

Maíra Bonafé Sei
Isabel Cristina Gomes
(Organizadoras)

Formação, pesquisa e a clínica psicanalítica de casais e famílias



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

Londrina
2017

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

F723 Formação, pesquisa e a clínica psicanalítica de casais e famílias
[livro eletrônico] / Maíra Bonafé Sei, Isabel Cristina Gomes
(Organizadoras). – Londrina : UEL, 2017.
1 Livro digital.

Vários autores.

Inclui bibliografia.

Disponível em:
<http://www.uel.br/clinicapsicologica/pages/publicacoes.php>

ISBN 978-85-7846-422-6

O conteúdo do texto é de responsabilidade de seus autores.

Editora Universidade Estadual de Londrina

Revisão e organização Maíra Bonafé Sei
Isabel Cristina Gomes

Capa Maíra Bonafé Sei

Sumário

| | |
|---|----|
| Prefácio..... | 5 |
| Andrea Seixas Magalhães..... | 5 |
| Algumas linhas acerca da formação, pesquisa e clínica psicanalítica de casais e famílias..... | 7 |
| Maíra Bonafé Sei; Isabel Cristina Gomes..... | 7 |
| Panorama sobre a Psicoterapia Psicanalítica de Casal e Família no cenário nacional: pesquisa e clínica..... | 9 |
| Isabel Cristina Gomes..... | 9 |
| Reflexões sobre a intersubjetividade no atendimento individual..... | 20 |
| Maria Ângela Fávero-Nunes..... | 20 |
| O atendimento a casal e família em um serviço-escola de Psicologia..... | 35 |
| Maíra Bonafé Sei..... | 35 |
| A anoréxica e sua família..... | 54 |
| Magdalena Ramos..... | 54 |
| Apresentação do caso..... | 69 |
| Isadora Nicastro Salvador..... | 69 |
| Algumas considerações sobre o material clínico apresentado..... | 83 |
| Ruth Blay Levisky; Maria Lucia de Souza Campos Paiva..... | 83 |
| Sobre as autoras..... | 92 |

Prefácio

Andrea Seixas Magalhães

Professora Associada do Departamento de Psicologia
da PUC-Rio

O trabalho na clínica psicanalítica com famílias e casais tem se transformado e se consolidado nos últimos trinta anos, resultando de uma longa jornada que envolve investimentos em pesquisa teórico-clínica e na formação de psicoterapeutas. O campo psicanalítico, com suas inúmeras abordagens e escolas, é bastante heterogêneo e demanda um esforço de articulação teórica e de aprofundamento em relação a conceitos-chave para que se possa derivar uma clínica psicanalítica com famílias e casais. Podemos arriscar dizer que de cada escola psicanalítica poderíamos derivar um modelo de escuta para a família, com desdobramentos importantes para a técnica, tendo as escolas psicanalíticas de família e casal mais conhecidas se estabelecido na Argentina, na França e na Inglaterra. Por outro lado, a clínica com famílias também nasce num campo interdisciplinar fértil, sendo, desde os primórdios, uma clínica da articulação, ou seja, tendo incorporado contribuições de diversas escolas, mantendo-se viva e atenta ao ambiente e aos acontecimentos que o atravessam.

Neste cenário, destacamos a importância de dar visibilidade a trabalhos desenvolvidos nas clínicas-escola, centros de formação por excelência, cuja missão central é formar psicoterapeutas e fornecer material para a pesquisa clínica, além de ter uma importante função de inserção social. É no espaço de formação que as teorias ganham vida e que o ambiente clínico se apresenta na sua potência máxima. De um lado, temos os jovens psicoterapeutas abertos ao conhecimento, cheios de questionamentos e ávidos por transformar a técnica artesanalmente, inspirados e

alimentados pelo grupo de pares e de supervisores. De outro, as instituições de formação e seus profissionais são constantemente instigados a se renovar para atender às necessidades de avanço teórico-técnico que são colocadas no dia-a-dia da clínica e de assimilar as novas tendências da família contemporânea, nas suas mais diversas configurações e contextos. Desse caldo, a clínica com famílias e casais emerge revigorada.

Este livro, que resulta de um encontro de formadores, num espaço de pesquisa clínica, vem mobilizar discussões no campo da Terapia Familiar, dando voz à clínica psicanalítica e aos questionamentos que se apresentam na prática de formação. Aqui, cada autor revela seu modo particular de manejo na clínica com famílias e aponta questões para futuros estudos. Os trabalhos apresentados, além de fornecer dados importantes sobre o cenário nacional da clínica psicanalítica com famílias e de debater a formação em instituições de ensino do país, ilustram avanços e dificuldades vivenciadas na prática do atendimento a famílias e casais.

Convido a todos a apreciarem a leitura dos capítulos desta obra na sequência apresentada pelas organizadoras, as professoras Maíra Bonafé Sei e Isabel Cristina Gomes, certos de que desse material narrativo extrairão elementos para ampliar a compreensão acerca de um campo de conhecimento jovem e vibrante, cheio de possibilidades de apresentar desdobramentos ainda inusitados. A clínica psicanalítica com famílias, no Brasil, se desvela e se enriquece a partir dos estudos aqui apresentados e das interlocuções que podem surgir inspiradas por essa preciosa publicação.

Algumas linhas acerca da formação, pesquisa e clínica psicanalítica de casais e famílias

Maíra Bonafé Sei; Isabel Cristina Gomes

Esta publicação configura-se como uma obra organizada a partir do evento “Formação, pesquisa e a clínica psicanalítica de casais e famílias” realizado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em outubro de 2016. Busca agregar as palestras ministradas, fomentando a disseminação do conhecimento construído no campo da Psicanálise de Casal e Família no cenário nacional.

O livro se inicia com o capítulo da Profa. Titular Isabel Cristina Gomes, intitulado de “Panorama sobre a Psicoterapia Psicanalítica de Casal e Família no cenário nacional: pesquisa e clínica”. Tal texto visa apresentar o campo da psicoterapia psicanalítica de casal e família no Brasil, contextualizando o leitor sobre esta área de atuação que vivencia um visível crescimento especialmente na última década.

Já a Dra. Maria Ângela Fávero-Nunes aborda, por meio do capítulo “Reflexões sobre a intersubjetividade no atendimento individual”, o tema da intersubjetividade, conceito essencial à Psicanálise de Casal e Família, temática desenvolvida a partir de um atendimento individual. Em seguida, a Dra. Maíra Bonafé Sei discorre, por meio do capítulo “O atendimento a casal e família em um serviço-escola de Psicologia”, sobre a experiência da psicoterapia psicanalítica de casal e família realizada na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina. Tal prática é empreendida a partir de projetos de extensão vinculados ao Departamento de Psicologia e Psicanálise.

A prática clínica é abordada tanto pela psicanalista Magdalena Ramos que discute a Psicanálise de Família no contexto da anorexia por meio de um caso clínico, quanto pelo

Seminário Clínico referente à psicoterapia psicanalítica de família conduzida pela psicóloga Isadora Nicastro Salvador, enquanto era bolsista do projeto de extensão “Psicoterapia psicanalítica de casal e família na Clínica Psicológica da UEL”. As Dras. Ruth Blay Levisky e Maria Lucia de Souza Campos Paiva tecem posteriormente algumas considerações sobre o material clínico apresentado, fechando esta proposta de publicação.

