



Rebeca Nonato Machado

**Entrevistas preliminares em psicoterapia de
família: construção da demanda
compartilhada**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Terezinha Féres-Carneiro



Rebeca Nonato Machado

**Entrevistas preliminares em psicoterapia de
família: construção da demanda
compartilhada**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof^a. Terezinha Féres-Carneiro
Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof^a. Andrea Seixas Magalhães

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof^a. Maria do Carmo C. de Almeida Prado

Instituto de Psicologia - UERJ

Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade

Coordenador Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2010.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Rebeca Nonato Machado

Graduou-se na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro em janeiro de 2005. Especialização em Terapia de Família e Casal pela CCE/PUC-Rio, concluída em 2007.

Ficha Catalográfica

Machado, Rebeca Nonato

Entrevistas preliminares em psicoterapia de família: construção da demanda compartilhada / Rebeca Nonato Machado ; orientadora: Terezinha Féres-Carneiro. – 2010.
127 f. : il. (color.) ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Psicoterapia de família. 3. Avaliação familiar. 4. Entrevistas preliminares. 5. Queixa inicial. 6. Demanda compartilhada. I. Féres-Carneiro, Terezinha. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Aos meus queridos pais e ao Bernardo,
que tanto enriquecem a minha vida.

Agradecimentos

À minha orientadora, Terezinha Féres-Carneiro, quem tanto me motivou e ensinou neste percurso acadêmico, após oito anos de parceria. História iniciada em 2002, quando ingressei como bolsista de Iniciação Científica em sua Pesquisa. Meu imenso carinho e admiração.

Ao CNPq e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, os quais foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

À Andrea Seixas, por todo afeto e toda colaboração na seleção do material clínico.

Aos meus pais, que me incentivaram a seguir lutando pela minha realização profissional.

Ao Bernardo, que com seu amor compreendeu a minha intensa dedicação à produção deste trabalho.

Aos meus colegas de Mestrado, com os quais foi possível compartilhar idéias e expectativas.

À minha amiga Ana Carolina, por seu dedicado e eficiente trabalho como tradutora.

Resumo

Machado, Rebeca Nonato; Féres-Carneiro, Terezinha. **Entrevistas preliminares em Psicoterapia de Família: construção da demanda compartilhada**. Rio de Janeiro, 2010. 127p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Dando continuidade aos estudos sobre o início do tratamento familiar, a presente pesquisa teve como objetivo investigar o período de entrevistas preliminares com famílias. Procurou-se focar a avaliação diagnóstica, assim como, as implicações da construção da demanda compartilhada e sua influência na adesão familiar ao tratamento. A demanda familiar compartilhada foi uma noção desenvolvida neste estudo, significando a motivação latente que conduziu o grupo à psicoterapia. Ou seja, corresponde aos conteúdos intersíquicos que são ainda incompreensíveis para a família. Entende-se que no período de entrevistas seja importante problematizar a queixa inicial, centrada nos conflitos existentes com o paciente identificado. Estas intervenções iniciais visam à realização de uma transformação da posição de vítima da família, para um posicionamento conjunto responsável pela manutenção de seu sofrimento. Buscou-se também enfatizar a riqueza do uso de dispositivos diagnósticos, entendendo-os como um recurso que contextualiza as hipóteses do psicoterapeuta e promove uma ampliação na cadeia associativa da família. Nesta investigação descreveu-se a técnica Arte-Diagnóstico Familiar, a fim de difundir-la ainda mais no Brasil como um instrumento complementar à avaliação diagnóstica familiar. Para atingir os objetivos propostos, foram descritos três casos clínicos. Eles ilustraram o período de entrevistas e o trabalho de construção da demanda familiar compartilhada, cujas análises pretenderam contribuir para o enriquecimento do trabalho inicial da psicoterapia de família.

Palavras-chave

Psicoterapia de família; avaliação familiar; entrevistas preliminares; queixa inicial; demanda compartilhada.

Abstract

Machado, Rebeca Nonato; Féres-Carneiro, Terezinha (Advisor). **Preliminary Interviews in Family Psychotherapy: Constructing the Conjoint Demand.** Rio de Janeiro, 2010, 127p. MSc. Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Pursuing our studies about the beginning of the family treatment, the present research aimed at investigating the period of preliminary interviews with families. An effort was made to focus on the diagnostic evaluation of the family motivations to seek for psychotherapeutic help as well as on the implications of constructing the conjoint demand and its influence on the family adherence to the treatment. The conjoint family demand was a notion developed in this study, meaning the latent motivation shared by all the family members which led them, conjointly, to look for psychotherapy. In other words, it corresponds to the intersubjective contents that are still incomprehensible to the family. It is assumed that during the period of interviews it is important to raise the problematical issue of the initial complaint, focused on the existing conflicts with the identified patient. These initial interventions seek the transformation of the family's position as victims to a conjoint positioning, responsible for the maintenance of their suffering. Special emphasis was also given to the value of using evaluation instruments, considering them as a resource that contextualizes the psychotherapist's hypothesis and promotes an increase of the family's associative chain. This investigation described exclusively the Family Art Evaluation in order to disseminate it even more in Brazil as a complementary instrument to the family diagnostic evaluation. To achieve the proposed objectives, three clinical cases, with different complaints and problematical issues, were described. They illustrated both the period of interviews and the work in constructing the family conjoint demand, whose analyses were intended to contribute to the enrichment of the initial work of the family psychotherapy.

Keywords

Family psychotherapy; preliminary interviews; family evaluation; initial complaint; conjoint demand.

Sumário

1. Introdução	10
2. Psicoterapia de Família: um novo paradigma na clínica	17
2.1. Concepções e articulações teóricas na clínica	23
2.2. Entrevistas preliminares com a família	27
2.2.1. Motivação familiar para um tratamento psicoterapêutico	30
2.2.2. O psicoterapeuta e a família: intervenções e interpretações	34
2.2.3. Transferência e Contratransferência	38
3. Funcionamento psíquico da família e a demanda familiar compartilhada	41
3.1. Concepções teóricas sobre o sintoma na família	44
3.2. “Ser” sintoma no grupo: o paciente identificado	47
3.3. Demanda familiar compartilhada	50
4. Avaliação da família e a técnica arte-diagnóstico familiar – ADF	56
4.1. Arte-Diagnóstico Familiar: descrição e aplicação da técnica	58
4.1.1. Dados gráficos e análise	63
4.2. Entrevista de devolução	65
5. Estudo de casos	70
5.1 Sujeitos	72
5.2 Material e procedimentos	72
5.3 Dados clínicos	74
5.4. Análise e discussão geral	108
6. Considerações finais	117
7. Referências	123

Lista de figuras

Figura 1 - <i>Desenho livre</i> : Pedro Filho	79
Figura 2 - <i>Desenho livre</i> : Daniel	79
Figura 3 - <i>Retrato da família</i> : Helena	80
Figura 4 - <i>Retrato da família</i> : Pedro Filho	80
Figura 5 - <i>Família abstrata</i> : Pedro Filho	81
Figura 6 - <i>Família abstrata</i> : Renato	81
Figura 7 - <i>Rabisco individual</i> : Daniel	82
Figura 8 - <i>Rabisco individual</i> : Helena	82
Figura 9 - <i>Rabisco em conjunto</i>	83
Figura 10 - Segundo <i>Desenho livre</i> : Helena	84
Figura 11 - Segundo <i>Desenho livre</i> : Pedro F.	84
Figura 12 - Primeiro <i>Desenho livre</i> : Celso	89
Figura 13 - Primeiro <i>Desenho livre</i> : Amanda	89
Figura 14 - <i>Retrato da família</i> : Fernanda	91
Figura 15 - <i>Retrato da família</i> : Amanda	91
Figura 16 - <i>Família abstrata</i> : Celso	92
Figura 17 - <i>Família abstrata</i> : Amanda	92
Figura 18 - <i>Rabisco individual</i> : Fernanda	93
Figura 19 - <i>Rabisco individual</i> : Hugo	93
Figura 20 - <i>Rabisco conjunto</i>	94
Figura 21 - Segundo <i>Desenho livre</i> : Fernanda	95
Figura 22 - Segundo <i>Desenho livre</i> : Hugo	95
Figura 23 - Primeiro <i>Desenho livre</i> : Lúcio	101
Figura 24 - Primeiro <i>Desenho livre</i> : Pilar	101
Figura 25 - <i>Retrato da família</i> : Lúcio	102
Figura 26 - <i>Retrato da família</i> : Tadeu	102
Figura 27 - <i>Família abstrata</i> : Lúcio	103
Figura 28 - <i>Família abstrata</i> : Tadeu	103
Figura 29 - <i>Rabisco individual</i> : Tadeu	105
Figura 30 - <i>Rabisco individual</i> : Lúcio (desenho adaptado)	105
Figura 31 - <i>Rabisco em conjunto</i>	106
Figura 32 - Segundo <i>Desenho livre</i> : Pilar	107
Figura 33 - Segundo <i>Desenho livre</i> : Tadeu	107

INTRODUÇÃO

O sistema familiar configura, enquanto conjunto intersubjetivo, uma organização produtora de seu próprio funcionamento e de sua realidade psíquica. Caracteriza-se por uma singularidade, que é constituída por alianças, regras e crenças, tendo como responsabilidade a manutenção de sua sobrevivência. Conforme Anzieu (1966) definiu, o grupo cria um “si” próprio, que delimita sua identidade e o mantém vivo. Neste “si” grupal, o sujeito se constitui e se sujeita às condições estabelecidas pelo conjunto, ao mesmo tempo, em que paradoxalmente também possui um papel constituinte do mesmo (Kaës, 1997).

O conjunto intersubjetivo, atravessado pela noção de circularidade, onde um elemento transforma e é transformado pelo conjunto, é o objeto de investigação e de trabalho da psicoterapia de família, cuja especificidade envolve a complexidade dos fenômenos intersubjetivos e dos processos intrapsíquicos. Os impasses durante a avaliação familiar e a particularidade do manejo durante as entrevistas com famílias foram questões que suscitaram o interesse em investigar o período de entrevistas preliminares em psicoterapia de família e as motivações do grupo para pedir ajuda.

Esta pesquisa dá continuidade aos estudos (Machado, Féres-Carneiro e Magalhães, 2008) sobre o início do tratamento familiar, durante o qual se considera importante a construção de uma demanda familiar compartilhada. Pressupõe-se que a construção desta última, seja um fator significativo para a implicação do grupo familiar no tratamento psicoterapêutico, quando este for indicado.

Estudos nesta área ressaltam a predominância de casos, nos quais o pedido inicial de ajuda centra-se no paciente identificado, designado como representante do sofrimento familiar. Ele isenta os demais membros do grupo de reconhecerem seus conflitos e, portanto, da necessidade de se vincularem ao tratamento. Configura-se com isto uma estratégia defensiva da família, para manter-se em homeostase, protegendo-se da imprescindível transformação do funcionamento conjunto. As transformações são vividas como uma ameaça ao funcionamento já

fragilizado, sentimento persecutório que gera o temor do colapso intersubjetivo. (Eiguer, 1995; Kaës, 1997; Lemaire, 2007).

Este colapso consiste na sensação compartilhada de que o “si” familiar desabe, sucedendo na morte do aparelho psíquico, a partir da incapacidade criativa do conjunto para reconhecer a “experiência de ser” (os vínculos afetivos) e poder transformá-la. Eiguer (1995) destaca que a resistência à transformação relacional evidencia de alguma forma a urgência de vivenciá-la. Devido a esta resistência com relação à transformação da identidade grupal, outra situação comum corresponde à iniciativa da procura de tratamento proveniente de um encaminhamento. Este último, muitas vezes, surge de alguém externo ao grupo, como algum profissional de saúde, da justiça ou da educação (Ramos, 1992). Nestes casos, propõe-se que a queixa familiar seja trabalhada com muita atenção, pois o posicionamento defensivo e vitimizado do grupo, diante do sofrimento, tornam-se um impeditivo para a apropriação da responsabilidade conjunta pela constituição da realidade psíquica familiar.

Segundo Kaës (1997), a realidade interpsíquica corresponde à qualidade dos vínculos e a seus efeitos nos aparelhos psíquicos de cada sujeito, os quais são entrelaçados a partir de uma ressonância entre eles, formando o aparelho psíquico grupal familiar. A formulação sobre este aparelho psíquico tem como ponto principal de descrição a função de promover uma construção psíquica comum e a função de transformar os conteúdos psíquicos partilhados, de modo que seja preservada a circulação de representações e afetos.

O termo demanda é muito utilizado pelos psicoterapeutas, no entanto, na literatura há uma escassa estruturação conceitual. Neste projeto entende-se o termo como a motivação latente/inconsciente do pedido de ajuda, a qual é compartilhada intersubjetivamente pelos membros da família. Ou seja, o núcleo deste pedido de ajuda não é o sujeito-sintoma, mas algum conteúdo comum ao conjunto. Porém, para que isto possa ser enunciado, considera-se necessário a presença de um desejo de mudança e de uma disponibilidade interna para elaborar e modificar os conteúdos simbólicos.

Quando for indicado um trabalho com o grupo familiar, o psicoterapeuta terá a função de auxiliá-lo na transformação de seu discurso inicial, centrado no sintoma/paciente identificado, para entrar num discurso circular imbuído na questão latente. Promove-se com isso a transformação da atitude familiar

inicialmente fragmentada, e culpabilizadora, em uma atitude ativa de responsabilidade compartilhada.

A indicação de um atendimento familiar apresenta-se adequada quando os conflitos psíquicos da dinâmica intersubjetiva ameaçam o “existir” em conjunto, produzindo a impossibilidade de diferenciação entre os sujeitos da família. Ou seja, o temor compartilhado de irromper um colapso intensifica a indiferenciação, cujo efeito é submeter cada sujeito a uma rígida dinâmica grupal, dificultando a ação de transformação nos níveis intrapsíquico e interpsíquico. Lemaire (2007), Eiguer (1995) e Neuburger (1988) reforçam a idéia de que, nestes casos, o projeto psicoterapêutico mais urgente consiste em resolver esta angústia conjunta.

O psicoterapeuta deve estar atento a estas questões de urgência, principalmente porque, como já foi mencionado, na maioria dos casos a família procura um tratamento para apenas um dos seus integrantes. Este trabalho de reformulação do pedido de ajuda torna-se uma condição significativa para a implicação da família no tratamento. Dessa forma, como destaca Eiguer (1985), no transcorrer das primeiras entrevistas, durante as quais ocorre uma reflexão sobre as expectativas com relação à consulta, deve-se procurar aproximar as motivações individuais, buscando um denominador comum nos discursos de cada membro familiar – como fantasias, conflitos, afetos não elaborados, dentre outros.

A finalidade do tratamento familiar é, portanto, tomar como objeto de compreensão o grupo, enquanto conjunto responsável por sua dinâmica interacional. Contudo, para cada membro da família, a motivação consciente de tratamento pode não ser a mesma. Faz-se necessário realizar, neste período de entrevistas, um trabalho de elaboração dos objetivos conscientes e inconscientes da consulta. A necessidade de criar este questionamento conjunto torna-se emergente, desde a primeira entrevista, na medida em que o discurso coletivo se apresente confuso, o sentimento de ameaça aos vínculos familiares seja intenso, e o sofrimento conjunto impeça, em alguma medida, o exercício da singularidade.

Observa-se na prática clínica um número maior de desistência na psicoterapia de família, do que na psicoterapia individual, principalmente durante o período inicial de tratamento. Possivelmente, porque a ambivalência e a resistência do grupo sejam o grande desafio do psicoterapeuta. A força da trama familiar se faz presente no *setting*, e coloca em questão a escuta, o manejo e o enquadre.

De acordo com Féres-Carneiro (1996), não é tarefa fácil distinguir famílias emocionalmente sadias daquelas emocionalmente enfermas. Principalmente, porque não se deve avaliar a estrutura familiar, a partir de uma perspectiva pessoal. A lógica do conjunto é que está em questão, por isso busca-se compreender o nó que sozinhos, os membros da família, não conseguem desatar. Então, para que o processo psicoterapêutico seja iniciado, é preciso que ele faça sentido para a família.

Este período de entrevistas faz parte do método clínico, o qual Bleger (1980) define como uma técnica de investigação científica em psicologia, justamente por aplicar conhecimentos científicos em sua prática. Os objetivos são compostos pela investigação do histórico de vida do sujeito, reflexão sobre o pedido de ajuda – o que está por trás da queixa manifesta, assim como a definição do diagnóstico e a indicação da psicoterapia. Apesar de o autor considerar a entrevista como uma técnica de avaliação em si, ressalta que em alguns casos seja necessário recorrer a instrumentos de avaliação confiáveis, a fim de que os resultados enriqueçam as percepções do psicoterapeuta e contribuam para a construção do diagnóstico.

Em vista destas considerações, o objetivo geral desta pesquisa foi investigar o período de entrevistas preliminares com famílias, buscando focar no trabalho de avaliação sobre as motivações familiares para pedir ajuda psicoterapêutica, assim como nas implicações da construção da demanda compartilhada e sua influência na adesão familiar ao tratamento. Ou seja, procurou-se compreender a importância da transformação da queixa inicial, centrada no sintoma, para o processo de enunciação dos conteúdos intersubjetivos.

Para este fim, foram descritos três casos clínicos, com diferentes queixas e problemáticas, para ilustrar o período de entrevistas, o trabalho de avaliação familiar e suas vicissitudes. Os atendimentos, destes casos, ocorreram no SPA da PUC-Rio, entre 2006 e 2008, nos quais foi aplicada a técnica Arte Diagnóstico Familiar – ADF (Kwiatkowska, 1975), com a finalidade de complementar o diagnóstico e a elucidação dos conteúdos encobertos. O material gráfico desta técnica projetiva foi utilizado como recurso complementar para apresentação de dados adicionais e para a discussão do material clínico.

Na clínica de família existem diferentes tipos de instrumentos de avaliação, alguns exemplos são o Arte-Diagnóstico Familiar (Kwiatkowska, 1975), a

Entrevista Familiar Estruturada (Féres-Carneiro, 1981) e o Genograma (McGoldrick e Gerson, 1985). O primeiro não foi muito discutido pelos psicoterapeutas brasileiros, e por isso a apresentação de sua especificidade e de sua contribuição para a elucidação da dinâmica familiar, pode ampliar o conjunto de recursos utilizados no período avaliação da família. Esta técnica permite avaliar o nível de promoção de saúde familiar e o prognóstico para o tratamento. Também, acredita-se que ela pode contribuir no trabalho de construção da demanda familiar compartilhada, a partir dos dados projetivos gráficos produzidos pelos membros familiares.

Este estudo convoca a pensar nos critérios e nos recursos para realizar o diagnóstico de famílias, a partir da idéia de que este trabalho inicial é bidirecional, ou seja, depende da família e do encontro desta com o psicoterapeuta. Desta maneira, busca-se oferecer subsídios para estes profissionais manejarem com atenção o período de entrevistas, desenvolvendo um consistente trabalho, durante o qual serão avaliadas as possibilidades de vinculação da família ao tratamento. Propõe-se uma reflexão sobre a especificidade deste período inicial, e a importância de uma minuciosa análise sobre o funcionamento familiar, para que haja uma indicação adequada de tratamento e, conseqüentemente, correspondente ao sofrimento, à singularidade e ao desejo de cada sistema.

Para fundamentar a questão investigada, foram articuladas contribuições de duas principais abordagens teóricas da psicoterapia de família: sistêmicas e psicanalíticas. A divergência terminante entre estas abordagens, segundo Box (1994), encontra-se na ênfase conceitual determinada pelo psicoterapeuta para realizar suas intervenções. Contudo, buscou-se estabelecer um diálogo entre os conceitos fundamentais de ambas, partindo do pressuposto de que estas abordagens se complementam e se enriquecem no trabalho clínico, de modo que a complexidade do período de entrevistas com famílias possa ser abrangida.

Por meio da perspectiva sistêmica, a noção de circularidade foi fundamentada e valorizada no contexto clínico, possibilitando as discussões sobre o espaço interacional. Esta abordagem colocou em foco os arranjos familiares determinados pelos padrões relacionais e de comunicação. A partir da perspectiva psicanalítica, ressaltou-se a dimensão inconsciente da formação grupal, com seu denominador fantasmático comum. Também, foram mencionadas a transferência específica da família com o psicoterapeuta e a formação dos vínculos afetivos.

O trabalho é composto por três capítulos teóricos e um capítulo clínico. No primeiro capítulo, *Psicoterapia de família: um novo paradigma na clínica*, foram apresentados de maneira sintética os pressupostos inovadores da prática clínica com famílias, compostos pelas duas grandes abordagens teóricas que configuram este campo de estudo. Por meio da revisão da literatura, procurou-se debater sobre as diferenças entre estas duas abordagens, que apesar de epistemologicamente serem distintas, tornam-se complementares na clínica. Pressupõe-se que, para abarcar a complexidade do grupo familiar e do trabalho psicoterapêutico com este último, a articulação dos dois enfoques é muito enriquecedora. Considerou-se relevante discutir a especificidade do manejo nas entrevistas preliminares, centrando-se nas diversas dimensões da motivação familiar para iniciar um tratamento.

No segundo capítulo, *Funcionamento psíquico da família e a demanda familiar compartilhada*, algumas considerações foram desenvolvidas sobre o aparelho psíquico familiar, delineando suas funções, tais como a constituição e a manutenção do “si” familiar. Foram descritos conceitos psicanalíticos importantes, dentre eles a interfantasmática formulada por Eiguer (1995) e as alianças inconscientes desenvolvidas por Kaës (1997), a fim de compreender o sintoma familiar. A partir destas conceituações, buscou-se sistematizar a noção de demanda familiar compartilhada e sua repercussão para a adesão da família ao tratamento.

No quarto capítulo, *Avaliação da família e a técnica Arte-Diagnóstico Familiar – ADF*, foi discutido o trabalho de diagnóstico com famílias, cujo ponto central, de acordo com Arzeno (1995), é o estudo das recorrências e das convergências presentes no caso. Foi também abordada a finalidade e a funcionalidade de uma determinada técnica diagnóstica. Focalizou-se na descrição do ADF, como técnica aplicada especificamente com famílias, como forma de ampliar os estudos sobre a mesma. Por meio disto, buscou-se discutir a particularidade do ADF, determinada pela capacidade técnica de englobar uma investigação da dinâmica familiar a partir de diferentes modos de expressão: a linguagem verbal e não verbal, e a linguagem gráfica.

O quarto capítulo, *Estudo de casos*, consiste na descrição do período de entrevistas de três famílias, supervisionadas pela Equipe de Família e Casal do SPA da PUC-Rio. A finalidade foi ilustrar, pela descrição das mesmas, três queixas iniciais diferentes, procurando analisar as motivações familiares e ocorrência, ou

não, da construção de uma demanda compartilhada. A utilização de casos clínicos forneceu dados significativos para a investigação desta temática, os quais fomentaram a discussão sobre as possibilidades e as implicações da construção da demanda familiar compartilhada, e promoveram também um diálogo entre teoria e a *práxis* dos psicoterapeutas de família.

2

PSICOTERAPIA DE FAMÍLIA: UM NOVO PARADIGMA NA CLÍNICA

O desenvolvimento da prática clínica com famílias não se resume apenas à construção de uma nova perspectiva de trabalho psicoterapêutico, que se adiciona às múltiplas modalidades de psicoterapia. Representou, também, a criação de um método que permitiu emergir um novo paradigma no trabalho psicoterapêutico. A partir de uma diferenciada compreensão sobre a enfermidade humana e os conflitos emocionais, criou-se um novo modelo teórico-técnico, revolucionando a prática clínica (Stierlin, Rücker-Embsen, Wetzel e Wirsching, 1980; Framo, 1980). Contextualizar a origem e a inovação deste modelo é de fundamental importância para se entender a prática clínica com famílias, a especificidade da avaliação familiar, a dinâmica do sistema e a pertinência de uma indicação adequada para este tipo de tratamento.

Este novo método tinha como base as transformações dos modelos científicos de 1950, cuja premissa baseava-se na afirmação de que, para haver uma mudança na subjetividade do sujeito, é preciso concomitantemente haver uma alteração no meio em ele que vive. Portanto, passou-se a compreender o sujeito como interdependente de seu ambiente. O objeto de estudo passou a ser unidade familiar, e não mais o sujeito único.

Os psicoterapeutas, pioneiros deste novo método, sofreram influências dos pressupostos da Teoria Geral dos Sistemas, criada por Ludwig Bertalanffy em 1940, os quais rompiam com o reducionismo mecanicista linear pertencente aos estudos científicos da época. Stierlin et al. (1980) considera que foi Jay Haley – psicoterapeuta familiar norteamericano – quem melhor descreveu este novo paradigma, ao referir-se à psicoterapia de família como uma nova óptica clínica. Esta última se edifica na adesão à visão holística, na qual os processos de funcionamento do sistema e as relações interpessoais são os objetos investigados.

Féres-Carneiro (1996) ao escrever um breve histórico sobre a origem da psicoterapia de família, em seu livro *Família: Diagnóstico e Terapia*, faz referência a Freud ao mencionar a percepção do mesmo sobre a influência da família na neurose do sujeito. Já em sua época, Freud observou em determinados

casos, que a família não colaborava com o tratamento do paciente, a fim de que este não prejudicasse seus interesses e nem provocasse mudanças nas relações familiares. Cabe ressaltar a primazia da relação interacional como instituinte do sujeito.

Alguns conceitos fundamentais para a vertente psicanalítica, por exemplo, como o complexo de Édipo e os eventos pré-edípicos, são resultados de uma interação entre a realidade e a fantasia do sujeito. Uma realidade constituída pela trama familiar, pelo intersubjetivo. Eiguer (1995) define intersubjetividade como um espaço no qual os vínculos entre os membros familiares são constituídos, os quais formam a identidade comum do grupo familiar, delimitando o “si” grupal, que apesar de o autor não fazer referência, corresponde ao conceito desenvolvido por Anzieu (1966).

Apesar de a percepção sobre a influência do meio no tratamento e na melhora do paciente, a formulação sistêmica da psicoterapia familiar foi iniciada somente em 1948, após a publicação do livro *Cibernética* de Nobert Wiener. Suas formulações sobre a cibernética influenciaram diversas áreas científicas, as quais passaram a investigar “os sistemas homeostáticos com processos de retroalimentação (*feedback*) que tornam os sistemas autocorretivos” (Féres-Carneiro, 1996, p. 86).

A prática clínica com famílias teve como base teórica estes pressupostos da Cibernética, que valorizavam a comunicação e o sistema de auto-organização dos organismos vivos. A produção teórica da abordagem Sistêmica foi significativa para a composição deste novo modelo teórico-clínico. Possui um valor metodológico e histórico, por revolucionar o objeto de investigação psicoterapêutica. Dessa forma, passou-se a entender a família como um sistema orgânico, vivo, no qual há um jogo interacional de retroalimentação, determinado pelo princípio de circularidade.

Segundo Calil (1987), o princípio elementar desta nova epistemologia é a noção de circularidade, contrariando a idéia de causalidade linear sustentada pelo modelo científico cartesiano. Esta noção torna-se um elemento essencial no entendimento da enfermidade e do funcionamento familiar. Este último é composto, portanto, por um circuito de interação, onde cada membro representa um elemento deste círculo. A conduta de cada elemento influenciará o comportamento do outro, num processo circular de retroalimentação.

Stierlin et al. (1980) ressaltam que na psicoterapia de família não se desvalorizam os aspectos individuais, porém os mesmos são compreendidos a partir de sua interação com o sistema, e por isso há a necessidade de se questionar durante os atendimentos: Como estas pessoas se relacionam? Que processo de retroalimentação mantém ativo, em cada caso, um determinado comportamento? Como se mantém este movimento relacional espiral que se torna um processo circular patológico?

Todavia, o reconhecimento no meio científico da prática clínica com famílias foi difícil, tendo em vista, que a regra clínica predominante na época era, justamente, não ter contato com a família de origem do paciente, mesmo reconhecendo a influência desta no atendimento. A forma que os teóricos encontraram, para divulgar o trabalho realizado clinicamente, foi por meio da elaboração de projetos de pesquisa, produzindo conceitos teóricos sobre a dinâmica familiar e suas estruturas (Féres-Carneiro, 1996).

A abordagem Sistêmica passou a investigar as configurações e a dinâmica do grupo familiar, na qual todos possuem funções e responsabilidades. A partir desta perspectiva calcada na circularidade, o foco de investigação é retirado da unidade (a pessoa isolada) para dirigir-se à rede (Stierlin et al., 1980). Esta rede formada pela interação entre dois ou mais sujeitos se constituirá como uma “unidade coletiva”, composta por uma singularidade interacional e distinguindo-se de qualquer outra rede, da mesma forma como um sujeito é diferente dos demais.

Ramos (2006) resalta que a inovação destes teóricos foi incluir no tratamento todos os elementos do círculo relacional. Portanto, procurando configurar em um ambiente artificial (o *setting*) a dinâmica familiar, reproduzindo cenas vividas por eles no dia-a-dia. Segundo Neuburger (1988), a preciosidade desta encenação, está na possibilidade de todos os membros “vivenciarem” suas projeções e não somente falarem sobre elas, como seria na psicoterapia individual. Cria-se um espaço dialético, no qual todos dialogam, constroem novas questões e as decifram conjuntamente. Um espaço onde a vida interpessoal será encenada, onde todos são simultaneamente participantes e testemunhas do funcionamento conjunto.

Ceberio & Linares (2006) definem que o psicoterapeuta sistêmico trabalha sob a égide de três eixos principais, constituintes destas relações: o fator cognitivo, composto pela percepção e pelo entendimento da família sobre sua realidade; o

fator pragmático, envolvendo comportamentos e modos de comunicação do grupo; e o fator emocional, cujo campo, segundo estes autores, foi menos desenvolvido teoricamente pelas escolas sistêmicas.

O desenvolvimento deste enfoque, ao longo do tempo, foi sendo composto por diferentes escolas, como já foi mencionado. Cada uma com premissas próprias que determinavam um eixo de trabalho específico para as intervenções psicoterapêuticas. Podem centrar-se apenas no problema buscando prescrições pragmáticas, em crenças e narrativas do sistema, no ciclo vital, em padrões de relações, nos jogos de comunicação, ou nas emoções desencadeadas no circuito interacional (Féres-Carneiro & Ponciano, 2005). Os autores da abordagem psicanalítica de família diferenciaram seus estudos ao trabalhar e investigar na cena clínica os aspectos inconscientes do funcionamento familiar e os fenômenos transferências.

Dentre os aspectos concretos e observáveis da família está a comunicação nas relações, e assim formulou-se a teoria pragmática da comunicação, que foi organizada a partir de cinco axiomas. O primeiro consiste na afirmação de que é impossível não comunicar nas relações interpessoais, posto que a cada comportamento se atribua um valor, um significado. Um dos axiomas interessante para se ressaltar, é o segundo que equivale à interdependência entre dois níveis lógicos da comunicação: o de conteúdo e o de relação.

De acordo com Ceberio e Linares (2006), em determinadas situações familiares, dependendo do nível de relação conflituosa estabelecida entre alguns membros do grupo, o conteúdo do discurso de um membro pode ser desqualificado pelo outro, provocando um impedimento para a criação de acordos familiares. O efeito disto, gerado pela distinção entre estes dois níveis, é a comunicação agressiva, bloqueando a flexibilidade e a dinamicidade no sistema.

O terceiro axioma corresponde à valorização que cada pessoa faz de um determinado ponto pertencente a uma seqüência de eventos. Ou seja, é a tendência humana de delimitar um fato de acordo com seu interesse. Já o quarto axioma aponta para as duas formas de expressão da comunicação: a linguagem verbal denominada pela literatura em questão de comunicação digital; e a linguagem não verbal denominada de comunicação analógica. O quinto axioma envolve dois padrões de interação que devem permear de forma circular as relações familiares e conjugais, para que haja saúde e funcionalidade nas mesmas. Um dos padrões é

simétrico, que equivale à posição de igualdade entre duas ou mais pessoas, e o outro é o complementar, que envolve a diferença de posição existente na relação interpessoal.

Neste mesmo contexto histórico do século XX, na década de 50, outros autores também estudavam a dinâmica interacional dos grupos sociais, tais como Bion e Pichon-Rivière. Ambos foram autores, cujas concepções teóricas embasaram as construções psicanalíticas sobre família. O primeiro enfatizou a importância do vínculo, conceito que, segundo ele, permite se pensar a relação como um encontro entre dois psiquismos (Eiguer, 1995). O segundo autor ressaltou a importância da família na compreensão da doença mental de um membro familiar, posto que ele funciona como “porta-voz” da patologia do grupo (Féres-Carneiro, Ponciano & Magalhães, 2008).

