

Entrevistas preliminares em psicoterapia de família: construção da demanda compartilhada

Rebeca Nonato Machado

Psicóloga clínica graduada pela PUC – Rio, Especialista em Terapia de Família e Casal pela PUC – Rio, Mestre em Psicologia Clínica pela PUC – Rio e Doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC – Rio.

End.: Rua Xavier da Silveira, nº50, apt.404 – Copacabana
CEP: 22061-010 Rio de Janeiro – RJ

E-mail: recanm@gmail.com

Terezinha Féres Carneiro

Professora Titular do Departamento de Psicologia da PUC– Rio, Coordenadora do Curso de Especialização em Psicoterapia de Família e Casal PUC – Rio.

End.: Rua General Góes Monteiro, nº8, bl.D, apt.2403-
Botafogo. CEP: 22290-080 Rio de Janeiro – RJ

E-mail: teferca@puc-rio.br

Andrea Seixas Magalhães

Professora Assistente do Departamento de Psicologia da PUC – Rio, Psicoterapeuta de Família e Casal.

End: Rua Vicente de Souza, nº14, apt. 403- Botafogo.
CEP: 22251-070 Rio de Janeiro – RJ

E-mail: andream@puc-rio.br

Resumo

O presente trabalho é produto de uma pesquisa que teve como objetivo investigar o período de entrevistas preliminares com famílias, focalizando a especificidade da avaliação diagnóstica familiar e as implicações da construção da demanda compartilhada para a adesão da família à psicoterapia. 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, que não concebe o sofrimento como algo compartilhado. Postula-se que, no período de entrevistas, é importante problematizar a queixa inicial, por vezes centrada nos conflitos do sujeito-sintoma. As intervenções iniciais visam à realização da transformação do discurso de vitimização dos familiares, conduzindo a um posicionamento conjunto responsável pelo sofrimento psíquico. Na revisão da literatura, foram privilegiadas contribuições, tanto da abordagem psicanalítica quanto algumas noções da abordagem sistêmica. Para atingir os objetivos propostos, a pesquisa adotou uma metodologia de estudo de casos clínicos. Foram analisados três casos de psicoterapia familiar, com diferentes queixas e problemáticas. O estudo dos casos respaldou-se na análise clínica de conteúdos das entrevistas preliminares e na análise do material projetivo originado da aplicação do Arte Diagnóstico Familiar – ADF, instrumento de avaliação familiar. A descrição dos três casos clínicos ilustra o período de entrevistas preliminares e o trabalho de construção da demanda compartilhada.

Palavras-chave: Psicoterapia De Família. Avaliação Familiar. Entrevistas Preliminares. Queixa Inicial. Demanda Compartilhada.

Abstract

The present work is product of a research that had as objective to investigate the period of preliminary interviews with families, focusing the familiar diagnosis evaluation specificity and the conjoint demand construction implications for the family adhesion to the psychotherapy. The conjoint familiar demand was a notion developed in this study, meaning the latent motivation that led the group to the

psychotherapy. That is, it corresponds to the interpsychics contents that are still incomprehensible for the family, that does not conceive the suffering as something shared. One claims that, in the period of interviews, it is important to problematize the initial complaint, for times centered in the subject-symptom conflicts. The initial interventions aim the accomplishment of the relatives victimization speech transformation, leading to one responsible joint positioning for the psychic suffering. In the literature review, the psychoanalytic approach was as privileged as some systemic approach notions. To reach the considered objectives, the research adopted a clinical cases study methodology. Three cases of familiar psychotherapy had been analyzed, with different problematic complaints. The study of the cases was endorsed in the clinical analysis of preliminary interviews contents and in the analysis of the projective material originated of the Family Art Evaluation application- FAD, instrument of familiar evaluation. The three clinical cases descriptions illustrate the preliminary interviews period and the conjoint demand construction work.

Keywords: Family Psychotherapy. Preliminary Interviews. Family Evaluation. Initial Complaint. Conjoint Demand.

Resumen

El presente trabajo es el producto de una investigación que tuvo como objetivo investigar el período de entrevistas preliminares con familias, enfocando la especificidad de la evaluación diagnóstica familiar y las implicaciones de la construcción de la demanda compartida para la adhesión de la familia a la psicoterapia. La demanda familiar compartida fue un concepto desarrollado en este estudio, que significa la motivación latente que llevó el grupo a la psicoterapia. Es decir, corresponde a los contenidos interpsíquicos que todavía son incomprensibles para la familia, que no concibe el sufrimiento como algo compartido. Se postula que, en el período de entrevistas, es importante problematizar la queja inicial a veces centrada en los conflictos del sujeto-síntoma. Las intervenciones iniciales tienen como objetivo la realización de la transformación del discurso de la victimización de los familiares, llevando a un posicionamiento conjunto responsable por el sufrimiento psíquico.

En la revisión de la literatura, fueron privilegiadas contribuciones tanto del enfoque psicanalítico como algunas nociones del enfoque sistémico. Para alcanzar los objetivos propuestos, la investigación adoptó una metodología de estudios de casos clínicos. Se analizaron tres casos de psicoterapia familiar, con diferentes quejas y problemáticas. El estudio de los casos cuenta con el respaldo del análisis clínico de contenidos de las entrevistas preliminares y el análisis del material proyectivo de la aplicación del Arte Diagnóstico Familiar- ADF, instrumento de evaluación familiar. La descripción de los tres casos clínicos ilustra el período de entrevistas preliminares y el trabajo de construcción de la demanda compartida. Palabras-claves: Psicoterapia De Familia. Evaluación Familiar. Entrevistas Preliminares. Queja Principal. Demanda Compartida.