Esperamos que a leitura possa ser profícua e fomenta a qualificação dos profissionais da área e demais interessados no campo. Bom estudo!

Panorama sobre a Psicoterapia Psicanalítica de Casal e Família no cenário nacional: pesquisa e clínica

Isabel Cristina Gomes

Esse texto é decorrente de um evento que realizamos em 2016 no Instituto de Psicologia da USP, com profissionais de outras instituições acadêmicas e institutos de formação em Psicanálise, com a finalidade de discutirmos o panorama atual da Psicanálise de Família e Casal no cenário brasileiro, na interface entre a pesquisa e a clínica.

Do ponto de vista dos referenciais teóricos mais utilizados, comumente encontramos os principais expoentes nas correntes francesa e argentina. Sejam nas intervenções clínicas ou nas construções teóricas, não se pode prescindir da estreita ligação entre o campo intrapsíquico e o intersubjetivo. A própria formação dos psicanalistas de casal e família feita aqui no Brasil, via de regra, segue essa mesma lógica na medida em que a formação dos primeiros ainda é vista como uma extensão da formação em Psicanálise. Daí, termos em Freud, Klein, Bion e Winnicott nossos precursores.

Numa publicação anterior (Gomes, 2012), a partir de um esboço histórico sobre o desenvolvimento dos principais conceitos que norteiam esse campo familiar e de casal reafirmamos a posição instaurada por Kaës (2001, 2004, 2011) da criação de uma nova metapsicologia, na qual se amplia a noção de sujeito Freudiano para sujeito da herança, na medida em que esse se define cada vez mais, necessariamente, no espaço intersubjetivo, entendendo-o como espaço e tempo da geração, do familiar e do grupal mais amplo.

Kaës (2001), retomando o próprio Freud, aprofunda o conceito de transmissão da vida psíquica entre as gerações, pontuando a “transgeracionalidade” como um aspecto

fundante da clínica familiar. A transmissão psíquica, em seu modo inter e transgeracional, atua fazendo parte dos alicerces da constituição subjetiva de todos nós, gerando o sentimento de pertencimento familiar, social, histórico e cultural necessários a qualquer indivíduo; visto pelo prisma dos conteúdos e das manifestações de ordem consciente, liga-se aos aspectos intergeracionais. Por exemplo, as manifestações artísticas de uma determinada época são capazes de definir e/ou representar um dado grupo, um povo. Bem como, as histórias familiares contadas de geração em geração configuram os mitos de cada família e permitem a identificação de cada um dos descendentes nesse elo geracional.

A transmissão transgeracional, por sua vez, tendo como característica os conteúdos inconscientes, da ordem do segredo, do impensável, dos traumas, que permeiam as gerações sem possibilidade de elaboração e transformação, representam tópicos importantes a serem decifrados e trabalhados no espaço psicoterapêutico individual e/ou familiar.

Seguindo-se essa linha de raciocínio, o determinismo do inconsciente Freudiano aumenta em complexidade quando incluímos a influência do legado geracional segundo o modelo Kaësiano. Podemos aqui fazer um paralelo, pensando na expansão da teoria psicanalítica saindo do intrapsíquico e enfocando o intersubjetivo, entre o conceito de relação de objeto e a noção de vínculo criada pelos argentinos que aprofunda o entendimento da constituição psíquica vista pela égide da relação EU-OUTRO. Ou seja, Berenstein e Puget (1993, 1997, 2004) há décadas vieram se dedicando ao estabelecimento das bases conceituais da Psicanálise Vincular, na qual encontramos a última definição de “vínculo”, apresentada num texto de 2004, como sendo um estado psíquico derivado do contato com a presença do outro, visto como algo novo, diferente do EU. Esses autores também deram um lugar de destaque para a realidade externa,

circundante ao indivíduo, em sua conceituação sobre o transobjetivo - representando a inscrição inconsciente dos modelos socioculturais.

Ambos os autores são unânimes em afirmar a forte interferência que sofreram do pensamento de Bleger e, fundamentalmente, de Pichon-Rivière. É no pensamento desse último, desenvolvido prioritariamente entre as décadas de 80 e 90, que encontrávamos as bases para a compreensão da doença mental na família através da noção de porta voz ou depositário da patologia familiar, ou seja, um dos elementos do grupo familiar era escolhido para ser o depositário de toda a doença daquele grupo, o paciente identificado, já que a família como um todo dificilmente se colocava na categoria de “paciente” (Ramos, 1992). Vale ressaltar que, ainda hoje, encontramos esse mecanismo nas demandas para terapia familiar.

Os psicanalistas argentinos também propuseram uma alteração na concepção de sofrimento psíquico para sofrimento vincular, na qual o sintoma ou a enfermidade mental serão considerados a partir dos vínculos que se estabelecem no interior do grupo familiar. Do ponto de vista das intervenções clínicas, além da terapia com famílias e/ou casais há ainda a possibilidade de se trabalhar outros vínculos: fraternos, mãe/filhos ou pai/filhos. Com isso podemos observar que, principalmente a partir da segunda metade do século XX, à temática “familiar” foi sendo inserida cada vez mais intensamente no campo da psiquiatria dinâmica, da saúde mental e da própria psicanálise (Moguillansky & Nussbaum, 2011).

Quando a família concreta, e não mais as imagos internalizadas, passa a ser introduzida na clínica psicanalítica, por meio dos consultórios privados ou serviços pertencentes às instituições públicas, traz como consequência não só uma mudança no *setting* mas gera ampliações conceituais que permitam abarcar uma nova

teoria da técnica, como o exposto acima. Concomitantemente, as mudanças que foram ocorrendo nos arranjos familiares típicos da contemporaneidade também despertaram reflexões na medida em que a família tradicional heterossexual foi o modelo que subsidiou a criação da Psicanálise.

Os referenciais de Freud baseavam-se no modelo de família de sua época e a questão da diferenciação sexual atrelada ao binarismo de gênero (masculino/feminino) perdurou por muito tempo em papéis rigidamente estabelecidos no interior do grupo familiar, atingindo até nossos dias. Contudo, Lacan é o responsável pela ampliação desse olhar quando pontua o exercício das funções - paterna e materna - para além de um pai e uma mãe reais. Winnicott, embora seja o primeiro a reconhecer a importância do ambiente, do outro/mãe na constituição psíquica do bebê, traz em sua teorização sobre o “ambiente suficientemente bom” a figura da mãe, verdade que aponta também a possibilidade de existência de um substituto, porém, atrelando a função de principal cuidador ao gênero feminino. Ao pai caberia fundamentalmente promover o *holding* da esposa/mãe.

Dando seqüência, Berenstein (2007) faz um apanhado de toda a sua teorização construída enfatizando as mudanças em sua forma de pensar a constituição psíquica tendo por base a presença e a interferência do OUTRO, enfatizando a questão da alteridade. Assim, encontramos um novo recurso teórico, quase em substituição à primazia da diferença sexual, para nos auxiliar a compreender a constituição psíquica de sujeitos pertencentes às novas configurações familiares como a família homoparental e o uso de técnicas de reprodução assistida nesse cenário específico (Gomes, 2016). Entenda-se que, se pensarmos na alteridade como ferramenta indispensável na relação entre dois, ela hoje poderá ser equiparada à diferença entre os sexos que passa a ser

inexistente na família homoparental e, em maior complexidade, nas famílias de transgêneros.

