

Descrição de queixas e indicadores diagnósticos de famílias atendidas em psicoterapia domiciliar*

A description of complaints and diagnostic indicators of families in in-home psychotherapy

MARÍLIA M. VIZZOTTO**

RODRIGO AZEVEDO GOMES***

Resumo

Este estudo teve por objetivos: descrever e sistematizar queixas manifestadas e os indicadores diagnósticos de três prontuários de casos de famílias atendidas na modalidade psicoterapia familiar em domicílio, sob responsabilidade da clínica-escola de psicologia da Umesp. Após a composição e organização dos prontuários, foi feita a leitura do conteúdo e elaboração de categorias e indicadores de análise; os dados foram agrupados e analisados segundo a estrutura e dinâmica de funcionamento das famílias. Os resultados indicaram que as queixas representavam uma forma de percepção concreta do problema pela família; o diagnóstico mostrou estruturas frágeis, com dinâmica de funcionamento assentada em recursos defensivos regredidos e eleição de um membro do grupo como doente (bode expiatório). Reconheceu-se com esse trabalho a importância do diagnóstico e esclarecimento da queixa para o bom andamento deste tipo de psicoterapia, que funciona

* Agradecemos ao CNPq pelo financiamento desse trabalho pelo programa de iniciação científica (Pibic).

** Orientadora. Doutora em Saúde Mental pela Unicamp e mestre em Psicologia Clínica pela PUCC; atual professora do Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde e supervisora de estágio de formação de psicólogos em Psicologia Comunitária e da Saúde – Universidade Metodista de São Paulo – Umesp.

*** Graduando em Psicologia pela Universidade Metodista de São Paulo – Universidade Metodista de São Paulo.

como uma modalidade de atendimento viável tanto para tratamento como para prevenção do agravamento da patologia.

Palavras-chave: psicoterapia familiar; psicoterapia domiciliar; diagnóstico familiar.

Abstract

The objective of this study was to describe and characterize the expressed claims and the diagnosis indicators identified in the files of three families undergoing family in-home psychotherapy, under the responsibility of Umesp's school-clinic of psychology. After the organization of the files, the collected data were analyzed using the family dynamics' point of view. The results showed fragile family structures, massive use of regressive defense mechanisms, and the unconscious choice of a family member as a scapegoat. The study indicates the importance of this kind of psychotherapy for the treatment and prevention of pathologies.

Keywords: Family psychotherapy – Family diagnosis – In-home psychotherapy.

Nas clínicas-escola de psicologia há uma grande demanda de pacientes infantis e pré-adolescentes (VIZZOTTO; MAURO, 1995), em geral trazidos pelas famílias, a pedido da escola ou de pediatras ou neurologistas, apresentando sintomas como distúrbios de aprendizagem, doenças psicossomáticas. Entende-se que essa sintomatologia é, em grande parte, expressão de conflitos de natureza familiar (KNOBEL, 1992; VIZZOTTO, 1995; VIZZOTTO; MAURO, 1995).

Foi partindo dessas observações clínicas que se optou, na clínica psicológica da universidade, pela implantação de uma modalidade de psicoterapia familiar domiciliar, a fim de abarcar a problemática também nesse âmbito, evitando que somente a criança seja responsabilizada pela patologia. Além disso, entendeu-se que a intervenção familiar, além de intervir em patologias específicas, poderia também ser uma modalidade preventiva em saúde mental.

Por isso, no presente estudo, dá-se importância à compreensão do processo saúde-doença e às funções da família, buscando uma sistematização das principais queixas e da dinâmica de funcionamento dessas famílias. Entende-se que no processo de saúde e doença a família deve manejar os conflitos e os impasses que aparecem

nas crises e que exigem soluções (CAPLAN, 1980) quando há uma ruptura na dinâmica ou funcionamento do grupo, seja por ganhos ou perdas.

Há, porém, escassez de literatura técnica especializada nessa área, e por isso surgiu o interesse em se estudar e sistematizar essa forma de trabalho em psicologia – a psicoterapia familiar realizada no domicílio. Embora a psicoterapia familiar seja uma intervenção já mais antiga e com literatura organizada no campo da psicologia clínica (WADDELL, 1994), sua modalidade domiciliar não oferece esta organização.

A partir dessa perspectiva, a família é entendida como algo não natural, mas que existe por ser uma instituição social com uma variabilidade topográfica que atende às necessidades e finalidades da época e lugar do grupo social a que pertence. Os tipos de família variam muito (PRADO, 1983), embora a forma mais conhecida seja chamada de família “nuclear” ou “normal”, composta por pai, mãe e filhos. Esta é uma relação institucional entre pessoas do mesmo sangue e demonstra, até os tempos atuais, uma enorme capacidade de sobrevivência e adaptação, pois mesmo com mudanças históricas e socioculturais, permanece subsistindo sob múltiplas formas. Porém, de acordo com Reis (1994), em cada cultura existem deveres e obrigações pré-estabelecidos, ou seja, regras e normas de conduta firmadas entre o grupo. E a família como instituição social internaliza estas regras, preparando o indivíduo para o viver em sociedade.

Ao longo da história organizada socialmente observam-se diferentes modelos ou agrupamentos familiares. Poster (1979) nos indica que a família passou por transformações e as classifica em agrupamentos distintos. Dentre eles, destaca-se a família burguesa (século XVIII), da qual deriva nossa família contemporânea, e que nasceu com a cisão entre o grupo familiar e a comunidade; valorizou a diferenciação entre vida pública e vida privada, residência e trabalho, reservando para o lar a vida emocional, enquanto o trabalho seria o império da racionalização. Os papéis firmam-se no marido como provedor e autoridade, enquanto a mulher deveria dedicar-se à domesticidade, administrando a vida emotiva da família e a educação dos filhos.