Résumé

Ce travail est le résultat d'une recherche ayant pour but de faire une investigation sur la période des entretiens préliminaires avec les familles, en mettant en lumière la spécificité de l'évaluation diagnostique familiale et les implications de la construction de la demande partagée pour l'adhésion de la famille à la psychothérapie. La demande familiale partagée c'est une notion développée dans cette étude, qui signifie la motivation latente qui a mené le groupe à la psychothérapie. Soit, elle correspond aux contenus interpsychiques que la famille n'est pas encore en condition de comprendre pour ne pas concevoir la souffrance comme quelque chose de partageable. Ce travail postule que, dans la période des entretiens, il est important de reconsidérer la plainte initiale, parfois centrée sur les conflits du sujet-symptôme. Les interventions initiales ont pour but la transformation du discours qui rend victimes les membres de la famille ce qui conduit à un positionnement conjoint responsable de la souffrance psychique. Lors de la révision de la littérature, on a privilégié non seulement les contributions de l'approche psychanalytique, mais aussi quelques notions de l'approche systémique. Pour atteindre les objectifs proposés, la recherche a adopté une méthodologie d'étude des cas cliniques. On a analysé trois cas de psychoterapie familiale présentant des plaintes et des problematiques différentes. L'étude des cas s'est

basé sur l'analyse clinique des contenus des entretiens préliminaires et sur l'analyse du matériel projectif issu de l'application de l'Art Diagnostic Familial – ADF, instrument d'évaluation familiale. La description des trois cas clinique illustre la période d'entretiens préliminaires et le travail de construction de la demande partagée.

Mots-clé: Psychotérapie Familiale . Évaluation Familiale . Entretiens Préliminaires . Plainte Initiale . Demande Partagée.

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 objetivo a manutenção de sua sobrevivência. A família pode ser entendida a partir da noção de circularidade, desenvolvida na Teoria Sistêmica, na qual um elemento transforma e é transformado pelo conjunto, buscando-se manter a homeostase. O conceito de “sistema” implica a ideia de que o grupo familiar possui um funcionamento organizado por leis próprias, além de ser marcado pela história das gerações anteriores e pelo ciclo de vida.

De acordo com a abordagem psicanalítica, o funcionamento familiar é organizado por um aparelho psíquico grupal. Este último é responsável pelo arranjo do material psíquico de cada membro familiar, dando origem a um conteúdo único que forma a singularidade da atividade psíquica da família. A função desse aparelho psíquico é realizar o trabalho de reequilíbrio dos investimentos libidinais, transformar as representações e consolidar a vivência de identidade familiar.

Anzieu (1990) afirma que o grupo cria um “si” próprio, delimitando a identidade que o mantém vivo. Neste “si” grupal, o sujeito se constitui e se sujeita às condições estabelecidas pelo conjunto, ao mesmo tempo em que possui um papel constituinte do mesmo (Kaës, 1997). Nos casos em que existem traumas ou segredos, por exemplo, o que está fragilizado é a capacidade de simbolização do aparelho psíquico (Lemaire, 2007).

Os conflitos psíquicos intersubjetivos podem ameaçar o “si”

grupal, produzindo um temor ao colapso dos vínculos. Esse temor compartilhado intensifica a indiferenciação e cristaliza a dinâmica grupal, dificultando a ação de transformação nos níveis intra e interpessoal. Lemaire (2007), Eguier (1995) e Neuburger (1988) reforçam a ideia de que, nesses casos, o projeto psicoterapêutico mais urgente consiste em compreender esta angústia conjunta.

O psicoterapeuta deve estar atento à complexidade do pedido de ajuda, principalmente porque, na maioria das vezes, a família procura tratamento apenas para um dos seus integrantes. Faz-se necessário realizar, no período de entrevistas preliminares, um trabalho de elaboração dos objetivos conscientes e inconscientes comuns ao grupo familiar.

A necessidade de criar este questionamento conjunto torna-se emergente quando o discurso coletivo se apresenta confuso, o sentimento de ameaça aos vínculos familiares é intenso, e o sofrimento conjunto impede, em alguma medida, a expressão das singularidades. O trabalho de reformulação do pedido de ajuda torna-se, então, uma condição primordial para a implicação da família no tratamento.

A psicoterapia de família envolve a complexidade dos fenômenos intersubjetivos e dos processos intrapsíquicos. Os impasses em relação à avaliação familiar e as motivações do grupo para pedir ajuda foram questões que suscitaram o interesse em investigar o período de entrevistas preliminares. Entende-se que o trabalho terapêutico inicial é bidirecional, ou seja, depende da família e do encontro desta com o psicoterapeuta.