Chnaiderman (2016) discute sobre o tema acima, o qual nos arriscaríamos em denominar como atualíssimo, quanto às expressões das novas sexualidades, seus corpos abjetos, novas formas de amor e de “fazer ou ser família”: “Uma mulher que virou homem se casa com um homem que virou mulher” (p. 16), a autora menciona como a fala final de um indivíduo no documentário realizado por ela, “De gravata e unha vermelha”. Segundo ela, os encontros amorosos e familiares se dão dentro de parâmetros outros, ainda muito desconhecidos nossos e que nos obrigam a uma releitura da psicanálise, bem como, questiona sobre como nos mantermos fiéis a Freud e podermos pensar o contemporâneo com todos os impasses que nele estão aflorados. Uma saída para as indagações da autora relaciona-se ao que viemos discutindo anteriormente sobre enfatizarmos cada vez mais o campo da intersubjetividade, seja para uma fundamentação teórica mais condizente com as características do viver hoje ou para oferecer terapêuticas mais eficientes frente às novas patologias, em contínua sintonia com o campo intrapsíquico, numa possibilidade mais integradora para a compreensão humana.

Do cenário internacional ao nacional...

Em 2004 na França, sob a coordenação de Alberto Eiguer, foi realizado o 1º. Congresso Internacional de Psicanálise de Família e Casal, com a maioria dos participantes franceses, quase como um encontro local e presença mínima de brasileiros. Entretanto, esse evento teve uma marca, pois mobilizou o grupo de organizadores a promover uma maior divulgação de seus desejos em criar uma Associação Internacional de Psicanálise de Família e Casal que juntasse instituições acadêmicas e de pesquisa, formação de psicanalistas e membros individuais com

atuação na área, ao redor do mundo. Pois bem, dois anos depois, no Canadá, em Montreal, foi criada a AIPCF (Associação Internacional de Psicanálise de Casal e Família), quando da realização do 2º. Congresso Internacional. Aqui a presença de brasileiros aumenta um pouco, mas embora pequena quando comparada aos europeus (especialmente os franceses), já congrega representantes de algumas instituições acadêmicas brasileiras (Universidade de São Paulo e Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro) e de formação (Sedes Sapientae, Sociedade Brasileiras de Psicanálise de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre). Após um tempo de existência a AIPCF é reconhecida pela IPA (Associação Internacional de Psicanálise). E, a partir de sua criação tem como finalidade organizar a cada dois anos o Congresso Internacional juntamente com o Comitê local; estimular o intercâmbio entre os pesquisadores e clínicos por meio da instituição de uma Revista e da criação de grupos de pesquisas e estudos, incentivo de eventos no intervalo de tempo entre os congressos para estreitar o intercâmbio científico entre seus membros e a divulgação da AIPCF em locais ainda com pouca expressão.

O Brasil, por sua vez, dado seu vasto território e cultura diversa, possui em algumas capitais da região Sul e Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre) um movimento de profissionais mais envolvidos com a divulgação da Associação. Nessa perspectiva encontramos algumas Universidades e Institutos de Formação de Psicanalistas bastante engajados em transmitir a formação teórico-clínica, considerando-se os referenciais da Psicanálise de Casal e Família, e pesquisas com temáticas afins.

Sob a organização de três entidades ligadas à AIPCF - LAPSO e LABCAFAM (pertencentes ao Instituto de Psicologia da USP) e GRUPO VINCULAR (grupo de psicanalistas que há anos se dedica ao estudo da psicanálise de família e casal) – foram realizados 03 encontros nacionais, patrocinados pela

AIPCF, nos anos de 2011, 2013 e 2015, seguindo-se os auspícios dessa Associação. Dois foram realizados no espaço do IPUSP e o último nas dependências de uma instituição privada (UNIP). Vale ressaltar que foram produzidos até o momento 03 livros decorrentes desses eventos e culminando na realização em São Paulo, Campus da UNINOVE, do VII Congresso Internacional da AIPCF, com a presença de eminentes colegas estrangeiros e muitos brasileiros, entre profissionais, recém-formados e alunos, em agosto de 2016.

Após a realização do congresso internacional em São Paulo, que permitiu uma visibilidade da área e da AIPCF no país como um todo, viu-se a necessidade eminente de se criar uma Associação Brasileira de Psicanálise de Família e Casal, para fundamentalmente promover a união de profissionais engajados com a temática e fomentar a troca de experiências clínicas e de pesquisa, bem como discutir as bases de uma formação de excelência mantendo-se a união entre instituições acadêmicas e de formação psicanalítica.

Pesquisa e clínica...

Há quase duas décadas temos direcionado nossas pesquisas dentro da clínica psicanalítica de casais e famílias; primeiramente implementando uma proposta interventiva com casais e/ou famílias que buscam atendimento na clínica-escola Durval Marcondes (IPUSP), com uma demanda localizada na criança (Gomes, 2011). Com uma casuística próxima a 100 casos, pudemos comprovar o marcante efeito que a psicoterapia psicanalítica do casal de pais, ou de toda a família, exerce na remissão do(s) sintoma(s) do(s) filho(s) (Rios & Gomes, 2011), tendo estabelecido as bases de uma clínica específica de casais pontuada na interface do conjugal com o parental (Gomes, 2007). Acerca da interferência da transmissão psíquica transgeracional e seu caráter de repetição na constituição e manutenção dos pares conjugais, abordamos na violência conjugal e familiar (Paiva & Gomes,

2008), em vivências de abandono conjugal levando consequentemente ao abandono filial, especialmente em mulheres de condição socioeconômica baixa (Gomes & Zanetti, 2009), entre outras situações, como um aspecto determinante nas patologias dos vínculos conjugais e/ou familiares.

Sobre a clínica psicanalítica de família e casal, exercida principalmente nos serviços-escolas como parte da formação dos graduandos em Psicologia, embora sempre tenhamos nos empenhado, ultimamente aprofundamos esse tema com dois projetos de Pós-doutorados supervisionados e uma dissertação de mestrado orientada que discutem as especificidades desse tipo de formação quando comparado ao atendimento psicanalítico individual e a criação de uma proposta de categorização da clientela que busca esse tipo de atendimento, no sentido de complementar a pesquisa e a formação em psicoterapia psicanalítica de casal e família.

Paralelamente, as pesquisas clínicas foram sendo associadas aos estudos psicossociais, no sentido de complementar a visão e formação do clínico incorporando as mudanças que foram ocorrendo na família, na passagem do modelo tradicional para as novas configurações familiares da atualidade que, por sua vez, geraram novos conflitos no interior do grupo familiar e no ambiente social mais amplo. Contudo, o que sempre nos mobiliza é o fato ou fenômeno clínico, visto sempre pela égide do grupo familiar com suas características ou peculiaridades do ponto de vista da dinâmica de funcionamento interno e das interfaces com a cultura e o social.