Segundo Prado (1983), mesmo com seus conflitos e crises, a família é a única que tem o papel determinante no desenvolvimento

da sociabilidade, afetividade e do bem-estar físico dos indivíduos, principalmente no período da infância e da adolescência. Nesses períodos de vida o “outro” sabe mais do indivíduo do que ele mesmo, ou seja, a família ou o membro familiar responsável pelo indivíduo sabe do que ele necessita e o pode fazer, bem como o que não é necessário e devido. Nessa relação, a interação é vertical, estabelecida de cima para baixo.

Porém, continua a mesma autora, o funcionamento da dinâmica familiar pode ocorrer sob uma topografia variável. Sendo capaz, em momentos de crise e transição, de se resignar, assim alterando sua estrutura. Por isso, considera-se enganoso o comentário de que a família é uma instituição falida, pois o que acontece é a despolarização do padrão familiar presente em determinado momento sócio-histórico.

Mesmo na interação familiar, a crise está impregnada de conflitos. Entretanto, é a adequação das respostas (modo como se lida) a esses conflitos gerados que irá representar o grau de saúde ou de doença e, por consequência, a transposição da crise. As respostas emitidas na busca de soluções (SIMON, 1989) podem ser adequadas ou pouco adequadas e representam o grau de adaptação que se dispõe para a saúde ou doença. Segundo Vizzotto, Bonfim e Heleno (2006), há momentos em que o grupo familiar passa por mudanças passageiras em sua rotina, tendo de enfrentar conflitos. Tais situações são chamadas de crises, causadas por situações internas ou externas ao grupo familiar. A percepção desses conflitos e a maneira como agem no enfrentamento dos momentos de tensão expressa o grau de saúde ou adoecimento mental da família.

Atualmente, a partir de investigações de cunho psicológico, sabe-se que a família (RICHTER, 1996) é o espaço que sedia o encontro e o conflito entre gerações, bem como relações mediadas por forças emocionais de depressão, medo, teimosia defensiva e protesto. Pessoas que por tempos tiveram contatos amistosos são surpreendidas por tensões nunca antes experienciadas, nem mesmo sabendo como, onde e por que tudo se originou. Segundo Knobel (1992), a família é um grupo ou lugar onde o ser humano tem a possibilidade de viver e se desenvolver; a interação familiar é determinada pelo meio ambiente, e sobre ela se configura a aquisição

de identidade pessoal, bem como a transmissão de características e valores éticos, estéticos, religiosos, morais, cívicos, sociais e culturais dos integrantes da comunidade adulta. Segundo Souza (1995), os pais transmitem a seus filhos conhecimentos harmônicos com suas capacidades psicológicas, do mesmo modo que os filhos interiorizam tais conhecimentos a partir de suas próprias características de personalidade. Neste sentido, percebe-se que as atitudes parentais (conscientes e inconscientes) são capazes de produzir a formação de sintomas numa criança.

Ainda sobre este assunto, Souza (1995) indica que nas relações familiares a dinâmica se passa numa rede de ansiedades, defesas, conflitos e fantasias muitas vezes geradores de patologias que são exteriorizadas na relação dos pais com o filho. Há casos em que o diagnóstico de um sintoma só adquire sentido dentro do grupo familiar do paciente identificado. Ainda neste ponto, Richter (1996) indica que “um distúrbio psíquico não diz respeito apenas ao indivíduo afetado, mas pode ter muito a ver com a família como um todo” (idem, p. 20). Esta visão traz luz à psicodinâmica familiar; há situações em que “o portador de sintomas é tão importante para o resto da família que todos se empenham ativamente em conservá-lo nesse papel” (RICHTER, 1996, p. 12); igualmente, “muitas famílias induzem vários membros, um depois do outro, a se colocarem à margem, sem os expulsar realmente” (idem, p. 12). Assim, percebe-se que a função do “doente” na família é de depositário encobridor dos defeitos e culpas não reconhecidos, dos sentimentos de impotência, das incapacidade e mazelas dos membros do círculo familiar ou da família como um todo. “Esse conjunto é mantido e, algumas vezes, até fortalecido na sua solidariedade, quando um membro torna-se manifestadamente doente” (idem, p. 45), pois este possibilita que os outros membros “normais” sintam-se “diferentes” da vítima solitária, sintam-se melhores, mais fortes e mais sadios.

Ao tratar dos sintomas do casal, Zuse e Rossato (2002) afirmam que uma relação de parceria é como uma troca de investimentos, mas quando um dos cônjuges passa a investir fora do casamento, seja numa relação amorosa, na bebida, no lazer, no trabalho ou em outros objetos, causa efeitos negativos na relação de parceria, de modo que quanto maior o investimento no exterior, maior o conflito

entre os parceiros e/ou do outro cônjuge para com o objeto externo; e quanto mais conflituosa estiver a relação triangular, mais o primeiro se apega ao objeto de investimento. Os autores acrescentam que desequilíbrios como este podem ser causados por uma atração que cada um dos cônjuges pode sentir pela experiência oposta do outro. Outro exemplo de mesmo significado seria o de “membros de família muito pequena que se casam com pessoas de famílias numerosas” (idem, p. 5).