No presente estudo, abordou-se o período de entrevistas preliminares com famílias, enfatizando a especificidade da avaliação diagnóstica familiar e as implicações da construção da demanda compartilhada para a adesão da família à psicoterapia. Adotou-se uma metodologia de estudo de casos clínicos, com base na análise de três casos de psicoterapia familiar. Foram analisados conteúdos verbais das entrevistas preliminares e do material projetivo originado da aplicação do Arte Diagnóstico Familiar – ADF (Kwiatkowska, 1975, 1977 e 1978). Propõe-se uma reflexão sobre a especificidade do período inicial da psicoterapia de família, discutindo-se a importância de uma minuciosa análise do funcionamento

familiar, para que a indicação terapêutica seja adequada, favorecendo a implicação da família no tratamento.

Entrevistas preliminares e motivação familiar

O período de entrevistas é fundamental para a elaboração do pedido de ajuda 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 circunda a investigação de um sofrimento familiar latente. Procura-se analisar quem está adoecido: o conjunto ou apenas um dos membros do grupo? Não se trata de negar as patologias e os sofrimentos individuais, mas de avaliar o que, neste momento, é prioridade.

Nas entrevistas preliminares, considera-se como eixo central a investigação sobre os conteúdos intersíquicos 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. As autoras 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. No presente trabalho, denominou-se de queixa inicial aquilo que é primeiramente mencionado no discurso familiar.

O segundo nível postulado 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 “demanda”, um termo mais comumente utilizado pelos clínicos, referindo-se ao desejo para a busca de ajuda. Neste trabalho, entende-se que o diagnóstico equivale a uma investigação sobre o que ocorre com a família, para além das descrições formuladas por ela, posto que são limitadas e defensivas (Arzeno, 1995).

Em muitos casos, o receptor do sinal de ajuda é um terceiro não ligado à família, sendo ele quem incentiva o grupo a procurar uma psicoterapia para tratar dos conflitos. A problemática pode ou

não ser reconhecida pela família, pois a mesma pode encontrar-se em plena negação de 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 exclusivamente pelas motivações dos membros do grupo familiar. 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) afirma que em algumas situações de encaminhamento, percebe-se que o grupo não identifica claramente a razão de estar ali, nem mesmo o que espera da psicoterapia familiar. A autora 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.

Ou seja, é preciso investigar a disponibilidade interna dos familiares, para que seja efetivada a construção de suas próprias motivações. Por meio de uma compreensão calcada na noção da circularidade, o psicoterapeuta ajudará a família a realizar a passagem da obrigação à elaboração da sua própria demanda de tratamento.

Muitas vezes, a lógica grupal dificulta o processo de singularização do sujeito, limitando-o a entrar em contato com seus próprios conflitos e ideias, portanto, ficando subjugado ao conjunto. Para poder 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 fusional, o indicado é tratar o grupo a fim de que seja possível viabilizar aos sujeitos a capacidade de entrar em contato com seus conflitos individuais.

Conforme Stierlin, Rücker-Embsden, Wetzel e Wirsching

(1995), quando 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 ideias. Como consequência disto, eles também ficam impossibilitados de assumirem a responsabilidade pelo que sentem, e de reconhecerem sua participação na dinâmica familiar.

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 familiar. É preciso que o psicoterapeuta a ajude a amenizar a cisão e a indiferenciação entre seus membros, facilitando a passagem do conjunto ao individual. Esta tarefa de atenção à origem do pedido de ajuda possui um caráter ético na avaliação clínica, tendo em vista as fortes reações familiares de sabotagem e de resistência para manter-se em homeostase. Esses mecanismos defensivos dificultam o tratamento que supostamente desejam para um filho, um cônjuge ou um parente

Os primeiros encontros em psicoterapia despertam angústia e ansiedade, porque a iminente mudança ameaça o equilíbrio grupal. De acordo com Mannoni (2003), a ansiedade e a angústia emergem, justamente, pelo fato de o psicoterapeuta ser a pessoa a quem a família recorre, após tentativas fracassadas e ilusões perdidas. Paradoxalmente, ele é visto como alguém que “denunciará” os aspectos disfuncionais familiares. 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.

Funcionamento psíquico e sintoma da família

Segundo Kaës (2005) e Anzieu (1990), o aparelho psíquico grupal seria constituído por 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 do sonho, considerando-o, assim como estes dois últimos, um espaço de associação de de-

sejos que buscam satisfação. Ou seja, na base da estruturação do grupo familiar haveria uma “formação de compromisso”, na medida em que é estruturado na realização desses desejos, e também na produção de defesas suscitadas pela angústia do Eu diante da satisfação primária de tais desejos.

O funcionamento psíquico familiar, fundamentado pelos autores grupálistas como Eguier, Ruffiot e Kaës, 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. Eguier (1995) denominou esta circulação de material psíquico de interfantasmática, conceituando a tendência da família para agir e reagir de acordo com o conluio de fantasias.

Eguier correlaciona a interfantasmática ao conceito de colusão desenvolvido por Willi (1975). 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. Portanto, 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.

Eguier (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 de cada sujeito individualmente.

Esses processos interpósíquicos ocorrem num sistema complexo de interação e vinculação, os quais devem ser compreendidos a partir da noção de circularidade. O 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 do trabalho do aparelho psíquico familiar integrar a energia pulsional, conter a 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 das 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.

Piccolo, 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 esses autores, são produtos de uma série de crenças e fantasias integradas e compartilhadas por todos os membros da família. Essas crenças não são desmentidas pelos que estão nela implicados, e compõem a particular realidade psíquica da família. Os autores afirmam que os mitos surgem como tentativas de explicação para as indagações e para os conflitos inerentes à 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. O mito 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 do mito e coloca em marcha a temporalidade. Se ele não for colocado em palavras, ou interpretado, não cederá em sua força sintomática (Ferreira, 1963; Eiguer, 1995).