Dentro da abordagem psicanalítica existem três principais linhas teóricas que ressaltam aspectos distintos. Magalhães (2003) as descreveu de forma precisa, a partir da ênfase teórica de cada uma. A primeira é a Escola das relações objetais que tem como representantes teóricos Meyer, Winnicott e Otto Kernberg. Estes se inspiraram nas construções de Klein, sobre as relações objetais, para compreender a psicodinâmica familiar permeada pelo interjogo de identificações projetivas. Box (1994) considera crucial e a função da identificação projetiva no funcionamento familiar, assim como seu papel no tratamento. Este mecanismo tem um caráter defensivo, mas pode ser usado de forma construtiva no grupo familiar.

A segunda formulação teórica é a dos grupálistas, tendo como base os conceitos desenvolvidos por Bion, Kaës e Anzieu da psicanálise de grupo. As propostas de Eiguer e de Ruffiot, seus principais representantes, partem das elaborações destes três autores sobre a dinâmica psíquica inconsciente compartilhada. O funcionamento da família é comparado ao dos grupos psicoterapêuticos, no qual há um arranjo no material psíquico dos membros familiares realizado pelo aparelho psíquico grupal. Para esta corrente, torna-se fundamental trabalhar com os conteúdos latentes e as produções fantasmáticas compartilhadas pelo conjunto (Magalhães, 2003; Féres-Carneiro, 1996).

Os grupálistas defendiam a idéia de que existe um denominador grupal comum a todos os membros familiares, o qual reúne o material psíquico de cada membro por meio de uma ressonância especial, dando origem a um conteúdo único

e conjunto. Cria-se, dessa forma, a atividade psíquica familiar que singulariza a formação grupal.

Ruffiot (1981) procurou articular as formulações de Kaës, sobre o aparelho psíquico grupal e suas funções, para definir quatro funções específicas do aparelho psíquico familiar. Dentre elas estaria a função continente, com a finalidade de para-excitação e lugar de depósito das representações simbólicas, assegurando com isso o sentimento de continuidade da família. Também, promove um limite psíquico de dentro e de fora, tanto entre os membros da família quanto entre eles e as outras pessoas. As outras três envolvem a capacidade de transformação das experiências arcaicas em representações, a capacidade de vinculação permitindo a organização do espaço intersubjetivo, e por fim a capacidade de transmissão dos conteúdos intergeracionais (Lemaire, 2007).

A metapsicologia criada pelos grupelistas postula, portanto, a existência de um aparelho psíquico grupal, cuja função é realizar o constante trabalho de reequilíbrio e de transformação psíquica da família. Nos casos, por exemplo, em que existe um trauma ou segredos, o que está em perigo de ser destruído é o aparelho psíquico com sua capacidade de transformação (Lemaire, 2007). Este aparelho psíquico, que determina a identidade da família, caso seja destruído levará consigo a experiência de ser, a continuidade de existir do grupo familiar.

Por fim, a terceira principal escola da abordagem psicanalítica é chamada de teoria das Configurações Vinculares. Os autores de referência, Janine Puget e Isidoro Berenstein, enfatizam a importância do vínculo na relação entre egos, por meio do qual os sujeitos participam inconscientemente na produção de afetos e nos efeitos transformadores da subjetividade.

Por acreditar que uma possível interação entre os estudos da Psicanálise e da Sistêmica sobre família, mas sem a pretensão de fusioná-las, promove trocas frutíferas para a prática clínica, nesta dissertação foram descritos pressupostos elementares destas duas principais abordagens. A compreensão dos mesmos torna-se fundamental para o estudo do manejo psicoterapêutico e para uma ampla investigação sobre os fenômenos intersubjetivos.

2.1.

Concepções e articulações teóricas na clínica

Como foi descrito, existem duas abordagens que abrangem diferentes linhas de trabalho: a sistêmica e a psicanalítica. Apesar das diferenças teóricas, existe um ponto em comum entre ambas, que correspondente à motivação e à necessidade de criar novos conceitos teórico-clínicos para a fundamentação da prática e do entendimento do grupo familiar. Ambas objetivam por meio disto abrir novas perspectivas para este trabalho.

No momento em que ocorre a modificação do objeto de estudo e de trabalho, torna-se necessário a criação de novas noções, métodos e técnicas. Porém, tanto o enfoque Sistêmico quanto o Psicanalítico não esgotam em suas construções teóricas as interrogações sobre a complexidade da dinâmica familiar, assim como, a complexidade do manejo e da função do psicoterapeuta na tarefa de acolhimento ao sofrimento conjunto.

Encontra-se autores que reforçam as diferenças metodológicas entre estas abordagens principais, e outros que buscam articulá-las, a fim de enriquecer seus referenciais teórico-técnicos. Estes últimos ressaltam a compatibilidade e a utilidade desta complementação para a prática com o grupo familiar (Féres-Carneiro e Ponciano, 2005; Féres-Carneiro, Ponciano e Magalhães, 2008).

Dentro desta concepção de articulação, Calil (1987) considera fundamental a atenção do psicoterapeuta às necessidades da família, sentindo-se livre para recorrer às técnicas que atendam as mesmas. Para esta autora, as carências familiares definem o instrumental teórico-técnico a ser utilizado. A ética profissional corresponde à busca da melhor forma de oferecer a ajuda, e não na prática dogmática de uma abordagem. Ressalta, assim como Féres-Carneiro & Ponciano (2005), que esta proposta de articulação não ignora a presença de contradições e incoerências, mas enfatiza o fértil campo, em evolução, da prática com famílias.

Entende-se que determinados conceitos como a comunicação paradoxal, a homeostase familiar, a retroalimentação dos padrões relacionais, são fundamentais no trabalho com famílias. Assim como, poder compreender o funcionamento da mesma, a partir de um aparelho psíquico compartilhado e dos processos inconscientes pertencentes aos vínculos. A perspectiva do funcionamento

inconsciente possibilita o estudo e o entendimento daquilo que escapa à consciência, do enigma inerente aos vínculos.

A vertente Psicanalítica passa a salientar o sujeito como constituído por seu meio ambiente, e também, como constituinte das modificações subjetivas deste último. Na construção de sua subjetividade há o coletivo. Ao mesmo tempo, este coletivo se torna uma unidade psíquica compartilhada, desenvolvendo uma interação composta pelo “encontro” – e não a soma – de dois ou mais sujeitos. Esta postulação fomenta a proposta de articulação entre conceitos psicanalíticos e sistêmicos para a compreensão clínica.

Neuburger (1988) realça a importância de sustentar e de administrar o paradoxo na proposta da coexistência entre a complementaridade e a diferença, desses dois referenciais. O autor se questiona sobre a dificuldade que é preservar teoricamente as diferenças, e concomitantemente enriquecer a clínica a partir de um elo entre ambas. Segundo ele, este elo estaria na simultaneidade de dois níveis constituintes do laço afetivo: a internalização dos primeiros laços, que servem como modelo de repetição na interação com o outro, compondo o mundo das identificações inconscientes; e a interação social consciente, promotora do sentimento de pertencimento.

As afirmações de Singly (1993) auxiliam no aprofundamento da idéia de Neuburger. Para o primeiro, a existência do lugar do “eu” não demanda o desaparecimento do grupo familiar. Mesmo porque, este “eu” individualizado é também sua família, tendo em vista que falar do sujeito é falar juntamente de suas experiências sócio-afetivas. No nível intersubjetivo, os membros familiares podem construir a identidade pessoal e a sensação de pertença, a partir do olhar compartilhado grupal. Em vista disso, há uma interdependência entre a existência do grupo e a do sujeito.

Dentro desta mesma concepção, Kaës (1997) fala em “sujeito no grupo” e “sujeito do grupo”. Qualifica o primeiro como o arranjo psíquico singular de cada sujeito, que fica subjugado à ordem do inconsciente e à ordem da realidade externa. O sujeito no grupo forma sua identidade internalizando o grupo externo e renuncia por vezes sua singularidade. Quanto ao “sujeito do grupo” corresponde a idéia de que “cada sujeito é representado e procura fazer-se representar nas relações de objeto, nas imagens, nas identificações e nas fantasias inconscientes de um outro e de um conjunto de outros” (p.283). Ou seja, é paradoxalmente

determinado pela lógica do conjunto, mas também a determina. Portanto, forma-se com isso a circularidade também presente na construção do sujeito e da identidade grupal, ambos se estruturam e são estruturantes.

A contribuição de Neuburger é, justamente, pensar na importância de se sustentar à presença do paradoxo não só nas relações sociais, mas também na prática clínica. Sustentar a mutualidade de influência tanto do intrapsíquico, como do interpessoal; do nível inconsciente do vínculo e do nível consciente da interação com outro. Pode-se acrescentar a idéia dele de elo, entre a abordagem psicanalítica e a sistêmica, considerando ser fundamental na concepção do paradoxo existente na construção dos laços familiares. Ele poderia ser entendido, por exemplo, pela justaposição de extremos como o passado e o “aqui e agora”, o herdado e a inovação, os mitos e os padrões de comunicação.

Cabe aqui fazer uma rápida ressalva sobre o trabalho no “aqui e agora” e o trabalho com o passado, ponto muito usado pelo discurso que sustenta a impossibilidade de articulação clínica entre as duas abordagens, afirmando que a psicanálise ao trabalhar com o passado torna-se incompatível com o trabalho no “aqui e agora” do sistêmico. Entretanto, este argumento não tem consistência quando se entende o passado, não como um passado histórico que explica a origem do presente, mas um passado que se faz presente, que se repete e compõe o momento atual.

Entender o passado como causa do presente, segundo Cypel (2002), seria estabelecer uma relação linear de causa e efeito, reducionista para o entendimento da complexidade familiar. Possivelmente, a diferença entre as duas abordagens esteja na forma de se compreender a noção de passado. A Psicanálise trabalha no “aqui e agora” um passado presente, para ser re-significado e elaborado, o qual permitirá a capacidade de integração e de diferenciação familiar com a tradição geracional.

A experiência familiar permite que a herança e a criação possam existir mutuamente sem conflitos, possibilitando um espaço onde o paradoxo seja tolerado. Como caracterizam Féres-Carneiro, Ponciano e Magalhães (2007), o espaço familiar é o principal lugar de recriação das subjetividades, oferecendo uma base para a constituição e a renovação da autonomia do sujeito. No entanto, esta autonomia também é significada pela história familiar e validada pelo próprio grupo, existindo concomitantemente a ruptura e a continuidade.

Ressaltar a importância da sustentação do paradoxo fortalece a ideia da possibilidade de articulação clínica de técnicas e noções de cada abordagem, na prática clínica – não esquecendo dos possíveis e dos essenciais conflitos entre as duas. Dentro desta perspectiva, Féres-Carneiro, Ponciano e Magalhães (2008) consideram fundamental a articulação de concepções teóricas para uma ampla compreensão familiar, abrangendo tanto os aspectos relacionais, como os processos psíquicos subjacentes. Desse modo, destaca-se a presença de dois espaços distintos, porém inseparáveis e inter-relacionados, o intrapsíquico e o intersubjetivo.

Para Lemaire (1984), o psicoterapeuta deve trabalhar com uma tríplice chave de leitura – composta pelo intrapsíquico, pelo interacional, e pelo social. Segundo o autor, o primordial é ter uma escolha ética na clínica, pretendendo sempre refletir sobre o que será melhor para os pacientes, recorrendo a novas possibilidades técnicas, a fim de melhor atendê-los. A base da ética não seria a rigidez metodológica, pois um psicoterapeuta não está a serviço da validação teórica, e sim ao entendimento sobre a singularidade e o sofrimento de cada família. Faz parte, do trabalho do psicoterapeuta, pensar que instrumentos deverão ou poderão ser utilizados para ajudar a quem o procura, desde que fundamente seu discurso e sua prática para legitimá-los, encontrando dessa forma uma interlocução.

De acordo com Oliveira (1996), a prática clínica não deve ser prisioneira de uma fantasmática paterna, ou seja, o profissional não deverá ser prisioneiro do saber de seus ancestrais. A liberdade de criar faz com que cada profissional possa se individualizar e tornar-se clínico, assim como cada sujeito deverá se diferenciar do grupo para constituir-se como um ser autônomo, mas pertencente a uma cadeia transgeracional.

O trabalho de reflexão sobre a articulação, entre os enfoques sistêmicos e psicanalíticos, exige uma intensa atenção e desenvolvimento. Neste trabalho não será possível um aprofundamento minucioso no tema, posto que, perder-se-ia o foco de estudo. Foram explanados os argumentos de autores da área, que aplicam em sua prática a articulação entre as duas principais abordagens, porque eles embasam o entendimento de grupo familiar e do trabalho clínico desenvolvido neste trabalho. Alguns conceitos de ambas, já mencionados, fundamentam

questões relevantes para a investigação sobre a construção da demanda familiar compartilhada.

Escutar e trabalhar com a família é uma tarefa desafiadora, devido à “exigência” de lidar com os processos psicodinâmicos, inter-relacionais e os padrões de comunicação intensos. Todos estes aspectos são constituintes da singularidade de cada família. Para entendê-la, é preciso compreender seu contexto no aspecto mais profundo e íntimo, analisando sua composição em seus diversos níveis. Portanto, acredita-se ser fundamental considerar a família como um organismo complexo, cujo funcionamento possui componentes inconscientes e conscientes.

O nível individual e o grupal, assim como o nível consciente e o inconsciente dos laços familiares, resultam em combinações do sistema familiar. Combinações, tais como as de um caleidoscópio, cuja produção de novas imagens é infinita. Assim, deve ser a dinâmica familiar ao longo do ciclo de vida, uma produtora infinita de novos arranjos inter-relacionais e psíquicos, e de novos padrões comportamentais promotores da saúde familiar frente às vicissitudes da vida.

2.2.

Entrevistas preliminares com a família

Para descrever a importância das entrevistas preliminares como dispositivo técnico, as elaborações de Freud e de outros autores sobre este período de avaliação inicial são fundamentais. Apesar de alguns destes teóricos se referirem a este método clínico na psicoterapia individual, a compreensão de suas formulações enriquece a construção da reflexão sobre as especificidades e particularidades sobre as entrevistas preliminares com famílias.

Freud em seu texto *Sobre o início do tratamento* comenta sobre a prática de aceitar provisoriamente, por um período de uma ou duas semanas, o paciente que pouco conhece. Considerava este período razoável para analisar a viabilidade do caso para um tratamento psicanalítico, pois dessa forma poupava uma futura frustração, por parte do paciente, caso o tratamento fosse interrompido ou ineficaz.

De acordo com Morandi (2006), realizar entrevistas preliminares na prática clínica envolve não só o objetivo de fazer um diagnóstico, mas também promove a

seriedade e a eficácia do trabalho psicoterapêutico. Neste trabalho, entende-se por diagnóstico, conforme formulou Arzeno (1995), como o equivalente a uma investigação sobre o que ocorre com a família, para além das descrições formuladas por ela, posto que, são limitadas e defensivas.

Os objetivos são muitos, dentre eles há a necessidade de compreender o conflito de forma ampla, procurar investigar a história familiar, avaliar as expectativas referentes ao tratamento e definir uma indicação adequada ao caso (Santini, 2006; Arzeno 1995). Para alcançá-los conta-se com recursos informativos pertencentes à comunicação verbal e a não verbal; como a linguagem corporal, a disposição espacial da família no *setting*, e a forma como relatam seus conflitos e se relacionam – agressivamente, embotadamente, etc.

Eiguer (1980) exemplifica a existência da disparidade entre o verbal e o não verbal, descrevendo particularmente famílias, cujas relações são ofensivas e desqualificadoras. O autor observou que estas famílias são marcadas intensivamente pelo padrão interacional da complementaridade, nas quais os comportamentos são determinados pela presença dialética da manipulação-submissão/controla-segregação. No entanto, o discurso manifesto do grupo alega se relacionar de forma simétrica, promovendo a igualdade entre eles. A ressalva deste autor qualifica a importância de se avaliar o grau de coerência, ou de discrepância, entre o conteúdo relatado e a forma do relato/das relações para uma compreensão ampla da dinâmica familiar.

A comunicação não verbal (analógica) é um tipo de expressão menos controlada pela consciência, e por isso torna-se um valioso modo de informação. Conforme Arzeno (1995) propõe, este tipo de avaliação pertence ao campo do que é manifesto e latente, estabelecendo uma investigação sobre o grau de dissociação entre estes dois níveis – o consciente e o inconsciente –, indispensável para a realização de um diagnóstico. Tomando como base esta proposta, considera-se o trabalho de avaliação, e de discussão, dos conteúdos manifestos e latentes o eixo central do trabalho no período de entrevistas. Assim, efetivamente busca-se entender os conflitos em suas diversas facetas, evitando o risco de se atuar coniventemente com a patologia familiar.

Cabe, neste momento, descrever tecnicamente sobre a função do psicoterapeuta no período de entrevistas. Na visão de Freud (1913), este momento inicial tem como finalidade investigar o caso, deixando o paciente falar livremente.

O psicoterapeuta apenas fala algo quando necessário, para que o paciente consiga prosseguir seu discurso manifesto. Eiguer (1985), que propôs formular duas etapas na entrevista familiar, parece seguir os ensinamentos de Freud, quando concebe um modelo de entrevista que permite inicialmente um intercâmbio espontâneo entre a família e o psicoterapeuta. O autor denominou este momento de “primeira parte da entrevista”.

Num segundo momento, por meio de intervenções, o psicoterapeuta explora o que foi dito. Ou seja, assim como Freud sugeriu, para Eiguer (1985) estas intervenções consistem na possibilidade do clínico retornar sinteticamente ao que foi dito, permitindo fluir o discurso familiar. Realizam-se perguntas, as quais têm como objetivo convidar os membros da família a criarem mais associações, criando livremente um pensamento conjunto. O autor acredita que determinadas perguntas devam estar na mente, como fonte de inspiração, podendo colocá-las antes, durante e depois de cada consulta. Todavia recomenda, que as perguntas não devem ser feitas “no momento em que uma seqüência associativa desponta em sua naturalidade, pois elas a entravariam.” (p. 118).

Eiguer (1985) também enfatiza que é importante conhecer o melhor possível determinadas situações passadas e presentes. O psicoterapeuta acaba vivenciando uma situação cujo manejo é delicado, porque por um lado não deve estruturar demasiadamente a entrevista, para não dificultar reconhecer as estruturas familiares ocultas e estabelecer um contato emocional. Por outro, deve agir como um diretor de teatro, dirigindo o mais livremente possível o processo dinâmico, mas atento às ameaças de estagnação, procurando colocar em andamento a entrevista quando isto ocorrer.

Na entrevista familiar é importante a presença de todos os membros da família, até mesmo de crianças, para que se possa observar no *setting* a interação e a função de cada um no sistema. Isto é sugerido já no primeiro contato via telefone, dando a entender que isto possibilitará uma maior eficácia ao tratamento. Todavia a decisão de quem virá, ou não, depende da família. Cabe ao psicoterapeuta, tentar compreender o significado da ausência, pois isto ajudará a entender a função da exclusão e o papel desempenhado por cada membro. Esta recomendação é válida, principalmente, quando já há um pedido inicial de ajuda para a família, porém, o que ocorre muito na clínica é alguém da família marcar uma entrevista para outro membro do grupo neste caso é que se deve questionar de quem é a demanda.

Como descrevem Stierlin et al. (1980) os membros familiares convivem entre si e, portanto, se conhecem consciente e inconscientemente. Estarem todos juntos na primeira entrevista é oportunidade de aliviar determinadas fantasias, já que naquele momento será a oportunidade de falar e ouvir claramente os conflitos. Perguntar como cada familiar se vê e percebe o outro, quais são suas motivações e suas expectativas para o tratamento, são descrições que permitem ao psicoterapeuta analisar as dificuldades e as confusões interacionais.

Portanto, o período de entrevistas é fundamental para a elaboração da demanda e para a avaliação da pertinência de uma indicação de tratamento familiar. A indicação para uma psicoterapia familiar possui uma especificidade, posto que a questão central circunde sobre a investigação de um sofrimento familiar latente, procurando analisar quem está adoecido, o conjunto e o sujeito, ou o sujeito. Não se trata de negar as patologias e os sofrimentos individuais, mas de avaliar o que, neste momento, se faz urgente.

2.2.1.

Motivação familiar para um tratamento psicoterapêutico

Como já foi mencionado acima, considera-se o eixo central do início de um tratamento a investigação sobre os conteúdos latentes que estão subjacentes aos conteúdos manifestos. Dentro desta perspectiva, Ocampo, Arzeno e Piccolo (2003) enfatizam que o trabalho de compreensão sobre o motivo da consulta é um pilar para uma avaliação diagnóstica eficiente. Discriminam o motivo da consulta em dois níveis diferentes. O primeiro é o motivo manifesto, correspondente à motivação familiar em nível consciente, muitas vezes centrada no sintoma ou no sujeito-sintoma. Neste trabalho, o termo desenvolvido pelas autoras está sendo equiparado à queixa inicial, aquilo que é primeiramente mencionado no discurso familiar, por estar mais próximo à consciência e ser menos ansiógeno.

O segundo conceito desenvolvido pelas autoras é o motivo latente, cujo significado permanece inconsciente em princípio, devido à intensa ansiedade que provoca. Por isso, necessita ser esclarecido, para que as fantasias e as defesas possam ser trabalhadas em seus sentidos mais profundos. Faz-se aqui um paralelo

entre o motivo latente com o termo demanda¹, por ser um termo mais comumente utilizado pelos clínicos ao se referirem ao desejo para a busca de ajuda.

Segundo as autoras mencionadas, o psicoterapeuta deverá inicialmente elaborar algumas hipóteses a respeito do motivo latente, enquanto escuta e analisa o motivo manifesto invocado primeiramente. Deve criar suposições sobre a razão implícita que traz o paciente ou a família à consulta, de modo que sua compreensão não fique limitada ao sintoma. Este ponto será mais desenvolvido no segundo capítulo, quando será discutida a importância do trabalho de elucidação da demanda – questões que estão que estão subjacentes ao conflito manifesto, pelos quais se é participante –, para não cair na crença reducionista de que eliminando o sintoma desaparece a doença.

Em muitos casos, o receptor do sinal de ajuda emitido pelo sintoma é um terceiro não ligado à família, sendo ele quem incentiva o grupo a procurar uma ajuda para tratar de seu problema emocional. A problemática pode ou não ser reconhecido pela família, pois ela pode encontrar-se em plena negação do seu sofrimento. Nestes casos em que sujeito ou a família consideram desnecessário um tratamento psicológico, a motivação inicial parte de algum encaminhamento institucional – médico, escolar, judicial, organizacional, dentre outros.

Assim, o motivo manifesto familiar é composto pelo discurso de um terceiro, e não por suas próprias motivações. No entanto, em nível inconsciente, acredita-se que a família se dirige ao tratamento, motivada por seu próprio desejo. Arzeno (1995) reforça a existência deste aspecto comum, independente das inúmeras justificativas para se procurar um psicoterapeuta.

Ainda dentro desta discussão, Morandi (2006) em contraponto afirma que em algumas situações de encaminhamento, percebe-se que o grupo não sabe ao certo a razão de estar ali, nem mesmo o que espera da psicoterapia familiar. Ela ressalta que a queixa inicial irá centrar-se apenas na razão da indicação, podendo ser algo com o qual concorde ou não, e por isso, há a necessidade de avaliar a viabilidade de um início de tratamento com estas famílias. Precisa-se investigar a disponibilidade interna das mesmas, para que seja efetivada a construção de suas próprias motivações.

¹ O termo demanda não está sendo utilizado no sentido Lacaniano, tal como desenvolvido no Seminário 4, a partir de uma diferenciação que o autor faz sobre necessidade, demanda e desejo.

A autora também sustenta a relevância da credibilidade atribuída pela família à pessoa ou à instituição que indicou. Famílias encaminhadas por um psiquiatra, por exemplo, podem apresentar-se limitadas pelo rótulo do diagnóstico psiquiátrico, o que as impediria de ver outros aspectos intersubjetivos importantes. Além disso, algumas vezes não acreditam na sua própria capacidade de promover saúde.

Se o psicoterapeuta se prende ao diagnóstico psiquiátrico ou à queixa de uma instituição, ele estará reforçando a queixa sintomática, sem ampliar seu olhar e sua escuta para a questão familiar inconsciente, e assim, não investigando qual é a realidade psíquica familiar. De acordo com Morandi (2006), analisar o sistema em interação, ao invés da queixa referente ao paciente identificado, é ter uma compreensão intersubjetiva da demanda familiar. Por isso, por meio dessa compreensão circular, o psicoterapeuta ajudará a família a realizar a passagem da obrigação à elaboração da sua própria demanda de tratamento.

Retoma-se aqui a formulação sobre os casos, nos quais a família vai ao consultório buscando ajuda apenas para um dos membros da família, mais comumente crianças, adolescentes ou adultos dependentes emocionalmente. Nestas situações, deve-se estar atendo ao sofrimento individual do paciente, mas também à função circular da doença no sistema. Ou seja, nestes pedidos direcionados para um tratamento individual é fundamental que haja uma visão atenta ao interacional, cuja finalidade será avaliar a extensão do sofrimento e o grau de individualização. A individualização corresponde à capacidade do sistema em prover autodiferenciação, a possibilidade de singularização com relação a sentimentos, necessidades, expectativas e pensamentos, demarcando assim uma fronteira entre o eu e o outro, entre o interno e o externo.

Quando à lógica grupal impede a possibilidade do sujeito para se singularizar, ele está impedido de entrar em contato com seus próprios conflitos e idéias, ficando subjugado ao conjunto. Pois, para pensar e se conscientizar de questões próprias, o sujeito deve “romper” com o jogo fusional familiar, no qual os membros familiares se misturam formando um bloco único sem limites internos. Nos casos em que existe este tipo de configuração, o emergente é tratar o conjunto, cujo efeito de melhora será viabilizar aos sujeitos a capacidade de entrar em contato com seus conflitos individuais.

Conforme Stierlin et al. (1980), quanto existe uma insuficiência na capacidade de individualização na relação, torna-se difícil para os membros da família distinguirem seus próprios desejos, suas emoções e suas idéias. Como consequência disto, eles também ficam impossibilitados de assumirem a responsabilidade pelo que sentem, e de reconhecerem sua participação na dinâmica familiar. Sendo assim, quando este aspecto está disfuncional, será muito difícil um trabalho individual com o paciente identificado², pois na medida em que este se individualizar desencadeará uma ruptura no equilíbrio simbiótico da família. Nesta mesma perspectiva, Ramos (1992) afirma que a indicação para a psicoterapia familiar é precedente quando se observa uma autonomia do conflito grupal sobre os sintomas individuais.

De acordo com Selvini (2003), nestes contextos familiares em que há desacordos sobre a iniciação de um tratamento conjunto, ou em situações em que o sujeito identificado não apresenta uma motivação pessoal autônoma, a necessidade de intervenção psicoterapêutica recebe diversas respostas, a partir do enfoque teórico e da formação de cada profissional. Contudo, destaca ser essencial atentar para o aspecto intersubjetivo destas situações, a fim de não restringir o pedido de ajuda a uma expressão individual de conflito.

Talvez esta seja uma das tarefas mais difíceis do psicoterapeuta, porque muitas vezes a família vem ao consultório com a estrutura muito fragilizada e fragmentada, resistindo à possibilidade de um trabalho grupal. Por isso, é preciso que o psicoterapeuta os ajude a amenizar a cisão e a indiferenciação entre os membros do grupo, facilitando a passagem do conjunto ao individual. O psicoterapeuta, também, não deve aliar-se a um dos membros, ou identificar apenas um como responsável da patologia familiar, porque, caso contrário, não estará aplicando a visão de circularidade.

Esta tarefa possui um caráter ético da avaliação clínica, tendo em vista as fortes reações familiares de sabotagem e de resistência para manter-se em homeostase, prejudicando o tratamento que supostamente desejam para um filho, um cônjuge, um parente. A família não consegue perceber seu processo circular patológico, posto que seja um processo inconsciente, ou parcialmente inconsciente.

² Conceito desenvolvido no segundo capítulo.

A partir desta visão ampla sobre o sistema, torna-se função do profissional estar atento à origem do pedido de ajuda, ou seja, a real motivação familiar para a busca de tratamento. Citar os casos de encaminhamento, ou de procura para um atendimento individual, é aludir à variedade de condições, e razões, pelas quais uma família procura uma psicoterapia. Esta avaliação inicial determinará a condução do caso, o tipo de indicação psicoterapêutica e o enquadre a ser estabelecido para o tratamento.

Ramos (2006) ressalta ser importante manejar a situação de acordo com as possibilidades internas da família. Para a autora, as entrevistas preliminares não têm como função reter a família, mas sim, viabilizar um espaço e um tempo de reflexão sobre suas motivações; mostrando-lhes, se for o caso, que o problema mobiliza a família como um todo. O psicoterapeuta deverá transmitir-lhes acolhimento e segurança, para que possam perceber o quanto se excluem da crise familiar e não estão dispostos a pensar os problemas do conjunto.

Nesta mesma perspectiva Stielin et al. (1980) afirmam que a motivação para a psicoterapia não só dependerá dos membros da família, mas também do estabelecimento do vínculo com o psicoterapeuta, da capacidade deste último para amenizar a vergonha, a culpa e o medo existentes. Consideram também necessário despertar a esperança e a confiança na família, para que se possa constituir rapidamente uma relação de cooperação. Morandi (2006) acredita que a postura acolhedora diante da queixa é também determinante na psicoterapia familiar, caso a motivação da família seja frágil e cheia de resistências.

2.2.2.

O psicoterapeuta e a família: intervenções e interpretações

Nas diversas formulações de autores, que desenvolveram e descreveram técnicas de entrevistas familiares, parece existir um consenso quanto à dificuldade desta tarefa. Esta última diferencia-se de uma entrevista individual, devido às especificidades dos mecanismos grupais, a intensidade da dinâmica familiar, e a enorme quantidade de informações em pouco tempo. As entrevistas familiares podem provocar, particularmente, angústia no entrevistador iniciante, pois na visão de Stierlin et al. (1980) o psicoterapeuta, acostumado em atendimentos individuais, sentir-se-á como alguém que deve atuar numa trama com códigos e regras próprias,

na qual é um desconhecido e intruso. A família delega ao psicoterapeuta a função de juiz, podendo este ser incluído ou expulso da trama, pela própria família que o procurou.

Por outro lado, o grupo também exerce uma força que absorve o psicoterapeuta, impregnando-o com seus intensos afetos e com os efeitos da identificação projetiva – pela qual o profissional sente os afetos não simbolizados, provocando o risco de fazer intervenções provocadas por questões contratransferenciais. Devido a esta intensidade afetiva, característica de atendimentos com famílias, o clínico trabalha de forma ativa e direta, mesmo nas primeiras entrevistas. Alguns profissionais (Eiguer, 1980; Lemaire, 2007), defendem o início de determinadas intervenções, já no período de avaliação, a fim de se criar condições para o início de um trabalho de identificação do desejo ambivalente e de elaboração sobre a co-responsabilidade familiar com relação ao tratamento.

A presença do desejo ambivalente ocorre porque algumas mudanças são temidas pelo grupo. Como já foi mencionado, o grupo possui mecanismos de funcionamento que procuram estruturar e regular a si o próprio. Um destes mecanismos é o processo de homeostase, cuja função constitui-se em restabelecer o *status quo* do sistema em momentos de mudanças e em situações de instabilidade. As mudanças acabam sendo vivenciadas como traumáticas, quando sentidas como causa de rompimento no grupo.

Picollo, Merea e Zimmerman (2003) afirmam que inúmeros autores teorizaram sobre o conceito de homeostase familiar, porém, ressaltam que foi Jackson o criador deste conceito, cuja fonte de inspiração foi uma definição da Física sobre o conceito de “variável”. Jackson considerava “variável” toda a situação que ocorria com a família, proveniente tanto de algo externo à família quanto interno, que ocasionava uma mudança. No entanto, ele observou que no grupo familiar existe um parâmetro, ou seja, uma norma para regular o sistema, mantendo-o em equilíbrio/homeostase frente às “variáveis”.