Assim, pode-se configurar as psicoterapias no auxílio às crises. Segundo Box, Copley e Magagna Moustaki (1994), no trabalho com o grupo familiar tem-se a possibilidade de acesso aos mecanismos da mente individual por intermédio da compreensão em funcionamento e da interpretação do significado inconsciente de determinados conteúdos. Desta forma, se a família for percebida como um tipo de unidade ou entidade psíquica, seus processos inconscientes terão espaço para serem revelados.

“Na verdade, muitas famílias são encaminhadas como famílias porque nenhum dos indivíduos que fazem parte delas está disposto ou tem capacidade de usar terapia individual” (BOX et al., 1994, p. 20). Estas famílias mantêm sobre si fantasias compartilhadas inconscientemente que de modo algum seriam diluídas em interpretações da dinâmica intrapessoal de cada indivíduo, já que são resultados e na maioria das vezes só aparecem no ambiente da relação interpessoal do grupo familiar. Isto se evidencia no trecho a seguir:

A tentativa de criar um espaço para a família reviver conflitos, na medida em que eles surgem no contexto do *setting* terapêutico, está relacionada ao valor que vemos nisso como base para uma internalização bem-sucedida. Tal internalização é, por sua vez, vista como chave para a modificação de estruturas internas ou relações objetais internas e é isso que constitui o processo de mudança no qual estamos interessados. (BOX et al., p. 26, 1994).

Segundo Box (1994), o trabalho realizado em terapia familiar, na relação entre família e psicoterapeutas, é o de proporcionar um espaço para que a família perceba e analise seus comportamentos encobridores de conteúdos desconhecidos e rejeitados. Este seria o

único modo possível para que a família possa aceitar e integrar sua parte e aspectos sombreados.

Para Box (1994), o relacionamento entre família e terapeuta só se inicia quando a família admite seus problemas. Na maioria dos casos, nem todos os integrantes do grupo reconhecem os problemas como algo do grupo familiar; apenas um ou dois integrantes o denunciam.

O terapeuta de família deve estar muito atento às mais variadas formas de expressão dos mecanismos de defesas eleitos pelo grupo familiar. Há casos em que os conflitos do grupo são projetados sobre um único indivíduo (papel de bode expiatório), devido à sua própria patologia e à dinâmica familiar; já o contrário também ocorre. Em outros casos, o problema que parece ser um conflito do grupo familiar – conflito interpessoal – pode ser a consequência de um problema e conflito intrapessoal identificado projetivamente pelo grupo que, nesta posição, manifesta-se em crise.

Assim, segundo os autores, com a abordagem de atendimento familiar nasce a consciência do diferencial de se atender um indivíduo quando há oportunidade e possibilidade de acompanhá-lo em seu ambiente de origem e manutenção que é seu grupo familiar. E esta consciência só é possível no momento em que o terapeuta percebe as reverberações nos meios grupais pelos quais o indivíduo transita em virtude de mudanças individuais; e o contrário também ocorre.

O psicoterapeuta poderá auxiliar o grupo familiar a encontrar melhores soluções. Mas estas soluções estão dentro do grupo, nesta capacidade grupal. De modo que um psicoterapeuta jamais dará uma solução aos conflitos, mas ajudará o grupo a encontrá-la. É tarefa do profissional de saúde mental propiciar condições para que o grupo encontre recursos emocionais salutares. Assim, o próprio grupo, mesmo que no médio ou longo prazo, poderá reconhecer em seu funcionamento aqueles elementos construtivos que lhe trarão soluções de liberdade e autonomia.

Portanto, o presente estudo justifica-se pela necessidade de se conhecer mais sobre essas queixas apresentadas pelas pessoas ao procurarem atendimento, bem como o que se delineou em termos de indicativos diagnósticos nesses grupos. Entendemos que o estudo mais aprofundado dessa problemática poderá auxiliar na compreensão da dinâmica e no tratamento desses grupos.

Método

Amostra: Composta por prontuários existentes nos arquivos da clínica-escola de psicologia. Todavia, devido à insuficiência de dados em alguns prontuários, para esse estudo foram escolhidos apenas três para serem trabalhados de maneira mais aprofundada.

Ambiente: A manipulação dos prontuários ocorreu nas próprias dependências da clínica-escola, de onde não podem ser retirados. Para assegurar a ética e o sigilo do material clínico que consta nos arquivos, os prontuários só podem ser consultados. A clínica-escola está instalada nas dependências da Universidade Metodista, na Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia no Campus Planalto, em São Bernardo do Campo.

Instrumento: O material é o próprio prontuário, composto por anotações feitas pelo estagiário e supervisor e dados como: identificação dos casos atendidos, queixa e sessões realizadas – desde o início até o fechamento do caso, seja por alta ou por desistência. Além do prontuário foi utilizada uma folha de registro para anotação do conteúdo sistematizado em forma de categorias e indicadores de análise.

Procedimento: Após a composição da amostra, foi feita a leitura do conteúdo e a elaboração de categorias e indicadores de análise. Numa folha de registro foram anotados os conteúdos referentes às queixas, os dados gerais dos casos, bem como os motivos da interrupção e os principais conflitos. Após a análise, foram agrupados os pontos similares entre os casos, e buscou-se estabelecer relações entre as queixas, as dificuldades de adesão ao tratamento e os motivos do abandono das famílias desistentes. Buscou-se ainda descrever e analisar as principais queixas e conflitos dos grupos familiares de forma qualitativa.