Alguns autores, como 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, e o mito familiar. Almeida-Prado (1999), em seu estudo sobre esta questão com famílias psicóticas, afirma que a gravidade da patologia familiar enrijece os mitos, dificultando

dessa forma o processo de separação e de individuação. Tal gravidade 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 que a sustentação do segredo se dá por meio das 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 confrontação 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, destinado a encobrir uma determinada fantasia, sobrecarrega o funcionamento mental compartilhado, dificultando o processo de elaboração. 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.

No entanto, o sintoma familiar 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), “ser” sujeito-sintoma é ser identificado pelo grupo como o sintoma em si, 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.

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 singularidade e a autonomia do sujeito são atacadas em nome do “todo”, o atendimento individual do paciente identificado se mostrará parcialmente ineficaz, ou extremamente difícil, considerando que a mínima mudança individual implicará em uma transformação grupal. Se a resistência do grupo diante desta transformação não for concomitantemente trabalhada, o trabalho psicoterapêutico poderá ser sabotado. 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 implica em um posicionamento ético. O psicoterapeuta deve buscar o entendimento sobre o sofrimento familiar. Em alguns casos, ele pode se colocar numa posição de cegueira, ao negar – ou não reconhecer – a importância de uma assistência familiar. Isto ocorre, principalmente, quando o que está em perigo são os vínculos familiares e não apenas o estado emocional de um membro familiar.

A função de sustentar a patologia coletiva pertence a qualquer configuração vincular, pois, para Kaës (2005), é necessária no “processo psíquico intersubjetivo”. O autor ressalta que a função do paciente identificado é composta por duas dimensões determinantes às quais o sujeito está submetido: a dimensão de um conjunto grupal e a intrapsíquica. A singularidade da formulação deste autor é, justamente, ressaltar que a condição de porta-sintoma, que envolve a interação entre estas duas dimensões. Supõe-se que haja a participação de um processo intrapsíquico, e não so-

mente dos processos intersíquicos, para que este lugar seja ocupado por um dos membros da família.

Kaës (2005) articula dois níveis diferentes da função de depositário da doença grupal, denominando-os de metonímico e de metafórico. No primeiro, o paciente identificado é colocado no lugar do todo, apesar de ser na realidade uma parte do conjunto. Este modo metonímico estaria mais próximo de um funcionamento grupal psicótico, enquanto o nível metafórico se organiza por processos neuróticos.

A formulação do pedido de ajuda 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. A família deverá implicar-se na reflexão sobre a produção e sobre a manutenção de seu sintoma, buscando compreender aquilo que se faz enigma e lhe causa desconforto.

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 ao fator motivacional da busca por um tratamento.

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, está 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.

O período de entrevistas permite ao psicoterapeuta “situar-se diante do tipo de demanda que lhe faz o entrevistado” (Rocha, 1990, p. 30). Entende-se a afirmação de “situar-se” como referente ao trabalho de compreensão e de elucidação do motivo latente, o qual permeia 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; Romagnoli, 2004).

Mannoni (2003) afirma que, na clínica com crianças, o psicoterapeuta irá ajudar a família a articular sua demanda, constituindo-a em palavras, a partir da história familiar. 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 sujeito-sintoma.

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 interfantasmatização possam advir. Portanto, este colocar em movimento permite a retificação da posição de vítima daqueles que se dizem “inocentes” para iniciarem um posicionamento 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 cujos 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.

Muitas famílias, por sentirem-se frágeis emocionalmente,

desenvolvem defesas tão intensas que resistem ao trabalho de enunciação das fantasias, assim como à responsabilidade pelo sofrimento do grupo. 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 o “si” familiar seja aniquilado e que, por conseguinte, o sentimento de pertença e o mundo interno do grupo sejam também destruídos (Eiguer, 1995). 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.

Lemaire (2007) ainda 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, iniciando o processo de indiferenciação.

Em vista disso, a criação, ou não, da demanda familiar compartilhada, no período de entrevistas preliminares, é significativa para a formulação do diagnóstico e do prognóstico familiar. Esta 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.

Embora, no período das entrevistas, alguns dos membros familiares afirmem saber a razão de estarem ali presentes, eles 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. (1995) 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) afirma que a presença desse antagonismo no discurso, quando cada membro da família possui motivações e objetivos próprios, representa uma pseudo incompatibilidade. Estas divergências, na verdade, estão enredadas em questões intersubjetivas, encobrendo uma interação latente entre as defesas e os desejos do grupo.

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.

Em um primeiro momento, pode-se pensar ser ilusório obter um acordo comum do grupo como objetivo de tratamento. Porém, a elucidação da demanda familiar compartilhada está longe de definir-se como a construção de um acordo comum. Refere-se à enunciação de questões profundas, que retroalimentam a dinâmica familiar. Uma parcial insatisfação com o tratamento persistirá, porque, assim como na negociação diplomática, não será atendido o pedido de somente aliviar a angústia, sem elaborar o que adoece. As intervenções iniciais do psicoterapeuta visam à realização de uma transformação da posição de vítima da família, conduzindo a uma posição de implicação.

Sugere-se a realização de um trabalho com os 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.