Dentro disso, nos dedicamos a investigar sobre os novos arranjos familiares e a complexidade dos exercícios parental e conjugal, desde as famílias reconstituídas heterossexuais e a supremacia do conjugal sobre o parental gerando um sentimento de orfandade nos filhos (Gomes, 2008), até mais recentemente às famílias reconstituídas

homossexuais (Gomes, 2015) e a revelação aos filhos; bem como, a compreensão de como se dá a homoparentalidade e a homoconjugalidade, masculina e feminina, seja pela via da adoção ou do uso das técnicas de reprodução assistida (Santos & Gomes, 2016). Adentrar a essas novas configurações familiares nos exige a busca pelo estudo e debate interdisciplinar, por exemplo, entre as teorias de gênero e a psicanálise, necessário à compreensão dos processos subjetivos contemporâneos.

Concluindo...

Aqui procuramos dar um panorama de como a Psicanálise de Casal e Família surgiu, seus principais representantes e de como esse referencial tem sido abordado no Brasil. Enfatizamos também a estreita relação entre a pesquisa e a clínica, como uma forma de produção de novos conhecimentos, com a finalidade de poder dar conta das mudanças que vieram ocorrendo na família e sua interferência nos processos de filiação e subjetivação, que ainda se mantém presente.

Por meio de reflexões teórico-clínicas procuramos discutir a própria formação dos futuros psicoterapeutas de casal e família, de enfoque psicanalítico. Para isso delineamos critérios diagnósticos, setting terapêutico, entendimento da real demanda por atendimento e o lugar da supervisão e da psicoterapia dos próprios estagiários como aspectos intrínsecos e semelhantes ao que se espera da formação psicanalítica individual.

Referências Bibliográficas

Berenstein, I & Puget, J. (1993). *Psicanálise do casal*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Berenstein, I & Puget, J. (1997). *Lo Vincular. Clínica y técnica psicoanalítica*. Paidós: Buenos Aires.

Berenstein, I.& Puget, J. (2004-2005). *Texto disponibilizado pela Internet referente ao Curso de Psicoanálise de família, Nível I e II, promovido pelo Campus Virtual da APDEBA*. Disponível: <<http://www.apdeba.org>>

Berenstein, I. (2007). *Del Ser AL Hacer: curso sobre vincularidad*. Buenos Aires: Paidós.

Chnaiderman, M. (2016). As famílias e as novas sexualidades. In: M. Ramos (org.). *Novas fronteiras da clínica psicanalítica de casal e família* (pp. 11-21). São Paulo: Escuta.

Gomes, I. C. (2007). *Uma clínica específica com casais: considerações teóricas e clínicas*. São Paulo: Escuta/Fapesp.

Gomes, I. C. (2008). O Complexo Interjogo Parental/Conjugal nas Famílias Reconstituídas. *Anais do IX Simpósio APP - A Família na Pós-Modernidade e a Clínica em Psicoterapia Psicanalítica*. São Paulo: APP, v.1. p. 26-31

Gomes, I. C. (2011). *O sintoma da criança e a dinâmica do casal*. 2ª. ed. atualizada. São Paulo: Zagodoni Editora.

Gomes, I. C. (2012). Psicanálise de Família e Casal: Novos constructos teóricos? In: I. C. Gomes; M. I. A. Fernandes; R. B. Levisky. *Diálogos Psicanalíticos sobre Família e Casal* (pp. 48-56). São Paulo: Zagodoni Editora.

Gomes, I. C. (2015). Reflexões acerca das famílias reconstituídas homoafetivas: contribuições das pesquisas atuais In: T. Féres-Carneiro (Org.) *Família e Casal: parentalidade e filiação em diferentes contextos* (pp. 39-46). Rio de Janeiro: PUC/Rio e Editora Prospectiva.

Gomes, I. C. (2016). Novas formas de filiação na contemporaneidade: a reprodução assistida e a clínica psicanalítica. In M. Ramos (org.). *Novas fronteiras da clínica psicanalítica de casal e família* (pp. 159-169). São Paulo: Escuta.

Gomes, I. C. & Zanetti, S. A. S. (2009). Transmissão psíquica transgeracional e construção de subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular. *Psicologia USP*, 20(1), 93-108.

Kaës, R. (org.) (2001). *Transmissão da Vida Psíquica entre Gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kaës, R. (2004). *A polifonia do sonho: a experiência onírica comum e compartilhada*. São Paulo: Idéias & Letras.

Kaës, R. (2011). *Um singular plural: a psicanálise à prova do grupo*. São Paulo: Edições Loyola.

Moguillansky, R. & Nussbaum, S. (2011). *Psicanálise Vincular: Teoria e clínica. Vol.1- Fundamentos Teóricos e Abordagem Clínica do Casal e da Família*. São Paulo: Zagodoni Editora.

Paiva, M. L. S. C. & Gomes, I. C. (2008). Violência Familiar: Transgeracionalidade e Pacto Denegativo In J. T. Rosa & I. F. Motta *Violência e sofrimento de crianças e adolescentes: na perspectiva winnicottiana* (pp. 97-110). Aparecida: Idéias & Letras/Fapesp.

Ramos, M. (org.) (1992). *Terapia de casal e família*. São Paulo: Brasiliense.

Rios, M. G. & Gomes, I. C. (2011). Um estudo de follow up em psicoterapia psicanalítica de casais. *Paidéia*, 21(48), 101-109.

Santos, C. V. M. & Gomes, I. C. (2016). The L Word – Discussões em torno da parentalidade lésbica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 101-115.

Reflexões sobre a intersubjetividade no atendimento individual

Maria Ângela Fávero-Nunes

O atendimento psicanalítico individual parte da premissa de que duas pessoas interessadas em trabalhar juntas realizarão uma experiência de conhecimento profundo de uma delas, o paciente. O método clínico, diferentemente do método experimental centrado na relação sujeito-objeto, possibilita a experiência única sujeito-sujeito, ou seja, de conhecer o outro conhecendo a si mesmo, quando existe a condição psíquica de oferecer espaço dentro de si para abrigar o estrangeiro. Em consequência, o conhecimento profundo do outro implica em conhecimento profundo de si. O terapeuta prepara-se tomando seus próprios cuidados, através da sua análise pessoal, das supervisões, dos estudos dos textos psicanalíticos e de áreas afins.

Ainda que tomemos os cuidados necessários para que um atendimento clínico beneficie todos os envolvidos, sabemos que nunca nos apropriamos de todos os fatores que envolvem um trabalho psicanalítico. Quando escolhemos pensar um desses pontos, a saber, o da intersubjetividade, colocamo-nos o desafio de pensar a situação clínica a partir da experiência de encontro com o outro, do que se passa dentro e fora de um Eu e de um outro.

O termo “intersubjetividade” no senso comum designa essa comunicação recíproca entre duas pessoas. De acordo com Piva e colaboradores (2010), o conceito de intersubjetividade tem sido utilizado para mostrar diferentes processos ou aspectos de um mesmo processo, sendo muitas vezes empregado analogamente a termos como relação, interrelação, interdependência, interjogo, vínculo, dentre outros (Coelho Júnior, 2008). No estudos de Piva e colaboradores (2010), os autores caminham pela filosofia e

fenomenologia de Husserl até chegar à Psicanálise. Apontam que um dos possíveis pilares que sedimenta o uso do termo intersubjetividade em Psicanálise é o conceito de contratransferência. O fenômeno da transferência foi percebido com desagrado inicial por Freud e Klein, denotava um obstáculo ao trabalho analítico, ou seja, um conjunto de reações inconscientes do analista em relação ao analisando e, em particular, à transferência deste (Laplanche & Pontalis, 1997). É importante lembrar que a noção de contratransferência freudiana surge no descobrimento do amor transferencial. Vale salientar que Freud enfatizou sua preocupação com a possibilidade de o analista se perder em seus próprios “pontos cegos” (Freud, 1912/2010, p. 115).