Aspectos éticos

Ressalta-se que este estudo não trabalhou com pessoas, apenas com os prontuários existentes, não havendo, portanto, nenhum risco para os participantes. Cabe salientar que o levantamento e a descrição de dados respeitaram e preservaram a identidade dos participantes (descritos nos prontuários), não sendo esta revelada sob nenhuma hipótese. Acusa-se ainda que todos os pacientes, ao ingressarem na clínica-escola (Nepap) assinaram um “Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido” e autorizaram a utilização desse material para fins didáticos e científicos. Este modelo já faz parte do material de triagem. Esclarece-se que os benefícios trazidos pelo presente estudo são de caráter técnico e teórico, pois a partir dos dados coletados obter-se-á maior compreensão sobre o público atendido em psicoterapia familiar domiciliar.

Resultados e discussão

Os resultados são apresentados em forma de categorias de análise, buscando-se contemplar os objetivos apresentados anteriormente, assim como outros fatores que surgiram no decorrer do estudo.

Composição das famílias atendidas

Nessa categoria, buscou-se descrever a composição de cada família, bem como os dados de natureza socioeconômica e cultural.

Quadro 1 – Composição familiar

Família	Composição familiar
1 Família e a voracidade	4 pessoas: Sr. S. (pai), com 32 anos, motorista de caminhão; Sra. C. (mãe), 26 anos, do lar; L. (filha), com 9 anos; M. (filha), com 6 anos
2 Família e a necessidade de interdição	4 pessoas: Sra. V. (mãe), 37 anos, do lar; G. (filho), 12 anos; D. (filho), oito anos; B. (filho), seis anos
3 Família e a compulsão	4 pessoas: Sr. A. (pai), 34 anos, pequeno comerciante; Sra. R. (mãe), 32 anos, funcionária de loja (balconista); E. (filha), seis anos

No quadro 1 observa-se a composição das famílias estudadas, as idades de cada membro e sua ocupação. Pode-se observar também que cada família foi identificada com uma expressão. Essas expressões foram atribuídas a partir do que entendemos representar

a principal característica psicológica de cada uma dessas famílias. Com os dados acima, pudemos observar que estas famílias são compostas por membros relativamente jovens e mantêm o padrão de constituição familiar nuclear. Cabe salientar que esse modelo de organização sociofamiliar é visto historicamente por Poster (1979) como um modelo familiar que evoluiu e se modificou (desde os modelos aristocrático, camponês, proletário e burguês).

O modelo burguês, do qual a família atual deriva, vem desde o século XIX e ganha seu apogeu no final desse século e início do século XX. Uma das características que persistem até hoje é a cisão entre grupo familiar e comunidade. A família valoriza essa diferenciação da vida pública e privada, reservando a vida emocional ao lar, e a razão imperando no ambiente de trabalho. O papel do marido é o de responsável pelo provimento familiar, detentor da autoridade e razão; já a mulher é responsável pela domesticidade e cuidadora da vida emocional da família. Nesta fase aparece a interdição à sexualidade infantil e a criação de padrões para a prática da sexualidade.

Sobre esse modelo nuclear, também recordamos Prado (1983) que afirma que, embora os tipos de família variem, a forma mais conhecida é chamada de “nuclear”, composta por pai, mãe e filhos. Esta é uma relação institucional entre pessoas do mesmo sangue e demonstra, até os tempos atuais, uma enorme capacidade de sobrevivência e adaptação, pois mesmo com mudanças históricas e socio-culturais, permanece subsistindo sob múltiplas formas. Conforme explica Reis (1994), em cada cultura existem deveres e obrigações pré-estabelecidos, ou seja, regras e normas de conduta firmadas entre o grupo. E esse modelo familiar nuclear atual é considerado uma instituição social que internaliza estas regras, preparando o indivíduo para viver em sociedade. Conforme retrata Miranda (1994), os padrões para a vida em sociedade estão a postos para influenciar a vida de um sujeito antes mesmo de ele nascer; e quando nasce, é sua família nuclear, unindo amor com autoridade, que assume a tarefa de repetir e legitimar tais padrões, ensinando desde a mais tenra infância como não transgredir as normas e regras sociais em troca da obtenção do afeto de seus pais.

Motivos da indicação e queixas manifestadas

O quadro demonstrativo a seguir descreve as principais queixas e os indicadores que expressam ou explicam essas mesmas queixas apresentadas pela pessoa que buscou o atendimento.

O quadro 2, faz uma breve descrição das queixas e indicadores a fim de que possamos ter uma visão geral das famílias estudadas, bem como o tempo em que permanecem em psicoterapia. Destaca-se que esses grupos familiares foram atendidos sempre em sessões semanais, uma vez por semana, em seus próprios domicílios. Observa-se, ainda, pelo quadro, que a busca por atendimento sempre partiu da mulher (mãe) e a busca é sempre em função de algum membro considerado doente pelo grupo. Todavia, após a primeira entrevista na qual se detectou que a dinâmica de funcionamento familiar encontrava-se sensivelmente alterada, o serviço social do Nepap (Núcleo de Estudos de Pesquisa e Atendimento Psicológico da Faculdade de Psicologia da Universidade Metodista), aconselhou o sujeito a procurar atendimento para todo o grupo familiar e encaminhou os casos para o professor-supervisor responsável.

