabbel, 2020).

Na adolescência, ainda sob forte pressão social (como a família, os amigos), o indivíduo passa por um processo de revisão, numa busca de saber, no aqui e agora, quem é e o que quer da sua vida. É o momento de redefinir-se como pessoa. Nessa redefinição de si mesmo, ele sofre influências tanto externas quanto internas; há pressões tanto emocionais quanto sociais a serem manejadas e levadas a bom termo (Zoja, 2000)

Essa reconstrução de si mesmo pode variar de poucos anos até o resto da vida, e a fluidez e continuidade do processo criativo e simbólico na construção de significados alternativos para as situações que se apresentam, para os novos desafios, as novas fases do ciclo vital dependem de como lida com as situações que se apresentam a cada presente.

Quando a reavaliação, a redefinição de si mesmo, se dá de maneira progressiva, em um fluxo criativo, o indivíduo faz suas opções acreditando em todas as suas consequências e assumindo-as. É a integração total do EU, numa busca constante da felicidade, em que o importante, aquilo que de fato valoriza, é o SER, ampliando a sua compreensão da dinâmica do outro, podendo fazer opções de convívio.

Nesse processo não existe aceitação passiva dos fatos, mas sim compreensão ativa e um responsabilizar-se pelas próprias atitudes. Como tampouco existem a birra pela birra nem o não pelo não. Há uma compreensão de fatos e um assumir as próprias atitudes. O processo de equilíbrio iniciado na infância prossegue, existe um questionamento interno da própria ação que o desprende do egocentrismo, aumenta a capacidade de abstração, incrementa a linguagem interna e a possibilidade de saber lidar com as próprias lembranças, que sendo estruturais podem trazer situações e sentimentos nem sempre agradáveis de serem lembrados. As memórias emocionais são as que mais possibilitam um amadurecimento, quando relacionadas com as outras capacidades, pois simplesmente lembrar e trazer fatos à tona sem correlacioná-los não leva a lugar nenhum. Seria apenas uma dor que nem sempre vale a pena lembrar que existe.

Desde o primeiro contato com o paciente e suas dificuldades, já descritas, percebemos que a única forma de chegar a ele e a sua dor era estar com ele para percorrermos juntos, em uma viagem teleonômica (do grego *telos* e *nomos* – fim legítimo), uma direção de desenvolvimento nem predeterminada nem aleatória, porém incluindo intenções e finalidades. A diáde terapêutica está disponível tanto para ser orientada como para orientar, dependendo do momento e estando sempre disposta a observar o tempo interno do paciente, abrindo os espaços de acordo com a sua disposição, vivenciando a seu lado seus dramas mais íntimos sem se colocar em posição assimétrica, e sim propondo alternativas para a reconstrução de significados rígidos e estereotipados, bem como buscando um novo equilíbrio, sempre com base na concretude, utilizando recursos narrativos, dramáticos e lúdicos.

Na fase inicial de sensibilização, permanecemos à disposição do paciente e de seus familiares tanto no consultório como por telefone 24 horas por dia, o que foi importante e de extrema valia em alguns momentos cruciais.

Durante o processo de desintoxicação foram associados, além da farmacoterapia, instrumentos da terapia comportamental cognitiva, como a ficha de controle de consumo de drogas, que tem como finalidade auxiliar o paciente a reconhecer suas próprias estruturas e esquemas e as respostas por elas provocadas.

É importante ressaltar que pelo automonitoramento o paciente passa a ser o diretor de seus próprios atos e vontades. Passa a ser um observador de si mesmo, e o terapeuta assume um papel de facilitador na construção de estratégias que propiciem a mudança. Visando reforçar as situações bem-sucedidas, foi introduzido o relatório de estratégias bem-sucedidas, já que o ato de concentrar-se para escrever sobre uma experiência bem-sucedida deu ao paciente certa segurança e consciência dos estímulos situacionais, eventualmente associados à resposta problema, que durante as sessões foi discutida, dando-lhe condições para identificar respostas emocionais, principalmente a ansiedade.

Durante todo o tratamento, foi mantido o autorregistro, que tanto serviu como dispositivo para avaliar o andamento do processo como instrumento de reforço positivo, uma vez que seu caráter recompensador aumentou os esforços de autocontrole em situações difíceis, percebendo a “chegada” de uma crise e proporcionando redução dos “fracassos”.

Visando à maior eficácia terapêutica, optou-se pelo registro de atividades diárias. Em virtude da dificuldade de escrever o autorregistro, este foi dividido em etapas, que sempre foram discutidas com o paciente durante as sessões:

- Registro de atividades diárias em substituição ao registro de controle de consumo de drogas, primeiramente auxiliado por uma familiar disponível – a mãe – e posteriormente sozinho;
- Introdução de agenda diária com horários determinados para diversas atividades (hora de levantar, banho, refeições e atividades);
- Estabelecimento de metas futuras tomando como base as dificuldades anotadas nos registros vivenciados no espaço dramático “como se”.