Freud e Breuer, na publicação dos “Estudos sobre a histeria” (1895/2016), decorrente do tratamento da paciente Anna O., depararam-se com o apaixonamento da moça por Breuer, que teve por consequência o abandono do caso por parte de deste. Freud, no seu incômodo e inquietação, buscou avançar, ainda que tomasse os sentimentos da paciente com relação ao analista como um empecilho ao tratamento até aquele momento realizado. Bertha Pappenheim, verdadeiro nome de Anna O., tinha 21 anos de idade quando começou a ser atendida em um tratamento construído em conjunto, realizado com a presença frequente da relação paciente-terapeuta na vida da moça, durante cerca de dois anos. Freud fez um registro detalhado e minucioso a fim de estabelecer uma relação de causa e efeito da doença, seguindo o modelo da ciência naturalista. Buscava explicar cada sintoma em função de um evento, mas deparou-se com a cadeia de eventos patogênicos, com sobredeterminação de fatores que poderiam culminar em um único ou em vários sintomas. Naquele momento, “recordar e ab-reagir, com o auxílio do estado hipnótico, eram as metas a serem alcançadas” (Freud, 1914/2010, p. 194). Freud (1895/2016) descreveu o sofrimento mental da paciente não apenas em função dos sintomas, mas também a partir de acontecimentos

significativos de sua vida. Avaliou os elos entre esses eventos e o aparecimento dos sintomas. Ocorrera o adoecimento do pai de Anna, vindo a situação latente que começou a se instalar em seu corpo com o posterior aparecimento da doença na época em que cuidava do pai enfermo; em seguida à morte do pai, houve a manifestação e o agravamento dos sintomas (as ausências, a tosse nervosa, as paralisias, a perturbação psíquica e da linguagem oral, as tormentas) e, ao final do atendimento, segundo Freud, a cessação dos sintomas.

O tratamento com Breuer terminou quando emergiu a “grande afeição” por ele (1895/2016, p. 54), e foi a partir daí que começou o tratamento psicanalítico tomando como ponto fundamental o estabelecimento da relação transferencial, que foi interrompido pela incompreensão acerca da contratransferência. Utilizada como instrumento no trabalho psicanalítico, acabou sendo atuada por Breuer, não utilizada como forma de contato com o mundo mental de um para com o outro. Denota-se daí a importância dos fenômenos presentes na relação entre paciente e analista, que podem afastar um pelas resistências e o outro por aspectos contratransferenciais. Ao assumir o caso e se aproximar de Anna O., Freud começou a notar quando a paciente estava mais pacienciosa com ele ou com raiva, por exemplo, e levava em conta esses sentimentos, e assim suportava viver algo entre ele mesmo e sua paciente ainda sem definição, que contribuía para que o tratamento ocorresse.

Após pouco mais de uma década, no texto “A dinâmica da transferência” (1912/2010), Freud elaborou o conceito de transferência como sendo os sentimentos associados com figuras do passado que são revividos com o terapeuta no presente, durante o processo terapêutico. Referia-se aos impulsos ou fantasias que se faziam conscientes durante o desenvolvimento do tratamento. Assim, a vida emocional que o paciente não podia recordar era revivescida na

transferência, e os desejos inconscientes se atualizavam sobre determinados objetos no quadro da relação analítica.

Esse modo de ler o funcionamento do aparelho psíquico oferece uma maneira peculiar de abordar o sofrimento humano. No texto metapsicológico “Construções em análise” publicado em 1937, cerca de quarenta anos após os “Estudos sobre histeria” (1895), Freud preconizava que o trabalho de análise era ajudar os pacientes a abandonarem as repressões, substituindo-as por reações “maduras psicologicamente”. Era o paciente quem fornecia os elementos que podiam ser analisados. Os fragmentos de sonhos lembrados, deformados pela elaboração onírica, além das ideias derivadas dos próprios sonhos (as associações do sonho), as ideias derivadas de impulsos recalçados, a análise da transferência, permitiam o abrandamento dessas repressões. Neste texto, Freud ainda diz que é tarefa do analista completar aquilo que, no discurso do paciente, foi esquecido, “construir” em aliança com ele o conjunto de vivências rememoradas naquele momento, traumáticas e principalmente aquelas sob a forma de fantasias. Para isso, Freud comparou o trabalho do analista com o do arqueólogo que vasculha os restos de civilizações (Freud, 1937). Entretanto, enquanto o arqueólogo trabalha com o material morto, o analista tem seu paciente vivo e ativo para realizar um encontro e produzir modificações. Segundo Freud (1937), através de confirmações indiretas, as conjecturas do analista vão se tornando as convicções do paciente.

O pai de um rapaz, João¹, com a mesma idade de Anna O., que pretende prestar vestibular, é encaminhado a mim. Está preocupado, pois o filho encontrava-se desistindo do curso preparatório para o vestibular, situação repetida do ano anterior de abandonar os estudos no meio do ano.

¹ Nome fictício adotado a fim de resguardar o sigilo.

Quando conversamos, o pai me conta da dificuldade de João de sair de casa, de levantar-se da cama. Fica imerso em jogos, em músicas no computador, a programas de TV. Sobretudo, tem dificuldade de viver, precisa sobreviver ao imenso aglomerado de fantasias destrutivas que o corroem por dentro, sem ter uma reserva de confiabilidade que se pode contar para enfrentar as angústias profundas diante de situações aniquiladoras. Quando vai ao cursinho, fica sozinho achando que os colegas comentam sobre ele, sobre seu aspecto físico o qual não gosta, sobre seu cabelo, suas roupas, observando-o e julgando-o. Povoado por frustrações, apresentava uma valoração negativa acerca de si mesmo, de sua autoimagem, de seus pensamentos, de suas escolhas, da família que tinha, com nenhum espaço psíquico para viver e contar com os objetos bons introjetados. Assemelhava-se a um caso clássico de mudança de fase para a vida adulta, com o acréscimo de ver-se diante da escolha profissional, do enfrentamento dos estudos, da impossibilidade de saber dos resultados de seus investimentos de forma imediata, da não garantia de sucesso mesmo com muito esforço. Entretanto, o que parecia ser uma situação não era, o parecer é diferente do ser. Precisava deslocar-se por um trajeto longo a fim de estudar em um cursinho que julgava de qualidade. Chegava na escola querendo voltar, às vezes não queria sair de casa. O retorno também não representava tranquilidade, se fosse essa a questão poderia decidir-se por ter outra vida, em casa ou próximo a ela. Não havia a sensação de aconchego, de acolhimento em qualquer lugar que fosse. Vivia uma inércia em seu quarto diante do monte de livros que não conseguia tocar e que cada vez mais causavam-lhe medo e impotência. Desistia sem lutar. Trancava-se, algumas vezes não trocava suas roupas, às vezes não tomava banho, sua alimentação era prejudicial. João paralisava ao invés de pausar; não escolhia jogar seus jogos, ou ver TV para descansar, a fim de sair um pouco da tensão, de repousar. Trocava a vida de estudos e de relações com as pessoas pelo vício anestésico

nos *games*, pela letargia causada por um excesso de televisão improdutiva, na sua clausura sem pensamento.