É importante observar que em todos esses casos o conflito aparente e a busca pelo atendimento giraram em torno de um elemento do grupo. Nesse ponto, vale recordar a afirmação de Mittelman (1994 apud RICHTER, 1996, p. 44), segundo a qual é comum as famílias satisfazerem suas necessidades por intermédio do comportamento doente, reduzindo sua ansiedade ao mínimo e mostrando-se bem, enquanto um de seus integrantes manifesta-se doente. Ainda sobre esse aspecto, Richter (1996) diz que há situações em que o membro portador de sintomas é tão importante para o restante da família que todos se empenham ativamente em mantê-lo doente ou até chegam a induzir membros a se colocarem à margem, sem os expulsar realmente confirmando o fato de que o “doente” na família tem função de depositário encobridor dos defeitos e culpas não reconhecidos dos membros ou da família como um todo.

Outro aspecto que chama a atenção, embora seja um padrão muito comum em nossa sociedade, é o fato de que quem busca o atendimento é sempre a mulher (mãe). Nesse aspecto, segundo os autores citados, tal conduta é característica da composição familiar

Quadro 2 – Principais queixas e indicadores representativos da busca pelo atendimento familiar

Família	Membro que busca atendimento	Queixa(s) inicial(is)	Indicadores	Tempo de Psicoterapia
1 Família e voracidade	mãe	Filha com dificuldade para alimentar-se e tristeza.	Criança recusa-se a se alimentar; dificuldade de relação com a irmã deficiente e com os pais.	2 anos
2 Família e necessidade de interdição	mãe	Isolamento, agressão e choro constante do filho.	Tristeza, isolamento, comportamento agressivo e choro constante do filho após a morte do pai.	1 ano
3 Família e a compulsão	esposa	Dificuldades com a educação da filha; problemas escolares; dificuldades no relacionamento conjugal.	Problemas financeiros; infidelidade por parte do cônjuge; dificuldades com a educação da filha.	1 ano

nuclear atual, na qual a mulher ocupa a posição de educadora e responsável pelo lar em virtude de sua priorização das trocas afetivas e da aprendizagem dentro da família. Para Miranda (1994), a atitude dessas mães propicia um sentimento de união afetiva. As mulheres ocupam o papel de cuidadoras, assumindo a complementaridade do casal parental na criação dos filhos.

Configuração da queixa e histórico dos casos

Família 1 – “A voracidade”

Histórico do caso – Esta família – que, como se observou anteriormente, era composta de quatro pessoas, sendo Sr. S. (pai), Sra. C. (mãe) e duas filhas (L., de 9 anos e M., de 6) – habita a mesma casa e os pais do marido moram nos fundos. O marido trabalha como motorista, mas depende bastante dos pais para a manutenção da família. Durante o processo psicoterapêutico, o Sr. S. perde o pai, fato que lhes causa muita instabilidade.

Configuração da queixa – A filha mais velha, L., recusa-se a se alimentar, mostrando um quadro similar ao de anorexia; apresenta rivalidades com a irmã mais nova, M., que possui Síndrome de Prader-Willi. A busca de atendimento é para L. Contudo, observa-se que a família (casal) tem dificuldade para adquirir independência de seus próprios pais, mostrando uma dinâmica de relações infantilizadas; há muitas dificuldades de relacionamento conjugal.

Família 2 – “Necessidade de interdição”

Histórico do caso – Esta família – que, como se observou anteriormente, era composta de quatro pessoas (mãe viúva e três filhos) – habitava toda a mesma casa, sendo que o esposo de V. era falecido há um ano e meio. A Sra. V recebia pensão (aposentadoria) do marido e moravam todos em casa de aluguel. A família vive desta pensão, pois a mãe é do lar.

Configuração da queixa – Um ano e meio após a morte do marido, a Sra. V. observa comportamento agressivo exacerbado nos três filhos e isolamento e choro constante no mais velho. Esta mãe não consegue lidar com a crise provocada pela morte do esposo. Perde o controle sobre os filhos e sente dificuldades em colocar limites e fazer com que eles compreendam e respeitem as regras.

Porém, a própria Sra. V. parece sentir certa indisponibilidade de compreender essas mesmas regras das quais se queixa em relação aos filhos. Possui muitas dívidas, não consegue se organizar em torno de um possível planejamento no orçamento familiar. A família não consegue se organizar em horários para as refeições, de maneira que as crianças comem em qualquer horário e conso-

mem as reservas de alimentos que seriam destinados ao mês todo, bem como consomem guloseimas de forma indiscriminada. Não possuem hábitos e horários estabelecidos para dormir: as crianças assistem à TV até altas horas da noite, e por isso têm dificuldade para acordar no dia seguinte para irem à escola. O filho mais velho apresenta sinais de isolamento, tristeza; dorme ao lado da mãe na cama desde a morte do pai.

Família 3 – “A compulsão”

Histórico do caso – O Sr. A., de 34 anos, e Sra. R., de 32 anos, e E., filha de 6 anos. O Sr. A. concluiu o ensino médio e trabalha em seu pequeno comércio. Também faz um curso técnico no estado do Rio Grande do Sul, para onde viaja quinzenalmente. A Sra. R. possui escolaridade média incompleta e trabalha como vendedora em uma loja. O casal possui uma filha, E., de 6 anos, que frequenta escola privada. A família vive numa pequena casa que é a continuidade da casa da mãe do Sr. A. A residência é dividida entre dois cômodos exclusivos para Sr. A., R. e filha, e dois cômodos para a mãe do Sr. A., sendo que todos compartilham da mesma cozinha.