Estudo de casos: Família segredo, Família enigma, Família em luto

A noção de construção da demanda familiar compartilhada foi desenvolvida a partir de um estudo de casos (Machado, 2010). Na referida investigação, foram analisados três casos de psicoterapia familiar. As famílias que participaram dessa pesquisa foram atendidas no Serviço de Psicologia Aplicada – SPA de uma universidade da cidade do Rio de Janeiro. Analisou-se o material clínico referente ao início do processo psicoterapêutico (de quatro a oito sessões preliminares), focando-se a avaliação familiar. Buscou-se compreender o movimento de passagem da queixa manifesta, centrada no paciente identificado, para a demanda familiar compartilhada.

O estudo de casos respaldou-se no entendimento clínico de conteúdos descritos nos relatórios das entrevistas preliminares das famílias e do material projetivo originado da aplicação do Arte Diagnóstico Familiar – ADF (Kwiatkowska, 1975). Esse instrumento de avaliação familiar baseia-se na criação de desenhos com temas pré-determinados e na observação da interação familiar durante a realização dos procedimentos (Kwiatkowska, 1977, 1978; Machado, Féres-Carneiro e Magalhães, 2008). Em todos os casos, os nomes dos participantes foram substituídos, assim como alguns detalhes secundários à história também foram modificados, para que as identidades das famílias fossem preservadas. Os três casos selecionados ilustram diferentes queixas e problemáticas familiares no período de entrevistas, assim como o trabalho de avaliação com famílias e suas vicissitudes. Os casos foram atendidos pela equipe de Família e Casal do SPA, em co-terapia, entre os anos de 2006 e 2008, tendo os pacientes assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a utilização do material clínico em ensino, pesquisa e publicação.

Família segredo

Era composta por Pedro (37 anos) casado há mais de dez anos com Helena (25 anos). Nessa família, o filho mais velho de Pedro, Daniel (12 anos), 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 (10 anos) provinha de uma relação extraconjugal de Pedro. Por fim, o filho caçula, Renato (6 anos), era o único filho biológico do casal.

A queixa inicial tinha como foco o 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 de Pedro, e não sabia “nada” sobre sua verdadeira origem. A manutenção desse segredo estava provocando desavenças entre os cônjuges, e entre Helena e os filhos, gerando a sensação de enfraquecimento dos vínculos e o temor de desagregação familiar. Pedro foi quem procurou o SPA, mencionando sua vontade de contar “o segredo”, mas que não conseguia fazê-lo, pois temia os efeitos da revelação do mesmo.

O processo de avaliação familiar ocorreu em quatro sessões com dois psicoterapeutas, durante o período de um mês e meio. Nesse período, observou-se que a dinâmica do grupo caracterizava-se pela manutenção de um jogo interacional de “inclusão/exclusão”. Esse jogo se revelava por meio de *actings outs*, colocando por vezes os psicoterapeutas em impasses que desencadeavam um desequilíbrio no enquadre.

O casal se conheceu quando Helena era ainda adolescente, havendo uma diferença de idade significativa entre eles. À época, Pedro já era um jovem adulto com um filho recém-nascido de seu primeiro casamento. Namoraram 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. Esse processo de gravidez permaneceu encoberto durante as entrevistas, não ficando claro se era, ou não, resultado de uma traição. Com um mês de nascido, a mãe biológica de Pedro Filho o entregou para o pai criar, mudando-se sem avisar seu destino. Desde então, Helena e Pedro nunca mais a encontraram, nem souberam notícias, mas tinham receio de que ela reaparecesse.

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 frequentemente do que Renato, o filho biológico do casal. Pedro também sentia um forte sentimento de culpa, desencadeado por seu dilema de revelar o segredo, ou de ocultá-lo, 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.

Os três irmãos demonstravam, nas entrevistas, um intenso entrosamento e muita cumplicidade. Conheciam e comentavam o que cada um gostava de fazer e com que gostavam de 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, representado no jogo rígido de inclusão-exclusão, como o que ocorria entre 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 madrastra, não falando com a mesma em nenhum momento.

Na sessão de devolução, na qual seria estabelecido o contrato psicoterapêutico, somente o pai compareceu, comentando que a mulher recusou-se a ir, impedindo os filhos de participarem também. Cabe ressaltar que esta atitude foi aceita por Pedro, sendo este, portanto, também responsável por esta ausência do grupo. 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 aguento mais*”. Justificou não ter feito isso antes, devido à falta de tempo. Esta família não aderiu à psicoterapia.

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. Omissões e muita ambivalência apareciam como defesas e resistências da família ao se deparar com o desamparo e com o esvaziamento afetivo.

O investimento libidinal dirigia-se à 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. 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, ele era denegado por seus membros.

Família enigma

Era formada por Fernanda (48 anos) casada há 23 anos com Celso (49 anos). Deste casamento, nasceram dois filhos, Hugo (18 anos) e Amanda (15 anos). A queixa inicial enfocava no pedido de ajuda psicopedagógica para a filha, cuja indicação fora feita pela escola da mesma, devido a problemas de aprendizagem. A queixa manifesta centrava-se no fato de Fernanda achar sua filha (Amanda) muito imatura. A menina apresentava problemas de relacionamento social na escola, e ainda brincava com bonecas e com meninas muito mais novas do que ela.