Ao invés de Picollo et al. (2003) recorrerem ao termo parâmetro, utilizado por Jackson, propõem pensar a homeostase como uma “constante dinâmica” (p. 588). De uma ordem defensiva, o processo homeostático familiar seria uma defesa, à que se recorreria em situações críticas ou novas (variáveis), a fim de reacomodar *a posteriori* o equilíbrio grupal. No entanto, o ciclo vital é composto de etapas que

exigem transformações no grupo, como por exemplo, o nascimento e o crescimento dos filhos. A tendência familiar à invariância intensifica a defesa homeostática em momentos do ciclo de vida, buscando restabelecer um equilíbrio que sempre será quebrado pela dinamicidade da vida. Quando a família apresenta dificuldade na capacidade de criação de novos padrões relacionais, deve-se trabalhar sua potencialidade de flexibilizar-se frente às mudanças, sem que elas sejam vistas como uma ameaça.

Stierlin et al. (1980) concebiam que a regra fundamental da psicoterapia de família, cuja primeira formulação foi de Ian Boszormenyi-Nagy, consiste em dizer para a família, já nas primeiras entrevistas, que eles devem tentar falar entre eles, na medida do possível, sobre assuntos dos quais ainda não puderam falar entre si. Orientando os membros da família a dizerem o que ainda não foi possível, o psicoterapeuta incentiva a revelarem segredos familiares e expectativas não satisfeitas, para possibilitar a superação dos conflitos e a reconciliação entre os membros. O propósito é impulsionar os recursos existentes na própria família em busca de superar seus conflitos, acreditando na capacidade de saúde da mesma.

De maneira didática e sistematizada, Eiguer (1980) descreve um conjunto de intervenções gerais, em três tempos de uma psicoterapia de família, sem a pretensão de torná-las uma regra estanque. No primeiro tempo, procura-se localizar e apontar as divergências significativas entre os membros do grupo familiar, ao mesmo tempo em que se investigam os acordos inconscientes, que permanecem submersos a estas evidentes oposições. Ou seja, por trás da aparente oposição e cisão entre os membros familiares, existe algo que é compartilhado que se refere à retroalimentação da dinâmica familiar.

No segundo tempo, ocorrem intervenções para se discutir os pontos compartilhados. Aponta-se para a existência de um jogo paradoxal, no qual o conflito, considerado causa do distanciamento familiar, é também o fator que os mantém unidos, retroalimentando os acordos inconscientes. Por fim, no terceiro tempo, busca-se consolidar as intervenções anteriores e apontar para as defesas grupais, que os protegem de fantasias compartilhadas.

Esta organização didática, proposta por Eiguer (1980), pode ser também articulada ao movimento do trabalho de avaliação no período de entrevista. Este período corresponderia a uma síntese do que irromperá ao longo do tratamento, préconfigurando o curso do processo psicoterapêutico. A avaliação clínica vincula-

se à observação da dinâmica familiar, mas também num segundo momento, à análise da capacidade do grupo de defrontar-se com o jogo paradoxal e assim poder aderir ao doloroso processo de co-responsabilidade com o tratamento.

Os primeiros encontros despertam angústia e ansiedade, tendo em vista a procura de uma mudança iminente, mas que ameaça a homeostase. De acordo com Mannoni (1965), esta ansiedade e angústia emergem, justamente, pelo fato de o psicoterapeuta ser a pessoa a quem a família recorre, após tentativas fracassadas e ilusões perdidas, mas também ao mesmo tempo, ser aquele quem “denunciará” seus aspectos disfuncionais. Talvez seja importante identificar, assim como fez Lemaire (2007), que o lugar do psicoterapeuta não deve ser de denunciador/acusador, e sim de anunciador das fragilidades e dos problemas familiares, indicando as questões do grupo a partir capacidade do mesmo.

Stierlin et al. (1980) afirma que o trabalho de acolhimento familiar do psicoterapeuta dependerá, principalmente, da capacidade do mesmo alcançar uma visão do conjunto, e de saber mantê-la ao longo do tratamento. Morandi (2006) considera que esta escuta/visão do conjunto pode modificar o discurso da família, adquirindo um novo sentido aos seus próprios ouvidos. No entanto, como descrevem os autores em questão, a visão e a escuta do conjunto resulta difícil para muitos psicoterapeutas que trabalham, na maior parte das vezes, em situações diádicas. Ressaltam que os principiantes, devido à inexperiência, são induzidos a focar somente nas perturbações e na patologia priorizadas no discurso da família. Esta última tende a falar somente daquilo que a incomoda.

Levados a permanecer neste mecanismo defensivo de clivagem entre saúde-doença, entre inocentes-culpados, alguns clínicos deixam de avaliar simultaneamente os recursos funcionais e promotores de saúde familiar, os quais fornecem a base para o grupo encontrar sua própria forma de superação das dificuldades. Elucidar os recursos de saúde, nas entrevistas preliminares, é igualmente fundamental para que a família acredite em sua capacidade de transformação e de reparação pertencentes ao processo de integração, desconstruindo os mecanismos defensivos instalados rigidamente (Eiguer, 1980). Adiciona-se a isto, a argumentação de que a existência da integração represente a possibilidade do grupo implicar-se como produtor e reparador da patologia familiar, favorecendo um prognóstico positivo.

No final do período de entrevistas, o psicoterapeuta deve criar uma hipótese sobre a função do sintoma, na configuração da trama familiar, procurando ver além dos aspectos fenomenológicos evidentes. Esta hipótese deverá ser sempre questionada e revisada, mas será a mesma que dará sentido ao tratamento a ser estabelecido.

A empatia e o estabelecimento de um laço, entre o psicoterapeuta e a família, são determinantes para o desenvolvimento e a continuidade das sessões subsequentes. A relação empática terá uma importância capital para o firmamento do compromisso familiar com o tratamento, pois o imprevisto do “encontro” entre o grupo e o clínico favorece a escolha mútua de realizarem um trabalho intersubjetivo. É necessário criar um acordo entre o psicoterapeuta e a família, a fim de permitir um enquadre adequado à demanda familiar.

Em Lemaire (2007), o enquadre representa um continente ao mundo interno familiar, o qual assegura a continuidade e a solidez do processo psicoterapêutico para que a simbolização de conteúdos dolorosos e conflitantes possa ocorrer. Somando-se a isto, o enquadre também funciona como um recurso técnico que preserva o clínico dos intensos movimentos afetivos e da voracidade do grupo, mantendo-se “vivo”, sem ser devorado pela configuração familiar. A posição de autoridade deve ser mantida em certa medida, como por exemplo, em casos em que há necessidade de se distribuir um espaço para a palavra de algum membro, ou até mesmo interromper atitudes agressivas realizando um trabalho de para-excitação.

Na construção deste contrato serão discutidas as expectativas e metas do psicoterapeuta, mas também as da família que, após o trabalho realizado nas entrevistas preliminares, deverá, em certa medida, estar consciente que o sofrimento é compartilhado, e que todos são participantes na produção do mal-estar conjunto.

2.2.3.

Transferência e contratransferência

Não há pretensão neste trabalho de abordar os aspectos extensos e específicos dos fenômenos transferenciais, e os fenômenos contratransferenciais no grupo e na psicoterapia com a família. No entanto, não seria possível deixar de mencioná-los, tendo em vista a importância da relação transferencial e

contratransferencial para a construção da avaliação psicodiagnóstica com base psicanalítica (Arzeno, 1995). A partir desta perspectiva teórica, a proposta é apontar algumas considerações sobre estes fenômenos, que foram desenvolvidas por Eiguer (1995), na tentativa de justificar a importância dos mesmos na avaliação familiar.

Na psicoterapia de família Eiguer define transferência como o denominador comum do grupo, composto por fantasias e afetos relacionados ao aparelho psíquico intersubjetivo. A transferência que ocorre dentro do grupo, entre os seus integrantes forma a substância do “si” familiar, e conseqüentemente produz o sentimento pertença, segundo Eiguer (1995).

Os afetos do grupo deslocados para o psicoterapeuta pertencem ao conteúdo conjunto, ao objeto do passado familiar. O autor ressalta o fato de a transferência, com o psicoterapeuta, exprimir a qualidade e o estado dos vínculos familiares. Ou seja, ela traduz os papéis e os afetos atuais, como também o sentimento diante da vinculação e da separação.

Ele discriminou dois tipos de transferência com relação ao tratamento: a transferência para o processo psicoterapêutico e transferência para o enquadre. A primeira é determinada pelos “desejos, expectativas, esperanças e ceticismo da família no que diz respeito à evolução do processo” (p.19). Eiguer (1995) destaca que toda família possui uma meta manifesta representante do desejo de mudança, mas que por outro lado também existe a meta latente referente ao desejo de homeostase, para que não haja mudança. É, portanto, na transferência para o processo que se atualiza a ambivalência familiar com relação à efetivação de transformações.

A transferência para o enquadre representa, de acordo com o mesmo autor, “o lugar onde se expressam as falhas de investimento” (p.138). Pode-se percebê-la apenas nas manifestações negativas, como por exemplo, ausências e transgressões do contrato. Com esta idéia, podemos pensar que a manifestação da transferência para o enquadre aparecem nos ataques da família ao mesmo, representando a dinâmica de suas alianças. O autor destaca que manifestação positiva da transferência para o enquadre seria silenciosa, representando um vínculo com as regras. Complementa-se à afirmação de Eiguer (1995) que esta possibilidade de vinculação às regras demonstra a preservação no aparelho psíquico familiar da função continente dos impulsos.

A contratransferência pode ser um recurso utilizado pelo psicoterapeuta para entender, a partir dos seus afetos e de suas sensações, o que se passa com a família. Dentro desta visão, aquilo que a família inconscientemente provoca no psicoterapeuta equivale aos conteúdos insuportáveis de serem sentidos dentro do grupo. É como se surgisse a possibilidade de viver a fantasia fora do “si” grupal, ou experimentar o desejo que não pôde ser experimentado, ou até mesmo enunciar o pensamento daquilo que era impronunciável. Tudo isto via fantasias, desejos e pensamentos do psicoterapeuta. Este último que acaba dialogando consigo mesmo para identificar e diferenciar o que pertence a ele como sujeito e o que pertence à família.

Em resumo, a contratransferência forma o grupo de representações, emoções e atos do clínico que são produzidos como respostas à transferência do grupo familiar. Eiguer (1995) destaca para a intensidade deste processo na psicoterapia de família, posto que se trate de um grupo, no qual as projeções, os jogos de identificação projetiva e as transmissões psíquicas ocorrem em níveis elevados.

O psicoterapeuta é bombardeado por estes conteúdos que ultrapassam a capacidade de contenção do aparelho psíquico familiar. Como a relação psicoterapêutica se estabelece num espaço dialético, onde circulam movimentos inconscientes tanto da família como do próprio clínico. Este último deve estar bem analisado, e também consciente de suas questões pessoais e familiares, para assim, evitar que haja uma mistura.

3

FUNCIONAMENTO PSÍQUICO DA FAMÍLIA E A DEMANDA FAMILIAR COMPARTILHADA

Segundo Kaës (2005) e Anzieu (1966), o aparelho psíquico grupal seria constituído em um espaço comum e partilhado, criado nas fronteiras entre o intrapsíquico e o intersubjetivo, cujo conteúdo é onírico e relativo às contribuições do processo primário de cada membro do grupo. Comparam o funcionamento do grupo com a formação do sintoma e a do sonho, considerando-o, assim como estes dois últimos, um espaço de associação de desejos que buscam satisfação. Ou seja, na própria estruturação do grupo familiar haveria uma “formação de compromisso”, na medida em que é estruturado na realização desses desejos, e também, pela produção de defesas suscitadas pela angústia do Eu diante da satisfação primária desses desejos.

O funcionamento psíquico familiar, fundamentado pelos autores grupálistas, tem como fator de coesão o material fantasmático compartilhado. Para a constituição e a preservação da atividade psíquica familiar são reunidos os conteúdos psíquicos de cada integrante, criando uma aliança entre eles. Eiguer (1995) denominou esta circulação de material psíquico de interfantasmática, cujo sentido é conceituar a tendência da família para agir e reagir de acordo com o conluio de fantasias.

Eiguer correlaciona a interfantasmática ao conceito de colusão desenvolvido por Willi, a partir de seus estudos sobre casais. A colusão corresponde às alianças de representações e de fantasias inconscientes entre os membros do casal, formando assim a base afetiva e conflitiva do mesmo. Ou seja, é na tentativa de reparar os conflitos internos que o sujeito se liga ao outro. O tipo de colusão organiza a vida amorosa do casal e posteriormente a vida familiar.

Eiguer (1995) entende a interfantasmática como um dos *organizadores* da vida simbólica familiar. O primeiro *organizador* é a escolha do parceiro, que segundo ele inaugura o modelo de vínculo objetal. O outro é o “si” familiar, equivalente ao sentimento de pertença e ao mundo interno do grupo. Considera que estes *organizadores* estruturam as modalidades de vinculação, o modo de subjetivação do grupo e, também dos sujeitos individualmente.

Estes processos intersíquicos ocorrem num sistema complexo de interação e vinculação, os quais devem ser compreendidos a partir da noção de circularidade. Este sistema complexo designado como o aparelho psíquico familiar, tem como função colocar em continuidade a circulação psíquica, além de transformar e de elaborar certas formações psíquicas e certas formas de investimento afetivo. Também faz parte de seu trabalho, integrar a energia pulsional, a conter excitação no psiquismo ou desviá-la para outras metas a serviço do vínculo grupal. (Kaës, 1997).

Segundo Lemaire (2007) o aparelho psíquico se torna disfuncional quando, em determinadas circunstâncias, algumas de suas funções falham, não colocando em movimento a identidade da família, fazendo com que o “si” familiar fique enrijecido e empobrecido simbolicamente. A avaliação dos movimentos pulsionais do conjunto, assim como a observação do tipo de ansiedade– seja de castração ou de perseguição –, e as fantasias compartilhadas, ajudam na compreensão do universo simbólico do grupo. Estes elementos do aparelho psíquico familiar encontram-se representados nas atuações do grupo no “aqui e agora”, no discurso e nos mecanismos de defesa (Eiguer, 1980). Todos estes fatores são determinantes na avaliação da trama familiar.

Picollo, Grynberg, Iraeta e Wheel (1978) concebem o inconsciente familiar como uma trama relacional e identificatória, a qual sustenta o sistema e funciona como a memória do mesmo. A memória da trama familiar é composta por mitos que, segundo com estes autores, são produtos de uma série de crenças e fantasias integradas e compartilhadas por todos os membros da família. Estas crenças não são desmentidas pelos que estão implicados nela, e compõem a particular realidade psíquica da família. Os autores afirmam que os mitos surgem como tentativas de explicação para as indagações e os conflitos inerentes a experiência humana.

A função do mito é expressar a angústia comum a todos, numa tentativa de aliviá-la, cumprindo um trabalho defensivo e constitutivo da identidade familiar. Tem como característica anular o tempo, fazendo parecer como não histórica a crença que o delimita. Na perspectiva psicanalítica o psicoterapeuta deverá funcionar como aquele, que descongela a rigidez defensiva e coloca em marcha a temporalidade. Se o mito não for colocado em palavras, ou interpretado, não cederá em sua força sintomática (Ferreira, 1963; Eiguer, 1995).

Eiguer (1995) e Andrey (1981) diferenciam a concepção sistêmica de mito da concepção psicanalítica. Na primeira, o mito corresponderia às convicções conscientes inquestionáveis compartilhadas pelo grupo, tendo como características o desconhecimento de sua origem e de sua autoria. No trabalho sistêmico o objetivo seria pragmático caracterizado pela tentativa de liberar a imagem opressiva que a família tem dela mesma. A visão psicanalítica se distingue da primeira abordagem ao atentar para o componente inconsciente do mito familiar.

Alguns autores, como por exemplo Eiguer (1995), concebem o sintoma da família como um derivativo do mito familiar. De acordo com esta proposta, pode-se pensar na correspondência entre o enigma, encoberto pelo sintoma, com o mito familiar. Almeida-Prado (1999) em seu estudo sobre esta questão, particularmente em famílias psicóticas, afirma que a gravidade da patologia familiar enrijece os mitos, dificultando dessa forma o processo de separação e de individuação. Também, acaba impossibilitando a capacidade conjunta de pensar e de criar. Assim, a transmissão do mito não passa por um processo de elaboração, compondo-se como um tabu, um não-dito, um segredo.

Almeida-Prado (1999) compreende a sustentação do segredo pelas fantasias (individuais e mitos familiares), isto faz com que não seja importante se a origem do segredo foi desencadeada por um fato real, ou é derivada de elaborações imaginárias. São as fantasias que determinam o comportamento e os investimentos emocionais da família. A autora ressalta que na existência de uma base real para a origem do segredo, estão presentes fantasias que, em certa medida, evitam a defrontação conjunta com sentimentos de amor, ódio, rivalidade, agressividade, desamparo, ciúme, dentre outros.

O sintoma familiar aparece como um sinal da não elaboração desses conteúdos inconscientes, devido a uma manifestação da fragilidade do aparelho psíquico familiar. Isto ocorre porque o investimento libidinal, designado a encobrir uma determinada fantasia, absorve funcionamento mental compartilhado, impedindo-o de transformá-la. Será no acolhimento e no entendimento do sintoma, daquilo que se faz enigma familiar, que se viabilizará a possibilidade de um trabalho de expressão da fantasia compartilhada. Esta última aprisiona a família, fazendo com que ela se sinta incapaz de encontrar outras soluções.

3.1.

Concepções teóricas sobre o sintoma na família

A noção de sintoma como produção individual foi muito discutida na literatura, principalmente por Freud em seu estudo sobre a formação dos sintomas histéricos. O autor desenvolveu extensamente o aspecto dinâmico do sintoma, estudando-o como o produto do aparelho psíquico, no qual há uma interação de forças opostas e a presença do mecanismo de recalque. Discute-se a formulação Freudiana para embasar o entendimento da formação do sintoma familiar e suas descrições na literatura da psicoterapia de família.

Freud (1916-1917) acreditava ser fundamental a discriminação da diferença entre o sintoma e a doença, argumentando que a extinção do primeiro não corresponderia a “cura” da doença. Pois esta, se não for trabalhada, é capaz de formar novos sintomas. Por isso, deve-se compreender o sentido do sintoma, com o objetivo de se aproximar das razões psíquicas de sua formação, sem ter a intenção de apenas eliminá-lo. Já neste momento, Freud manifestava o valor de estar atento tanto às circunstâncias sociais e familiares dos enfermos, quanto aos sinais somáticos e aos sintomas patológicos dos mesmos.

Inicialmente Freud considerava o sintoma como um registro de um trauma e para curá-lo era preciso recordar este evento traumático. Porém, percebeu que o fato real não era tão significativo quanto à fantasia do sujeito e passou a valorizar a fantasia de sedução como o núcleo dos sintomas histéricos. Contudo, percebeu que as histéricas apresentavam lacunas de memória e que não poderia ser via consciência o entendimento da origem sintomática. A partir disso, passou a concebê-lo como um sinal substituto da satisfação pulsional. Esta última permanece subjacente devido ao processo de recalque (Freud, 1901-1905; 1916-1917; 1925-1926).

Ou seja, o sintoma seria um derivativo da pulsão recalçada, que apareceria de forma disfarçada e irreconhecível à consciência. Representaria, portanto, fantasias inconscientes que não podem vir à consciência pela recusa do Ego, ou da proibição do Superego, de associar-se a uma catexia pulsional provocada pelo Id. Como todo substituto, assume a manifestação da fantasia para evitar desprazer, e seu sentido deve ser inconsciente para que possa existir.

Isto demonstra um lado forte do ego, posto que, é promotor da repressão, e também revela sua impotência diante do Id e da busca de satisfação de seus impulsos e fantasias – os quais são fenômenos mentais relacionados à pulsão. A fantasia que buscava satisfação, após o recalçamento, permanece presente na representação sintomática, existindo independente da organização egóica. O sintoma, por continuamente renovar as exigências de satisfação da fantasia, obriga o Ego a fazer a sinalização defensiva de desprazer.

Neste jogo conflitante de interesses, entre o Id e o Ego, a função do sintoma se legitima, simbolizando a “formação de compromisso” entre estas duas instâncias. A formação do mesmo representa tanto o triunfo da proibição quanto à possibilidade de satisfação. Como conseqüência disto, Freud (1916) comenta sobre o ganho secundário, para a vida anímica, e a decorrente resistência do paciente em se “desfazer” do sintoma. Logo, seria constituinte da formação sintomática o caráter contraditório de realização de desejo. Por um lado, o desejo do ego em proibir, e por outro, o desejo da realização da fantasia recalçada.

É preciso que o paciente sinta-se participante da situação desencadeadora de seu conflito/sintoma, para que ele se implique naquilo de que se queixa. No caso Dora, por exemplo, Freud conduz a paciente a refletir sobre sua responsabilidade em seu sofrimento, levando-a a perceber o quanto ela participava do mundo desordenado de seu pai, sobre o qual se queixava. Desta forma, retifica a posição de vítima da paciente, colocando-a em uma posição de responsabilidade frente a seu sintoma, podendo assim pedir ajuda para mudar. Surge então a pergunta clássica, que perpassa o processo psicoterapêutico e também deve perpassar nas entrevistas preliminares: qual é a participação do paciente em sua desordem (Neuburger, 1988; Rocha, 2000).

O sintoma na família teve sua primeira formulação na fase denominada de primeira Cibernética da abordagem sistêmica. Era compreendido como uma resposta disfuncional do sistema, devido ao processo de retroalimentação negativa, utilizado para o restabelecimento da homeostase. Nesta perspectiva, concebe-se o sintoma como *feedback* negativo. O trabalho do psicoterapeuta objetivava o desaparecimento deste último, aliviando as queixas do grupo familiar e buscando exclusivamente recompor a homeostase de maneira funcional (Calil, 1987; Romagnoli, 2004).

Na segunda Cibernética, a concepção sobre o sintoma é modificada. Ele deixa de ser o centro da condução do tratamento e passa a ser compreendido como um processo de *feedback* positivo. Ou seja, é considerado como uma conduta que provoca uma quebra nas normas e nos padrões repetitivos da família, os quais garantiam o equilíbrio rígido do sistema. Portanto, neste segundo momento, o sintoma é uma tentativa de produzir padrões alternativos ou novas estruturas interacionais em um sistema cristalizado, cuja organização não é promotora de saúde (Calil, 1987). O objetivo do tratamento, na segunda Cibernética, visa a auxiliar a família nesta tentativa de transformação, priorizando trabalhar os conflitos relacionais e procurando identificar as questões encobertas, para que conseqüentemente o sintoma desapareça.

Calil (1987) afirma que ao se desenvolver estas duas concepções distintas, na abordagem Sistêmica, sobre a função do sintoma familiar, evidencia-se a coexistência de dois contraditórios mecanismos do funcionamento familiar. O primeiro corresponderia à busca constante de manter o equilíbrio, sendo o sintoma uma forma defensiva de manutenção do mesmo. O segundo mecanismo seria a tendência à transformação, calcada na potencialidade de evolução do grupo. A autora ressalta a importância da complementação destes dois mecanismos para o entendimento da dinâmica familiar, afirmando que em determinados momentos do ciclo de vida um predominará mais que o outro.

A partir da integração destas noções, pode-se formular que o psicoterapeuta deverá trabalhar a potencialidade de crescimento e de criatividade do grupo, quando o padrão defensivo de homeostase não permitir a “dinamicidade” – como descrita por Picollo et al. (2003) – necessária nesta “constante”. Assim, uma atual concepção do sintoma familiar pode formar-se a partir da integração entre os processos de homeostasia e de transformação. Ou seja, considera-se que ao mesmo tempo em que o sintoma sinaliza um conflito e a necessidade de mudanças, ele também funciona como um estabilizador do equilíbrio familiar.

Dentro desta mesma perspectiva, Rabelo (2008) considera a existência do paradoxo na função do sintoma no grupo, representado pela coexistência entre a necessidade de se buscar modificações e a proibição de fazê-las. Considera-se estas duas facetas constituintes da função do mesmo, ressaltando a relevância de ser analisada a ambigüidade intrínseca à sua formação, na qual proibição e sinalização de mudança estão justapostos. Observa-se que tanto nas formulações sistêmicas de

Rabelo e de Calil e nas considerações Freudianas – sobre a formação e o sentido do sintoma – que existe um conflito de forças, qualificando um caráter contraditório da realização de desejo.

No caso da formação sintomática familiar coexiste o desejo de manter a harmonia idealizada, mas também o desejo de mudança. Considera-se possível pensar o sintoma familiar, dentro de sua especificidade, servindo ao aparelho psíquico grupal como uma “formação de compromisso” entre estes dois processos pertencentes à vida anímica do sistema.

3.2.

O paciente identificado: “ser” sintoma no grupo

Como foi descrito, será neste espaço compartilhado de identificações e de investimento, que o sintoma familiar se constituirá. No entanto, o mesmo, pode ser representado por um determinado membro da família, cristalizando seu papel de porta-sintoma, cuja relação sujeito-sintoma não ocorre pela correspondência de “tê-lo”, e sim de “sê-lo”.

Na visão de Neuburger (1988) o “ser” sintoma ocorre, quando o sujeito não possui uma identificação com o sintoma, mas quando é identificado pelo grupo como o próprio sintoma, sendo o portador da doença familiar, que se configura de forma imutável e partilhada por todos. Ser identificado como o sintoma é funcionar como o regulador da homeostase do sistema, e ao mesmo tempo, denunciar o sofrimento coletivo e não individual.

Pichon-Rivière denominava de “porta-voz”, o membro que funcionava como depositário da doença familiar. Em oposição aos pais e aos demais membros da família, que aparentemente se mostram sem sintomas, o paciente identificado é apresentado como o membro mais frágil, o único enfermo e o que precisa de ajuda. Contudo, é ele quem permite uma “psicoterapia sem perigo” aos outros membros familiares, tendo em vista, que a mudança psíquica é geralmente vista como ameaçadora.

Portanto, o sofrimento conjunto vem camuflado no sujeito-sintoma, o qual aparece como alvo na queixa inicial e como fator motivante para a busca de uma psicoterapia. Se o psicoterapeuta não tiver uma sensível escuta para a mensagem latente do grupo: “Todos nós sofremos e temos participação na manutenção disto”,

poderá reforçar a culpa depositada no paciente identificado. Além disso, trabalhará com o discurso a partir da noção linear de causalidade, mas que na verdade pertence ao processo de circularidade.

Quando a individualidade é atacada em nome do “todo”, o atendimento individual com o paciente identificado se mostrará parcialmente ineficaz, ou extremamente difícil, porque a mínima mudança individual implicará numa transformação grupal. Se a resistência do grupo diante desta transformação não for concomitantemente trabalhada, ele sabotará o trabalho psicoterapêutico. É preciso uma intensa reflexão por parte do clínico, sobre qual tratamento é mais indicado: uma psicoterapia individual ou de família?

Neuburger (1988) afirma que a indicação para a psicoterapia familiar deve ocorrer quando a lógica de pertencimento do grupo estiver calcada em um equilíbrio cristalizado. Dentro desta lógica, existe o membro que é o sintoma, mas que não se queixa e nem pede ajuda, enquanto a família demonstra o sofrimento e desespero, solicitando a ajuda. De acordo com este autor, ter uma escuta a partir da lógica da circularidade, e não da causalidade linear, é uma questão de ética. Em alguns casos, o psicoterapeuta pode se colocar numa posição de cegueira ao negar – ou não reconhecer – a importância de uma assistência familiar, pois o que está em perigo são os vínculos familiares e não apenas o estado emocional de um membro.

Como dispositivo técnico para a entrada na lógica circular, Eiguer (1980) ressalta as intervenções que acentuam as atitudes e contra-atitudes dos membros do grupo. O objetivo seria proporcionar a todos um conhecimento de seu estilo na interação grupal, instaurando “um intercâmbio, onde este reconhecimento possa transformar a passagem ao ato para a simbolização do sentimento de co-responsabilidade, o qual é totalmente negado pelos indivíduos no conflito” (p.22). Na visão do autor, estimular o contato conjunto com seus comportamentos interdependentes possibilita, em um momento *a posteriori*, explicitar as intenções inconscientes de provocar, debilitar, manipular o psiquismo do outro.

A função de sustentar a patologia coletiva pertence a qualquer configuração vincular, pois, para Kaës (2005), é necessária no “processo psíquico intersubjetivo” (p. 36). O autor formula que a função do porta-voz ou porta-sintoma é composta por duas dimensões determinantes, sob as quais o sujeito está submetido: a dimensão de um conjunto grupal e a intrapsíquica. A singularidade de Kaës sobre a

noção de porta-voz consiste, justamente, na interação entre estas duas dimensões para o estabelecimento do lugar de depositário. Esta é uma posição contrária a de Pichon-Rivière, pois Kaës supõe que haja a participação de um processo individual, e não somente dos processos de totalidade do grupo.

Apesar de descrever a complexa formação de porta-voz, buscando articular essas duas dimensões diferentes, Kaës procurou se estender teoricamente somente no aspecto da influência intrapsíquica, priorizando as razões próprias do sujeito de se posicionar como o sintoma.

Na clínica psicanalítica do grupo, coloquei em evidência que o lugar ocupado pelo *porta-voz* se situa nos pontos de amarração de três espaços: da fantasia, do discurso associativo e da estrutura intersubjetiva: no ponto em que se atam os lugares subjetivos de vários membros do grupo, que o *porta-voz* representa e de onde ele traz a fala. A análise dos processos associativos e da transferência em situação de grupo mostra que o *porta-voz* porta ele mesmo sua própria voz, cujo sentido é desconhecido dele através do que ele enuncia a um outro. (Käes, 2005, p. 44)

A partir da perspectiva deste autor, a função do paciente identificado no grupo corresponderia a de denunciar a doença familiar. Concomitantemente, a doença familiar, estaria correlacionada a sua própria patologia individual. Ao sustentar a fala do grupo, realiza-se também uma necessidade em sua estrutura psíquica. Com relação às circunstâncias que determinam a indicação de uma psicoterapia familiar, é possível conjecturar que, quando o intersubjetivo impossibilitar o intrapsíquico de “ter sua própria voz”, o grupo não permitirá que as mudanças ocorram pela individualidade. Será necessário trabalhar primeiramente o que é da ordem do intersubjetivo, para que os vínculos possam ser repensados e reconstruídos, sem a necessidade de funções fixas para a manutenção do equilíbrio do sistema.

O mesmo autor, também articula dois níveis diferentes da função de porta-voz, os quais foram denominados de modo metonímico e de metafórico. No primeiro, o paciente identificado é tratado como se fosse o grupo. Em outras palavras, apesar de ser na realidade uma parte do conjunto, é colocado no lugar do todo. Este modo metonímico estaria mais próximo de um funcionamento grupal psicótico, enquanto que, o metafórico se organiza por processos neuróticos. O

porta-sintoma representa os processos do grupo, mas não funciona de modo idêntico ao conjunto.

A formulação do pedido de ajuda, da iniciativa de tratamento, é engendrada pelo sintoma. Este é a porta de entrada para o início de uma psicoterapia. O sintoma, como um véu que esconde uma face, esconde as fantasias inconscientes, com as quais está profundamente ligado. O paciente deverá implicar-se na reflexão sobre a produção e a manutenção de seu sintoma, buscando compreender aquilo que se faz enigma e lhe causa desconforto.

Na clínica com famílias há especificidades, pois metaforicamente o “véu” é um membro da família, podendo ser colocado no lugar do todo ou apenas representar uma parte do mesmo. Se o psicoterapeuta não questionar: “Quem está sofrendo?”; “Quem precisa de ajuda neste momento?”, poderá cair no engodo de reforçar as resistências à mudança. Nesta especialidade é preciso refletir sobre o que é melhor para cada família que se apresenta no *setting*. Pensar, se ela poderá suportar o trabalho de decifração da mensagem oculta, e se tolerará a revelação da “face” encoberta.

Muitos autores (Stierlin et al., 1980; Neuburger, 1988; Arzeno, 1995; Kaës, 2005) enfatizam que a adesão ao tratamento dependerá da disposição do paciente para confrontar-se consigo mesmo, e assim demandar um trabalho psíquico. Há um consenso entre eles de que a demanda é algo decisivo para a implicação no tratamento, por isso a urgência de trabalhá-la já nas entrevistas preliminares; principalmente com famílias, que dificilmente se apresentam como pacientes.

3.3.