Para contornar a rejeição à internação, utilizamos procedimentos oriundos do processo de desintoxicação doméstico e reabilitação social proposto por Stanton (1991), o qual envolve três ou mais indivíduos: o adito e os pais ou seus substitutos, que formam um sistema íntimo, interdependente e interpessoal. Quando o equilíbrio do sistema em questão fica ameaçado, o dependente entra em ação e cria uma situação dramática que concentra nele a atenção, e são suas funções, de acordo com a estrutura e trama familiar, proteger e conservar o equilíbrio homeostático familiar, tendo como resposta a estagnação do processo de desenvolvimento do adito.

A abordagem construtivista e, sobretudo, o reconhecimento das dificuldades do paciente portador de uma síndrome genética que o aliena socialmente – estagnado em seu desenvolvimento no estágio da adolescência –, associados a um trabalho de integração familiar, foram os pilares para que o processo terapêutico pudesse ser levado adiante.

Todavia, o sucesso obtido deve-se principalmente ao trabalho, que, mais do que interdisciplinar, foi integrativo e colaborativo, e a medicação funcionou como coadjuvante necessário para vencer as fases críticas de estresse, provocadas pela crise de abstinência. A facilidade de contato e a confiança entre psicoterapeuta e psiquiatra e as técnicas de mediação de conflitos para trazer os pais de volta ao convívio para cuidar de seu único filho permitiram uma visão ampliada do caso, abrindo espaço para não só recuperar o paciente, mas também resgatar os vínculos frágeis da família, restabelecendo o desenvolvimento do ciclo vital e a afetividade entre eles.

O presente caso permitiu que outros pacientes dependentes químicos fossem tratados ambulatorialmente, abrindo novas possibilidades para se resgatarem as relações familiares. A mediação de conflitos antigos que fazem parte do cotidiano das famílias, sendo coadjuvantes no agravamento dos casos de drogadição, auxiliou muito o processo, uma vez que a família não estava disposta, naquele momento, a passar por terapia familiar.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Contribuições científicas e intelectuais substantivas para o estudo: C.M.C Schabbel e A. Saadeh; **Concepção e desenho:** C.M.C Schabbel e A. Saadeh; **Análise e interpretação dos dados:** C.M.C Schabbel e A. Saadeh; **Redação do artigo:** C.M.C Schabbel e A. Saadeh; **Revisão crítica:** C.M.C Schabbel e A. Saadeh; **Aprovação final:** C.M.C Schabbel e A. Saadeh.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Não se aplica.

FINANCIAMENTO

Não se aplica.

AGRADECIMENTOS

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Artes Médicas.
- Brian, G. (1994). *How the leopard changed its spots: the evolution of complexity*. Touchstone.
- Cruz, M. L. C. M., Furtado, A. C., Silva, C. G. R., & Carvalho, F. A. (2019). *Síndromes e psicologia: atuação, prática e pesquisa*. Juruá.
- Cukier, R. (1992). *Psicodrama Bi-Pessoal*. Ágora.
- Ferreira, R. F., & Abreu, C. N. (1998). *Psicoterapia e construtivismo: considerações teóricas e práticas*. Artmed.
- Mahoney, M. J. (1993). Introduction to Special Section: Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 187-193. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.2.187>
- Maturana, H. (1996). *A ontologia da realidade*. Editora UFMG.

Maturana, H., & Varela, F. (1995). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do conhecimento humano*. Psy.

Ong, S. H., & Robertson, J. R. (1995). Schizophrenia with karyotype mosaic 47, XXY/48, XXY+ 8. *Psychiatric Genetics*, 5(2), 67-69. <https://doi.org/10.1097/00041444-199522000-00004>

Piaget, J. (1963). *A construção do real na criança*. Zahar.

Schabbel, C. (2005). Relações familiares na separação conjugal: contribuições da mediação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 13-20.

Schabbel, C. (2020). *Mediação na prática: abordagem circular-narrativa*. Longarina.

Stanton, D. (1991). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Paidós.

Vermersch, P. V. (1979). Peut-On Utiliser Les Données De La Psychologie Génétique Pour Analyser Le Fonctionnement Cognitiv Des adultes. *Cahiers de Psychologie*, 22(1-2), 59-74.

Vermersch, P. V. (1999). Introspection As Practiced. *Journal of Consciousness Studies*, 6(2-3), 17-42.

Zoja, L. (2000). *História da arrogância: psicologia e limites do desenvolvimento humano*. Axis Mundi.