O processo de avaliação familiar ocorreu em seis sessões, durante o período de um mês e meio. Inicialmente, Fernanda queixava-se da filha, comentando sobre sua imaturidade e sobre um possível diagnóstico de dislexia. Contudo, esse assunto não foi mais comentado nas entrevistas. Relacionou a dificuldade de Amanda em lidar com o crescimento e 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 essa perda e ter passado seu sentimento para a filha. Na época, não considerou a idade da filha e lhe disse como desabafa: “*Nasce, cresce e morre*”.

O casal relatou conflitos sexuais após o nascimento dos filhos e momentos de crise. 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 deveriam avisar um ao outro, e ele não cumpriu o acordo. Sentia-se culpada por esse fato passado, dizendo que “*70% é minha responsabilidade*”. Celso, diante desse relato, teve uma reação de concordância e de arrependimento, abraçando a mulher, quando esta se emocionou com a lembrança dos fatos.

O convívio familiar era conflituoso, 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 disso, 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. A família mencionou 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.

A família reagia diante de qualquer atitude um pouco mais amadurecida de Amanda. Isso era expresso, sobretudo, pela mãe. Qualquer comportamento que aludisse à individualidade ou à independência de Amanda era desqualificado. Quando ela manifestou sua pretensão de morar sozinha aos 25 anos, os pais ficaram mobilizados com a declaração. Sempre que falava sobre o crescimento dos filhos, Fernanda chorava, possivelmente porque o crescimento representava a perda de controle sobre eles.

Na sessão de devolução, todos compareceram e mostra-

ram-se interessados em refletir sobre o que fora observado pelos psicoterapeutas. Foi pontuado 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, que denunciava com suas atuações os conflitos da mãe.

A família concordou com as pontuações realizadas pelos psicoterapeutas, mas apresentou um comportamento passivo diante delas, não produzindo novas associações, nem procurando se aprofundar nas questões levantadas. Celso retomou 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 e perceberem o quanto estavam gostando daquele espaço em família, manifestando o desejo compartilhado de dar continuidade ao tratamento. Houve, portanto, adesão à psicoterapia de família.

Pode-se pensar que a demanda familiar compartilhada girava em torno da impossibilidade de os membros se individualizarem, mantendo o pertencimento ao 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 família, o crescer e se individualizar fossem vivenciados como uma morte, não havendo possibilidade de se viver separado.

Percebe-se que essa questão acompanha a *Família enigma* como um mito centrado na impossibilidade de haver “enigmas” incompartilháveis pertencentes à singularidade do sujeito. Um exemplo, para o entendimento desta suposição, 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, nessa família, tanto como uma ameaça, quanto

como algo necessário.

Família em luto

Era composta por Pilar (50 anos), casada há 23 anos com Lúcio (52 anos), um militar aposentado. Eles tiveram dois filhos, o mais velho era Tadeu (21 anos) e o mais novo, Luiz, falecera há quatro anos, acometido por câncer. Pilar procurou o SPA, indicada pelo colégio de Tadeu, que os orientou a procurar uma psicoterapia de família. O processo de avaliação familiar ocorreu em oito sessões. Foi um período de avaliação extenso, devido aos constantes atrasos da família.

A queixa inicial centrava-se no comportamento violento e muito tímido de Tadeu, que apresentava histórico de intervenções psiquiátricas. Ele passava por sucessivas avaliações médicas, sem se incomodar ou questionar, o que tomava um tempo significativo de sua vida e da vida de sua mãe. 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 eram direcionados à mãe e, por isso, Pilar temia por sua segurança. A mãe relatou episódios em que o filho jogou objetos pela janela do apartamento, como cadeiras e colchões.

O pai de Lúcio falecera cerca de oito meses antes de seu casamento. Após o falecimento do pai, ele passara a ser o provedor de sua família de origem. Portanto, o casamento de Lúcio não agradava à sua mãe. Devido à desaprovação da família de Lúcio, ele e Pilar fugiram e foram morar em um bairro distante. O início da união foi conturbado, pois Lúcio queria continuar com o estilo de vida de uma pessoa solteira. Saía com os amigos, indo a bares sozinho, e deixando Pilar em casa. Voltava bêbado e falando bobagens, agredindo-a física e verbalmente. 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. Quando presenciava as agressões, ficava nervoso, saindo de casa sem rumo. Apesar disso, a família relatava que o filho tinha um bom relacionamento com o pai, pois este o ajudava a estudar, e até a

olhar para as pessoas diretamente nos olhos. Tadeu era agressivo com a mãe, sobretudo nos momentos em que o pai não estava em casa. Implicava com ela, “*remexendo as gavetas*”. Lúcio duvidava do relato de Pilar, acreditando nela somente 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, enquanto Lúcio a acusava de não dar carinho ao filho e de tê-lo prendido demais em casa. Na opinião do pai, Tadeu era como se fosse duas pessoas, uma alegre que ouvia música e dançava, e outra silenciosa, pensativa e retraída.

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 um fato que mudou a vida do casal, pois eram jovens e Pilar teve que abandonar sua profissão para cuidar do filho. Luiz nascera muitos anos depois de Tadeu, após várias tentativas fracassadas, e sua criação fora diferente, porque os pais não admitiam mais interferências, nem conselhos da família.