Demanda familiar compartilhada

Etimologicamente a palavra demanda origina-se do latim *demandare*, cujo significado é recomendar, entregar, confiar. Na língua portuguesa passou a significar a ação de ir em busca de, dirigir-se para ou requerer algo. Como termo significativo, a palavra é utilizada na área da psicologia clínica, mas também na área econômica e jurídica, cada uma determinando seu sentido de acordo com sua *práxis*. Na psicologia clínica não há uma formalização teórica sobre o termo, sendo muito mais uma noção pragmática, utilizada pelos psicoterapeutas ao se referirem

sobre o fator motivacional da procura de um paciente, de uma família ou de um casal para o início do tratamento.

Ao falar de fator motivacional, entra-se num campo de domínio tanto da consciência quanto do inconsciente. Para aprofundar esta idéia, torna-se necessário retomar as formulações das autoras Ocampo, Arzeno e Piccolo (2003) sobre motivo manifesto e motivo latente. Como já foi mencionado no primeiro capítulo, motivo manifesto corresponde ao fator consciente que mobilizou o consultante a procurar um tratamento. A roupagem da queixa inicial é, portanto, composta pelo motivo centrado no sintoma.

De acordo com Rocha (1990) é preciso que haja o desejo de compreender o significado do sintoma e que, inconscientemente, o paciente saiba que este significado, ainda incompreensível, esteja no fundo de si mesmo. Diante do incompreensível o sujeito busca um interlocutor, o psicoterapeuta, para entender aquilo que se faz enigma. Isto se correlaciona ao motivo latente, que corresponderia ao conteúdo ainda inconsciente encoberto pelo sintoma, aquilo que ainda é estranho e que demanda ser desvendado.

Na visão de Rocha, o período de entrevistas permite ao psicoterapeuta “situar-se diante do tipo de demanda que lhe faz o entrevistado” (p.30). Entende-se a afirmação de “situar-se” referente ao trabalho de compreensão e de elucidação do motivo latente, junto com o qual há o desejo de transformação psíquica. Contudo, este desejo apresenta-se ambivalente, pois a transformação psíquica pode ser vivenciada como uma ameaça, na medida em que o sintoma foi a “solução” encontrada pelo aparelho psíquico para sobreviver ao conflito (Rocha, 2000).

A primeira entrevista é um momento de emissão da queixa, a qual não deve ser considerada como a única verdade conflitiva do psiquismo. Esta verdade será elucidada no decorrer das demais entrevistas. O eixo do trabalho inicial, neste período de avaliação, é acolher a queixa e colocá-la em movimento, para que haja a passagem da queixa sintomática para a demanda composta por fantasias e afetos inconscientes. Acolher o sintoma é necessário, pois ele será o sinalizador do caminho que se deve trilhar para alcançar a enunciação dos conteúdos latentes. No entanto, considerá-lo como único mal-estar da família é cair no engano de eliminá-lo sem tratar da doença compartilhada que o alimenta.

Mannoni (1965) afirma que o psicoterapeuta irá ajudar a família a articular sua demanda, constituindo-a em palavras, a partir da história familiar de origem. A

autora constantemente se perguntava em seus atendimentos com crianças: “O que há de não comunicável em palavras que se transforma em sintoma?” (p.45). O fundamental, portanto, não é dar significado aos transtornos e sim ao mundo inconsciente do sistema familiar. Cabe ao psicoterapeuta, não levar ao “pé da letra” a queixa, para poder ter acesso à dinâmica familiar que permanece oculta e imobilizada no sintoma do paciente identificado.

A demanda familiar compartilhada envolve as fantasias compartilhadas no “espaço psíquico familiar”, conceituado por Kaës (2005). Ao colocar em movimento a queixa sintomática inicial, abre-se um espaço no discurso para que os conteúdos da interfantasmática possam advir. Portanto, este colocar em movimento permite a retificação da posição daqueles que se dizem “inocentes”, para entrarem num discurso de participantes, diluindo assim o discurso culpabilizante e dissociado.

Eiguer (1985) ressalta que o tipo de posicionamento familiar, diante do sofrimento conjunto, dará uma tonalidade específica ao trabalho realizado nas entrevistas preliminares. O manejo do psicoterapeuta, ao trabalhar a demanda compartilhada, dependerá da singularidade de cada grupo. As famílias, em que os membros reconhecem e se responsabilizam pelo sofrimento conjunto, se diferenciam das que recorrem à negação e à cisão para enfrentar o mesmo. O sentimento de responsabilidade na família é, portanto, um indicador de qualidade da saúde psíquica familiar.

Segundo Box (1994), as famílias que recorrem a mecanismos de defesa primitivos, como por exemplo, a negação e a cisão, possuem uma precária tolerância à ansiedade paranóide, levando em alguns casos a perceberem o clínico como objeto perseguidor. Este último, por sua vez, contratransferencialmente poderá sentir-se impedido de anunciar as disfunções do grupo, devido ao receio de provocar reações impulsivas e/ou violentas, destruindo qualquer possibilidade de vinculação ao tratamento.

Muitas famílias, por sentirem-se frágeis emocionalmente, desenvolvem defesas tão intensas, que os impedem de elaborar as interpretações do psicoterapeuta, e, até mesmo, de se responsabilizarem pela sintomática do conjunto. Lemaire (2007) formula que a mobilização de defesas muito rígidas para a sobrevivência do grupo acontece devido ao receio conjunto de que haja um colapso.

O colapso familiar corresponde ao medo muito profundo de que “si” familiar seja aniquilado que, por conseguinte, destruiria o sentimento de pertença e o mundo interno do grupo que este *organizador* (Eiguer, 1995) constitui. Nesses casos, em que há o receio do colapso, Lemaire (2007) destaca a presença da indiferenciação, do ataque ao pensamento e do ataque aos vínculos. O ataque aos vínculos pode ser entendido como produto de uma relação sádica, a qual é considerada preferível, pois representaria a existência de algum tipo de investimento, sendo melhor do que cair no abismo do rompimento vincular.

Ainda dentro das ressalvas de Lemaire, ele observa que estas famílias criam um funcionamento paradoxal, pois querem aliviar a angústia, e acabam procurando um tratamento, mas atacam qualquer possibilidade de elaboração simbólica dos conflitos e dos traumas. Elaborar estas questões seria re-evocar a experiência traumática, e assim modificar a organização dos vínculos, aproximando da iniciação do processo de indiferenciação.

Em vista disso, a criação, ou não, da demanda familiar compartilhada, no período de entrevista, é significativa para a formulação do diagnóstico e do prognóstico familiar. Pois corresponderia à disponibilidade interna do grupo para elaborar e transformar seus conflitos. O questionamento, sobre a capacidade de uma família para construir a demanda compartilhada, precisa ser constante no período de avaliação, pois este é um fator determinante para o manejo do caso.

Stierlin et al. (1980) ressaltam que o psicoterapeuta precisa reconhecer e mobilizar os recursos improdutivos no conjunto familiar, os quais abrangem a falta de disposição para a ação, a ambivalência do desejo de confrontar-se com os conflitos familiares e a dificuldade de suportar a realidade. Entende-se que o psicoterapeuta familiar deva explicitar estas dificuldades à família, enfatizando que as mudanças dependem deles mesmos.

Para Eiguer (1985), na psicoterapia de família a ambivalência é mais clara e inflamada do que na psicoterapia individual, devido à presença de discordâncias entre os membros do grupo com relação a querer, ou não, o tratamento. Como mencionado, em parte, a família quer que ocorra a mudança, porém a teme e resiste. Em sua prática, Eiguer (1985) percebeu que o membro mais interessado, geralmente, dirige censuras violentas a outros, manifestando o interesse de ganhar a simpatia do clínico, a fim de conquistar um aliado. Espera que o psicoterapeuta

impressiona-se com sua disponibilidade ao tratamento, conseguindo encobrir sua posição de também participante do problema.

Embora, no início das entrevistas, alguns dos membros familiares afirmem saber a razão de estarem ali presentes, questionam a importância de sua presença, por pensarem que não são os provocadores do conflito. Além disso, alguns discordam dos motivos da consulta e dos objetivos psicoterapêuticos a serem estabelecidos. Stierlin et al. (1980) sugerem que, em casos de divergência intensa sobre os conflitos familiares, deve-se ao menos salientar a impossibilidade de construir interesses e motivações comuns a todos, não sendo possível construir nenhum acordo compartilhado.

Eiguer (1985) também põe em foco o delicado manejo clínico diante deste antagonismo no discurso do grupo, pois cada membro familiar possui suas motivações e seus objetivos próprios. De acordo com o autor, “na perspectiva de cada um, a demanda de tratamento nunca é a mesma” (p.115). Levando em consideração a noção de demanda compartilhada neste trabalho, entende-se a incompatibilidade da demanda individual, mencionada pelo autor, como uma aparente diferenciação. Na verdade o antagonismo no discurso familiar está enredado às questões intersubjetivas. O próprio Eiguer ressalta que, apesar do antagonismo aparente, há uma interação subjacente entre as defesas e os desejos do conjunto.

Eiguer (1980) compara as intervenções do psicoterapeuta, nesta etapa inicial, às intervenções de um diplomata. Este último lida com conflitos irreduzíveis entre nações, buscando promover acordos que não deixam nenhuma das partes totalmente satisfeitas. Mas, apesar da insatisfação, no final da negociação existe uma sensação de conformidade, posto que ambas não alcançaram o “pedido inicial” individual.

Alguns teóricos afirmam ser ilusório obter um acordo comum familiar como objetivo de tratamento. A elucidação da demanda familiar compartilhada está longe de definir-se como a construção de um acordo comum. Refere-se à elucidação de questões profundas, e que retroalimentam a dinâmica familiar. Uma parcial insatisfação com o tratamento existirá, porque como na negociação diplomática, não será atendido o pedido de somente aliviar a angústia, sem elaborar o que adocece. As intervenções iniciais do psicoterapeuta visam à

realização de uma transformação da posição de vítima da família, para uma posição de implicação.

Sugere-se a realização de um trabalho com estes conteúdos compartilhados, de modo que se abra um caminho de elaboração e de transformação dos mesmos, na medida em que os encontros progridem e se viabiliza um espaço de vinculação. Por meio deste espaço, o grupo começa a compreender que a ação de cada membro produz um efeito no conjunto, entrando na lógica da circularidade para gerar o sentimento de responsabilidade compartilhada.

Inferese que o trabalho de construção da demanda familiar compartilhada caracteriza a especificidade do início de um atendimento de família, o qual é permeado pela circularidade do discurso e das fantasias. Cypel (2002) define que a narrativa de um membro do grupo serve como estímulo para as associações de idéias dos outros, produzindo uma cadeia associativa familiar, que dará o significado inconsciente.

Evidentemente, que o trabalho de enunciação dos conteúdos latentes, e conseqüentemente, de construção da demanda familiar compartilhada, não são tarefas fáceis, nem mesmo delimitadas às entrevistas preliminares. Mesmo porque isto seria um pensamento onipotente, considerar que nas entrevistas preliminares todas as questões viessem à tona. Elas emergirão ao longo do tratamento, determinadas pelo *timing* da família. Mas, para tal, é preciso, já desde o início ser criado uma abertura para a lógica da circularidade e da intersubjetividade

Defende-se a idéia de que, no período de avaliação, se for identificada uma intensa indiferenciação, uma não manifestação de sofrimento pelo paciente identificado, ou um latente temor ao colapso familiar, deve-se oferecer um acolhimento adequado à queixa, mas procurando investigar o conflito comum ao conjunto. Este trabalho levará os membros da família a perceber o quanto são participantes na produção do sofrimento e o quanto estão fragilizados como conjunto. Pode ser afirmado, a partir desta proposta de trabalho, que ela envolve uma questão ética e constitui um dos pilares da clínica com o sofrimento intersubjetivo. Principalmente, porque a iniciação da passagem da queixa para a demanda possibilita à família, como um todo, se vincular ao tratamento.

AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA E A TÉCNICA ARTE-DIAGNÓSTICO FAMILIAR – ADF

A avaliação familiar exige um cuidadoso trabalho do psicoterapeuta, principalmente porque ele precisa compreender a lógica particular de cada família, e não impor a sua própria lógica. Exige um grande manejo do clínico para fazer intervenções e interpretações que respeitem o *timing* e a capacidade de *insight* da família. A partir de um trabalho criterioso se determinará a escolha, ou não, do uso de alguma técnica diagnóstica, ponderando se ela contribuirá para o trabalho de avaliação.

Arzeno (1995) afirma que o principal instrumento da clínica é a própria entrevista, estando as técnicas diagnósticas apenas a serviço da entrevista, pois são mecanismos usados para conduzi-la de forma direcionada. Como a prática clínica não é uma ciência exata, para a autora, não é adequado aplicar critérios rígidos em um período de avaliação. O importante é realizar um estudo clínico que busque as recorrências e as convergências do caso. Ela define o conceito de recorrências como a “repetição da mesma fantasia, do conflito ou do problema expressos por meio de elementos semelhantes, ou de significado simbólico equivalente” (p.190). O conceito de convergência consiste na organização dos diversos materiais que informam de forma complementar sobre as fantasias e os conflitos pertencentes ao paciente/família.

Por isso, ao se decidir utilizar um dispositivo técnico, deve estar claro o benefício complementar e a finalidade de sua aplicação para o diagnóstico. Como nos casos em que seja necessário clarificar a interação familiar no “aqui e agora”, aprofundar a história da família, mobilizar outras formas de expressão, elucidar conteúdos latentes, avaliar a implicação da família no processo psicoterapêutico. A aplicação apropriada de uma técnica permite uma consistente análise diante das abundantes informações familiares. Além disso, contextualiza as hipóteses do psicoterapeuta, podendo auxiliá-lo na resolução de dúvidas e de incógnitas, ainda presentes no entendimento de cada caso.

Cabe aqui, mencionar novamente a compreensão sobre o significado de diagnóstico familiar, o qual abrange uma descrição ampla sobre o funcionamento familiar (Arzeno, 1995). Não há intenção por parte do psicoterapeuta em rotular o

grupo, nem enquadrá-lo em algum estereótipo, mas entender o contexto familiar com sua singularidade e sua capacidade de promoção de saúde.

A utilização de uma técnica nas entrevistas preliminares permite ampliar os dados sobre a família, como também pode contribuir para a adesão da mesma à psicoterapia. Em alguns casos, possibilita a expressão do conflito que alguns membros familiares, ou todos, insistem em minimizar ou negar. O que está em questão é a relevância do uso de uma técnica como meio de mobilização das resistências e censuras, criando uma oportunidade “artificial” de provocar associações livres e *insight* sobre a realidade psíquica do grupo.

Lemaire (2007), ao discutir os efeitos da aplicação do genograma, argumenta que o instrumento funciona como um sonho, permitindo a produção da cadeia associativa do grupo, criando condições – com o auxílio do psicoterapeuta – para que os membros da família se coloquem na posição de intérpretes. O uso do instrumento teria a finalidade de despertar a potencialidade da família para encontrar seus significados. Possivelmente, pode-se atribuir esta função, que “desperta” a potencialidade do grupo, como inerente a qualquer técnica de avaliação, ativando a modificação do inicial posicionamento passivo/vitimizado para um posicionamento participante, envolvido na tarefa de pensar.

De acordo com Féres-Carneiro (1996) “o diagnóstico familiar é um diagnóstico interacional. A preocupação básica é com o funcionamento global da família” (p.79). A autora enfatiza a importância de o psicoterapeuta sentir-se à vontade em suas intervenções e o quanto elas devem estar coerentes com o objetivo de mudança da família. O mesmo critério deve ocorrer na escolha de uma técnica de avaliação, caso contrário a família poderá se defender e resistir à aplicação da mesma. No momento em que o psicoterapeuta possui a clareza da finalidade e da importância do uso de um determinado método, passará a mensagem de forma confiável de que o objetivo é oferecer um melhor atendimento ao grupo.

Porém, caso a família se mostre irreduzível, se negando a participar da técnica, procura-se respeitar a decisão da família, ou de alguns membros do grupo, buscando compreender suas justificativas, entendendo que todas as reações indicam significados importantes. Arzeno (1995) propõe que a aceitação, desta atitude de recusa do paciente/ família, não corresponde a uma condescendência do psicoterapeuta, e sim ao reconhecimento da contra-indicação do uso da técnica.

Esta última se insistentemente for aplicada pode provocar uma negativa exacerbação da ansiedade, a qual poderia originar uma angústia paralisante no grupo, afetando a construção do vínculo com o psicoterapeuta.

4.1.

Arte-Diagnóstico Familiar: descrição e aplicação da técnica

Existe uma variedade de métodos de avaliação familiar, os quais foram desenvolvidos a partir de diferentes embasamentos teóricos, além de focos e de objetivos diversos. Neste trabalho privilegiou-se descrever e discutir especificamente a técnica de avaliação denominada Arte-Diagnóstico Familiar – ADF (1975), por ser um método ainda pouco difundido entre os profissionais da área clínica com família no Brasil. Em adição a este fator, justifica-se sua escolha pela razão de englobar diferentes perspectivas de informação, como os conteúdos individuais e os conteúdos intersubjetivos presentes nos diversos tipos de comunicação.

Este é o diferencial característico do ADF, o fato de abarcar uma amplitude de formas de expressão – a expressão gráfica, a partir dos desenhos; as expressões não-verbais, representadas nas atitudes dos membros familiares; e as expressões verbais, a partir dos diálogos e das discussões sobre o material gráfico. A complementaridade entre estas três maneiras de comunicação contribui expressivamente para a variedade de dados informativos manifestos, e de dados informativos latentes.

O ADF foi desenvolvido por Hanna Kwiatkowska, professora de arte terapia da Universidade *George Washington* e da *Washington School of Psychiatry*, nos Estados Unidos. Ela criou uma técnica de avaliação, utilizada no período de entrevistas, cuja linguagem expressiva baseia-se em desenhos com temas pré-determinados, e na interação familiar no “aqui e agora” durante a realização das tarefas. Portanto, é considerada uma técnica projetiva com objetivo de ser um meio de expressão pessoal, ao mesmo tempo em que promove oportunidades para aparecer com mais clareza a comunicação familiar, as alianças e a dinâmica do sistema.

Ao utilizar o desenho como dispositivo projetivo e ao analisar a forma singular da criação em conjunto, o método revela aspectos intrapsíquicos e

interacionais (Mosher & Kwiatkowska, 1971; Irwin & Malloy, 1975). O fato ser um método que transita entre o individual, o estilo de interação de cada subsistema e o estilo interacional do sistema familiar contribui expressivamente para uma ampla avaliação familiar. Por meio da arte a família expressa sua potencialidade criativa, sua flexibilidade e capacidade de expressão. Ao mesmo tempo, a interação do grupo durante as tarefas ilustra a distribuição de papéis e suas formas de comunicação, dentre outras características de funcionamento.

No trabalho com pacientes psiquiátricos do *National Institute of Mental Health*, Kwiatkowska observou o quanto era valiosa a participação da família no tratamento, considerando a presença desta última um forte ganho para a evolução do trabalho psicoterapêutico. A partir dessas observações, tornou-se pré-requisito a presença familiar para a admissão de um paciente neste Instituto (Kwiatkowska, 1978). Depois destas experiências iniciais, a autora realizou um amplo estudo sobre métodos de Arte-terapia com famílias. Originaram-se desse estudo três técnicas: “a arte terapia familiar em conjunto com a terapia familiar verbal; a arte terapia familiar como um primeiro modo de tratamento; e o desenvolvimento do ADF (*Family art evaluation*) como instrumento de avaliação” (Kwiatkowska, 1978, p. 8). A construção desta técnica foi gradual, passando por diversas modificações e sendo submetida a vários estudos científicos.

A partir das pesquisas realizadas, concluiu-se que, o material gráfico espontâneo produzido nas sessões familiares ajudava os membros familiares, e os psicoterapeutas, a entenderem melhor os conflitos do sistema. Assim como tornava claro aos membros familiares seus papéis e suas percepções uns para com os outros. No entanto, segundo Kwiatkowska (1978), foram precisos muitos anos de investigação para, finalmente, estruturar o ADF como um método de avaliação confiável e imparcial. O conjunto de tarefas, deste método, foi inspirado em desenhos que apareciam naturalmente nas sessões de arte-terapia familiar. As famílias freqüentemente traziam temas comuns, os quais estimulavam ricas discussões.

Em pesquisas de validação do método, Kwiatkowska observou que, em alguns casos, a aplicação do ADF provocou uma mudança na queixa familiar, deixando de ser focada no paciente identificado (Mosher & Kwiatkowska, 1971). Uma possível explicação, para a contribuição do ADF na transformação da queixa, pode ser embasada pela afirmação de Rubin & Magnussem (1974). Os autores em

questão ressaltam que a força do ADF se encontra na rica variabilidade de dados para o diagnóstico, cuja produção depende diretamente do envolvimento da família. Este envolvimento permite uma mobilização no grupo, que acaba tendo acesso a imagens e a representações do conjunto. A confrontação com estes significados e associações permite um processo elaboração dos mesmos, facilitando a atividade compartilhada de pensar.

As tarefas, que compõem esta técnica, consistem na criação de seis desenhos realizados por todos os membros possíveis da família nuclear, em uma sessão com duração entre uma hora e meia a duas horas. Para a realização dos desenhos são utilizados cavaletes dispostos no *setting* formando um semicírculo, de modo que cada membro da família veja os desenhos dos demais e os comente. Em cada cavalete há seis folhas de papel de tamanho A3 (18x24). Após cada etapa, pede-se à família para retirar a folha usada. Entre os cavaletes devem ter caixas contendo lápis cera de cores variadas.

Durante a construção dos desenhos, deverão ser observados os comportamentos não verbais, os comentários e a ordem de finalização (quem termina primeiro ou por último). A família é convidada a se expressar livremente sobre os desenhos e é pedido para cada pessoa dar um título a suas respectivas criações, além de assiná-las e datá-las.

O psicoterapeuta não deve ajudar as crianças pequenas, num primeiro momento, justamente para analisar como os pais desempenham este papel, ou mesmo se o desempenham, considerando que no *setting* eles reproduzem a forma como operam no dia-a-dia da casa. Kwiatkowska (1978) ressalta que as crianças devem ser auxiliadas somente se os pais não as ajudarem, considerando esta atitude como um dado significativo da função parental.

A seqüência das tarefas foi composta por Kwiatkowska (1978) da seguinte forma: primeiramente a elaboração de um *Desenho livre*, depois um *Retrato da família*, um *Retrato da família abstrata*, uma figura derivada de um *Rabisco individual*, uma figura derivada de um *Rabisco em conjunto*, e por fim um segundo *Desenho livre*. Seguir a seqüência determinada é de fundamental importância, pois cada tema produz afetos intensos e estressantes, os quais são trabalhados no desenho subsequente. Um exemplo é a criação do *Retrato da família abstrata*, cuja criação provoca um nível intenso de ansiedade e de estresse. Por isso, logo após esta etapa, antes da realização do *Rabisco*, realiza-se um relaxamento. Solicita-se a

todos que façam movimentos com os braços e criem um rabisco no ar, desenhando-o em seguida no papel.

De acordo com Kwiatkowska (1978), a primeira e a última tarefa foram inspiradas na técnica criada por Elionor Ulman, uma psiquiatra norte-americana que “escreveu um artigo pioneiro sobre o uso da arte no diagnóstico psiquiátrico” (p.86). No primeiro desenho – *Desenho livre* – se registram as primeiras tensões do grupo familiar: pede-se que “façam um desenho daquilo que vier à cabeça, que desenhem qualquer coisa que tenham vontade” (Kwiatkowska, 1978, p. 86).

O tema da segunda tarefa foi inspirado na frequência com que os membros familiares desenhavam espontaneamente a família. O *Retrato da família* fomenta uma discussão espontânea sobre a estrutura do sistema. Todos devem fazer um desenho da família de corpo inteiro, incluindo a si mesmo. Nesse desenho podem surgir várias perguntas relativas a quem incluir ou como desenhar, devendo ser incentivado que seja criado conforme a preferência de cada pessoa. Ao terminarem, é solicitado que identifiquem cada pessoa desenhada.

Um momento que gera muita interação entre os membros do grupo é no terceiro desenho – *Família abstrata*. Esta tarefa é a mais difícil de ser explicada, e a que leva mais tempo para ser realizada, pois não devem ser desenhadas figuras humanas, nem rostos, somente o que se pensa ou sente sobre cada membro familiar. Não é uma tarefa de fácil elaboração, nem mesmo para as famílias mais integradas. A facilidade de compreensão dependerá também do nível cultural e da psicopatologia familiar. O objetivo é colher informações simbólicas, criativas, o nível de abstração, assim como a loucura familiar. Portanto, pede-se que “façam outro desenho da sua família, cada membro, incluindo você mesmo, mas desta vez, não desenharem rostos ou corpos. Usarão somente cores e formas para representar a maneira pela qual pensa ou sente acerca de cada membro da família” (Kwiatkowska, 1978, p. 88).

De acordo com a autora, o *Rabisco individual* oferece uma avaliação individual de cada membro familiar. Como já foi mencionado, a partir de um exercício de relaxamento das mãos e dos braços – visando baixar a tensão despertada pela tarefa anterior e colocar todo o corpo do participante em movimento livre – é solicitado que façam um rabisco no ar. Depois desse movimento livre, solicita-se que “virem para a folha, fechem os olhos e façam o mesmo tipo de rabisco no papel” (Kwiatkowska, 1978, p.89). Depois do rabisco

feito, cada pessoa deve olhar o rabisco e pensar que figura pode ser desenhada a partir do mesmo.

O clímax de ansiedade do grupo familiar se dá no quinto desenho – *Rabisco conjunto* – quando são dadas as mesmas instruções do rabisco individual, mas com uma diferença. Solicita-se ao grupo que juntos escolham um dos rabiscos e criem um desenho em conjunto, por isso é esperada a participação de todos. É importante o mínimo de interferência do psicoterapeuta, com o objetivo de deixar a família muito à vontade. Nesse desenho é solicitado que decidam conjuntamente um título e uma forma de assinarem.

Por fim, o último desenho solicitado – *Desenho livre* – tem como objetivo a redução da ansiedade, finalizando a técnica da mesma forma como foi iniciada. Todavia, existe uma diferença entre o primeiro e o último desenho livre, posto que a criação do último seja realizada após a mobilização de afetos e um período de interação. O sexto desenho, portanto, oferece dados de como a família se expressa após momentos de estresse e ansiedade, assim como após uma intensa interação e trabalho compartilhado.

Cabe enfatizar, que após a conclusão de cada tarefa, incentiva-se todos do grupo a descreverem seu desenho, comentando e perguntando o que desejarem. Esta discussão é estimulada com a finalidade de explorar e de explicar os significados do material produzido (Kwiatkowska, 1977). O papel do psicoterapeuta é de um observador não participante, tanto na discussão quanto no momento de criação dos desenhos, pois o papel mais ativo será adotado durante a sessão de devolução.

Rubin & Magsnussen (1974) e Kwiatkowska (1977) comentam a existência de uma resistência inicial por parte de alguns membros do grupo para desenharem, alegando não saberem desenvolver o desenho com qualidade. No entanto, estes autores enfatizam que em suas experiências, apesar desta resistência inicial, ninguém sentiu uma severa ansiedade e/ou demonstrou intensa dificuldade para se expressar. Caso alguém se recusasse enfaticamente a realizar a tarefa, isto era respeitado e compreendido como uma informação significativa do contexto, seguindo o mesmo argumento defendido por Arzeno (1995).

4.1.1.

Dados gráficos e análise

O uso de imagens como um modo de comunicação é um aspecto muito primitivo do ser humano, e menos sujeito a submissão do controle egóico, mostrando-se muito próximo à produção inconsciente. Os desenhos também representam uma linguagem universal e acessível às pessoas de baixa escolaridade e/ou dificuldade de expressão verbal. Campos (1969) pesquisou a gênese do processo de estruturação do desenho como um instrumento de avaliação.

A partir de sua investigação, constatou que “a avaliação pela arte gráfica foi, provavelmente, a primeira técnica projetiva estabelecida” (p.16). É datado que no século XIX, o psiquiatra francês Max Simon percebeu uma simbolização nos desenhos obscenos de determinados pacientes. Cariola (2006), contrariando Campos, afirma que foi em 1867, com o trabalho de Ricci, um historiador e crítico de arte, sobre a arte da criança, que o desenho foi reconhecido como dispositivo diagnóstico, pelo qual as pessoas podiam expressar traços de sua subjetividade.

Os estudos sobre esta arte gráfica foram ampliados e os clínicos perceberam que os aspectos simbólicos do desenho estavam relacionados ao inconsciente. Assim, “vários psicólogos clínicos e psiquiatras começaram a verificar que o desenho oferecia indicações seguras para o diagnóstico e mesmo prognóstico de traços de personalidade” (Campos, 1969, p.17). Na psicanálise, o uso da arte gráfica no tratamento iniciou-se com Anna Freud e Melanie Klein no tratamento de crianças. Na visão de Klein, o desenho e a pintura eram formas das crianças “repararem” os objetos internos destruídos por sua agressividade (Touson, 2002).

Algumas vantagens deste instrumento foram destacadas por Campos (1969), como, por exemplo, o fato de o desenho ser uma técnica livre de influências culturais, e promover um desligamento do examinando em relação ao examinador – diminuindo suas defesas e resistências. É também um meio de comunicação muito adequado com crianças e psicóticos.

Com a aplicação da técnica ADF, conta-se com três tipos de material: as figuras gráficas, os intercâmbios verbais e a interação familiar não-verbal. Estes três vértices dos dados compõem a especificidade da técnica e devem ser analisados de forma integrada, considerando que cada um complementa e valida o outro. Mosher & Kwiatkowska (1971) consideram algumas categorias de análise

fundamentais para a interpretação dos desenhos – como a integração, a inteligibilidade, as cores, o esquema corporal, a plasticidade. Devendo sempre contextualizá-las com a história da família e com a cadeia de associações. Esta última é iniciada no momento em que a família responde aos conteúdos projetados, reage ao reflexo das imagens –“espelhos da realidade interna compartilhada”.

A presença e a forma deste olhar, sobre o reflexo do mundo interno conjunto, possibilitam identificar se a família possui a potencialidade para se reconhecer, se defrontar com suas questões e elaborá-las. Quanto aos dados da interação familiar, procura-se estar atento à qualidade de saúde interacional, a capacidade de individuação e de envolvimento, as alianças e a disponibilidade para o trabalho compartilhado.

Touson (2002) destaca, em seu livro *El dibujo en la terapia: creación y curación*, a importância de se investigar nos gráficos desde a escolha da cor até a intensidade do traço, pois significam a expressão espontânea das emoções do sujeito. Para o autor, as cores representam uma forma idônea de conhecermos o inconsciente e o mundo interior do sujeito. Ele justifica a importância das cores devido à presença das mesmas em tudo que nos é visível. A partir destas considerações, atenta-se para a relevância do uso de cores e de formas na construção do desenho da *Família abstrata*, representando os conteúdos complexos que escapam à expressão verbal e à consciência.

Arzeno (1995), ao organizar de forma didática critérios relevantes para uma análise de gráficos, destaca dois momentos: o primeiro refere-se à necessidade de se ter uma visão da totalidade do desenho. Compara esta primeira impressão com a “atenção flutuante” de Freud, associando-se livremente sobre o gráfico e, por conseguinte, aprofundando em algum detalhe que se destaca. Como por exemplo, um contra-senso, alguma omissão ou adição estranha, uma ênfase sobre algum ponto especial, alguma estereotipia, dentre outros. Somente após este primeiro momento de entendimento global do desenho é que a autora sugere analisá-lo de forma detalhada.

O material gráfico é entendido a partir do referencial teórico e da experiência de cada psicoterapeuta, correlacionados com as associações verbais durante a construção do mesmo e com os conteúdos originados nas entrevistas anteriores. Ou seja, para uma análise de qualidade é preciso uma integração de todo material informativo registrado ao longo do período de avaliação, incluindo

um registro contratransferencial, as associações e hipóteses do psicoterapeuta. Dentro desta mesma perspectiva, Touson (2002) ressalta a importância de a interpretação abarcar os conteúdos gráficos, e também a forma como foram desenvolvidos.