O pai exercia uma cobrança indireta para que o filho cumprisse suas responsabilidades como ele mesmo havia feito com rigidez em sua juventude, todavia tinha dificuldades em perceber que o filho ocasionalmente nem levantava-se da cama. Um profissional de saúde procurado pela família também dizia que se ele quisesse passar no vestibular que precisava estudar muito e que se estivesse descontente com seu corpo que fizesse exercícios. A hipótese levantada era que João não tinha dificuldades para vislumbrar as soluções diante de seus conflitos, tinha consciência para saber o que deveria fazer; ele percebia saídas, registrava-as, realizava uma boa avaliação e sabia como proceder. Contudo, o seu problema parecia ser o desespero diante do que visualizava. A situação tornara-se grave porque o espaço psíquico estava sendo ocupado apenas por frustrações. E a minha conjectura, que em alguma medida era também dele, podia se transformar em convicção para ele também, de que havia esperança, de que precisava da crença em si mesmo e de que o trabalho terapêutico podia ajudá-lo. Segundo Freud (1914), “a iniciação ao tratamento leva o doente a mudar sua atitude consciente para com a doença” (Freud, 1914/2010, p. 203) que não se torna mais algo que o paciente despreza. Emergiu a lembrança da separação dos pais ocorrida havia muitos anos e uma imensa ferida narcísica deixada no pai e nele mesmo. O casal parental, sem se falar muito, cuidava de João da maneira como podia: oferecia os estudos, os livros, as aulas de reforço e outros cursos, as roupas, a casa, a alimentação, o conforto. O pai, sem ter elaborado a separação conjugal, sofria com a sensação de traição e abandono, e não se permitia ficar em paz com seu novo relacionamento. Em uma conversa com o pai, quando discutíamos aspectos contratuais do atendimento, ele passou um longo tempo contando sobre a relação conjugal desfeita, com muito sofrimento. As dificuldades do filho quase não tiveram espaço nessa ocasião.

Contou sobre sua dificuldade de separação dos seus próprios pais para poder estudar, quando optou por permanecer morando na mesma cidade deles. O filho também enfrentava uma situação que já fora vivida pelo pai, sendo que João teria que mudar-se de casa se tivesse sucesso no vestibular, fato que o pai mostrara dificuldade quando viveu essa mesma fase, de acordo com seu relato. E, com isso, esse pai falava de uma herança transmitida ao filho sem poder ser vista e percebida por ele, sem estar consciente: a dificuldade de separação dele mesmo de seus próprios pais, sendo que ele tinha vivido sintomas de pânico quando cursava sua faculdade, devido à severidade das próprias exigências, precisando interrompê-la por algum tempo para depois retomá-la, da mesma forma que o filho havia “trancado” suas atividades e se trancado em seu quarto.

Não foi possível presenciar no aqui e agora o que se passava entre essas duas pessoas, na relação pai-filho por se tratar de um modelo de atendimento individual e não familiar. Todavia, o olhar para a intersubjetividade auxiliou na compreensão dessa família viva, que se presentificava a todo momento na vida de João e com a qual ele precisava se encontrar. Esse paciente, inteligente e perceptivo, sabia o que era preciso fazer para conseguir seus objetivos de vida, ele tinha o conhecimento sobre isso. Entretanto, não se percebia com força suficiente para colocar esse conhecimento em movimento. Em intensidade demais, a angústia o paralisava, era preciso tirar o peso da cobrança. E, assim, fazer a transformação do princípio de prazer em princípio de realidade. Segundo Junqueira Filho (2014), no cenário “meta-psico-lógico” as contradições existem para serem sofridas e não para serem desfeitas. Apenas mergulhando na dor psíquica é que se poderá encontrar a bússola que norteará o analista na apreensão da configuração emocional presente.

Quando o paciente passou a relatar sobre esse grupo familiar, contou que seus irmãos também tinham dificuldade na convivência familiar. As poucas refeições que faziam

juntos não eram saudáveis, com pouco “valor nutricional” psíquico. Além disso, o pai entristecia-se quando os filhos ficavam perto da mãe que havia se casado novamente. Ao dar-se conta desse cenário familiar, João começou a sair do seu “quarto-casulo”, pois sentindo-se excluído começou a perceber que também não incluía as pessoas em sua vida. Aproximava-se da sala comum da casa, da cozinha, com alguma frequência programava refeições com os irmãos, reclamava com o pai que não se encontravam, que não tinham intimidade na casa. Começou a sair da sua concha, foi a uma festa de amigos, conversava mais com os colegas da escola, conseguia ver que podia fazer uma prova, dirigir, procurava recursos para vir à terapia.

Essa movimentação de João começou a trazer um dinamismo frente à paralisia que se instalou anteriormente, vitalidade promovida pela disposição de João para cooperar (Sandler, 1986) na situação analítica, possibilitando a aliança terapêutica. A psicoterapia de orientação psicanalítica que busca promover esse movimento na dupla e, por consequência, na vida mental do paciente, está em consonância com a tendência do conhecimento científico atual de privilegiar as relações e os movimentos em detrimento do estudo de objetos, de situações estáticas, como tem sido salientado pela física quântica (Assis, 1998). A metapsicologia freudiana nos alerta sobre a transferência e seu uso na análise, e esses estudos da transferência e contratransferência deram suporte para estudos recentes que focalizam “o funcionamento do par analítico, da constituição do eu e do outro no movimento presente na relação, da construção da subjetividade na intersubjetividade” (Assis, 1998, p. 4).

A partir dessa reflexão emerge uma questionamento: se é a relação que constrói, o que se faz sozinho? Aonde se chega sozinho? Deslizando pra Biologia, surge outra pergunta: o que é um organismo unicelular e o que se faz com isso? Deparamo-nos com a resposta de que um organismo

unicelular pode se reproduzir de duas maneiras: por cissiparidade e por conjugação. Qual desses processos possibilita a variabilidade? A resposta é que o que possibilita a variabilidade genética é a conjugação (na reprodução sexuada), por haver “mistura” de material genético de dois indivíduos, possibilitada pela transferência do plasmídeo (segmento do DNA) entre os mesmos. No caso das bactérias, isso acontece porque elas têm uma estrutura que é “vazia”. Quando vão se reproduzir, ligam-se por essa fímbria (vazio) e há passagem do segmento extra de DNA de uma célula para outra. Sendo assim, o que possibilita a variabilidade genética é a conjugação por se tratar de reprodução SEXUADA e portanto, de troca de material genético. Na cissiparidade, o material genético não sofre alteração. Ou seja, o que se faz sozinho não se altera, não se movimenta. O que se faz junto, com dois organismos, fica sexual no sentido psicanalítico, traz movimento, investimento libidinal, relação, produção de ideias, de pensamentos.