Luiz, ao nascer, precisou ficar na incubadora durante alguns dias, porque era muito pequeno e frágil. Segundo 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, acreditando que dessa forma a preservaria de sofrer ainda mais. Lúcio pensou que o médico tinha se equivocado no diagnóstico, ao ver o filho recuperando o peso e manifestando melhora. Esqueceu-se, até mesmo, do comentário médico sobre 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, o que causava irritação em Lúcio. O pai achava que os irmãos deveriam dormir juntos, porque, se algo acontecesse a um deles, o outro irmão estaria lá para apoiá-lo.

No entanto, nunca havia comprado uma cama para Luiz. Quando a doença se manifestou, Luiz estava com quatro anos de idade, e rapidamente ficou muito debilitado.

No hospital, onde Luiz ficou internado durante três meses, explicaram a gravidade de sua doença. Ele foi reinternado, alguns dias depois da alta. Durante os períodos de internação, Pilar não se sentiu apoiada pelo marido. Ele raramente visitava Luiz e suas visitas duravam pouco tempo, gerando brigas entre o casal. Lúcio passou a beber mais, com a morte do filho, na tentativa de esquecer sua dor. Acreditava carregar um imenso peso por ter se calado para preservar a mulher.

Na sessão de devolução, os psicoterapeutas ressaltaram a dificuldade dos membros da família de conversarem a respeito das várias perdas sofridas por eles, e das dificuldades de conviver com as frustrações e os sofrimentos. Conseqüentemente, se fechavam e se isolavam uns dos outros. Quanto às questões conjugais, ressaltaram a falta de companheirismo e de comunicação. Pilar ressentia-se por sair sozinha, considerando-se uma “*viúva de marido vivo*”. Tadeu comentou que ficava dando apoio à mãe após a morte do irmão, ajudando-a na organização da casa. Essa afirmação não foi reconhecida por Pilar, que desqualificou o propósito de ajuda do filho. No final do processo de avaliação familiar, foi pontuado que a alegria e a força que existiam em Tadeu deveriam ser incentivadas a aparecer. Foi percebido um grande investimento do grupo na busca de um fortalecimento dos vínculos. Houve, portanto, adesão à psicoterapia de família.

No período de entrevistas, foi possível trabalhar os não ditos, cujo efeito era a impossibilidade da família de elaborar os lutos. Poder metabolizá-los implicaria em desenterrar os segredos, as mentiras, e a fragilidade emocional diante das frustrações e das perdas, pois naquilo que “*feria*”, parafraseando Pilar, “*deveria ser colocado uma pedra por cima*”. Contudo, se a ferida não for tratada, pode originar uma infecção. Essa infecção estava para além da queixa manifesta, sendo o elo em comum que motivava a todos a construírem a demanda familiar conjunta.

O luto mal elaborado da morte de Luiz aparecia como um assunto recorrente nas entrevistas, e os dados dos desenhos con-

vergiam para esta temática. A compreensão do luto como demanda familiar tem como embasamento a afirmação de Arzeno (1995) de que um diagnóstico consiste na investigação das recorrências e das convergências presentes no caso. Tadeu, de modo metonímico (Kaës, 2005), era colocado no lugar do todo, era ele em seus *actings outs* que manifestava a raiva (ao jogar os móveis pela janela) e remexia os conteúdos engavetados pertencentes ao sistema familiar. Os sentimentos que deveriam circular entre todos os membros grupo, encontravam voz em Tadeu.

Considerações finais

Infere-se que o trabalho de construção da demanda familiar compartilhada caracteriza a especificidade do período de entrevistas com famílias, o qual é permeado por fantasias inconscientes compartilhadas. Ao expressar as motivações latentes 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, viabilizando-se a simbolização do sentimento de co-responsabilidade.

Evidentemente, o trabalho de enunciação dos conteúdos latentes e, conseqüentemente, de construção da demanda familiar compartilhada, não são tarefas fáceis, nem restritas às entrevistas preliminares. Considerar que todas as questões familiares poderiam vir à tona nas entrevistas preliminares seria um pensamento onipotente. As questões emergem ao longo do tratamento, determinadas pelo *timing* da família. Mas, para tal, é preciso, já desde o início, ser criada uma abertura para a lógica da circularidade e da intersubjetividade.

Atribui-se a efetivação de uma mudança de posicionamento familiar a dois aspectos observados nas duas famílias que aderiram ao tratamento. O primeiro seria a preservação da função do aparelho psíquico compartilhado de conter a agressividade. O segundo aspecto seria a preservação da manifestação de afetos amorosos, o que favorece a percepção inconsciente de que os vínculos sobrevivem aos “ataques” dos conflitos entre os membros da família. Em certa medida, o sujeito, para modificar-se, precisa sentir que o ambiente irá suportar o desequilíbrio causado por sua

transformação individual. A mudança do sujeito promove um reposicionamento dele diante do grupo, sendo necessário que esse último sobreviva à desorganização, a fim de que seja assegurada a permanência dos vínculos.

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 amorosas.

Quando 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-se como afeto tanto os aspectos amorosos, quanto os agressivos. Ressalta-se que a agressividade não era suportada por eles, era expressa por meio do silêncio referente ao desentendimento entre madrasta e Daniel, e por meio da intolerância parental com relação às brigas cotidianas entre os irmãos.