A produção dos desenhos do ADF aproxima-se da produção de um sonho. Arzeno (1995) enuncia que o modelo de interpretação dos sonhos de Freud se aplica à interpretação de desenhos. Freud chamou atenção para os dois tipos de conteúdos do sonho, o latente cujo sentido encontra-se condensado e/ou deslocado em conteúdos manifestos. Arzeno propõe que um processo semelhante ocorre na elaboração dos desenhos, quando o sujeito é instruído a desenhar livremente e posteriormente a descrever o que desenhou. Apresenta como uma possível análise para o desenho, o mesmo argumento de Freud de que o sonho é a realização de um desejo. Logo, o gráfico seria a realização disfarçada de um desejo recalcado, submetido a um processo de elaboração.

A aplicação deste instrumento possui a particularidade de trazer à superfície assuntos que dificilmente seriam discutidos no início de uma psicoterapia, justamente pela possibilidade de o desenho representar os conteúdos inconscientes. Assim, o ADF não só possibilita a análise de dados significativos, da dinâmica e das relações familiares, mas também acelera o processo da família de pensar em questões latentes e de responsabilizar-se por suas “criações”. Sua aplicação parece pertinente, na medida em que contribui para a família se expressar melhor e identificar seus conflitos, cujo sentido encontra-se condensado e deslocado na queixa manifesta.

4.2.

Entrevista de devolução

A entrevista de devolução representa a etapa final do período de avaliação, tendo como objetivo básico a transmissão, para o paciente/família, das observações do psicoterapeuta. Engloba-se nesta transmissão uma reflexão sobre o motivo manifesto da consulta, se realmente ele consiste como ponto central do sofrimento psíquico, e sobre a melhor indicação de tratamento. No entanto, isto não é uma tarefa fácil, porque muitas vezes a conscientização do motivo latente é denegado

por algum membro do grupo, principalmente se não foi gradualmente trabalhado durante as entrevistas preliminares.

Como já foi mencionado, em casos que a família procura um tratamento individual, porém a patologia familiar encontra-se intensa e impossibilitando em certo nível a individualização do paciente identificado, considera-se a psicoterapia individual contra-indicada. Aceitar esta queixa inicial e realizar somente o tratamento individualizado seria concordar que paciente identificado é o único responsável pelo sofrimento do grupo. O vínculo com o tratamento individual, nestes casos, é frágil tendo em vista que as defesas encontradas pelo sujeito para sobreviver no sistema se modificariam, mas sem trabalhar paralelamente as defesas disfuncionais deste último. Nesta sessão, deve-se conversar claramente sobre a demanda familiar compartilhada (o motivo latente intersubjetivo), e analisar se é possível para a família reconhecer a implicação de todos na manutenção do sofrimento conjunto. Este reposicionamento subjetivo do grupo diante do conflito determinaria um bom prognóstico e uma maior aceitação para a indicação de uma psicoterapia de família.

Ocampo, Arzeno e Piccolo (2003) elaboraram minuciosamente critérios, que delimitam uma técnica adequada para realizar a sessão de devolução na prática cotidiana. Tais critérios foram construídos com bases em fundamentos teóricos e na experiência clínica. Na visão das autoras, trata-se de uma sessão com característica circular, e não unidirecional, na qual se procura manter um diálogo com o paciente. Apesar de o psicoterapeuta transmitir informações e ter uma atitude mais ativa, também analisa o resultado de suas mensagens, utilizando as respostas do paciente como ferramentas para a continuidade da comunicação informativa e para a ratificação do diagnóstico.

Para iniciar o jogo dialético da sessão, as autoras em questão recomendam incluir o paciente a partir de uma pergunta disparadora: “pergunta-se o que ele pensa sobre o material, e o que acha daquilo que lhe está sendo dito” (p.426). No caso de uma sessão de devolução com a família, um possível recurso disparador são os desenhos do ADF, que promoveriam uma discussão sobre o caso e serviriam como direcionamento dos pontos que devem ser pensados.

As respostas e reações do paciente/família são de extrema relevância neste momento, pois correspondem a uma última fonte informativa sobre o caso, validando um bom, ou mal, prognóstico. Permitem a revisão de um planejamento

mais adequado da indicação psicoterapêutica. Ou seja, apesar de o clínico ter um direcionamento sobre os aspectos que devam ser discutidos e sobre o tipo de orientação, a vivência e a finalização das mesmas dependerá da interação com a família. Por isso, Ocampo, Arzeno e Piccolo (2003) afirmam que “a entrevista de devolução é um passo a mais no conhecimento do caso” (p.390). Observaram que as impressões do psicoterapeuta, quando ditas, despertam lembranças reprimidas ou atitudes imprevistas, as quais transformam e complementam o caso. Em casos que estas lembranças não foram despertadas, as autoras perceberam a ocorrência de o psicoterapeuta ser vivenciado como um objeto ansiógeno e persecutório, sendo atacado e afastado pela família.

Uma forma de evitar a ansiedade é dosificar as informações devolvidas ao grupo. Existe a necessidade de se ponderar o que será dito à família, considerando a capacidade do ego familiar para suportar a sua realidade psíquica. Segundo Ocampo, Arzeno e Piccolo (2003), os pontos condutores da sessão de devolução são conteúdos manifestos e latentes. Segue-se um percurso invisível, cujo ponto de partida é o conhecido e o ponto de chegada o “desconhecido familiar”.

Um problema técnico com o qual o psicoterapeuta se defronta é escolher a linguagem apropriada para emitir suas observações, e mencionar estes conteúdos desconhecidos, devendo usar a linguagem característica do paciente/família. Com a aplicação do ADF, os desenhos podem ser uma solução para este problema, pois funcionam como a linguagem singular da família, servindo como veículos de ilustração para a mensagem interpretativa. São ilustrações que embasam as observações clínicas, mas também recursos apropriados para transmitir os conteúdos latentes neles evidenciados. Os desenhos permitem uma realidade e concretude ao discurso do psicoterapeuta, eliminando em parte os pensamentos mágicos atribuídos ao mesmo. Reforçam a idéia de que qualquer conclusão sobre a família partiu de uma produção dela mesma, seja por sua fala, seja por sua linguagem projetiva gráfica.

Em sua experiência com a utilização de desenhos, Touson (2002) observou que o ato da criação consiste em três momentos: o da expressão, o da contemplação e o da elaboração. O da expressão ocorre no momento da criação do desenho. A contemplação ocorre *a posteriori*, pois é quando a pessoa possui a oportunidade de examinar e considerar com atenção o objeto expressado, reconhecendo-o como próprio e único. O último momento – o da elaboração –

envolve a resposta e o *insight* do sujeito ao que foi expresso no papel e também contemplado.

Podemos pensar nestes três momentos da criação, observados pelo autor, e correlacioná-los com o ADF. Não seria impróprio afirmar que estes momentos estão presentes na aplicação e na devolução deste instrumento. Na sessão de criação dos desenhos ocorrem os momentos de expressão e de contemplação. Este último envolveria uma contemplação familiar em relação aos desenhos de cada pessoa, uma etapa importante de ser observada, pois envolve o “olhar familiar” sobre seu próprio sistema.

Na sessão de devolução ocorre uma re-contemplação e uma elaboração conjunta sobre os desenhos. Talvez, a divisão didática realizada por Touson nos ajude a refletir sobre a riqueza e a coerência do ADF. O psicoterapeuta, durante a sessão de devolução do ADF, incentiva os membros da família a perguntar algo que gostaria de saber sobre os desenhos uns dos outros. Além disso, deve incitá-los a pensar sobre o simbolismo das figuras desenhadas. As interpretações do psicoterapeuta são feitas somente depois de oferecer este espaço de reflexão para a própria família (Kwiatkowska, 1978). Ainda nesta sessão, a autora recomenda comparar o primeiro desenho com o último, com a finalidade de analisar como os membros da família se expressaram antes e após passarem por um alto nível estresse, ansiedade, e atividade em conjunto. Ainda segundo a autora, estes dois desenhos livres geralmente expressam mensagens importantes, o último *Desenho livre* representa um possível prognóstico do tratamento, posto que foi uma criação resultante de um período conjunto de troca simbólica.

Em suma, a sessão de devolução é fundamental para a saúde emocional da família, pois representa a devolução de conteúdos produzidos pelo grupo e depositados no psicoterapeuta. Torna-se um espaço de estimulação para o desenvolvimento criativo do grupo na tarefa de compreender a dinâmica familiar. Realizá-la no período de avaliação é promover um reconhecimento sobre o mundo interno familiar, composto por aspectos intrapsíquicos e intersubjetivos, articulando os conteúdos manifestos e latentes, estes últimos até então aparecendo como *acting outs*.

Portanto, a devolução representa simbolicamente que o psicoterapeuta sobreviveu aos ataques da família e não assumiu o papel de depositário dos conteúdos da mesma. Ele realiza um trabalho familiar de reintrojeção dos

conteúdos nele projetados. Além disso, suas observações têm a função de atualizar a imagem do sistema, pois em alguns casos eles trazem uma autopercepção desatualizada e fragmentada, não havendo uma conscientização sobre a própria realidade psíquica (Ocampo, Arzeno e Piccolo, 2003).

ESTUDO DE CASOS

Foram descritos três casos clínicos, cujo trabalho psicoterapêutico ocorreu no SPA da PUC-Rio, entre os anos de 2006 e 2008. Os mesmos ilustram diferentes queixas e problemáticas familiares no período de entrevistas, assim como, o trabalho de avaliação com famílias e suas vicissitudes. Nestes três atendimentos, aplicou-se a técnica Arte-Diagnóstico Familiar – ADF (Kwiatkowska, 1975), com a finalidade de ampliar o diagnóstico e a elucidação dos conteúdos encobertos. O material gráfico, desta técnica projetiva, foi utilizado como recurso complementar para apresentação de dados adicionais e para a discussão do material clínico.

Na investigação dos casos visou-se, por meio de relatórios constantes dos arquivos do Serviço de Psicologia Aplicada – SPA da PUC-Rio, analisar o início do processo psicoterapêutico familiar. O objetivo era investigar o trabalho de avaliação sobre as motivações familiares para pedir ajuda psicoterapêutica. Focalizou-se a análise, deste período de entrevistas preliminares, no movimento de passagem da queixa manifesta, centrada no paciente identificado ou em um determinado sintoma, para a questão familiar latente, compartilhada inconscientemente por todos os membros do grupo, e suas implicações na consolidação do tratamento familiar. A esta questão latente denominou-se de demanda familiar compartilhada, compreendendo-a como o motivo inconsciente, pertencente à realidade psíquica familiar, cujo trabalho de reflexão conjunta acredita-se que auxilia na implicação do grupo ao tratamento.

Partiu-se do pressuposto de que o grupo familiar é responsável por sua dinâmica interacional e pela manutenção de seu funcionamento, estando todos os membros interdependentes neste infinito processo de construção e reconstrução do sistema. No entanto, num primeiro momento, o que se apresenta nas entrevistas preliminares é a tentativa de denunciar alguém como responsável pela patologia familiar, isentando os demais de qualquer participação no intenso sofrimento conjunto. Cada membro familiar, portanto, apresenta inicialmente uma queixa diferente, mas ligada a retroalimentação da dinâmica familiar. Dessa forma, torna-se urgente o trabalho de investigação de elementos recorrentes e convergentes, para que as queixas individuais sejam aproximadas a partir da enunciação do denominador comum: as fantasias e dos conflitos interpósíquicos.

Buscou-se analisar casos, em que o instrumento Arte-Diagnóstico Familiar – ADF (Kwiatkowska, 1975) fora aplicado para o desenvolvimento da avaliação familiar. Pois, considera-se este instrumento como um possível facilitador para a reflexão da questão conjunta. Os conteúdos dos desenhos foram analisados, a partir de referenciais teóricos pertinentes ao campo da psicoterapia de família e da análise de conteúdos gráficos, servindo como elementos complementares para a discussão dos dados clínicos.

A fundamentação teórica reúne contribuições tanto da abordagem psicanalítica quanto da sistêmica, partindo de uma perspectiva que propõe uma articulação entre estes dois enfoques, contrapondo-se ao argumento de antítese defendido por alguns autores da área de família. Apóia-se a viabilidade de síntese, na idéia de que ela seja mais pertinente para a eficácia de um tratamento clínico familiar.

O desenvolvimento do enfoque sistêmico embasa-se nos conceitos de homeostase, de retroalimentação e da pragmática da comunicação humana, desenvolvidos nos capítulos anteriores. O termo “sistema” foi usado para exprimir precisamente a idéia da especificidade do grupo familiar, envolvendo seu funcionamento próprio, o qual é organizado por leis e por linguagem próprias, além de ser marcado pela história das gerações anteriores e pelo ciclo de vida.

As contribuições da abordagem psicanalítica são, também, de extrema importância neste estudo, justamente por considerar a noção de inconsciente fundamental para o entendimento dos vínculos estabelecidos na família (Paiva, 2003). Ou seja, o funcionamento familiar é uma malha de comunicação inconsciente, marcada por processos psíquicos derivados de um aparelho psíquico compartilhado, que por sua vez é relativamente autônomo em relação aos sujeitos individualmente (Kaës, 1997). Diante disto, intervenções específicas são necessárias e devem ser embasadas pela escuta das fantasias inconscientes, e pelo entendimento dos mecanismos de defesa e de identificação (Lemaire, 2007). Apoiou-se na idéia de um denominador comum na família, composto pela colusão inconsciente das problemáticas individuais do casal fundador, evoluindo com o desenvolvimento dos filhos. Portanto, reforça-se que estas contribuições são fundamentais para o trabalho de decifração da metáfora sintomática do grupo.

5.1.

Sujeitos

Neste estudo, foram escolhidos três casos de psicoterapia de família supervisionados, cujas descrições das sessões constavam em relatórios¹ do arquivo da Equipe de família e casal do SPA, tendo sido atendidos em coterapia entre o ano de 2006 e de 2008. Para o desenvolvimento da investigação, foi focado o processo de avaliação dos casos, realizado entre quatro a oito sessões.

O critério de escolha dos casos baseou-se na aplicação do Arte-Diagnóstico Familiar como técnica de avaliação, cujo objetivo tenha sido entender a dinâmica inconsciente familiar e a explicitação dos conteúdos latentes. Outro critério utilizado foi existência de um material clínico completo, constado em relatórios bem desenvolvidos e descritivos sobre as sessões. Por fim, o último critério era a assinatura da família do Termo de Consentimento para a utilização do caso em ensino, pesquisa e publicação.

Uma das famílias apresentou a queixa centrada num sintoma familiar (um segredo). As outras duas famílias apresentaram a queixa inicial centrada no paciente identificado. Neste estudo a primeira foi denominada de *Família segredo*, cuja configuração familiar é formada por cinco membros, um casal heterossexual e três crianças. A segunda família, denominada de *Família enigma*, possui sua configuração familiar composta por quatro membros, um casal heterossexual e dois filhos adolescentes. Por fim, a terceira família foi denominada de *Família em luto*, com a configuração familiar formada por três membros, um casal heterossexual e um filho psicótico jovem adulto. Cada família procurou o SPA por motivações distintas, mas apenas duas aderiram ao tratamento psicoterapêutico – *Família enigma* e *Família em luto* – logo após a sessão de devolução.

5.2.

Material e procedimentos

Foram analisados os conteúdos descritos nos relatórios das entrevistas preliminares de cada caso, desde o período de triagem até a sessão de devolução,

¹ Em todos os casos deste Serviço, os psicoterapeutas obrigatoriamente devem fazer relatórios de cada sessão, desde a primeira entrevista até a última sessão.

assim como o relatório referente à sessão de aplicação do ADF. Os desenhos desta técnica, também, foram estudados com o objetivo de complementar o entendimento da trama familiar. A análise do material gráfico foi baseada nas formulações teóricas de Kwiatkowska (1978) e de outros autores que trabalharam com o instrumento.

Foi realizada avaliação sobre a queixa inicial, as expectativas com relação ao tratamento, os temas não-ditos e latentes que num segundo momento emergiram, e a implicação da família em relação a seus conflitos e ao tratamento. Buscou-se investigar se houve, ao longo do processo de avaliação, um reposicionamento intersubjetivo diante da problemática conjunta, a partir da enunciação das fantasias e dos conflitos encobertos.

A apresentação dos casos foi dividida em seis tópicos, os quais foram determinados pelos objetivos da pesquisa e para uma melhor explanação dos dados: (a) configuração familiar; (b) queixa inicial; (c) período de avaliação; (d) descrição do sistema; (e) sessão de aplicação do ADF; (f) sessão de devolução. A fim de ilustrar aspectos da dinâmica familiar e/ou fantasias compartilhadas, alguns desenhos do ADF considerados significativos foram expostos, sofrendo alterações digitais (quando necessárias), de modo que a identidade da família fosse preservada.

Cabe ressaltar, que na descrição de cada caso perpassam as reflexões e hipóteses, dos psicoterapeutas, que atenderam as famílias, decorrentes das principais questões discutidas nas sessões. Estas reflexões estavam presentes nos relatórios e contribuíram na investigação da dissertação, tendo em vista as limitações existentes em uma pesquisa sobre o trabalho clínico de terceiros; considerando que não se pode contar com a própria contratransferência, considerada como outro recurso (Arzeno, 1995), também importante, para a avaliação diagnóstica. Pode ser percebido que, ao longo da apresentação de cada caso, observações e pontuações foram feitas com o objetivo aludir a pontos significativos, ampliando as reflexões dos psicoterapeutas responsáveis e, consecutivamente, enriquecendo a discussão geral.

5.3.

Dados clínicos²

Família segredo

a) Configuração familiar

Esta família era composta por Pedro um homem de 37 anos, casado há mais de dez anos com Helena, uma mulher de 25 anos. Nesta família, o filho mais velho de Pedro de 12 anos, Daniel, nascido de seu primeiro casamento, era criado por parentes próximos, devido a sua conflituosa relação com Helena. Mas, apesar de não morar na casa do pai, convivia muito com este último e com os irmãos. O filho do meio, Pedro Filho, tinha 10 anos de idade e provinha de uma relação extraconjugal de Pedro, o segredo manifestado na queixa envolvia a origem deste filho. Por fim, o filho caçula de 6 anos, Renato, era filho biológico do casal Pedro e Helena.

b) Queixa inicial

A queixa inicial enfocava no pedido de ajuda para efetuar a revelação de um segredo relativo aos vínculos parentais com Pedro Filho, tendo em vista que o menino era apenas filho consanguíneo do Pedro, e não sabia “nada” sobre sua verdadeira origem. A manutenção deste segredo estava provocando desavenças entre os cônjuges, e entre a Helena e os filhos, gerando a sensação de enfraquecimento dos vínculos e o temor de desagregação familiar.

Pedro foi quem procurou o SPA, deixando seu telefone para que a Equipe de Família e Casal entrasse em contato. Já no telefonema, para marcar a primeira entrevista, mostrou-se apreensivo com a situação familiar e informou sobre o difícil temperamento da mulher. Ele mencionou sobre sua vontade de contar “o segredo”, principalmente, após a descoberta de seu filho Daniel ao ouvir uma discussão do casal sobre o assunto. Contudo, o pai não conseguia fazê-lo e procurava ajuda, temendo os efeitos da revelação do segredo, acreditando que a mulher, Helena, mantinha um tratamento diferenciado em relação a Pedro Filho.

² Em todos os casos descritos, os nomes foram substituídos, assim como alguns detalhes secundários a história também foram modificados, para que as identidades das famílias fossem preservadas.

c) Descrição do período de avaliação

O processo ocorreu em quatro sessões com um psicoterapeuta e um coterapeuta, durante o período de um mês e meio. Duas entrevistas preliminares foram realizadas, na terceira houve a aplicação do ADF, e na quarta sessão ocorreu a devolução de avaliação. Na primeira entrevista, contrariando a recomendação feita por telefone pelos psicoterapeutas para que comparecesse ao SPA somente o casal, Pedro e Helena apareceram com os três filhos. No entanto, ele sugeriu que deveria entrar no *setting* sozinho, pois tinha assuntos que não deveriam ser discutidos na frente da mulher. Esta situação desencadeou uma tensão familiar e envolveu os psicoterapeutas no conflito familiar de “inclusão/exclusão”. A posição dos psicoterapeutas para sair deste impasse, foi ressaltar a importância da presença de Helena e lembrar o “contrato” combinado ao telefone, para assim ser restabelecido o enquadre e realizar a sessão com o casal.

Na segunda entrevista, toda a família compareceu, respeitando o combinado. Foi observado que existiam mais segredos que permeavam a dinâmica familiar e que ameaçavam a constituição dos vínculos familiares. Na sessão seguinte aplicou-se o ADF, a partir do qual foram evidenciados mais claramente os conflitos encobertos vivenciados pelo grupo. Por fim, ocorreu a entrevista de devolução, na qual apenas Pedro estava presente, contrariando o planejado pelos psicoterapeutas, que esperavam a participação de todos.

d) Descrição do sistema

A história de origem de Pedro centra-se no fato de não ter conhecido seu pai, e nem ter convivido muito com sua mãe, posto que ela falecera quando ele tinha apenas oito anos de idade, deixando, além dele, seus outros três filhos órfãos. Pedro morou por um período com uma tia, e depois foi para um orfanato, onde viveu até seus 14 anos. Quanto a Helena, ela viveu com os pais e uma meia-irmã, proveniente do primeiro casamento de seu pai. Sentia-se preterida pela mãe e sofria muito com o tratamento recebido da mesma. Apesar de ela ser sua “*filha legítima*”, acreditava que sua mãe privilegiava e protegia mais sua meia-irmã, não tendo a mesma relação afetiva com as duas.

Os dois se conheceram, quando Helena era ainda adolescente, havendo uma diferença de idade significativa na época, pois ele já era um jovem adulto, com um filho recém nascido de seu primeiro casamento. O casal namorou por um período

curto de tempo, decidindo rapidamente morarem juntos. Após uma breve separação, fato contestado por Helena, Pedro teve um encontro com outra mulher, com a qual gerou Pedro Filho. Este processo de gravidez permaneceu encoberto durante as entrevistas, não ficando claro para os psicoterapeutas se era, ou não, resultado de uma traição. Nesta parte da história familiar os membros do casal não se entendiam com os fatos e discordavam entre si de maneira irritada.

Pedro afirmou ter revelado a Helena sobre a gravidez quando reataram, porém ela disse ter tomado conhecimento somente no dia do nascimento da criança. Segundo ela, ele a avisou somente quando estava a caminho da maternidade, chocando-a com a revelação. A mãe biológica de Pedro Filho, o entregou com um mês de nascido para o pai criar, mudando-se sem avisar seu destino. Desde este dia, nunca mais a encontraram, nem souberam notícias. Pedro, com medo de que a mãe biológica reaparecesse, providenciou a guarda definitiva do filho.

Helena queria contar para o filho socio-afetivo sobre a verdade de sua origem, mas o casal sempre adiava a revelação esperando o momento mais propício. E assim, passaram-se 10 anos sem revelar a “verdade”. O pai tinha o medo manifesto de que o filho se revoltasse contra Helena, embasando seu temor na crença de que sua mulher o tratava de modo diferenciado, punindo-o mais freqüentemente do que Renato, o filho biológico do casal. Pedro também sentia um forte sentimento de culpa, desencadeado por seu dilema de revelar ou ocultar o segredo, responsabilizando-se por este conflito.

A mulher discordava sobre a desigualdade alegada pelo marido, pois tinha criado o menino desde bebê e afirmava: “*não os trato sempre de forma diferente*”. Porém, temia que a “*mãe verdadeira*” dele aparecesse, querendo levá-lo embora. Ela também, ao contrário do marido, acreditava que de alguma maneira o filho já sabia alguma coisa sobre o segredo.

Outro ponto importante exposto foi o conflituoso relacionamento de Helena com Daniel, o filho mais velho de Pedro. No entanto, as razões dos intensos desentendimentos entre eles não eram faladas por ela, que evitava o assunto, justificando que: “*Esse é um assunto de casa*”. O pai apenas comentou que Daniel estava proibido de entrar em casa na sua ausência.

Os três irmãos demonstravam nas entrevistas um intenso entrosamento e muita cumplicidade. Conheciam e comentavam o que cada um gostava de fazer e

brincar no dia-a-dia. Era claramente perceptível, no aqui e agora do *setting*, a integração fraterna que relatavam. Observou-se que entre eles os afetos circulavam de forma lúdica e amistosa, contrariando os argumentos de Helena que supervalorizava as brigas entre eles, e sentia dificuldade em impor regras e limites.

A dinâmica geral da família girava em torno de uma rede de segredos sobrepostos, a partir de uma série de não-ditos que afetavam as interações e os vínculos familiares. Havia também a presença de subsistemas bem delimitados e que representava o jogo rígido de inclusão-exclusão, como Renato e o pai, que sempre se sentavam próximos e cochichavam na sessão. Pedro Filho sentava-se nas sessões ao lado de Helena, apresentando um comportamento retraído ao esconder, na maior parte do tempo, seu rosto com as mãos. Quanto a Daniel, ignorava a presença da madrasta, não falando com a mesma em nenhum momento do processo, tendo mostrado também ser um menino inteligente.

e) ADF

As posições ocupadas pelos familiares foram muito semelhantes às da segunda entrevista: Pedro Filho ao lado da mãe, o mais jovem ao lado do pai, e o mais velho próximo à porta. Esta configuração da ocupação do espaço físico apontava para as alianças e para as identificações familiares.

O pai recusou-se a realizar a tarefa após perguntar se somente as crianças desenhariam. Explicitou seu posicionamento de auto-exclusão dizendo: “*Tá bom crianças, fiquem a vontade que eu vou ficar aqui sentado, apreciando o desenho de vocês*”. O manejo técnico dos psicoterapeutas para lidar com esta situação, foi respeitar a decisão dele, mas ressaltando a importância de sua participação. Além disso, a cada finalização de tarefa, eles trocavam a folha em branco de Pedro, fazendo a partir deste gesto um novo convite não-verbal de inclusão.

Os outros membros da família se implicaram nas tarefas gráficas, permanecendo na maior parte do tempo calados, sem nem mesmo olharem espontaneamente para os desenhos dos demais. Quando incentivados pelos psicoterapeutas a comentarem sobre as criações de cada um, diziam monossilabicamente: “*legal*”, “*maneiro*”, “*gostei*”, “*bom*”, “*engraçado*”. O desenho da *Família abstrata* foi a tarefa, em que apresentaram mais dificuldades de compreensão.

Os desenhos de Helena, de modo geral, eram compostos por traços infantis, mas que indicavam afetividade intensa. Seus traços eram firmes, sem ser agressivos, havendo uma variedade no uso das cores. Seus conteúdos eram inteligíveis e integrados. Demorou mais do que os demais membros para a realização das tarefas e se restringiu a comentá-los somente quando incentivada pelos psicoterapeutas. Pedro Filho apresentou, de modo geral, traços fracos e conteúdos um pouco disformes. Os desenhos de Daniel foram criativos, mostrando plasticidade e riqueza no uso das cores. Também, apresentaram-se bem integrados, inteligíveis e com capacidade de abstração.

O filho mais novo, Renato, ao longo das tarefas foi quem mais falou e interagiu com todos. Falava muito com o irmão do meio, ora cochichando ora para todos ouvirem. Mostrava interesse nas criações dos demais, perguntando e questionando-as. Demonstrou sua forte aliança com o pai, ao pedir constantemente auxílio para a elaboração dos desenhos, parecendo incluí-lo na tarefa coletiva. Além disso, recorrentemente ressaltava, com seus comentários, a falta e a auto-exclusão do pai, perguntando de quem era a folha em branco, por exemplo.

- Primeiro *Desenho livre*

Helena fez uma paisagem rica, com uma enorme árvore cheia de frutos cercada por quatro flores. Pedro Filho desenhou um fantasma, de olhos vazados e com os braços sem mãos, chamado de “O menino maluquinho do espaço”. O *Desenho livre* de Daniel foi intitulado de “A estrela que me guia”, no qual fez uma estrela amarela, cuja forma lembrava a figura rosa-dos-ventos, a qual simboliza a somatória de todos os pontos cardeais. Renato desenvolveu um desenho colorido e criativo, no qual desenhou um triângulo preenchido de cores variadas, descrevendo-o como uma árvore de Natal.



Figura 1 - *Desenho livre*: Pedro Filho



Figura 2 - *Desenho livre*: Daniel

- Retrato da família

Helena se desenhava de forma infantil ao lado do marido, incluindo no desenho denominado “Minha família”, apenas Pedro Filho e Renato (Daniel foi excluído). No entanto, em dissociação com o desenho, quando fora explicá-lo para os outros falou: “Eu desenhei os meus quatro”. Pedro filho representou os cinco membros do grupo com uma estrutura corporal que lembrava também extraterrestres. Todos tinham a cabeça e os olhos grandes, com corpos pequenos e finos. A mãe era a única que parecia falar, cujo discurso estava representado dentro de um balão: “feliz a estrela”.

Daniel fez o pai, a mãe biológica, tios e primos, excluindo Helena do desenho, o qual chamou de “Minha família”. Renato teve dificuldade para entender se deveria se incluir a si mesmo no desenho, e por isso desenvolveu um extenso diálogo com o pai sobre a possibilidade de se incluir, ou não, no retrato. De alguma forma, ele enunciava a questão de inclusão/exclusão, possivelmente expressando o posicionamento ambivalente do pai na família. Como desenho, desta segunda tarefa, decidiu fazer um boneco, que disse ser seu pai. Nesta tarefa o jogo inclusão-exclusão ficou ainda mais claro, assim como os conflitos e alianças.



Figura 3 - Retrato da família: Helena

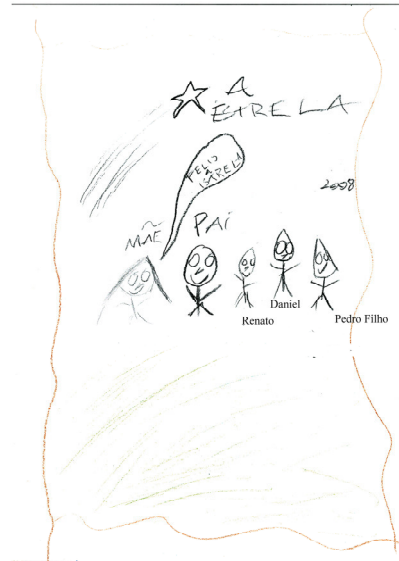


Figura 4 - Retrato da família: Pedro Filho

- Família abstrata

Helena desenhou seus sete cachorros e um enorme avião, dizendo que era para eles viajarem. Teve dificuldade em criar um título neste desenho, recebendo algumas sugestões dos filhos. Após certa demora, o intitulou de “Meus canis”. Este desenho foi o mais integrado de Pedro Filho, que representou a *Família Abstrata* como Helena – evidenciando sua forte vinculação com a “Mãe Coruja” (título do desenho). Desenhou-a de maneira colorida e sorridente, preenchendo todo o papel com sua figura. Os olhos de Helena são significantes, na medida em que são expressivos e preenchidos, diferentes dos olhos do fantasma “O menino maluquinho do espaço”.

Daniel representou sua mãe como se ela estivesse se apresentando, pois próximo a sua boca havia um balão com a frase: “Eu sou a R. mãe do Daniel”. Além disso, desenhou-a com traços muito fortes: no rosto seus traços são intensos e grandes, seu corpo vai até o busto, aparentando estar despida. Denominou este terceiro desenho de “My mãe”. Por meio do mesmo, ele manifestou seu vínculo com sua mãe biológica, que morava em cidade distante, mas com quem mantinha permanente contato por cartas ou por telefonemas.

Renato, nesta tarefa, novamente denunciou algum aspecto do pai, elegendo-o como única figura a ser desenhada e preocupando-se em representar os detalhes do rosto do pai, não sabendo, por exemplo, como desenhar a parte branca interna do olho. “*Eu queria desenhar... eu queria desenhar o rosto do meu pai... só que é*

muito difícil...”. Parecia que desejava preencher o vazio, o branco do pai, da face de Pedro.



Figura 5 - Família abstrata: Pedro Filho

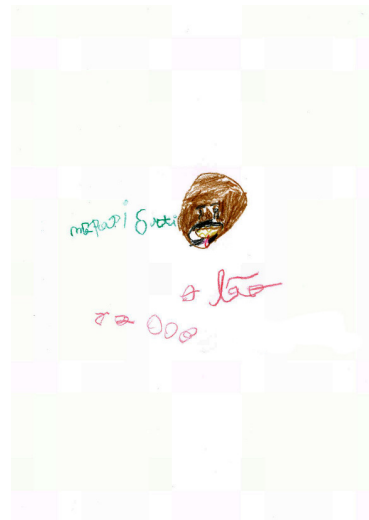


Figura 6 - Família abstrata: Renato

- Rabisco individual

Helena criou um arco-íris grande e colorido, com traços bem intensos. Pedro Filho fez um círculo e denominou-o de terra, também fez vários rabiscos em amarelo e em vermelho, mas com traços fracos. Sobre este desenho comentou: “já que eu fiz uma bola, aí eu fiz um rabisco assim, aí eu pensei é uma bola de fogo”. Intitulou o desenho de “Bola de fogo”, riscando a palavra “super” que estava escrita antes de bola.