Os psicanalistas que vieram em seguida a Freud, prosseguiram no estudo do inconsciente ampliando as demandas e as formas de lidar com os novos desafios da contemporaneidade, como se coloca a questão dos grupos, das famílias, dos casais. Com Melanie Klein, surge o olhar para as tendências destrutivas e a necessidade de se analisar a reação terapêutica negativa. O sujeito kleiniano não fica tão ligado à tensão entre consciente e inconsciente, mas na dialética criada entre as posições esquizoparanoide e depressiva. Contudo, na perspectiva freudiana ou kleiniana o que importa, segundo Assis (1998) é que o movimento intrasubjetivo

se reproduz na intersubjetividade, ou seja, o sujeito constituído na relação entre instâncias psíquicas e na relação entre objetos, só se identifica como tal (se percebe como sujeito, ou como identidade) na relação com o outro, que o abriga, que o reconhece e que o devolve a si, nomeado (p. 5).

Este movimento interpessoal pode ser olhado através da identificação projetiva como um processo de comunicação. Com resistência inicial, Klein olhava para a identificação projetiva como tendo um objetivo predominantemente defensivo. Os múltiplos objetivos dos diferentes tipos de identificação projetiva, segundo Klein, incluem: cindir e se livrar de partes indesejadas do *self* que causam dor e ansiedade; projetar o *self* ou partes do *self* para dentro de um objeto para dominá-lo e controlá-lo e, assim, evitar qualquer sentimento de separação; penetrar num objeto e apoderar-se e apropriar-se de suas capacidades; invadir, a fim de danificar e destruir o objeto (Joseph, 1992).

Bion ampliou o conceito de identificação projetiva referindo-se a um método de comunicação primitiva. Significa colocar partes do *self* para dentro de um objeto. Se o analista está aberto para receber o que está ocorrendo é capaz de aperceber-se do que está vivenciando e, desse modo, configura-se um método poderoso de se obter compreensão. Nesse movimento de interpenetração, o Eu e o outro se desfazem para se tornarem uma só entidade, o momento em que um está no outro. E na situação analítica se busca saber sobre o que acontece no par, o que se passa ENTRE as pessoas que se relacionam. Conforme Assis (1998), embora a intersubjetividade seja vivida em qualquer relação, é vista e nomeada na relação analítica.

Freud já chamava nossa atenção para o que se passa entre as pessoas nos textos sobre a coletividade, por exemplo, “Psicologia das massas e análise do ego” (1921/2011) e “O mal-estar na civilização” (1930/2010), pressupondo a identificação com o outro, o fato de que o outro pode ser um estranho, e a situação de a civilização impor sacrifícios grandes à sexualidade e à agressividade. Entretanto, o teórico que abriu espaço para a intersubjetividade foi Winnicott criticando Melanie Klein pelo exame da influência do ambiente apenas superficialmente. Na fase precoce da lactação não é possível descrever o bebê sem a mãe: trata-se

da “unidade mãe-bebê”. Winnicott estudou profundamente o relacionamento familiar, introduzindo o fator ambiente como componente de importância fundamental para o crescimento e desenvolvimento emocional da criança (Winnicott, 2005[1958]), sendo que um ambiente que não é suficientemente bom pode distorcer o desenvolvimento da criança pequena.

Finalmente, a publicação do artigo “Preocupação materna primária” (2000[1956]) introduziu o campo da intersubjetividade, explanando que a sobrevivência do ser humano depende da existência de uma estrutura ambiente-indivíduo. O ambiente surge na teoria winnicottiana como um fator da realidade e não somente fazendo parte do mundo intrapsíquico do sujeito. A figura do pai emerge com o importante papel de dar sustentação à mãe, enquanto ela oferece um ambiente acolhedor ao seu bebê. Para Gomes (2007), esse é o ponto intermediário entre a Psicanálise individual e a vincular. Assim, no processo maturacional da criança, estão incluídos não somente a mãe devotada, mas ainda o pai, os ancestrais e a cultura (Parente, 2005). Quando temos uma família ou um casal presente no tratamento psicanalítico, a intersubjetividade ocorre no aqui e agora para que o terapeuta possa oferecer uma escuta, um pensamento e uma interpretação.

Enfim, com relação ao aspecto da transferência e contratransferência que temos tratado, Winnicott cita que o comportamento do analista, que pode ser representado pelo que chamou de “contexto”, quando é suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade

é gradualmente percebido pelo paciente como algo que suscita a esperança de que o verdadeiro eu poderá finalmente correr os riscos implícitos em começar a experimentar viver (2000[1955]), p. 395).

Ogden (1996) apresentou o desenvolvimento de uma conceituação analítica referida à inter-relação entre

subjetividade e intersubjetividade no *setting* analítico e como a compreensão desta dialética influencia a prática da psicanálise na contemporaneidade. Empregou o conceito de “terceiro analítico” para se referir ao contexto da análise em que o analisando não existe separado da relação com seu analista. Tomou por referência, dentre outros, a conceituação winnicottiana da unidade mãe-bebê, explicando a coexistência da tensão dinâmica desta unidade com a qualidade de que a mãe e o bebê são separados, afirmando que a “intersubjetividade e a subjetividade individual criam, negam e preservam uma a outra” (Ogden, 1996, p. 59).

Assim, a experiência da intersubjetividade é aquela da possibilidade de uma comunicação. Pontes e Torrano (2010) discorrem sobre a comunicação inconsciente intersubjetiva entre um paciente e seu analista utilizando o modelo do *Bluetooth* na psicanálise. Parte destas comunicações não verbais é promovida pelas identificações projetivas na relação transferencial mas, segundo as autoras, esse aporte teórico não se mostrou suficiente para elucidar todas as comunicações de premonições e telepatias, como no caso de pacientes não psicóticos. Relatam uma cena em que a analista está dirigindo na estrada e subitamente lhe vem à mente o rosto de uma paciente que na próxima sessão lhe contaria sobre um acidente que sofreu, ocorrido sincronicamente ao *flash* visual da analista. Pontes e Torrano (2010) utilizam como analogia o modelo do *Bluetooth* mostrando que, entre dispositivos compatíveis, um desses detecta o outro independente de suas posições “desde que estejam dentro do limite de proximidade (vínculo afetivo)” (p. 37). Seguindo esse modelo proposto pelas autoras, dessa maneira, pode-se enviar e receber “informações virtuais (inconscientes), abrindo os canais de dois aparelhos que se conectam” (p. 37) a fim de receber e aceitar as informações.

Por sua vez, em artigo recente, Assis (2010) analisa a hospitalidade no encontro analítico citando que a cada movimento da sessão analítica estamos sujeitos “a oferecer

ou não hospitalidade aos encontros que se nos apresentam” (p. 120). Acrescenta que vários fatores entram em jogo “na composição do abrigo possível, em cada situação específica” sendo que ela considera que o mais importante para o paciente seja “a condição do analista de estar receptivo às identificações projetivas do analisando” (p. 120-121).

Enfim, o tema da intersubjetividade é profícuo e pode ser abordado a partir de óticas diversas e complementares. Buscou-se salientar, nesse texto, uma forma de pensar esse conceito ilustrando-o através um de caso clínico, ponderando que reflexões possam ser feitas tanto no que se refere à importância da intersubjetividade no contexto da clínica do atendimento individual quanto dos atendimentos de casais e famílias.

Referências bibliográficas

Assis, M. B. A. C. (1998). *Considerações sobre experiências clínicas no campo teórico da intersubjetividade*. Trabalho não publicado, apresentado em Seminário Clínico da Sociedade Psicanalítica de Ribeirão Preto.

Assis, M. B. C. (2010). Hospitalidade no encontro analítico. *Bergasse 19 – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto*, 117-135.