Compara-se o “si” familiar das famílias em sofrimento a uma casa que precisa ser reformada, necessitando que paredes sejam derrubadas e quebradas para oferecer uma modernização, gerando a sensação de casa nova. Porém, algumas partes da casa precisam ser preservadas, como as vigas e as colunas, pois são elas que mantêm de pé a estrutura. Pretende-se, com esta analogia, pensar que a viga e as colunas do “si” familiar são os investimentos libidinais. Eles sustentam o sentimento de pertença, assegurando a sensação de continuidade dos vínculos na família. Para que a casa seja reformada, é preciso estar minimamente preservada a capacidade de reconhecimento desses investimentos libidinais. Assim, mantém-se o investimento no “si” grupal, para que possa haver uma “re-forma” menos ameaçadora, apesar de tantos conflitos existentes na vida intersubjetiva. Caso contrário, a reforma psíquica será vivenciada como implosão dos vínculos.

Postula-se a ideia 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 privilegiar a escuta dos conteúdos intersubjetivos subjacentes à queixa. Este trabalho levará os membros da família a perceberem o quanto são participantes da produção do sofrimento, e o quanto estão fragilizados como conjunto. A escuta da intersubjetividade implica uma questão ética na avaliação do pedido ajuda terapêutica. E, a passagem da queixa à demanda possibilita a vinculação da família ao tratamento.

Torna-se pertinente desenvolver outros estudos sobre o período de entrevistas preliminares com famílias, devido às suas inúmeras vicissitudes e à sua interface com outras modalidades clínicas, como psicoterapia individual de crianças, adolescentes e adultos. As particularidades da técnica, inerentes à psicoterapia de família, devem também ser discutidas, visando fornecer subsídios para a clínica com famílias.

Referências

- Almeida-Prado, M. C. C. (1999). *Destino e mito familiar: Uma questão na família psicótica*. São Paulo: Vetor.
- Anzieu, D. (1990). *O grupo e o inconsciente: Imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Eiguer, A. (1980). Metodologia de la interpretacion em psicoterapia familiar de orientacion psicoanalitica. *Revista Terapia Familiar: Estructura, Patologia y Terapêutica del Grupo Familiar*, 3(5), 35-50.
- Eiguer, A. (1985). *Um divã para a família: Do modelo grupal à terapia familiar psicanalítica*. Porto Alegre, RS: Artes médicas.
- Eiguer, A. (1995). *O parentesco fantasmático: Transferência e contratransferência em terapia familiar psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, A. J. (1963). Family myth and homeostasis. *Archives of General Psychiatry*, (9), 457-463.
- Kaës, R. (1997). *O grupo e o sujeito do grupo: Elementos para uma*

- teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (2005). *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: Transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kwiatkowska, H. Y. (1975). *Instruções para conduzir sessões de arte-diagnóstico familiar*. Apostila do Curso de Intervenção Familiar, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Kwiatkowska, H. Y. (1977). Family art therapy. *Family Process*, 6(1), 37-55.
- Kwiatkowska, H. Y. (1978). *Family therapy and evaluation through art*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Lemaire, J. G. (Org.). (2007). *L'inconscient dans la famille*. Paris: Dunod.
- Machado, R. (2010). *Entrevistas preliminares em psicoterapia de família: Construção da demanda compartilhada*. Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro.
- Machado, R., Féres-Carneiro, T. E., & Magalhães, A. S. (2008). Demanda clínica em psicoterapia de família: Arte-diagnóstico familiar como instrumento facilitador. *Paidéia*, 18(41), 555-566.
- Mannoni, M. (2003). *La primera entrevista com el psicoanalista*. Barcelona, España: Gedisa.
- Morandi, S. B. (2006). *A construção da demanda em terapia familiar*. Recuperado em 20 março 2007, da <http://www.cefipoa.com.br/artigos>
- Neuburger, R. (1988). *L'autre demande: Psychanalyse et thérapie familiale*. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 2003.
- Ocampo, M. L. S.; Arzeno, M. E. G., & Piccolo E. G. (2003). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Piccolo, A. M., Grynberg, E. B., Iraeta, G. Y., & Wheel, E. (1978). Psicoterapia de la familia. *Revista de Psicoanalise*, 35(3), 20-33.
- Rocha, F. J. B. (1990). Algumas considerações sobre as entrevistas preliminares, demanda e início de análise. *SBPRJ - Boletim*

Científico, (4), 15-21.

- Rocha, F. J. B. (2000). Do pedido de ajuda à demanda de análise: Sobre escuta psicanalítica e entrevistas preliminares. *ALTER-Jornal de Estudos Psicodinâmicos*, 19, (1), p. 29-41.
- Romagnoli, R. C. (2004). O sintoma da família: Excesso, sofrimento e defesa. *Revista Interações*, 9(18), p. 41-60.
- Ruffiot, A. (1981). Le groupe-famille em analyses: L'appareil psychique groupal. In A. Ruffiot, *La thérapie familiale analytique*. Paris: Dunod.
- Stierlin, H., Rücker-Embsden, I., Wetzel, N., & Wirsching, M. (1995). *Terapia de familia: La primera entrevista* (2a ed.). Barcelona, España: Gedisa.
- Willi, J. (1975). *La pareja humana: Relación y conflicto*. Madrid, España: Morata.

Recebido em 02 de outubro de 2009

Aceito em 02 de março de 2010

Revisado em 25 de abril de 2010