Nesta quarta tarefa, Daniel desenvolveu um furacão, intitulado de “Furacão Catrina”, dizendo ter sido inspirado nos “... acontecimentos, né... os furacões...”. Renato desenhou um arco-íris e um ser que lembra o personagem Mickey Mouse da *Walt Disney*. Destaca-se, que a forma do arco-íris apareceu nos desenhos de Helena e de Pedro Filho, neste último, relatado como uma bola de fogo.

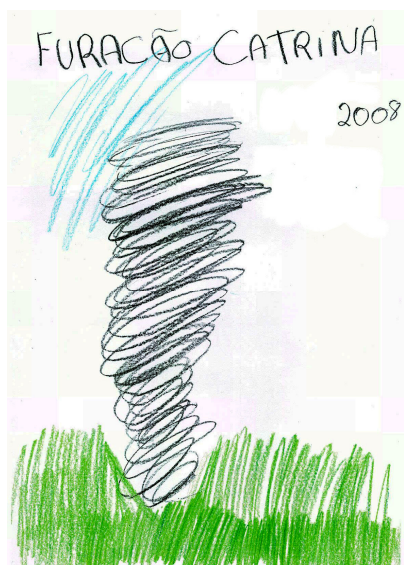


Figura 7 - *Rabisco individual*: Daniel



Figura 8 - *Rabisco individual*: Helena

- *Rabisco em conjunto*

O rabisco escolhido para fazerem o *Rabisco em conjunto*, por Pedro Filho e Daniel, foi desenvolvido pelo primeiro irmão. Também escolheram juntos qual seria o título, “A pipa mágica”. Helena participou timidamente na produção do desenho, incluindo detalhes que expressavam sua afetividade, como corações no canto da folha. Ela não conversou com Daniel, nem ele com ela, havendo uma negação mútua da presença um do outro.

Contudo, Renato apresentou um comportamento diferente daquele ativo e interessado que vinha tendo. Ficou impaciente e irritadiço, de repente, recusando-se a participar. Foi estimulado pelo pai a desenhar conjuntamente, mas apenas fez um rabisco e voltou a se sentar no sofá.

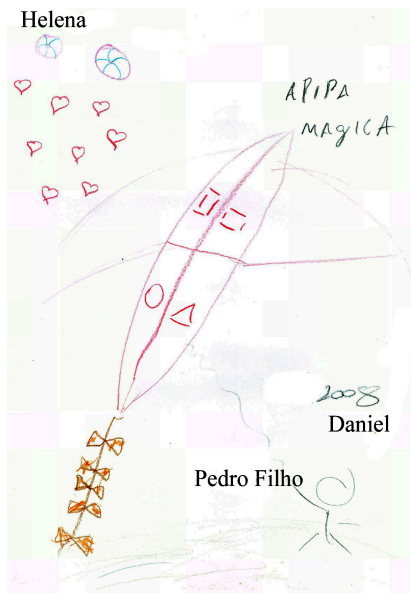


Figura 9 - *Rabisco em conjunto*

- Segundo *Desenho livre*

Nesta etapa Helena desenhou “Minha casa”, uma casa colorida que demonstra ter vida interna, ilustrada pela chaminé, mas que parecia estar enquadrada, a partir de duas retas paralelas nas extremidades da casa. Pedro Filho deu a seu desenho o título de “Os super molenga”, onde aparecem seres mal delimitados e diferentes, aludindo ao espaço sideral e a extraterrestres. Apesar da pouca inteligibilidade e integração do desenho, ele elaborou uma rica descrição do mesmo, relatando que “*Os super molenga*” eram superheróis bobões e que os tinha inventado.

Daniel desenhou um menino de corpo inteiro, com a boca aberta e sorridente, abaixo do lábio superior há apenas um dente preto e ao lado de seus pés também há uma bola. Este último *Desenho livre* foi chamado de “Eu tenho um dente só”. Por fim, a mudança de comportamento de Renato, na tarefa anterior, pôde ser ilustrada no último desenho, que em comparação com o primeiro *Desenho livre*, foi menos criativo e desenvolvido. Fez apenas uma pequena mão aberta e monocromática. Alegou ter escolhido este desenho, porque seu pai havia mandado.

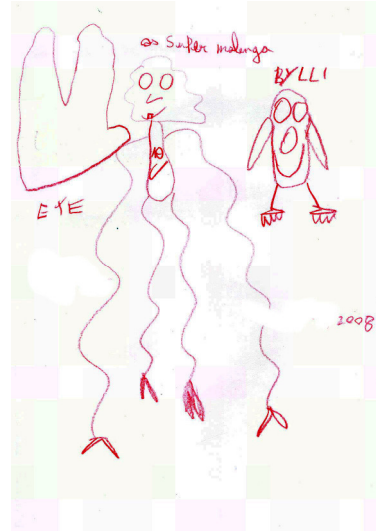
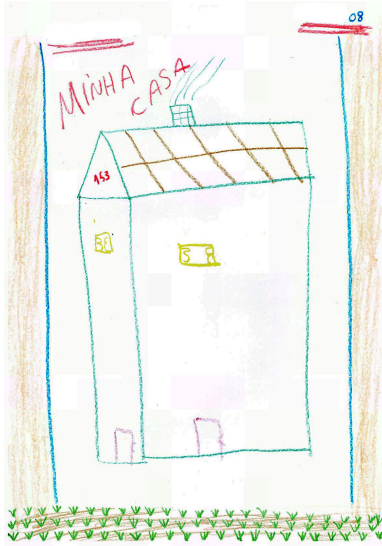


Figura 10 - Segundo *Desenho livre*: Helena Figura 11 - Segundo *Desenho livre*: Pedro F.

f) Devolução

Na sessão de devolução, como já foi mencionado, somente o pai compareceu. Pedro comentou que Helena recusou-se a vir e impediu os filhos de participarem, argumentando que psicólogo não iria resolver sua vida. Atitude da mulher que foi aceita por Pedro, quem na primeira entrevista mostrou-se centralizador e autoritário ao desejar entrar sozinho para a sessão. No relatório dos psicoterapeutas, eles enfatizaram que a época desta avaliação foi próxima ao encerramento das atividades acadêmicas da universidade. Houve uma interrupção entre a sessão de aplicação do ADF e a sessão de devolução de avaliação. Essa interrupção, somada às dificuldades familiares para agendar as sessões, constituíram-se como obstáculos no processo de avaliação familiar. Os psicoterapeutas consideraram a possibilidade de estes fatores terem comprometido a continuidade do tratamento, e intensificado a resistência familiar que já existia.

Na devolução, Pedro mostrou-se muito cansado e desanimado com a mulher, dizendo que a cada dia ela tratava pior o Daniel. Contou que ela não mudou em nada, pois continuava insultando o menino, e tratando-o diferentemente. Afirmou que o menino fazia reclamações dela, não sabendo mais o que fazer para ajudá-la. Falou do peso de guardar o segredo e prometeu revelá-lo no final de semana. “*Vou pegar o garoto, levá-lo para passear e contar, pois já não agüento mais*”. Justificou não ter feito isto antes, devido a sua falta de tempo.

Os psicoterapeutas buscaram atenuar o peso das fantasias de Pedro em torno da revelação do segredo, observando, também, que muitos dos medos estavam relacionados à projeção de conflitos da relação conjugal. Questionaram as representações simbólicas de Pedro sobre o que legitima “ser pai” e “ser mãe”. Valorizaram o investimento afetivo de Helena em Pedro Filho, acolhendo-o quando bebê, sendo representada por ele como “*mãe coruja*”. Trabalharam a supervalorização familiar dos laços consangüíneos, que conseqüentemente desqualificava a relação sócio-afetiva de mãe e filho.

Família enigma

a) Configuração familiar

Esta família era formada por Fernanda uma mulher de 48 anos, uma pessoa ativa na comunidade onde morava. Estava casada há 23 anos com Celso, um homem de 49 anos. Deste casamento, nasceram dois filhos, Hugo com 18 anos de idade e Amanda com 15 anos.

b) Queixa inicial

Fernanda procurou o SPA solicitando um atendimento com uma psicopedagoga para a filha, cuja indicação fora feita pela escola da mesma. Foi avisada, pela secretaria do serviço, que seria marcada uma entrevista com a equipe de psicoterapia de família e casal. Esta mãe buscou ajuda para a filha, que estava em uma psicoterapia individual, por ela apresentar problemas de aprendizagem. A queixa manifesta centrava-se no fato de Fernanda achar sua filha (Amanda) muito imatura, tendo problemas de relacionamento social na escola, e brincando com bonecas e com meninas mais novas do que ela.

c) Descrição do período de avaliação

O processo de avaliação familiar ocorreu em seis sessões, durante o período de um mês e meio, em coterapia. Foram realizadas três entrevistas preliminares, na quarta sessão foi aplicado o ADF, na quinta foi usado o instrumento de avaliação Entrevista Familiar Estruturada – EFE, cujos dados não serão descritos neste trabalho. E por fim, na sexta sessão houve a devolução de avaliação.

Na primeira entrevista compareceram apenas a mãe e a filha, justificaram a ausência de Celso por motivos de trabalho. Na maior parte do tempo, Fernanda queixou-se da filha, comentando sobre sua imaturidade e um possível diagnóstico de dislexia. Assunto este que não fora muito prolongado por ela. Correlacionou o início da dificuldade de Amanda para lidar com o crescimento, com a morte de um tio-avô materno de muita importância afetiva para Fernanda. A mãe se responsabiliza por isso, confessando não ter lidado bem com esta perda e passando seu sentimento para a filha. Na época, não considerou a idade da filha e lhe disse como desabafo: “*Nasce, cresce e morre*”.

A segunda entrevista ocorreu com Celso, Fernanda e Amanda. Nesta sessão o casal falou sobre as questões individuais de cada um dos cônjuges, não focando o discurso somente na filha. Fernanda mencionou fazer uso de medicamentos para dormir, sob orientação de um neurologista, porque sentia muitas dores de cabeça. Celso, por sua vez, revelou já ter feito psicoterapia, pois sentia “*fobia*” de tudo, não podendo nem mesmo passar dentro de um túnel. Sentiu-se muito melhor com o tratamento individual. O casal demonstrou interesse em fazer a terceira entrevista sem a filha, alegando que, assim, contariam sobre a infância de Amanda. Ela questionou o fato de não poder estar presente na próxima sessão, demonstrando sua insatisfação ao afirmar para eles de que não guardava segredos para os pais.

Portanto, a terceira entrevista foi realizada apenas com o casal, porque também havia um interesse dos psicoterapeutas em investigar as questões conjugais. Celso e Fernanda relataram sobre seus conflitos sexuais e um período de crise, desencadeado por uma relação extraconjugal do marido. Na entrevista seguinte foi aplicado o ADF, com todos os membros da família, a partir do qual se evidenciou a posição de enigma de Amanda, denunciando a presença de um enigma compartilhado e as alianças encobertas. A entrevista de devolução teve como objetivo enunciar para família a função ocupada por Amanda, na qual absorvia a problemática do casal e do irmão, havendo uma intensa cisão na família que impedia a circularidade de papéis no funcionamento familiar.

d) Descrição do sistema

O início da história do casal é descrito de forma tranqüila e harmônica. Os dois moravam na mesma comunidade, e Celso passara oito anos se sentindo atraído por Fernanda, mas como namorava nesta época, não se aproximou dela. Fernanda

nem reparava nele, não sabendo nem mesmo quem ele era, porém sua mãe o conhecia de vista, pois o encontrava no ônibus se beijando com as namoradas.

Eles ficaram noivos durante um tempo e depois se casaram.

Três anos após o nascimento de Amanda, “*Celso arrumou uma mulher*”. Fernanda se sentiu traída, pois haviam combinado que quando um quisesse ter uma relação extraconjugal deveria avisar ao outro, e ele não cumpriu o acordo. Sentia-se culpada por este fato passado, dizendo que 70% era sua responsabilidade. Contudo, mostrava dificuldade para aceitar o fato de ele ter se calado, mudando também seu comportamento. “*O pior era como ele me tratava. Ele me tratava muito mal.*” O posicionamento de Celso diante deste relato era de concordância e arrependimento, abraçando a mulher, quando esta se emocionava com a lembrança dos fatos.

Fernanda acreditava que a atitude do marido havia provocado uma abertura para ela também o trair. Destacou que o filho, com sete anos na época, presenciou o conflito conjugal. Hugo dizia ao pai para ele sair de casa se preferisse. Fernanda foi até a casa da amante para conhecê-la. Contudo, quando a viu, não se sentiu rejeitada, pois não a considerou uma mulher interessante, ela esperava que fosse “*coisa melhor*”. Arrumou as malas de Celso, a fim de que ele saísse de casa e se separassem, mas ele não saiu. No entanto, havia um desejo de Celso para se separar anterior a este fato, comentando-o com outras pessoas. O irmão de Fernanda foi quem lhe contou sobre os planos de Celso, revelando-lhe a confidência deste último de que ela era uma pessoa fria sexualmente.

O casal apresentava dificuldades sexuais após o nascimento dos filhos. Quando Celso manifestava ter desejo por Fernanda, ela não o queria, ficando até mesmo irritada quando ele a tocava, ou demonstrava seu desejo. Sugeriu algumas vezes para o marido arrumar outra pessoa para ter relações sexuais. Celso demonstrava insatisfação com a vida sexual do casal. Num determinado momento do processo, Fernanda revelou freqüentar a casa de um tio, quando pequena, que lhe acariciava os peitos. Ressaltou não saber se era fruto de sua imaginação, ou realidade, o fato de encontrar constantemente revistas pornográficas na cama de sua mãe.

O convívio familiar era conflituoso, porque Celso e Hugo brigavam muito, sendo agressivos e gritando um com o outro. Hugo era descrito, pelos demais membros do grupo, como uma pessoa chata, implicante e autoritária. Apesar disto,

Fernanda sempre intervinha a favor do filho nas brigas em família, fazendo chantagem para acabar com as discussões. “*Vão me levar para o hospital, tenho pressão alta*”. Celso tentava colocar limites para os filhos, mas sentia-se impotente com seu insucesso e excluído do lugar de “chefe” de família.

Amanda, também era descrita como briguenta, sua relação com o irmão não era amistosa. Contaram um episódio, no qual Hugo tentou enforcar a irmã num momento de raiva, se desculpando posteriormente. Celso só soube do fato durante as sessões, mostrando-se bastante contrariado por ninguém ter-lhe contado.

Outro aspecto significativo da dinâmica familiar, era a aparente insatisfação de todos, principalmente de Fernanda, diante de alguma atitude amadurecida de Amanda. Qualquer comportamento, que aludisse a uma individualidade ou independência de Amanda, era desqualificado. Quando ela manifestou sua pretensão em morar sozinha aos 25 anos, os pais ficaram mobilizados com a declaração. Sempre que falava do crescimento dos filhos, Fernanda chorava, possivelmente porque o crescimento representava a perda de controle dos filhos.

e) ADF

A localização das pessoas no setting revelou os subsistemas de maior tensão na interação e com questões no processo de identificação. Configurou-se da seguinte maneira: Celso ficou próximo a Hugo, e Fernanda próxima a Amanda. Todos se implicaram nas tarefas, demonstrando interesse na criação dos desenhos, e não apresentaram dificuldades na compreensão das orientações.

Celso, de modo geral, fez desenhos bem elaborados e integrados, mostrou capacidade criativa e afetividade. Seus traços eram fortes, e por vezes densos. Os desenhos de Fernanda mostraram-se integrados e coloridos, apresentou uma boa capacidade de abstração, mas sua criatividade foi diminuindo ao longo das tarefas.

Amanda descreveu pouco sobre seus desenhos, mantendo-os como enigmáticos, porque preferia que todos ficassem curiosos. A família também se mostrou pouco tolerante para entendê-los, questionando-os como incompreensíveis. Fernanda comentou que a filha sempre teve muita imaginação. Os desenhos foram empobrecidos para uma adolescente, mas significantes em suas mensagens abstratas. Já nas criações de Hugo, houve pouca elaboração e criatividade nos desenhos dele. Apesar de não terem sido questionados, seus

desenhos também se mostraram pouco inteligíveis e apresentaram aspectos enigmáticos.

- Primeiro *Desenho livre*

Celso denominou seu desenho de “Meu barco”, no qual há uma montanha alta encobrindo parte do sol e um pequeno barco no mar, coadjuvante nesta paisagem de mar, montanha e pássaros. Fernanda demonstrou estranhamento ao ver o barco do marido, questionando o motivo de tê-lo desenhado, já que seu sonho era ter um carro. Celso respondeu que não sabia o motivo, apenas desenhou o que havia no seu pensamento, mas que não era seu sonho. Refletiu que seu desenho, talvez representasse seus momentos de tristeza, nos quais gostava de estar sozinho, de fugir.

O *Desenho livre* de Fernanda foi intitulado de “Natureza /Vida”, o qual é composto por cinco flores coloridas ocupando um grande espaço da folha, além de pássaros e um sol. Amanda foi a primeira a começar a tarefa, fazendo um céu grosso e bem azul, com pequenas borboletas entre o céu e a terra. Ela denominou seu primeiro *Desenho livre* de “Noite das borboletas”. O *Desenho livre* Hugo é composto apenas por uma pequena moto feita com traços fortes, localizada no canto superior esquerdo da folha. Comentou que era seu sonho ter uma moto, pois todos os seus amigos tinham.



Figura 12 - Primeiro *Desenho livre*: Celso Figura 13 - Primeiro *Desenho livre*: Amanda

- *Retrato da família*

Celso fez o retrato dentro de um coração, sendo que ele e Hugo ocupavam as extremidades, estando Fernanda ao lado do marido e em seguida Amanda. Chama atenção a semelhança entre a estrutura corporal do pai e a do filho, cujo nome aparece escrito num tamanho maior do que o nome dos outros integrantes do grupo. O corpo da mãe parecia igualmente infantil ao da filha.

O desenho de Fernanda foi denominado de “Minha Vida”, representou-se entre o marido e o filho, identificando este último como de “Meu rei”. Amanda, desenhada ao lado de Hugo, foi descrita como “Minha princesa”. Os três animais de estimação também foram representados no desenho.

Amanda neste desenho fez vários membros da família, com estrutura corporal estereotipada, pois todos não possuíam os membros superiores e inferiores. Também não apresentavam expressão facial, pois seus rostos estavam em branco, parecendo sem vida, como fantasmas. Denominou seu trabalho gráfico de “Família grande de +”. O símbolo “+”, substituto da palavra demais, lembra uma cruz no desenho. Questionou se deveria colocar os olhos, mas acabou decidindo não fazê-los. Não quis se incluir, decisão que gerou comentários entre eles.

Devido a esta atitude de Amanda, Fernanda afirmou que a filha não se considerava da família, conclusão que a fez chorar. Amanda justificou sua atitude dizendo que não era uma auto-exclusão, apenas estava cansada. Hugo, em seu *Retrato da família*, desenvolveu as pessoas com traços densos. Tanto ele como o pai apresentam um objeto no ombro próximo ao pescoço, os quais foram descritos por ele como os bichos de estimação da família.



Figura 14 - Retrato da família: Fernanda



Figura 15 - Retrato da família: Amanda

- Família abstrata

Celso desenvolveu uma folha, na qual cada membro do grupo foi representado por uma subdivisão, diferentemente colorida, que compunha a folha como um todo. Escreveu ao lado da folha a frase “todos juntos”. O nome do filho aparece novamente diferenciado dos demais, desta vez por uma seta e foi representado pela cor preta, porque segundo Celso, Hugo é desobediente. Todos começaram a discutir depois do comentário de Celso, sobre uma briga ocorrida antes do início da sessão.

Nesta tarefa, Fernanda mostrou-se um pouco resistente e mobilizada. Recebendo o carinho do filho, ao chorar enquanto descrevia seu desenho. Disse que o coração representava Amanda, porque ela era um amor (em cima do coração desenhou duas mãos misturadas pelos dedos). Hugo era uma bola que não parava (escreveu embaixo da bola, novamente “meu rei” e ela era uma nuvem de lágrimas. Ela não explicou o objeto que representava o marido, um aparente bastão.

Nesta tarefa, parece que Amanda se expressou melhor, mostrando sua sensibilidade na percepção de aspectos da personalidade e dos conflitos internos de cada pessoa. Representou o pai como um coração dividido nas cores rosa e azul, possivelmente mostrando a tristeza que ele mencionou na primeira tarefa e sua afetividade. O irmão fora representado como um furacão, com o qual discutia muito e apresentava uma agressividade dissimulada. Fernanda apareceu como uma

flor, desenhada em traços fracos, possivelmente representando sua fragilidade. E por fim, desenhou a si mesma como uma sobreposição de um sol, uma lua e uma estrela, acompanhados por um ponto de interrogação. Comentou que não se entendia e que desconfiava ter múltipla personalidade: “... *ninguém sabe quem eu sou.*” Este desenho da Família Abstrata recebeu o título de “A lei oposta”, descrevendo-o como representante da diferença entre cada um deles.

Hugo intitulou seu trabalho gráfico de “Expressões”, seus símbolos parecem rabiscos incompreensíveis. Ele falou que a irmã era uma interrogação, sua mãe uma flor/coração. Seu pai apareceu como duas bocas, uma mostrando os dentes e a outra não. Ele se representou com um objeto que lembrava dois dentes pontiagudos, disse ter ouvido alguém contar que este símbolo representava alguém feliz, sorrindo de olhos fechados.

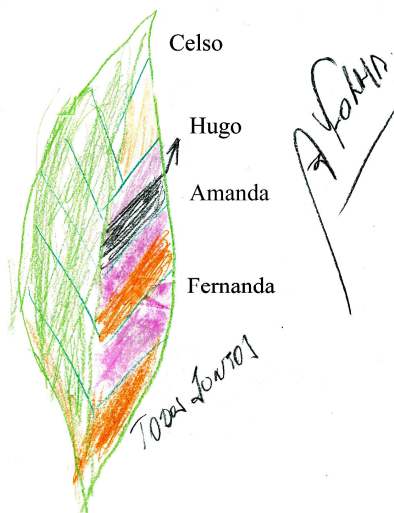


Figura 16 - Família abstrata: Celso

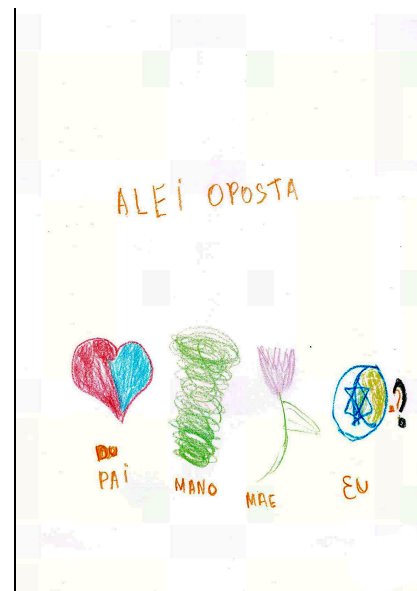


Figura 17 - Família abstrata: Amanda

- Rabisco individual

Celso fez uma pequena e solitária árvore monocromática, situada na parte superior da folha, intitulando-o de “A árvore”. Fernanda desenvolveu um círculo na cor rosa atravessado pelo dístico “Ordem e Progresso”, assim como oito estrelas da mesma cor rosa. Lembra parte da bandeira brasileira, chamando o desenho de “Mundo”. Fernanda comentou que o mundo precisava de ordem, progresso e paz, pois estava muito violento. As palavras aludem aos aspectos familiares, com os

quais tinha mais dificuldade para lidar com a divisão do poder com o marido, algumas vezes desqualificado por ela, e com o progresso dos filhos.

A partir do seu rabisco, Amanda fez uma pipa em forma de estrela, na qual as extremidades estavam enfeitadas por uma espécie de franja, não comentando nada sobre o mesmo. Hugo criou um rosto que lembrava uma máscara em diferentes dimensões, ao lado escreveu algo também incompreensível: “EEHH?”.



Figura 18 - *Rabisco individual*: Fernanda



Figura 19 - *Rabisco individual*: Hugo

- *Rabisco conjunto*

Foi criado a partir do rabisco de Fernanda, que foi escolhido por Celso e aceito por todos. Justificaram a escolha do rabisco de Fernanda, porque lembrava um chão sólido, e assim construíram a casa. A participação predominante foi de Hugo e de Celso, havendo necessidade de Fernanda e Amanda pedirem para desenhar. Mas, todos contribuíram na criação do desenho, intitulado-o de “nosso lar”, composto por uma paisagem, uma casa cercada de árvores, borboletas, pássaros, e dois cisnes de traços fracos e um mal delimitado. Hugo opinou que a letra do pai era feia e que gostava de morar com tranquilidade.

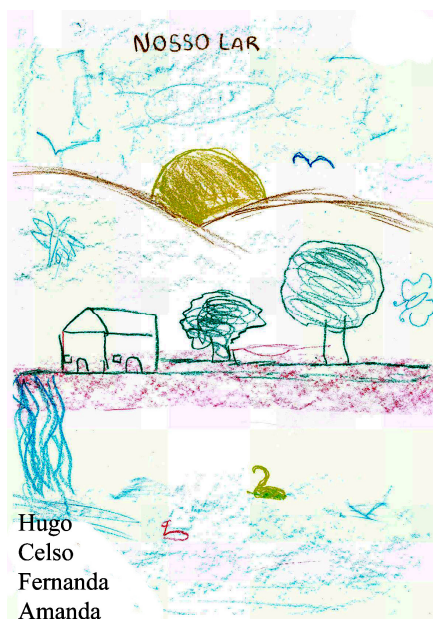


Figura 20 - *Rabisco conjunto*

- Segundo *Desenho livre*

Celso elaborou um coração preto grande e preenchido, comentando que o coração era tudo, era a família. Comparando o primeiro *Desenho livre* de Fernanda com seu último, este tem uma qualidade empobrecida, é monocromático e apresenta uma desorganização interna após o desenvolvimento da técnica. Ela fez uma casa preta, com uma janela, e fechada por uma porta com um ponto de interrogação do meio, representando a fechadura. Ao comentá-lo, enfatizou que sua casa precisava ser reformada. No título, “Minha casa”, errou a ortografia do pronome, ficando evidente sua correção, pois foi o único ponto colorido. Parece que o sintoma é incorporado por ela, antes identificado como o da filha – a dislexia (troca de letras). Portanto, depois do trabalho gráfico e dinâmico, apresentou uma evidente regressão.

Amanda criou um desenho denominado “4 Elementos”, no qual aparece um aspecto de limite (continente) e de integração, pois desenhou um círculo dividido em três partes coloridas, sendo que o superior do lado direito não estava preenchido, encontrava-se vazio de cor. No último desenho, Hugo fez um menino sem mãos e pés, expressando um possível pavor, no canto esquerdo superior da folha. Os olhos são vazios e grandes, sua boca mostrava os dentes, e os cabelos arrepiados. A mensagem do título, “Tranquilão”, parece dissociada da expressão do menino.

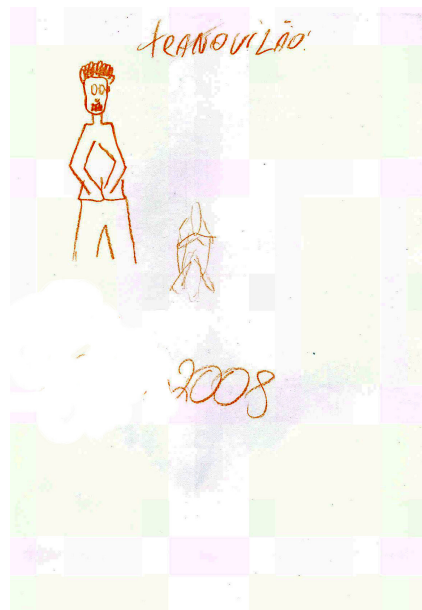
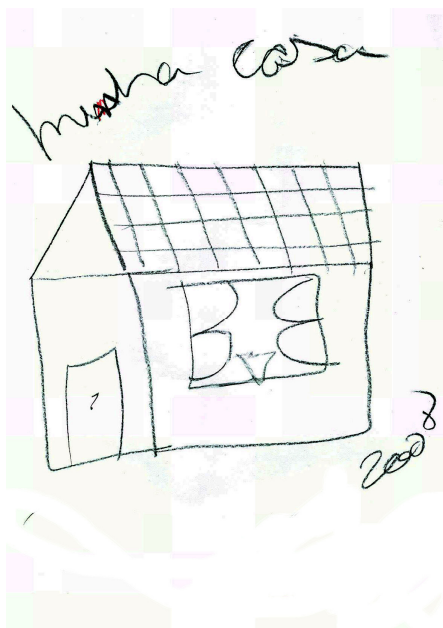


Figura 21 - Segundo *Desenho livre*: Fernanda Figura 22 - Segundo *Desenho livre*: Hugo

f) Devolução

Na sessão de devolução todos compareceram e mostraram-se interessados em refletir sobre o material do ADF. Os psicoterapeutas pontuaram o intenso mecanismo de cisão na família, ilustrado no fato de Amanda representar os aspectos destrutivos no discurso familiar e Hugo os aspectos positivos. E quando havia tentativa de integração, eles aniquilavam a possibilidade de diferenciação. Também, ressaltaram a identificação de Amanda com Fernanda, quem denunciava com suas atuações os conflitos da mãe.

A família concordou com as pontuações realizadas, mas apresentaram um comportamento passivo diante delas, não produzindo novas associações, nem procurando se aprofundar nas questões. Celso retomou, algumas vezes, o motivo inicial do pedido de ajuda, centrado no fato de Amanda necessitar de um trabalho psicopedagógico. Isto os levou a fazerem uma reflexão sobre a queixa inicial centrada em Amanda e perceberem o quanto estavam gostando daquele espaço em família, manifestando o desejo compartilhado de dar continuidade ao tratamento.

Família em luto

a) Configuração familiar

Esta família era composta por Pilar uma mulher de 50 anos, que se dedicava à vida doméstica. Seu marido Lúcio, com o qual estava casada há 23 anos, era um militar aposentado de 52 anos. Eles tiveram dois filhos, o mais velho era Tadeu com 21 anos de idade e o mais novo, Luiz, fazia quatro anos que havia falecido de câncer.

b) Queixa inicial

Pilar procurou o SPA, indicada pela psicopedagoga do colégio de Tadeu, quem os orientou a procurar uma psicoterapia de família. Sua queixa inicial centrava-se no comportamento violento e muito tímido de Tadeu. Devido a seu comportamento introspectivo, ele ficava muito tempo isolado em seu quarto, tendo medo de sair de casa; e quando voltava da rua trancava todas as janelas da casa. Os acessos de raiva são direcionados à mãe e, por isso, Pilar temia por sua segurança. Ele já foi capaz de jogar objetos pela janela do apartamento, como cadeiras e colchões. Tadeu era medicado com psicotrópicos receitados pelo psiquiatra, mas a dosagem ainda não conseguia evitar os acessos de fúria. Pilar solicitava a ajuda da equipe, pois estava muito preocupada, sem saber como agir com o filho.

c) Descrição do período de avaliação

O processo ocorreu em oito sessões com um psicoterapeuta e um coterapeuta, durante o período de dois meses e meio. Foi um período de avaliação extenso devido aos constantes atrasos da família para chegar ao SPA, prejudicando o tempo da sessão. Cinco entrevistas preliminares foram realizadas, antes da aplicação do ADF, e a devolução da avaliação ocorreu na sétima e na oitava sessão, devido à demanda da família para falar sobre os conteúdos originados nas tarefas do ADF.

Na primeira entrevista, quem compareceu a sessão foram Lúcio e Pilar. O casal relatou sobre o comportamento do filho, divergindo nas opiniões sobre as razões de ele ser tímido e agressivo, apresentando dificuldades no colégio, onde repetiu inúmeras vezes de série. Para a mãe, Tadeu piorou após a morte do irmão Luiz, e quando era contrariado, tinha os ataques de raiva. Ela já temia repreendê-lo, pois um dia a ameaçou com uma faca dizendo que a odiava. Lúcio pareceu

minimizar a seriedade destes conflitos, afirmando que a expressão de ódio do filho era decorrente da adolescência. Não concordava que Tadeu piorou depois da morte do irmão, porque sempre foi um garoto muito tímido, que não conseguia olhar diretamente no olho de ninguém.