Configuração da queixa – As dificuldades no relacionamento conjugal, configuradas tanto na esfera sexual como nas relações afetivas, surgiram em virtude de uma compulsividade sexual do Sr. A. Ele afirma não ter controle sobre seus desejos sexuais. Esta compulsão é extrapolada para os demais âmbitos da vida. No campo do trabalho, adquiriram vários e diferentes estabelecimentos comerciais, sem conseguirem administrar nenhum deles, e chegam a ter 12 contas bancárias. A mãe busca atendimento para a filha, sobre a qual recai o problema familiar. Toda esta dinâmica causa-lhes angústia, o que configura um atendimento familiar.

Hipóteses diagnósticas

Segue-se neste tópico alguns indicadores diagnósticos desses grupos familiares. Lembra-se aqui que todos os dados foram extraídos dos prontuários dessas famílias. Daí que o diagnóstico também se refere ao que consta nesses documentos e, portanto, não realizados no presente estudo, que, por sua vez, apenas sistematiza os dados.

Pelo quadro 3, observamos os indicadores diagnósticos e alguns de seus principais recursos defensivos. Entre esses recursos observamos que na família 1 e na família 3 há uma similaridade quanto ao funcionamento “voraz”; porém, a F1 expressa essa característica de controle onipotente do objeto em forma de depósito (projeção) oro-alimentar nas crianças (que são as doentes) e a F3 expressa a compulsão sexual do Sr. A. Com a convivência da esposa, a Sra. R., fazem dívidas compulsivamente, compram muitas coisas e tentam fazer negócios de forma compulsiva. Estes recursos, de acordo com Hinshelwood (1992), são de “controle onipotente do objeto”, que se referem a uma ideia de destrutividade onipotente que se manifesta sob uma defesa inconsciente do ego criada pela família para inibir sua real impotência perante seus desejos não conquistados – defendendo-se, assim, contra a experiência da separação, dependência e inveja. Com relação à voracidade e projeção nas crianças apresentadas pela Família 1, lembramos Souza (1995), quando explica que os pais transmitem a seus filhos conhecimentos e capacidades psicológicas, e seus filhos interiorizam tais conhecimentos a partir de suas próprias características de personalidade; assim, atitudes parentais (conscientes e inconscientes) são capazes de produzir a formação de sintomas numa criança. Essa dinâmica de relações se passa numa rede de ansiedades, defesas, conflitos e fantasias muitas vezes geradores de patologias que são exteriorizadas na relação dos pais com seus filhos. A autora acrescenta que há casos em que o diagnóstico de um sintoma só adquire sentido dentro do grupo familiar do paciente identificado.

É nesse sentido que se apresenta a família 1. As crianças expressam os conflitos de seus pais.

Em relação à família 3, observamos um “sistema de parceria” que se configura de forma doentia. Sobre esse sistema, Zuse e Rossato (2002) explicam que uma relação de parceria entre um casal é como uma troca de investimentos. A troca de investimentos desse casal se dá no plano patológico – na compulsão sexual do Sr. A. e na entrega ou compulsão pelo trabalho da Sra. R. Os mesmos autores Zuse e Rossato (2002) explicam ainda que quando um dos cônjuges passa a investir fora do casamento, seja numa relação amorosa, na bebida, no lazer, no trabalho ou em outros objetos, ele causa efeitos

Quadro 3 – Dados da estrutura e dinâmica familiares

Famílias	Estrutura e dinâmica	Principais mecanismos defensivos	Descrição da dinâmica familiar
F. 1 Voracidade	Estrutura frágil – predomínio esquizo-paranóide. Características de controle onipotente; voracidade é um aspecto presente.	Regressão; idealização; controle onipotente do objeto.	Dificuldades de transpor as mudanças para o crescimento, desejando voltar às origens. Tentativas de manutenção da família unida por controle onipotente. Dificuldades das crianças na esfera oro-alimentar.
F. 2 Necessidade de interdição	Estrutura e dinâmica “laissez faire”, ausência de rigidez; ausência de autoridade ou liderança.	Evitação; negação; regressão; formação reativa; idealização.	Dificuldades de transpor as mudanças para o crescimento em função da morte do esposo e pai. Neste período de luto, a mãe não consegue reorganizar a família num novo funcionamento. Assim, há ausência de liderança; os filhos não conseguem encontrar proteção e abrigo; tampouco a mãe gerencia limites. O filho mais velho é colocado no lugar do pai. Todo este quadro mostra uma grande confusão de papéis e limites no grupo familiar.
F. 3 Compulsão	Família com características histéricas, mas com controle das perversões. Voracidade presente em suas características.	Controle onipotente	Dificuldades de transpor as mudanças para o crescimento, dado o apego à família de origem e a rigidez da religião no entorno da mãe (sogra). Criança reage com dificuldades de aprendizagem e pede para os pais crescerem.

negativos na relação de parceria, de modo que quanto maior o investimento exterior, maior o conflito entre os parceiros e ou do outro cônjuge para com o objeto externo. No caso em questão, há conflito e um investimento de ambos fora do casamento; no entanto, ambos parecem ter um interesse inconsciente na manutenção desses investimentos, de modo que, mesmo gerando conflitos, são esses mesmos conflitos e essa adaptação ineficaz que mantêm o casamento.

Todavia, a criança sofre e pede aos pais que cresçam. Esse pedido vem por intermédio de suas dificuldades escolares. Mas a criança também verbaliza isso na sessão terapêutica, dizendo ao terapeuta que gostaria que os pais se entendessem como fazem tantos outros pais de seus colegas. Segundo Richter (1994), esta atitude evidencia a ciência que a criança tem sobre a situação na qual está inserida, mas este conhecimento nem sempre é reconhecido pelos pais/adultos, e tampouco é evocado para auxiliar na transposição do problema familiar. Neste sentido, a família nuclear burguesa, temendo a perda de sua onipotência perante os filhos e a dominação por parte dos mais velhos, distancia-se tanto dos pequeninos como também dos mais experientes (seus antecessores – famílias de origem). Esta é uma falha desse modelo familiar, pois se houvesse de sua parte abertura tanto para o recebimento de conhecimentos vindos de seus antecessores mais vividos e provavelmente mais experientes, bem como para os recém-chegados (as crianças), isso facilitaria e diminuiria o tempo de aprendizado e a incidência nos mesmos erros. Esta defasagem em muito se deve à fantasia presente no casal de que suas experiências são novas e únicas e que sua conduta deve sempre ser original e autônoma. Neste caminho, a família, segundo Picus e Dare (1981), acaba criando mitos, tabus e sentimentos inconscientes de maneira secreta e poderosa, e estes conteúdos desconhecidos acabam tendo efeitos prejudiciais e inibidores na psicodinâmica do indivíduo. Nestas três famílias o peso ou os encargos de tais segredos recaiu sobre os filhos.

No caso da Família 2, embora também apresente recursos defensivos bastante regredidos, sua estrutura é mais saudável do que as das demais. Acresce a isso o fato de que perdeu o pai, líder do grupo familiar. Embora isso já tenha ocorrido há algum tempo, essas pessoas ainda não conseguiram se reorganizar a contento. Neste

sentido, aqui se pode lembrar Ackerman (1996), quando dispõe de categorias para diagnosticar as famílias, a saber, famílias sadias, medianamente sadias e doentias. Entende que isso se dá em função da crise; contudo, sua transposição tanto pode estimular o crescimento e a adaptação individual quanto predispor seus componentes ao desequilíbrio emocional. No caso desta família, observamos um caminhar no sentido de um crescimento saudável. A família inicia sua tomada de consciência da necessidade de um ajustamento de papéis e funções dentro do grupo familiar na medida em que aceita a psicoterapia e faz questão de que ela ocorra.

Sobre essa família, entendemos que a morte do marido da Sra. V. ocasionou a crise. Essa senhora apresenta grande dificuldade em transpor essa crise, na medida em que não consegue “governar” seu próprio lar, não conduzindo os filhos com regras e normas que lhes possibilite um limite e um conseqüente crescimento. E, nesse sentido, compreendemos com Prado (1983) que o funcionamento familiar pode ocorrer sob uma topografia variável, sendo capaz, em momentos de crise e transição, de alterar sua estrutura. Também lembramos Vizzotto, Bonfim e Heleno (2006) quando afirma que há momentos em que o grupo familiar passa por mudanças passageiras em sua rotina, tendo de enfrentar conflitos. Tais situações são chamadas de crises, causadas por situações internas ou externas ao grupo familiar. A percepção desses conflitos e a maneira como agem no enfrentamento dos momentos de tensão expressam o grau de saúde ou adoecimento mental da família.

Nessa mesma linha de raciocínio, Simon (1989) veio a entender que a crise é imbuída de conflitos e as respostas a eles irão representar o grau de saúde ou de doença e, por conseqüência, a transposição da crise. Assim, no caso da família 2, em meio aos conflitos vividos em decorrência da perda do marido e pai, as respostas emitidas na busca de soluções têm sido “pouco adequadas” e representam um grau de adaptação ineficaz. É nesse sentido que a psicoterapia representa um auxílio na busca de uma adaptação mais eficaz.

Ante os conflitos derivados da crise causada pela morte do pai e de sua conseqüente adaptação ineficaz, observa-se que o grupo familiar se utiliza de mecanismos de regressão. Ou seja, essa defesa é uma forma de proteção contra a angústia e o sofrimento. Como

explica Collette (1978), a regressão é uma volta; enxerta-se, geralmente, sobre uma fixação já instalada ou a uma dificuldade grave encontrada pelo indivíduo em seu desenvolvimento. As regressões podem ser totais ou parciais. No primeiro caso, a implicação é decididamente patológica; no segundo, trata-se, em geral, de simples defesa. Sendo temporária, ajuda o indivíduo a sair de certas dificuldades passageiras; em geral, reduz a ansiedade e o sentimento de culpa do indivíduo. Foi esse o caso da presente família, por isso não foi considerada um agrupamento familiar patológico, mas sim com muitas dificuldades de elaborar o luto pela morte do pai. É nesse mesmo seguimento que figuram as demais defesas, como a negação (da morte), explicada por Collette (1978) como exclusão da realidade traumatizante ou inaceitável; a evitação, como forma de se esquivar, de não entrar em contato com os conflitos; e, em muitos momentos, usam também da idealização desse pai morto. A idealização, como explica Laplanche e Pontalis (1977) é um processo psíquico pelo qual as qualidades e o valor do objeto são levados à perfeição. A identificação com o objeto idealizado contribui para a formação e para o enriquecimento das chamadas instâncias ideais da pessoa.