Na segunda entrevista, o casal veio novamente atrasado, apesar do convite dos psicoterapeutas para que Tadeu fosse à sessão, eles não o levaram. Nesta sessão Lúcio revelou um segredo à mulher envolvendo a doença de Luiz. Segundo ele, o filho mais novo fora diagnosticado com câncer no momento de seu nascimento, contudo não compartilhou com a mulher esta informação, para que ela não sofresse. Guardou por oito anos o segredo da doença e Pilar mostrou-se ressentida por ter sido privada desta informação, impossibilitada de procurar algum tratamento para o filho.

Na terceira entrevista, o casal chegou ainda mais atrasado em comparação a sessão anterior, restando somente dez minutos de sessão. Na quarta entrevista, Pilar apareceu sozinha e alegou não saber o motivo da ausência do marido. Culpou-o pelos atrasos anteriores, pois ele sempre inventava de ir a um lugar antes de se dirigirem ao SPA. Foi pontuado que o comportamento resistente do marido mostrava-se dissonante ao seu constante comportamento participativo no *setting*. Pilar afirmou que o marido tinha duas caras, uma na rua e outra em casa. Revelou que o marido era alcoólatra e quando estava bêbado ficava violento com ela, cenas de agressão física e verbal que eram presenciadas por Tadeu.

Na quinta entrevista, Tadeu pela primeira vez compareceu, sendo acompanhado por seus pais. Mostrou-se um jovem muito retraído e com aparência de um adolescente muito mais novo do que sua real idade. Segundo ele, não sabia a razão de estarem no SPA, visto que os pais lhe explicaram que eles iriam participar de uma palestra sobre família.

Na sessão seguinte o ADF foi aplicado, havendo um clima de tensão familiar durante o atendimento. Conforme já foi mencionado, a devolução ocorreu em duas sessões posteriores à aplicação do ADF, nas quais se buscou trabalhar temas latentes que foram explicitados durante a produção dos desenhos e que mobilizaram intensamente a família. O luto mal elaborado, compartilhado por todos, e o peso das fantasias, que muitas vezes eram confundidas com a realidade, foram temas significativos para a família desejar investir em um tratamento psicoterapêutico com a esperança da melhora na integração familiar.

d) Descrição do sistema

O casal considerava sua história comum a todos os casais. Um ano após se conhecerem, eles decidiram morar juntos. O pai de Lúcio falecera cerca de oito meses antes desta união, era um homem que não ajudava muito a mulher com as questões da casa, sendo ela quem resolvia tudo. A idéia de morarem juntos, não agradava a mãe de Lúcio, pois com o falecimento do pai, ele passara a ser o provedor da família. Devido à desaprovação da família de Lúcio, eles fugiram e foram morar em um bairro distante. Por insistência de Pilar e da família dela, depois de quatro anos juntos, eles formalizaram a união, pois ela sentia-se como uma amante, mesmo depois do nascimento de Tadeu. Para Lúcio não havia necessidade da formalização, porque de acordo com ele, pretendia passar o resto de sua vida com a mulher.

Porém, o início da união foi conturbado. Lúcio queria continuar com o estilo de vida de uma pessoa solteira, saindo com os amigos e indo a bares, deixando Pilar sozinha em casa. Voltava bêbado e falando bobagens, agredindo-a física e verbalmente. Assim, o relacionamento deles ficou cada vez mais conturbado, gerando brigas e segredos. O casal não conversava em casa, e segundo Pilar, o marido a desprezava por ter uma escolaridade superior à dela. Na opinião de Pilar, Lúcio criou uma vida independente da vida familiar, não avisando para onde ia, nem quando voltava, sendo igual ao sogro falecido.

Tadeu ficava acordado esperando o pai voltar para casa, e quando via as agressões ficava nervoso, saindo de casa sem rumo. O filho tinha um bom relacionamento com o pai, pois este o ajudava a estudar, a perder o medo de sair de casa e até a olhar para as pessoas diretamente nos olhos. Tadeu só era agressivo com a mãe quando o pai não estava em casa, implicava com ela remexendo nas gavetas. Lúcio duvidava da mulher, somente acreditando nos fatos, quando via objetos quebrados dentro de casa.

A timidez profunda do filho foi explicada, pelos pais, com diferentes argumentos. Pilar achava que Tadeu era parecido com a família paterna, pois sua sogra também não olhava para ninguém enquanto falava. Lúcio discordava, alegando que seus irmãos se abraçavam e demonstravam carinho, ao contrário da família da mulher. Pilar realmente era mulher com dificuldades de demonstrar sua afetividade, não tinha o costume de beijar, nem abraçar o filho. Lúcio acusava a

mulher de não dar carinho a Tadeu e de tê-lo prendido demais em casa, afirmando que ela o mantinha sempre agarrado “*em baixo de sua saia*”. Em sua opinião, Tadeu era como se fosse duas pessoas, uma alegre que ouvia música e dançava, e outra silenciosa, pensativa e retraída.

Tadeu já tinha sido atendido em uma clínica psiquiátrica, onde recebera o diagnóstico de esquizofrenia, o qual posteriormente foi reformulado pelo fato de ele ser menos comprometido emocionalmente do que os outros pacientes esquizofrênicos. Depois, passou por outra clínica, onde fora diagnosticado como portador de uma timidez profunda. Ele passava por estas avaliações, sem se incomodar ou questionar. Estes cuidados médicos tomavam um tempo significativo da vida de mãe e filho.

Constantemente, os pais ressaltavam a diferença entre a personalidade de Tadeu e de Luiz (o filho falecido). Este último era lembrado como muito diferente do irmão, pois tinha muitos amigos, era alegre e gostava de compartilhar seus brinquedos. O nascimento de Tadeu foi descrito como fato que mudou a vida do casal, pois eram jovens e Pilar teve que abandonar sua profissão para cuidar do filho. O segundo nascera muitos anos depois do primeiro, após várias tentativas fracassadas. Quando Pilar desistiu, por já ter mais de quarenta anos, acabou engravidando. A criação de Luiz fora diferente, porque não admitia mais interferências, nem conselhos da família.

Luiz, ao nascer, precisou ficar na incubadora durante alguns dias, porque era muito pequeno e frágil. A partir da versão de Lúcio, os médicos lhe informaram que o bebê estava doente (com “câncer”) e por isso eles não iriam ficar juntos por algum tempo. O pai recebeu a notícia com desespero, não sabendo qual decisão deveria tomar. Preferiu não contar para a mulher, por vê-la muito nervosa diante da hospitalização de Luiz, e assim a preservava de sofrer ainda mais. Com o tempo, Luiz foi se fortalecendo, ganhando peso, e os sintomas foram desaparecendo. Tornara-se um menino gordo, robusto, vivo e brincalhão, sendo admirado por todos. Por sua vez, Lúcio pensou que o médico tinha se equivocado no diagnóstico, e até se esqueceu da doença do filho.

No entanto, durante os quatro anos de vida de Luiz, parecia que os pais compartilhavam inconscientemente uma excessiva proteção. Pilar deixava o filho dormir com ela todas as noites, porque não queria afastar-se dele, para irritação de Lúcio. Este achava que os irmãos deveriam dormir juntos, porque se algo

acontecesse a um, o outro irmão estaria lá para apoiá-lo. No entanto, Lúcio nunca havia comprado uma cama para Luiz, não preparando o quarto de Tadeu para também ser o de Luiz.

Quando a doença se manifestou, Luiz estava com quatro anos de idade, e rapidamente ficou muito debilitado. Inicialmente procurou um hospital devido à grave anemia do filho, havendo necessidade de transferi-lo quando foi diagnosticado com câncer. No segundo hospital, explicaram a gravidade da doença de Luiz, onde ficou internado durante três meses, voltando dias depois de receber alta. Durante a internação, Pilar não se sentiu apoiada pelo marido, que pouco visitava Luiz. Quando o fazia, era por um tempo muito curto, criando motivos para brigarem e ele ir embora. Lúcio passou a beber mais com a morte do filho na tentativa de esquecer sua dor. Considerava um peso ter se calado, por tanto tempo, para preservar a mulher.

e) ADF

Os membros da família quase não se falaram durante a técnica, também raramente comentaram e olharam para os desenhos uns dos outros. Tadeu, o paciente identificado, geralmente era o primeiro a iniciar a tarefa e o último a acabar. Enquanto a mãe era sempre a primeira finalizar seus gráficos. Os desenhos de Tadeu foram produzidos com traços intensos, coloridos e expressivos. Os desenhos de Pilar e de Lúcio tinham traços fracos e monocromáticos, além de apresentarem uma temática estereotipada, com pouca capacidade afetiva e criativa.

Pilar foi quem demonstrou maior resistência, dizendo que não sabia desenhar e que não faria nada. Também, foi a primeira a escolher o lugar que ocuparia, em seguida, Lúcio escolheu desenhar distante de Pilar, fazendo com que Tadeu ficasse sem opção de escolha. *“Você não tem opção. Vai ficar com o do meio”*. No entanto, ao se direcionarem para suas respectivas folhas, Tadeu correu para o lugar desejado pelo pai (longe da mãe), quem aceitou comentando: *“ué... mas, você não tinha escolhido o do meio?”*.

Com exceção do último desenho, os demais trabalhos gráficos de Pilar foram monocromáticos, empobrecidos de criatividade e de afetividade. Os desenhos de Lúcio, de modo geral, foram estereotipados, monocromáticos e pouco inteligíveis, apresentaram pouca capacidade criativa. Contudo, seus desenhos foram significantes em suas mensagens latentes, denunciando o conflito de Lúcio

que ao mesmo tempo buscava se expressar, mas tinha uma imensa dificuldade em fazê-lo, e quando o fazia era com agressividade. Os desenhos de Tadeu, ao contrário dos pais, foram expressivos, coloridos, com traços fortes e intensos.

- Primeiro *Desenho livre*

Pilar desenhou, “Minha casa”, uma casa sem muitos detalhes, apenas com uma pequena porta em seu canto direito, embaixo da qual havia uma escada. O trabalho de Lúcio foi intitulado de “União”, o qual correspondia a uma cena de refeição, onde pessoas com estrutura corporal desintegrada e pouco desenvolvida apareciam em volta de uma mesa comendo. Disse gostar muito de reunir a família, pois fora criado desta forma. Ao ser questionado sobre a identificação da quarta pessoa presente na “união”, afirmou que era qualquer outro membro de sua família, “*que é maior, do que apenas nós três aqui na sessão*”. Tadeu fez a bandeira do Brasil, incluindo as palavras “ordem e progresso”, denominando-o de “Brasil”. A bandeira possui um mastro do lado esquerdo e está centralizada na metade superior da folha.

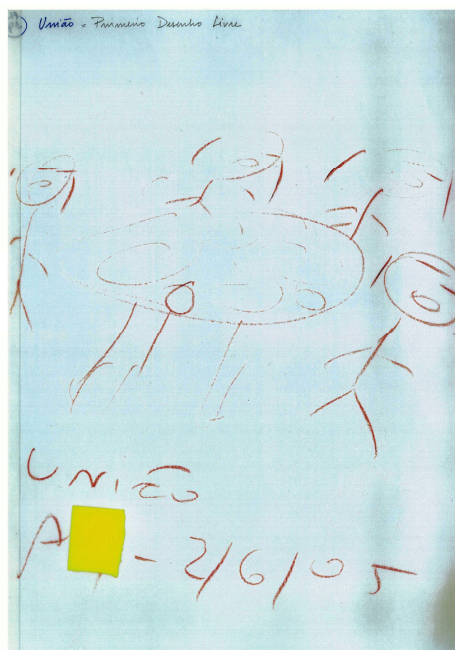


Figura 23 - Primeiro *Desenho livre*: Lúcio

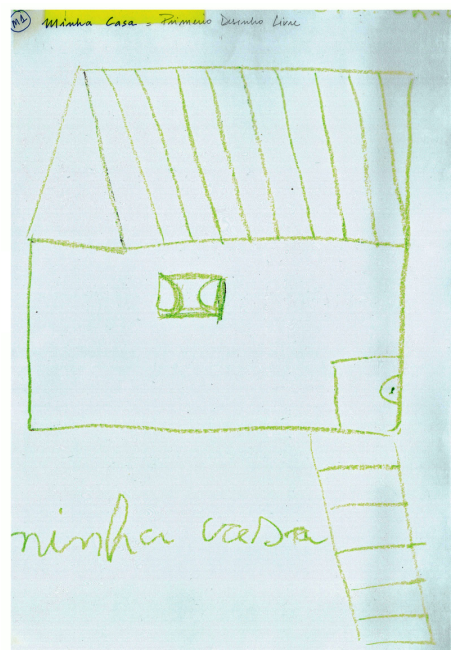


Figura 24 - Primeiro *Desenho livre*: Pilar

- *Retrato da família*

Pilar no retratou os três membros da família nuclear. Ela desenhou o casal próximo e o filho Tadeu de mãos dadas com o pai. A estrutura corporal do marido era a menor, sendo a dela a maior dos três. No rosto de todos chamou atenção a falta da boca, local de expressão e da fala. Lúcio denominou seu trabalho de “Individualidade”, no qual representou seu filho no meio do casal. Desenvolveu seu próprio rosto num formato diferente dos demais, que se apresentava disforme, lembrando algo sem consistência. Comentou sobre o título dado, justificando-o pelo fato de acreditar que todos da família possuem uma maneira única e individual de ser, e que apesar das diferenças ainda eram membros da mesma família.

Tadeu, nesta tarefa, representou apenas os avós paternos com estrutura corporal completa e cores intensas. No entanto, chamou atenção o rosto do avô que lembrava alguém raivoso, assim como, o rosto da avó, cuja expressão estava encoberta por fortes rabiscos. Entretanto, Lúcio enfatizou que o filho devia estar se confundindo, porque ele não conhecera o avô (quem morreu um pouco antes do casal morar junto). Com avó paterna, ele era próximo, posto que ela os visitava constantemente, e conversava com o neto sobre a família.

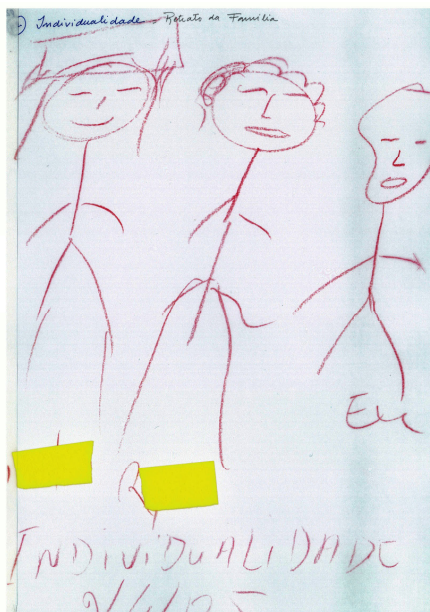


Figura 25 - *Retrato da família*: Lúcio



Figura 26 - *Retrato da família*: Tadeu

- *Família abstrata*

Pilar apresentou muita resistência, demonstrando claramente sua pouca motivação para começar esta tarefa. Representou-se como um coração, o marido como uma pipa, porque, segundo ela, ele gostava de se soltar igual a uma pipa. Ressaltou que a pipa também parecia um balão que vai e vem. O filho foi representado por uma bola, cujo centro parece haver um buraco. Lúcio representou sua mulher como um ser estranho, parecendo um réptil. Explicou que era um camaleão, não porque era um bicho que se transformava, mas por possuir características de tranqüilidade, quietude e capacidade de observação. Representou seu filho e a si mesmo como uma árvore, porém cada um foi criado num formato diferente, ressaltando a diferença entre eles. Afirmou que o filho era mais jovem e se movimentava mais com o vento, ao contrário dele, que era mais sólido e velho.

Tadeu, em sua produção, escreveu o título “Nascimento de um menino”, desenhando um homem barbudo, expressivo e de braços abertos em cima de um morro. Disse que era o Cristo Redentor, porque tinha nascido na cidade do Rio de Janeiro. Ao lado do Cristo colocou uma seta que apontava para a palavra “viveu”, simbolizando a dualidade de vida e morte presente nas fantasias da família. Tadeu esclareceu que seu desenho representava todos os membros familiares, porque todos eram cariocas. Afirmou que o Cristo representava tudo concentrado: “*É um sentimento muito grande*”.

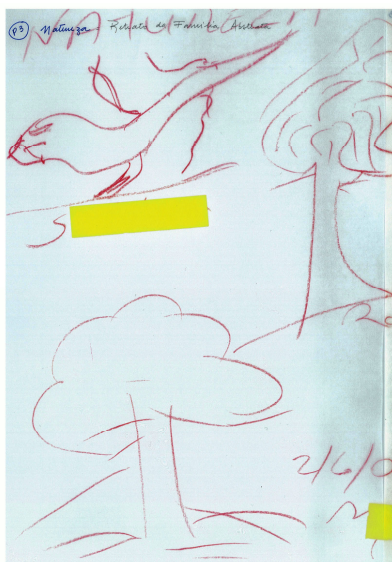


Figura 27 - *Família abstrata*: Lúcio



Figura 28 - *Família abstrata*: Tadeu

- *Rabisco individual*

Pilar disse ter desenhado uma árvore, denominando o desenho de “Coqueiro”. No entanto, o gráfico não corresponde com a descrição dela, pois no meio há um risco que divide a maior parte da folha, e em cima desenhou um emaranhado de riscos, lembrando algo nebuloso.

Este foi o desenho mais enigmático de Lúcio, o qual para ser descrito teve que ser adaptado, pois poderia revelar a identidade da família. Todavia, a descrição do mesmo não poderia ser ocultada, devido a sua significativa mensagem oculta, pertinente para o trabalho dos conteúdos latentes compartilhados. A riqueza do desenho está em sua configuração, de modo o conteúdo desenhado ao ser incluído no meio do título, formando o nome do filho morto, que recebeu o nome fictício de Luiz. Fazendo uma adaptação explicativa, seria como se o pai tivesse intitulado sua criação de “Luz” e tivesse desenhado vários raios de luz paralelos na vertical, configurando a vogal “I”, que ao ser acrescentada entre a vogal “u” e a consoante “z” formaria o nome do filho em questão. Este jogo na configuração do gráfico, do qual originava o nome do filho falecido, representava o luto mal elaborado da morte do filho.

O *Rabisco individual* de Tadeu é confuso, possivelmente representando seus traços psicóticos. Declarou ter desenhado uma viagem no mar, estando ele, seu pai e sua mãe em um barco. Nota-se que ele se representou próximo ao pai no barco, colocando-se distante da mãe, assim como seu posicionamento no *setting* para fazer a atividade. Além disso, cada um foi representado num “compartimento separado”, apesar da proximidade havia uma parede que os separa. No título pode-se perceber, que novamente ele se auto-refere na terceira pessoa: “Família de Tadeu”.



Figura 29 - *Rabisco individual*: Tadeu

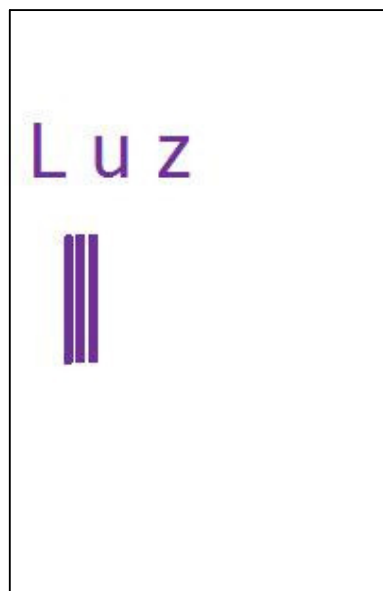


Figura 30 - *Rabisco individual*: Lúcio
(desenho adaptado)

- *Rabisco em conjunto*

Pilar escolheu seu próprio rabisco sem negociar com o marido e o filho. Lúcio aceitou a decisão da mulher, e procurou integrar Tadeu na produção conjunta, pois o filho tentava começar a desenhar sozinho em seu próprio rabisco. Ela desenhou um sol amarelo, novamente sem dialogar, e Tadeu complementou com raios na cor preta. Lúcio, com um lápis azul, começou a rabiscar em volta do sol energicamente, criando um olho e uma boca no final. Pilar reclamou com o marido, dizendo que ele estava bagunçando todo o desenho: “*Nunca vi sol com olho e boca*”. Depois Lúcio questionou qual era a opinião do filho em relação ao desenho, e este lhe disse que era um sol com uma nuvem: “*É o amanhecer*”.

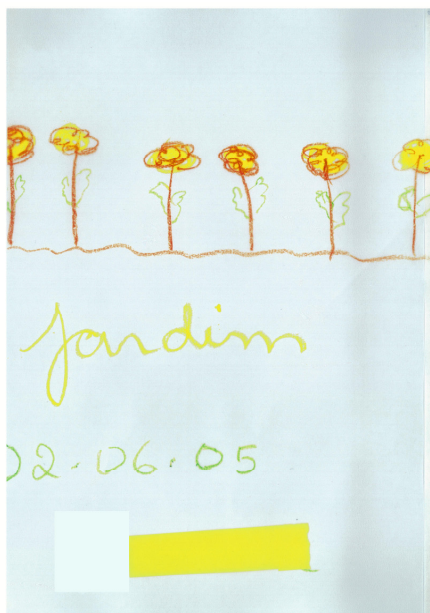
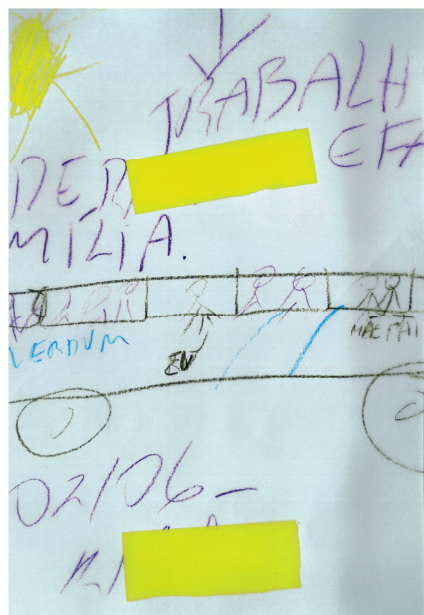


Figura 31 - *Rabisco em conjunto*

- Segundo *Desenho livre*

Este foi o trabalho mais colorido e detalhado de Pilar, denominado “Jardim” e diferentemente do primeiro, neste havia um chão que dava base as várias flores. Lúcio em seu último desenho criou o rosto da mulher em amarelo, com traços descontínuos e com pouca afetividade. Neste trabalho, chamou atenção a impessoalidade para representá-la.

O último desenho de Tadeu foi chamado de “Trabalho de Tadeu e Família”, parecendo aludir ao trabalho na psicoterapia de família. Desenhou um ônibus, que eles usavam para ir ao SPA. Representou seus pais juntos, estando entre ele e os pais duas pessoas desconhecidas, podendo-se pensar na possibilidade de serem os dois psicoterapeutas. Neste desenho pode-se observar uma integração entre eles, após todo o processo da técnica, e uma melhora na capacidade de expressão.

Figura 32 - Segundo *Desenho livre*: PilarFigura 33 - Segundo *Desenho livre*: Tadeu

f) Devolução

A sessão de devolução tinha como objetivo trabalhar, a partir dos desenhos do ADF, os conteúdos latentes que claramente emergiram ao longo das tarefas. A família discutiu suas questões, pensando sobre as produções de cada um. Os pontos discutidos mais significantes, nestas duas sessões, envolveram a morte do filho Luiz, os conflitos conjugais e a melhoria da qualidade de expressão afetiva entre eles.

Quando questionado por suas constantes alusões a presença/falta do filho morto, Lúcio comentou sobre seu sofrimento, “*sua amargura no coração*”. Ressaltou não gostar de falar do filho morto, e que havia pedido à mulher para retirar todas as fotos e objetos do menino que estavam na casa. Queria esquecer e seguir com sua vida. Porém, a lembrança ainda estava dentro dele e, frequentemente, se percebia fazendo os mesmos gestos e manias de Luiz. Por sua vez, Pilar também não queria falar sobre a morte do filho, pois achava desnecessário voltar neste assunto. Acreditava que deviam “*colocar uma pedra por cima, para fechar a ferida*”.

Tadeu se apresentou mais participativo nestas duas sessões de devolução, rindo e olhando enquanto seus pais conversavam sobre as questões conjugais. Sugeriu que o pai tinha desenhado o irmão no desenho “União”. Também contou

histórias que tinha vivido com Luiz, lembrando que sempre estavam juntos, o acompanhava na brincadeira com os amigos e soltavam pipa: “*Mas, depois acabou*”.

Os psicoterapeutas pontuaram sobre a dificuldade deles para conversarem a respeito das várias perdas na família, não sabendo conviver com as frustrações e os sofrimentos. O efeito disto era se fecharem e se isolarem uns para com os outros. Perguntaram se Tadeu percebia uma correlação entre seus problemas de repetência na escola e de reclusão do mundo com a morte do irmão. Ele não respondeu verbalmente, apenas sorriu e ficou quieto. Lúcio associou que antes de Luiz morrer, o Tadeu ouvia música, desenhava e até escrevia letras de música. Tadeu falou que no início não sabia de nada da doença, até ele ir para o hospital, ficando lá até morrer. Os pais lembraram que ele fora visitar o irmão, porque perguntava muito por ele e insistia em vê-lo.

Quanto às questões conjugais, o que fora ressaltado era a falta de companheirismo e comunicação entre os dois. Pilar ressentia-se por sair sozinha sem a presença do marido, considerando-se uma “*viúva de marido vivo*”. Tadeu comentou que ficava dando apoio a mãe após a morte do irmão, ajudando-a na organização da casa, afirmação que não foi reconhecida por Pilar, atitude que desqualificava a intenção do filho em ajudá-la.

No final do processo foi pontuado que a alegria e a força que existem em Tadeu deveriam ser incentivadas a aparecer. Não deveriam deixar que a morte de Luiz levasse as alegrias dele, nem as da família. Foi percebido um grande investimento do grupo na busca de um fortalecimento dos vínculos. Nestas duas sessões eles chegaram no horário e aparentavam se sentirem mais confortáveis no *setting*.

5.4.

Análise e discussão geral

Entende-se que seja necessário retomar o objetivo geral para haver uma estruturação na discussão, e clarificar o direcionamento das análises. Portanto, como já foi mencionada, a finalidade da investigação era estudar o período de entrevistas preliminares com famílias, focando na avaliação sobre as motivações

familiares para pedir ajuda, assim como nas implicações da construção da demanda compartilhada e sua influência na adesão familiar ao tratamento.

O primeiro ponto é o entendimento do diagnóstico (Arzeno, 1995) como uma avaliação da dinâmica familiar, dos processos intersubjetivos, mas, principalmente, como uma avaliação para além das queixas e do discurso manifesto do grupo. Esta é a perspectiva que o estudo procurou ressaltar, discutindo como nas entrevistas com a família se faz urgente avaliar quem está sofrendo, e como o relacional, ao ser determinado por mecanismos intersubjetivos não promotores de saúde, precisa ser trabalhado para que o sofrimento individual possa advir e ser elaborado. Assim, a transformação do sujeito não se constitui como uma ameaça a família. Considerando o discurso manifesto encontrado nos três casos descritos, pode-se pensar como o diagnóstico para além da queixa inicial foi determinante para uma retificação no posicionamento do grupo, diante de seus conflitos.

Na *Família Segredo*, como foi relatada, a queixa estava centrada em um segredo, que em princípio o casal dizia querer revelá-lo. No entanto, ao longo das entrevistas, observou-se que o não-dito sobre a filiação de Pedro Filho acobertava outras incógnitas e conflitos que faziam parte da organização do “si” familiar. Inconscientemente o grande segredo, impossível de ser revelado, sinalizava a fragilidade do vínculo conjugal, cuja estruturação era inundada por sentimentos de desamparo (Pedro órfão e vivendo muitos anos de sua vida em um orfanato; Helena preterida por sua mãe, algo que a fazia sentir seu lugar simbólico ameaçado em sua família de origem). Omissões (traições e verdades) e muita ambivalência (Helena em relação ao tratamento diferenciado entre Pedro Filho e Renato, pois alegou não os tratar *sempre* de forma diferente. O pai queria revelar o segredo, mas não “revelava” seus conteúdos internos no Arte-Diagnóstico Familiar), apareciam como defesas e resistências em se deparar com o desamparo e o esvaziamento afetivo.

Considerando os aspectos mencionados, o pedido de ajuda exclusivamente focado na revelação da origem de Pedro Filho, não poderia ser cumprido, posto que a afetividade no grupo era tão frágil e difusa (muito bem representada nos desenhos de Pedro Filho sobre “O menino maluquinho do espaço”, o qual parecia um fantasma, e “Os super-molengas”). Isto favorecia para a sensação compartilhada de uma iminente ruptura dos laços afetivos. O investimento libidinal

dirigia-se para a manutenção do padrão de inclusão-exclusão, e não ao fortalecimento dos laços. Acabar com o segredo era acabar com a identidade que eles conheciam, e isto seria vivenciado pelo grupo como um “colapso” do “si” familiar, tal qual o “Furacão Catrina” representado por Daniel no *Rabisco individual*.

Ir além do manifesto era deparar com o desamparo e o com temor provocado pela vivência conjunta de uma fragilidade afetiva. Ou seja, usando o último *Desenho livre* de Daniel como metáfora, “Eu tenho um dente só”, para esta família se responsabilizar pelos buracos de sua história era ter que se defrontar com a realidade dura do dente solitário (desamparado) em uma arcada dentária vazia (não podendo contar afetivamente com o conjunto).

A construção da demanda familiar compartilhada simbolizando um posicionamento participante do grupo na manutenção dos conflitos, foi “excluída” pela *Família Segredo*, talvez pela impossibilidade de assumir a realidade psíquica, e assim poder modificá-la. Mesmo com os psicoterapeutas procurando destacar o investimento afetivo presente no grupo (ex: Helena, a “Mãe coruja”, com o filho adotivo; a relação fraterna entre os três irmãos muito intensa e amorosa), ele era denegado pelo conjunto.

Eram denegados por quê? Seria uma tentativa de recusar os afetos agressivos? Pois, ao dar voz para os afetos amorosos, se dá voz também a sua outra faceta: o ódio, o qual para este grupo era sentido como muito destrutivo, em uma interfantasmática onipotente. A “pipa”/estrutura família (desenho intitulado de “Pipa mágica” no *Rabisco em conjunto*), para manter o senso de existir precisava dos aspectos onipotentes e ilusionistas da arte da mágica.

A formulação de Eiger (1995) sobre a transferência para o enquadre, relacionando-a às transgressões da família para com o contrato como representantes das falhas de investimento afetivo, permite entender o comportamento de Pedro e de Helena na primeira entrevista. Pedro queria ser atendido deixando a mulher e os filhos aguardando na sala de espera, e na sessão de devolução foi Helena quem se colocou “de fora” com o consentimento do marido. Entende-se este comportamento complementar do casal como um ataque ao enquadre, um ataque à vinculação e também à construção de uma nova aliança (com os psicoterapeutas). Sendo assim, representa em certa medida uma possível

falha no aparelho psíquico, desta família, em sua função de continente dos impulsos.

Como Lemaire (2007) ressaltou a disfuncionalidade aparece na vivência familiar quando ocorrem falhas nas funções do aparelho psíquico. Estas últimas promovem um enrijecimento no “si” familiar, tendo em vista a incapacidade de poder transformá-lo a partir da criação de novos sentidos simbólicos. O segredo neste caso manteve-se como estabilizador da homeostase familiar, talvez pela ameaça de aniquilação do difuso sentimento de pertença e de afetividade amorosa. Ambos possivelmente tão frágeis como a linha que viabilizava a “Pipa mágica” de cumprir sua função de voar e de seguir seu curso.

A *Família enigma*, que procurou o SPA em busca de um atendimento psicopedagógico para Amanda, foi acolhida pela equipe de família, cujo trabalho de avaliação diagnóstica também procurou ir além da queixa manifesta. Na medida em que filha e mãe, falavam e eram questionadas sobre seu relacionamento e os conflitos familiares, construía-se um olhar profundo sobre o sofrimento grupal instalado.

Pode-se pensar que a demanda familiar compartilhada circundava entorno da impossibilidade dos membros se individualizarem e de construírem uma vida própria, ao mesmo tempo em que, também, pertenciam a um grupo. Já na primeira entrevista, Fernanda menciona a dificuldade da filha em aceitar a morte de um tio. Ela sente-se culpada, pois em sua fantasia acredita ter influenciado a filha com suas palavras: “*Nasce, cresce e morre*”. Talvez para esta mãe o crescer e se individualizar fossem vivenciados como uma morte, não havendo possibilidade de se viver separado.

Percebe-se que esta questão percorre a *Família enigma* como um mito centrado na impossibilidade de haver “enigmas” pertencentes à singularidade do sujeito e que são incompartilháveis. Um exemplo para o entendimento desta análise foi o contrato verbal conjugal, estabelecido por Fernanda e Celso, no qual ambos deveriam falar um para o outro quando desejassem ter relações extraconjugais. Parece que este tipo de acordo onipotente, tem como intenção defender-se do imprevisível, do incontrolável, do enigma do outro diferente de mim. O crescimento dos filhos e a vida íntima de todo sujeito é algo incontrolável, mas são encarados paradoxalmente, nesta família, tanto como uma ameaça, quanto algo necessário.

Lemaire (2007) atribui a este funcionamento paradoxal, uma tentativa de alívio para a angústia de separação, pois a possibilidade de elaboração simbólica dos conflitos seria dar início ao processo de diferenciação. O enigma vira um sintoma, sendo a possibilidade encontrada na busca para uma autonomia. Celso, por exemplo, representa em seus desenhos estas questões referentes à autonomia, ficando como um coadjuvante na função parental (assim, como seu pequeno barco na imensidão da montanha e do mar), devido ao autoritarismo subliminar da mulher que interfere em suas criações e sonhos individuais. Amanda incorpora este enigma claramente em seus desenhos, mantendo um discurso provocativo e cheio de mistério.

O padrão interacional na *Família Enigma* é marcado pela complementaridade, tendo como característica a presença de comportamentos dialéticos (manipulação-submissão/controle-segregação), apesar de no discurso somente alegarem o padrão simétrico.

Fernanda é uma mulher que deseja “ordem” (*Rabisco individual*), e se mostra indefesa diante do “progresso” dos filhos, pois em seu “Mundo” interno só é possível existir na dependência. Celso inconscientemente compartilha isto ao representar a família como uma folha, cujas subdivisões são quase indistinguíveis do todo. Como foi mencionado no capítulo 2, Kaës (1997) diferencia tipos de posicionamento do sujeito diante do grupo. O primeiro é “sujeito no grupo”, cujo arranjo psíquico singular fica subjugado à ordem do inconsciente e à ordem da realidade externa. O segundo é o “sujeito do grupo” que forma sua identidade internalizando o grupo externo, renunciando por vezes sua singularidade.

Na *Família Enigma*, Amanda tenta singularizar-se exacerbando seus mistérios, e algumas vezes dizendo não saber quem é. Talvez, por estar posicionada como o “sujeito do grupo” e representar metaforicamente a realidade grupal (Kaës, 2005), cuja lógica impede a singularização para manter o jogo fusional. Como no seu desenho da *Família abstrata*, no qual se representa como a sobreposição entre o sol, a lua e uma estrela quase indistinguíveis em sua forma individual.

Neste grupo familiar identifica-se em certa medida, a afirmação de Almeida-Prado (1999) sobre a interferência disfuncional do enrijecimento dos mitos no processo de separação-individuação. A partir disso, considera-se adequada a indicação da psicoterapia de família, cuja demanda foi construída pela

família na medida em que vivenciavam e discutiam seus conflitos latentes, tirando a máscara (desenho *Rabisco individual* de Hugo) em seus diferentes níveis.

Observa-se que a construção da demanda familiar compartilhada pode ocorrer a partir da escuta e da investigação para além do manifesto num trabalho intersubjetivo, no qual todos percebiam e denunciavam as questões referentes ao conjunto. Assim, como descrito Neuburger (1988) houve um espaço onde a vida interpessoal foi encenada, favorecendo com que todos fossem, simultaneamente, participantes e testemunhas do funcionamento conjunto. O período de entrevista foi uma oportunidade de expressarem o quanto o lar deles (*Rabisco conjunto*, no qual criam o desenho “Nosso lar”), apesar de muito colorido de afeto, precisava ser mais delimitado (autonomia) e ter os traços mais bem definidos (singularidade).

Ao expressarem todas estas questões no “aqui e agora”, por meio do intercâmbio de associações de pensamentos, cria-se uma mobilização conjunta que favorece a transformação da passagem ao ato, para a simbolização do sentimento de co-responsabilidade. No entanto, se atribui a efetivação desta mobilização transformadora a dois aspectos presentes na estrutura familiar deste caso. O primeiro seria a preservação da função do aparelho psíquico compartilhado de conter a agressividade, apesar de nitidamente existente (percebida nas relações de pai e filho; entre os próprios irmãos, ilustrada no fato da atitude de Hugo ao enforçar Amanda). O segundo aspecto seria que a manifestação de afetos amorosos não era aniquilada pela agressividade, o que favorecida para a sensação inconsciente de que os vínculos sobreviveriam aos “ataques” dos conflitos entre eles.

O desenvolvimento do ADF ilustrou este movimento do grupo, posto que ao longo das criações foi possível expressar vida, afeto e carinho, assim como a agressividade, mas todos puderam “sobreviver” e podendo no último desenho livre manifestar suas dificuldades individuais. Como por exemplo, Amanda que desenhou um círculo, no qual seus quadrantes delimitados apresentavam uma singularidade representada pelas cores diferentes (conjunto-singularização); Hugo que verbalmente dizia ser tranqüilão, contrapondo ao desenho que simbolizava o medo de crescer apresentado na expressão do “menino”; enquanto Fernanda, ao desenhar “Minha casa” pôde representar de sua pobreza interna, tendo que controlar tudo e todos para sua “casa” não desmoronar; e por fim, Celso que apesar

de afetuoso era um homem passivo, sem vida (“coração preto”) diante das adversidades.

A *Família em luto*, ao contrário dos casos anteriores, procurou diretamente uma equipe de família no SPA, pois fora indicada pela psicopedagoga do colégio de Tadeu. Contudo as queixas manifestas eram direcionadas ao comportamento agressivo do filho e seus problemas mentais. No curso das entrevistas, questões conjugais foram vistas e ditas, como por exemplo, o segredo mantido por Lúcio sobre a doença de Luiz, logo ao nascer.

Este não-dito ficara encapsulado deste então, repercutindo na impossibilidade da família para vivenciar o luto de sua morte. Poder metabolizá-la seria desenterrar os segredos, as mentiras, e a fragilidade emocional diante das frustrações e das perdas, pois naquilo que *feria*, parafraseando Pilar, “deveria ser colocado um pedra por cima”. Contudo, se a ferida não for tratada poderá originar uma infecção, e era esta infecção que estava para além da queixa manifesta, sendo o elo em comum que motivava a todos à construir a demanda familiar conjunta.

A falta de elaboração do luto de Luiz aparecia como um assunto recorrente nas entrevistas, e os dados dos desenhos convergiam para esta temática. A compreensão do luto como demanda familiar, tem como embasamento a afirmação de Arzeno (1995) a respeito de um diagnóstico consistir na investigação das recorrências e das convergências presente no caso. Dados referentes à morte de Luiz na família foram encontrados no material gráfico, como no Primeiro *Desenho livre* de Lúcio, no qual há um quarto membro não nomeado na mesa de jantar e em seu *Rabisco individual* no qual se pode ler o nome do filho morto a partir da *gestalt* do gráfico.

Tadeu, de modo metonímico (Kaës, 2005), era colocado no lugar todo, era ele em seus *actings outs* que manifestava a raiva (ao jogar os móveis pela janela), remexia nos conteúdos engavetados pertencentes ao sistema (abria as gavetas quando o pai não estava em casa, quem sabe na tentativa de achar explicações para a doença do irmão e para as outras perdas, como a morte do avô paterno – desenhado no *Retrato da Família* – que ao falecer propiciou o casamento “fugido” dos pais). Sentimentos que deveriam circular entre todos do grupo encontravam voz em Tadeu, que de certa forma se via como o Cristo desenhado na *Família Abstrata*. O Cristo simbolizava Tadeu e a representação metonímica da *Família em Luto*. Porém, não se deve esquecer a ênfase dada por Kaës (2005) a respeito da

função do paciente identificado estar correlacionada a sua própria patologia individual.

É possível afirmar que os desenhos foram uma tentativa de realização de desejo, como bem formulou Arzeno (1995) ao comparar a criação do gráfico com a criação do sonho. A *Família em luto* estaria recorrendo a uma tentativa de realização disfarçada de expressar a morte, de poder falar sobre a dor e o sofrimento. No *Rabisco em conjunto*, Lúcio desenha no sol de Pilar uma boca e olhos, mesmo com a reclamação da mulher, coloca o canal de fala e de visão no sol. Metaforicamente, associa-se Pilar a este sol, que não falava e nem via, retroalimentando a atitude do marido em não contar a verdade sobre Luiz. Talvez ela também não desejasse ver, nem falar, para não “bagunçar o desenho” (o equilíbrio familiar, o seu equilíbrio interno). Poder contemplar, elaborar e expressar as feridas seria a oportunidade, como disse Tadeu, de “amanhecer”, ou seja, desta família “morta viva” poder renascer, porque quem vive sente dor e se fere.

Após a análise de cada caso, articulando-os a pontos cruciais destacados na fundamentação teórica. Observa-se que nos dois últimos casos (a *Família Enigma* e a *Família em luto*) a agressividade presente na dinâmica familiar não era sentida como destrutiva do “si” familiar. Possivelmente, a preservação mínima das funções do aparelho psíquico familiar (Ruffiot, 1981) assegurava o sentimento de continuidade da família e a continência de suas manifestações afetivas.

Quanto se procura entender a desistência da *Família segredo* em aderir à psicoterapia familiar, muitas variáveis podem ser enfatizadas. Todavia, chama atenção, especificamente, a impossibilidade do sistema para reconhecer a consistência dos afetos. Entendendo como afeto tanto em os aspectos amorosos, quanto os agressivos. Recordar-se que a agressividade não era suportada por eles, apresentada no silêncio referente ao desentendimento entre madrasta e Daniel, e na intolerância parental com relação às brigas naturais entre os irmãos. O afeto em suas duas facetas era denegado, restando o que para esta família continuar a se manter unida?

Em determinados momentos o uso de metáforas são funcionais para a representação de idéias. Considerando as devidas diferenças, mas também utilizando a imagem tão recorrente nos materiais do ADF dos casos em questão, compara-se o “si” familiar a uma casa. Quando uma casa precisa ser reformada, às

vezes necessita que paredes sejam derrubadas e quebradas para oferecer uma modernização, quase uma sensação de casa nova. Porém, algumas de suas partes precisam ser preservadas, como as vigas e as colunas, pois são elas que fazem manter em pé a estrutura.

Pretende-se com esta analogia pensar que a viga e as colunas do “si” familiar são os afetos. São eles que mantêm o sentimento de pertença, assegurando a sensação de continuidade de existência da família. Em outras palavras, apesar da reforma na casa, das transformações necessárias no grupo, é preciso manter os afetos, expressá-los, a fim de que algo da estrutura permaneça, viabilizando o sentimento de identidade familiar, para que diante de tantos conflitos existentes na vida intersubjetiva, possa haver uma “re-forma” menos ameaçadora.

6

Considerações finais

A partir da experiência clínica com famílias, percebeu-se como em sua maioria estas procuravam a psicoterapia devido à indicação de um terceiro (um médico ou uma instituição, por exemplo), ou chegavam com um discurso centrado em um membro familiar. Questionava-se como deveria ser conduzido o caso, quando durante a avaliação familiar evidenciava-se a necessidade de um trabalho intersubjetivo. Seria suficiente mobilizar a família para a mesma aderir ao tratamento? Havia alguma particularidade neste trabalho de co-responsabilização do grupo para com aquilo de que se queixavam?

Partiu-se da idéia de que a avaliação familiar deve buscar uma investigação para além da queixa manifesta; considerando ser esta uma tarefa difícil, posto que as resistências do grupo, em manter-se em homeostase, são bastante intensas. Este período inicial, portanto, exige um delicado manejo do psicoterapeuta, assim como uma disponibilidade interna do sistema para se defrontar com seus conflitos e transformá-los.

Buscou-se problematizar o sofrimento da família descrito por ela própria, o qual era deslocado para os conflitos existentes na relação com o paciente identificado. A distinção de uma visão clínica, permeada pela noção da circularidade e pela compreensão da influência dos conteúdos intersubjetivos, é que abre espaço para um questionamento sobre a verdadeira demanda familiar.

A demanda familiar compartilhada, noção proposta neste estudo, pertence ao espaço interpsíquico, correspondendo à motivação latente e compartilhada por todos os membros familiares. Esta motivação seria a razão inconsciente que os levou a procurarem, **juntos**, uma ajuda. Estes conteúdos latentes, os quais são ainda incompreensíveis para o grupo, nas entrelinhas do discurso manifesto almejam encontrar voz. Acredita-se que para construir a expressão desta voz seja preciso saber escutá-la. Em outras palavras, se o psicoterapeuta não auxilia o grupo a articular sua demanda, traduzindo para eles aquilo que está difícil de ser expresso em palavras, o discurso permanecerá focado no sintoma.

Este último apesar de sinalizar os aspectos conflitantes, também camufla esta verdade emocional. Como foi mencionado existe um paradoxo em sua função,

devido à coexistência de um desejo de transformação, mas concomitante a proibição em realizá-la. Um exemplo disto é a *Família Enigma*, que ao mesmo tempo manifestava querer o amadurecimento de Amanda, mas quando ela o apresentava era sentido como um desamor. Da mesma forma, o comportamento enigmático era usado como o recurso possível para haver a diferenciação e a individualização, mas também interpelado, pois ameaçava o controle simbiótico que estruturava uma organização defensiva da união familiar.

No entanto, por vezes, mesmo havendo a escuta e um trabalho inicial que visa à passagem da queixa sintomática para a enunciação de fantasias e de afetos inconscientes, a família não conseguirá realizar a retificação de um posicionamento vitimizado para um posicionamento participante. O caso da *Família Segredo* ilustra esta indisponibilidade interna, posto que, mesmo com o manejo ativo dos psicoterapeutas em restaurar o reconhecimento dos afetos amorosos e traduzir os recursos saudáveis da dinâmica familiar, não foi possível para a família suportar o esvaziamento de afeto, deflagrado pela ameaça da revelação do segredo.

Portanto, considera-se que a construção da demanda familiar compartilhada é também um processo dialético que depende de um encontro entre família e psicoterapeuta. É um trabalho “artesanal”, no qual a efetivação de sua construção depende desse encontro que deve ser vivo e ativo. Foi apresentada a ressalva feita por alguns autores (Eiguer, 1980; Lemaire, 2007) sobre a necessidade do uso de determinadas intervenções já no período de avaliação, com a finalidade de mobilizar a família no reconhecimento de sua participação na retroalimentação dos conflitos.

O grupo familiar possui mecanismos de funcionamento que procuram estruturar e regular a si próprio, e por isso as mudanças acabam sendo vivenciadas como uma ameaça ao *status quo* do conjunto. Todo ser humano busca o equilíbrio, e da mesma forma funcionam os grupos. Contudo, este equilíbrio pode promover mais, ou menos, saúde. Destaca-se que, quando a homeostase familiar encontra-se adoecida, seu tratamento torna-se uma questão de urgência sobre as questões individuais, pois estas ficam difíceis de serem repensadas, na medida em que, se elaboradas, interferirão no equilíbrio grupal.

Nas referências teóricas, embasadas nas abordagens Psicanalíticas de família e em algumas noções da abordagem Sistêmica, encontrou-se uma ressonância entre os autores na discussão sobre as especificidades do início da

psicoterapia de família. A perspectiva defendida neste estudo é a do uso destas duas principais abordagens como complementares no trabalho clínico com famílias, apoiando-se na viabilidade de uma articulação entre ambas para uma maior eficácia no tratamento (Féres-Carneiro 1991, 1995; Lemaire 2007).

Foi discutido como os pressupostos da teoria Sistêmica em relação à noção da circularidade, aos padrões de comunicação e aos mecanismos de defesa do sistema foram primordiais para esta prática. Eles fundamentaram a interferência da família nos conflitos individuais, tal qual um conjunto interligado e interdependente, regido pelos mecanismos de retroalimentação e de homeostase (Calil, 1987; Ceberio e Linares, 2006).

A base Psicanalítica ofereceu subsídios para o entendimento da família na dimensão do inconsciente, estruturada por um aparelho psíquico compartilhado (Kaës, 2005; Anzieu, 1966; Eiguer, 1995; Ruffiot, 1981), responsável pelo constante trabalho de reequilíbrio e de transformação psíquica do grupo familiar. Um de seus organizadores psíquicos seria a criação do “si” familiar, correspondente à identidade do conjunto, ao senso de continuidade de existir, ou seja, da sensação de vida simbólica da família.

Foi pensado, a partir da análise dos três casos, que esta “vida” em conjunto é constituída não somente pelos conteúdos simbólicos arcaicos, mas também pela presença de uma vivacidade afetiva e a capacidade de expressá-la. A sensação de esvaziamento afetivo promove o medo do colapso familiar, entendido como a desestruturação do senso de existir compartilhado.

Como metáfora para esta idéia, a família foi “desenhada”/ representada como uma casa, que para continuar erguida e ainda representante de uma história identificatória precisa manter as vigas e colunas afetivas. Qualquer mudança, ou reforma, ameaça o equilíbrio da casa, porém se as vigas e as colunas não forem sentidas como firmes, a angústia de aniquilação é insuportável. Pode-se pensar que, nestes casos, a família vivencia a psicoterapia como a dinamite que implodirá o mínimo que ainda sobrou do casebre (do “si” familiar).

A observação da *Família Segredo* despertou a idéia de que o *timing* familiar, necessário para a implicação no tratamento, estaria entrelaçado à possibilidade da mesma de ser deparar e de expressar seus afetos em suas mais variadas facetas. Sendo, neste caso, melhor haver a expressão da agressividade, como constado nos outros dois casos, do que o esvaziamento. Evitar os afetos

torna-se uma organização defensiva que fragiliza a estrutura familiar. Mesmo nas duas famílias em que havia comportamentos agressivos, estes eram sentidos como menos ameaçadores do que para a família que os velava. Talvez porque, quando este tipo de agressividade é vivido, presencia-se também a sobrevivência dos vínculos, e a preservação da capacidade de contê-la.

Outros fatores observados foram as exacerbadas vivências de onipotência e de controle nas três famílias, aparecendo como recursos psíquicos para se evitar o sentimento de desamparo, gerado pela ameaça de ruptura dos vínculos. Quando há a fantasia onipotente, a agressividade pode ser sentida como muito destrutiva, impossibilitando a predominância dos afetos amorosos.

Foi interessante perceber que nos dois casos, em que houve adesão à psicoterapia familiar, conforme eram mobilizadas as questões intersubjetivas nas entrevistas, conseqüentemente, questões individuais foram mencionadas. É atribuído a este movimento, justamente o fato de que os conflitos intersubjetivos, se muito disfuncionais, enrijecem a dinâmica familiar, impossibilitando a diferenciação entre os membros da família, ou mesmo, a tentativa de resolver os conflitos intrapsíquicos.

Tanto na *Família Enigma*, quanto na *Família em luto*, na última tarefa do ADF os desenhos pareciam aludir a estes conflitos singulares. Sendo assim, considera-se que o percurso realizado no ADF, ao facilitar a expressão e a discussão dos conteúdos intersubjetivos, permite ao sujeito a expressão de sua singularidade sem ameaçar o conjunto. Ou seja, como foi enfatizado, ao iniciar o trabalho de suporte às questões intersubjetivas, inicia-se concomitantemente um descolamento entre estas e as questões intrapsíquicas.

Esses dados realçam a proposta de que, em determinadas situações, torna-se urgente tratar a família, pois, em certa medida o sujeito para modificar-se precisa sentir que o ambiente irá suportar o desequilíbrio causado por sua transformação individual. Na verdade, a mudança do sujeito promove um reposicionamento dele diante do grupo, sendo necessário que este último sobreviva a esta desorganização necessária, a fim de que assegure a permanência dos vínculos.

Tendo como consciência o cuidado para não consolidar idéias normatizantes, somente com a análise de três casos clínicos, e respeitando a singularidade de cada caso, pensou-se em alguns critérios importantes para um encaminhamento clínico adequado e ético. Considera-se ser relevante avaliar

critériosamente a condução de um caso familiar, que insistentemente apresenta-se focado na queixa do paciente identificado, sendo considerado pela a família como o único adoecido.

Analisou-se que, em um primeiro momento, faz-se necessário trabalhar o intersubjetivo (quando não promotor de saúde) para se aproximar psicoterapeuticamente das questões individuais. A ênfase dada por Kaës (2005) às duas dimensões da função de porta-sintoma, correlacionada tanto aos aspectos intersíquicos quanto aos intrapsíquicos, embasa essa proposta. Isto porque, o psicoterapeuta está diante de um sofrimento individual (do paciente identificado), mas que está indiscriminado do conjunto. Portanto, é preciso não negligenciar a necessidade da indicação de uma psicoterapia de família. Sendo um de seus objetivos a realização de um trabalho de diferenciação e individuação, promovendo transformações nos níveis intersíquico e intrapsíquico.

Relativo aos impasses encontrados, no desenvolvimento deste estudo, destaca-se a impossibilidade de contar com os dados relativos à contratransferência – recurso igualmente importante para o entendimento de um caso clínico – tendo em vista que foram usados casos da equipe do SPA. Como Arzeno (1995) afirmou, uma análise de qualidade precisa de uma integração entre todo o material informativo, registrado ao longo do período de avaliação. Portanto, inclui-se a ele as associações e as hipóteses do psicoterapeuta e seus registros contratransferenciais.

Apesar da falta desses registros, buscou-se criar uma análise criteriosa, embasada nos referenciais teóricos e nos dados explicitados em relatórios bem descritivos. Em busca de ampliar os dados clínicos, principalmente os conteúdos inconscientes, foi incluído o material do Arte-Diagnóstico Familiar, como informação complementar. Os desenhos foram fundamentais para uma análise profunda sobre a demanda familiar compartilhada, manifestada nestes dados gráficos, que apareciam como metáforas do inconsciente familiar e individual.

Reconhece-se a riqueza do uso de dispositivos diagnósticos, para determinados casos, como um recurso que contextualiza as hipóteses do psicoterapeuta e que também promove uma ampliação na cadeia associativa da família. Essas técnicas possibilitam a representação de conteúdos encobertos e despertam a potencialidade, da própria família, para encontrar novos significados

simbólicos, problematizando determinadas certezas. Sendo esta a tarefa geral da avaliação da família.

Os muitos impasses encontrados nas entrevistas preliminares motivaram a elaboração deste estudo, despertando a demanda de pensar o posicionamento do psicoterapeuta diante da queixa manifesta e das dificuldades da família em aderir a uma psicoterapia de família.

As vicissitudes durante as entrevistas preliminares tornam pertinente a constante discussão deste período. Este estudo procurou colocar em destaque a importância de se investigar além do manifesto, tendo como repercussão a construção da demanda familiar compartilhada. O estabelecimento desta última configura a manifestação das questões latentes, as quais vinculam o conjunto no desejo ambivalente de realizar a psicoterapia. Mas para isto se efetivar, percebeu-se o quanto é determinante a vida afetiva familiar, de modo que ela possa sobreviver à dura realidade psíquica grupal.

Referências bibliográficas

ALMEIDA-PRADO, M. C. C. **Destino e mito familiar**: uma questão na família psicótica, 1999. São Paulo: Vetor, 2000.

ANZIEU, D. **O grupo e o inconsciente**: imaginário grupal, 1966. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1990.

ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico**: novas contribuições. Porto Alegre: Artmed, 1995.

BLEGER, J. **Temas de psicologia**: entrevista e grupos, 1980. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

BOX (Org.). **Psicoterapia com famílias**: uma abordagem psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

CALIL, V. L. L. **Terapia familiar e de casal**. São Paulo: Summus, 1987.

CAMPOS, D. M. S. **O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade**. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 1969.

CARIOLA, T. C. O desenho da figura humana de crianças com bruxismo. **Boletim de Psicologia**, 2006, v. 56, n. 124, p. 37-52.

CEBERIO, M. R.; LINARES, J. L. **Ser y hacer en terapia sistêmica**: la construcción del estilo terapéutico. Buenos Aires: Paidós, 2006.

CYPEL, L. R. C. Algumas reflexões sobre os fundamentos do trabalho psicanalítico com família e casal. **Revista Brasileira de Psicanálise**. São Paulo, 2002, n. 36, p. 2-16.

EIGUER, A. **O parentesco fantasmático**: transferência e contratransferência em terapia familiar psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

_____. **Um divã para a família**: do modelo grupal à terapia familiar psicanalítica. Porto Alegre: Artes médicas, 1985.

_____. Metodología de la interpretación em psicoterapia familiar de orientacion psicoanalitica. **Revista Terapia familiar: estructura, patologia y terapêutica del grupo familiar**. Buenos Aires: Editorial ACE, 1980, v. 3, n. 5.

FERREIRA, A. J. Family myth and homeostasis. **Archives of General Psychiatry**, 1963, n. 9, p. 457-463.

FÉRES-CARNEIRO, T.; PONCIANO, E. L. T.; MAGALHÃES, A. S. Formação de terapeutas de família: articulação de diferentes enfoques. In: R.M. S., MACEDO. **Terapia familiar no Brasil na última década**. São Paulo: Roca, 2008.

_____. Família e casal: da tradição à modernidade. In: C. M. O. CERVENY. **Família em movimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, v.1, p. 23-36.

FÉRES-CARNEIRO, T.; PONCIANO, E. L. T. Articulando Diferentes Enfoques Teóricos na Terapia Familiar. **Revista Interamericana de psicologia**, 2005, v. 39, n. 3, p. 439-448.

FÉRES-CARNEIRO, T. **Família: diagnóstico e terapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1996.

_____. Diferentes abordagens em terapia de casal: uma articulação possível? **Temas em Psicologia**, 1995, v. 02, n. 2, p. 53-63.

_____. Terapia familiar: considerações sobre a possibilidade de articular diferentes enfoques. **Nova Perspectiva Sistêmica**, 1991, v. 1, n. 1, p. 19-22.

_____. **Entrevista familiar estruturada: sua consistência, validade e aplicabilidade em psicologia clínica**, 1981. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 195f, 1981.

FRAMO, J. L. Reflexiones personales de un terapeuta de familia. **Terapia Familiar: estructura, patologia y terapeutica del grupo familiar**. Buenos Aires: Editorial ACE, 1980, v. 3, n. 5.

FREUD, S. O método psicanalítico de Freud, 1901-1905. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. VII.

_____. O quadro clínico, 1901-1905. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. VII.

_____. Sobre o início do tratamento – novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I, 1913. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII.

_____. Uma ligação entre um símbolo e um sintoma, 1916. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. VII.

_____. Conferência XXVII – os caminhos da formação dos sintomas, 1916-1917. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XVI.

_____. Inibições, sintoma e angústia, 1925-1926. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XX.

IRWIN, E. C.; MALLOY, E. S.. Family puppet interview. **Family Process**, 1975, v. 14, n. 2, p. 179-191.

KAËS, R. **Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. **O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

KWIATKOWSKA, H. Y. **Family therapy and evaluation through art**. Illinois: Charles C Thomas, 1978.

_____. Family art therapy. **Family Process**, 1977, v. 6, n. 1, p. 37-55.

_____. **Instruções para conduzir sessões de Arte-Diagnóstico Familiar**. Apostila do Curso de Intervenção Familiar, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1975.

LEMAIRE, J. G. (Org.). **L'inconscient dans la famille**. Paris : Dunod, 2007.

_____. **Le couple, sa vie, sa mort**. Paris: Payot, 1984.

MACHADO, R. N.; FÉRES-CARNEIRO, T.; MAGALHÃES, A. S. Demanda clínica em psicoterapia de família: Arte-Diagnóstico familiar como instrumento facilitador. **Paidéia: cadernos de psicologia e educação**. Ribeirão preto, 2008, v. 18, n. 41, p. 555-566.

MAGALHÃES, A. S. Transmutando a individualidade em conjugalidade. In: T. FÉRES-CARNEIRO. **Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas**. São Paulo: PUC-Rio/Loyola, 2003.

MANNONI, M. (1965). **La primera entrevista com el psicoanalista**. Barcelona: Gedisa, 2003.

MCGOLDRICK, M.; GERSON, R. **Genograms in family assessment**. New York: W.W. Norton, 1985.

MORANDI, S. B. **A construção da demanda em terapia familiar**, 2006. Disponível em: <<http://www.cefipoa.com.br/artigos>>. Acesso em: 20 mar. 2007.

MOSHER, L. R.; KWIATKOWSKA, H. Y. Family Art Evaluation: use in families with schizophrenic twins. **The Journal of nervous and mental diseases**, 1971, v. 153, n. 3, p. 165-179.

NEUBURGER, R. **L'autre demande: Psychanalyse et thérapie familiale**, 1988. Paris: Petite bibliothèque Payot, 2003.

OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G.; PICCOLO E. G. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

OLIVEIRA, L. R. P. Atemporalidade e atuação: algumas indicações para uma terapia de família. **Cadernos de Psicanálise (SPCRJ)**, Rio de Janeiro, 1996, v. 13, n. 16, p. 93-103.

PICOLLO, A. M.; MEREIA, E. C.; ZIMMERMAN, E. La trama familiar y su revelado. In: E. C. MEREIA. **Parejas y familias: psiquismo extenso y psicoanálisis intersubjetivo**. 1. ed. Buenos Aires: Lugar, 2003, c. 4, p. 90-98.

PICOLLO, A. M.; GRYNBERG, E. B.; IRAETA, G. Y; WHEEL, E. Psicoterapia de la familia. **Revista de Psicoanalise**, 1978, v. XXXV, n. 3.

PAIVA, M. L. S. C. **Casamento entre vinte e trinta anos: O uso de entrevistas e TAT na análise psicanalítica da relação conjugal**. Dissertação de Mestrado - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

RABELO, A. J. H. Dificuldades de aprendizagem: o sintoma que denuncia a disfunção do sistema familiar. In: R. M., MACEDO (Org.). **Terapia familiar no Brasil na última década**. São Paulo: Roca, 2008, p. 312-324.

RAMOS, M. **Introdução à Terapia Familiar**. São Paulo: Claridade, 2006.

_____. (Org.). **Terapia de Casal e Família: o lugar do terapeuta**, 1992. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998.

ROCHA, F. J. B. Do pedido de ajuda à demanda de análise: sobre escuta psicanalítica e entrevistas preliminares. **ALTER- Jornal de Estudos Psicodinâmicos**. Brasília, 2000, v. 19, n. 1, p. 29-41.

_____. Algumas considerações sobre as entrevistas preliminares, demanda e início de análise. **SBPRJ - Boletim Científico**. Rio de Janeiro, 1990, n. 4, p. 15-21.

ROMAGNOLI, R. C. O sintoma da família: excesso, sofrimento e defesa. **Interações**. São Paulo, 2004, v. 9, n. 18, p. 41-60.

RUBIN, J.; MAGNUSSEN, M. G. A Family art evaluation. **Family Process**, 1974, v. 13, n. 2, p. 185-200.

RUFFIOT, A. Le groupe-famille em analyses. L'appareil psychique groupal. In: _____. **La thérapie familiale analytique**. Paris : Dunod, 1981.

SANTINI, O. **Análisis vincular de la pareja**. Buenos Aires: De los cuatro vientos, 2006.

SELVINI, M. Técnicas para iniciar um percurso terapêutico de um paciente não requerente. **Pensando Famílias**. Porto Alegre, 2006, v. 10, n. 1, p. 37-64.

SINGLY, F. **Sociologia da Família Contemporânea**, 1993. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

STIERLIN, H; RÜCKER-EMBDEN, I.; WETZEL, N.; WIRSCHING, M. **Terapia de Família: la primera entrevista**, 1980. 2. ed. Barcelona: Gedisa, 1995.

TOUSON, S. **El dibujo en la terapia: creación y curación**. Buenos Aires: Arenales, 2002.