Diante desses três casos atendidos em grupo familiar, é possível perceber a necessidade e importância da modalidade de atendimento familiar. Assim, como disse Box (1994), são vários os motivos que justificam sua relevância. Nesses casos atendidos, após uma análise detalhada percebe-se que não é possível compreender a causalidade do processo de crise e adoecimento sem levar em consideração a psicodinâmica familiar. Todavia, este conteúdo, em princípio inacessível unicamente pelo discurso individual, ganha vida e conjunção devido à repetição da cena familiar que acontece na relação entre família e terapeuta no *setting* terapêutico.

Considerações finais

Apesar das limitações apresentadas por este trabalho, principalmente em virtude do pequeno número de famílias, podemos ressaltar a importância da psicoterapia familiar domiciliar e a tentativa de sistematização desse tipo de intervenção a fim de que possamos aprimorar a técnica utilizada.

Entendemos ainda que o presente estudo pode elucidar alguns pontos importantes no que se refere:

– à configuração da queixa apresentada – observando que nem sempre a queixa inicial manifestada ou apresentada pelo indivíduo refere-se ao verdadeiro transtorno que envolve o caso clínico; de modo que a configuração da queixa, ou a clarificação dos verdadeiros motivos da busca pela psicoterapia, é fundamental para o transcorrer do tratamento;

– ao diagnóstico – relaciona-se à configuração da queixa, já que é pela segurança de um diagnóstico correto que se determina a técnica de intervenção;

– à dinâmica de funcionamento do grupo familiar. Esta dinâmica, relacionada ao diagnóstico, precisa ser entendida pelo terapeuta, na medida em que é esse funcionamento que pode manter a doença grupal e é por ele que o terapeuta deve caminhar na elucidação dos conflitos aos membros do grupo.

Assim, percebe-se que esses pontos, além de serem fundamentais no processo de tratamento, estão interligados.

Assentado o olhar numa visão da dinâmica psíquica, percebe-se que há casos em que a “cura” do indivíduo depende da cura de seu grupo familiar. E, pela configuração da queixa, pelo diagnóstico e pela compreensão do funcionamento grupal, observa-se que a família, embora eleja um membro doente ou funcione com papéis simétricos ou complementares, não tem consciência dessa eleição ou escolha de funcionamento e toda ela sofre.

Deste modo, após análise desses prontuários de atendimentos realizados, observamos a relevância desta modalidade de atendimento e acompanhamento psicoterapêutico; acrescentando-se ao fato de que a Psicologia tem muito a contribuir, pois por suas técnicas torna-se possível a compreensão das motivações familiares que transpassam as relações individuais conscientes e manifestas, assim como o auxílio no encontro de um melhor caminho na resolução de um problema familiar singular. Pensamos que esta modalidade de atendimento, além de atender às demandas de tratamento de indivíduos, também cumpre a função de prevenir doenças ou promover saúde a partir de interações mais saudáveis.

Referências

- ACKERMAN, N. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- ARIÈS, P. O sentimento da infância. In: _____. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 29-164.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. A sociedade como realidade subjetiva. In: _____. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 173-2515. (original de 1967).
- BOX, S.; COPLEY, B.; MAGAGNA, J.; MOUSTAKI, E. **Psicoterapia com famílias: uma abordagem psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- COLLETTE, A. **Introdução à psicologia dinâmica: das teorias psicanalíticas à psicologia moderna**. 2. ed. São Paulo: Nacional, 1978.
- HINSHELWOOD, R. D. **Dicionário do pensamento kleiniano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- KNOBEL, M. **Orientação familiar**. Campinas: Papirus, 1992.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. 4. ed. Lisboa: Moraes, 1977.
- MIRANDA, M. G. O processo de socialização na escola: a evolução da condição social da criança. In: GODO, W.; LANE, S. T. M. (Orgs.). **Psicologia social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 99-123. (original de 1984).
- PINCUS, L.; DARE, C. **Psicodinâmica da família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- POSTER, M. **Teoria crítica da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- PRADO, D. **O que é família**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- REIS, J. R. T. Família, emoção e ideologia. In: GODO, W.; LANE, S. T. M. (Orgs.). **Psicologia social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 99-123. (original de 1984).
- REZENDE, I. G.; KROM, M.; YAMADA, M. O. A repetição intergeracional e o significado atual da deficiência auditiva. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 27 dez. 2007.
- RICHTER, H. E. **A família como paciente**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- SIMON, R. **Psicoterapia clínica preventiva: novos fundamentos**. São Paulo: EPU, 1989.

SOUZA, A. S. L. Família. In: _____. **Pensando a inibição intelectual**: perspectiva psicanalítica e proposta diagnóstica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. p. 36-56.

VIZZOTTO, M. M. O pai, a lei e aprendizado. **Anais do XVII International School Psychology Colloquium**, tomo II, Campinas: Átomo, 1995. p. 389-390.

_____.; BONFIM, T. E. do; HELENO, M. G. V. **Quando o vínculo é doença**: ciência e vida. **Psique especial**, São Paulo, ano 1, n. 1, p. 64-69, 10 out. 2006.

_____.; MAURO, M. L. F. Crianças com dificuldades escolares: questão para saúde ou para educação? Quem tem a resposta? **Anais do XVII International School Psychology Colloquium**, tomo II, Campinas: Átomo, 1995. p. 392-398.

WADDELL, M. A família e sua dinâmica. In: _____. **Psicoterapia com famílias**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

ZUSE, A. S.; ROSSATO, V. M. D.; BACKES, V. M. S. Genetograma: um instrumento de trabalho na compreensão sistêmica de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 dez. 2007.

Recebido em: 23 de fevereiro de 2009.

Aceito em: 28 de maio de 2009.