Coelho Júnior, N. E. (2008). Fenomenologia e Psicanálise: encontros e desencontros. *Ciência e Vida Filosofia - Especial Psicanálise e Filosofia*, 1, 24-35.

Freud, S. (2010). A dinâmica da transferência. In S. Freud. *Obras Completas de S. Freud* (volume 10) (pp. 133-146). São Paulo: Companhia da Letras. (Original publicado em 1912)

Freud, S. (1996). Construções em Psicanálise. In S. Freud. *Obras Completas de S. Freud* (volume XXIII) (pp. 275-287). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1937)

Freud, S. (2016). Estudos sobre a histeria. In S. Freud. *Obras Completas de S. Freud* (volume 2) (pp. 13-75). São Paulo: Companhia da Letras. (Original publicado em 1895)

Freud, S. (2011). A Psicologia das Massas e a Análise do Eu. In S. Freud. *Obras Completas de S. Freud* (volume 15) (pp. 13-113). São Paulo: Companhia da Letras. (Original publicado em 1921)

Freud, S. (1996). O Mal Estar na Civilização. In S. Freud. *Obras Completas de S. Freud* (volume XXI) (67-150). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Original publicado em 1930)

Freud, S. (2010). Recordar, repetir e elaborar. In S. Freud. *Obras Completas de S. Freud* (volume 10) (pp. 193-209). São Paulo: Companhia da Letras. (Original publicado em 1914)

Gomes, I, C. (2007). *Uma clínica específica com casais: contribuições teóricas e técnicas*. São Paulo: Escuta/FAPESP.

Joseph, B. (1992). Equilíbrio psíquico e mudança psíquica. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Junqueira Filho, L. C. U. (2014). Níveis clínicos de captação da organização emocional: lógico, psico-lógico e no cenário meta-psico-lógico. *Jornal de Psicanálise*, 47(86), 21-34.

Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1992). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Ogden, T. (1996). O terceiro-analítico: trabalhando com fatos clínicos intersubjetivos. In T. Ogden. *Os sujeitos da psicanálise* (pp. 57-91). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Parente, S. M. B. A. (2005). A criação da externalidade do mundo. *Revista Viver: mente e cérebro*, 5, 22-27.

Piva, A., Ponsi, A., Saldanha, C., Gomes, E., Martini, J. Dariano, J., Ferraro, K., Silva, M. L. D. & Spizzirri, R. (2010). Origens do conceito de Intersubjetividade: uma trajetória entre a Filosofia e a Psicanálise Contemporânea. *Contemporânea: Psicanálise e Transdisciplinariedade*, 9, 71-91.

Pontes, A. R. N. & Torrano, L. M. (2010). Espaço Vivo: a comunicação inconsciente interspíquica (paciente/analista) segundo o modelo do Bluetooth na psicanálise. *Bergasse 19 – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto*, 37-49.

Sandler, J. (1986). *O paciente e o analista*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (2005). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In D. W. Winnicott. *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 21-28). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1958)

Winnicott, D. W. (2000). Formas clínicas de transferência. In D. W. Winnicott. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 393-398). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1955)

Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1956)

O atendimento a casal e família em um serviço-escola de Psicologia

Maíra Bonafé Sei

A psicoterapia psicanalítica de casal e família se organiza como uma prática complexa, haja vista a presença na sessão de vários indivíduos, de diferentes idades, que possuem um vínculo que transcende o encontro terapêutico, com uma forma de comunicação específica, nem sempre facilmente apreendida pelo terapeuta (Kwiatkowska, 2001). Tem como foco da atuação os aspectos concernentes à intersubjetividade, às relações estabelecidas entre os familiares, mais do que questões do âmbito intrapsíquico.

A busca pela psicoterapia pode ocorrer em decorrência de uma percepção do sofrimento psíquico vincular ou também por meio de problemáticas centradas em um dos integrantes do casal ou da família, tidos como o “paciente identificado” (Ramos, 2006). Nestes casos, entende-se que o trabalho do terapeuta deve se iniciar com a construção de uma demanda compartilhada e o reconhecimento do adoecimento como algo centrado nos vínculos estabelecidos naquela relação, algo nem sempre fácil de ser realizado (Machado, Féres-Carneiro, & Magalhães, 2011).

No que se refere ao histórico da psicoterapia de casal e família, nota-se que o olhar para a questão relacional como geradora do adoecimento psíquico já havia sido apontada por Falret ao discutir um caso clínico de *folie a deux* em um congresso em 1877 (Correa, 2000), patologia também discutida por Deutsch em 1936 no Congresso Psicanalítico de Lyon (Cypel, 2002). Além disso, Osorio (2002) chama atenção para o tratamento da fobia de cavalos de Hans realizado por seu pai sob supervisão de Freud como um marco para a psicoterapia de família.

O trabalho de Pichón-Riviére, na Argentina, é igualmente apontado como de grande influência para o desenvolvimento deste campo, especialmente no que concerne sua visão acerca dos papéis de “bode expiatório” e “porta-voz” presentes nos grupos, incluindo entre estes o grupo familiar (Osorio, 2002). Ainda na Argentina tem-se o trabalho realizado por Berenstein, que buscou observar a dinâmica familiar de pessoas com transtornos mentais, desenvolvendo uma prática clínica com as famílias (Berenstein, 1988) e casais (Berenstein & Puget, 1993).

De acordo com Gomes e Levy (2009), o Brasil apresentava contribuições ainda incipientes para o desenvolvimento de novos referenciais teóricos em Psicanálise de Casal e Família. Entretanto, tem-se observado um desenvolvimento desta área no cenário nacional, nos últimos anos, com ampliação das investigações e intervenções, maior organização dos profissionais e ampliação do número de eventos e publicações.

A despeito deste movimento, observa-se que a oferta da psicoterapia psicanalítica de casal e família na formação do psicólogo clínico no âmbito da graduação e pós-graduação ainda é pequena, implicando na escassez deste tipo de intervenção nos serviços-escola de Psicologia. Tendo em vista este breve panorama, este capítulo almeja apresentar e discutir a experiência desenvolvida na Universidade Estadual de Londrina (UEL) por meio de projetos de extensão vinculados ao Departamento de Psicologia e Psicanálise (PPSIC), com práticas clínicas empreendidas na Clínica Psicológica da UEL.

A experiência da Universidade Estadual de Londrina

A psicoterapia psicanalítica de casal e família é oferecida na Clínica Psicológica da UEL por meio de projetos de extensão em vigência desde o ano de 2012. O início da

oferta deste tipo de intervenção foi marcada por um foco maior nos pressupostos da Arteterapia e nas contribuições de D. W. Winnicott acerca tanto do papel da criatividade para o viver saudável (Winnicott, 1949/1994; 1975) quanto na importância da família para o desenvolvimento emocional de seus membros (Winnicott, 1963/1983). Em um segundo momento destes projetos, focalizou-se as contribuições de autores da Psicanálise de Casal e Família, tais como Isidoro Berenstein, Janine Puget, Alberto Eiguer, Pierre Benghozi, além de autores do cenário nacional como Magdalena Ramos, Isabel Cristina Gomes, Terezinha Féres-Carneiro, dentre outros.

A psicoterapia psicanalítica empreendida no serviço leva em consideração alguns conceitos chave da Psicanálise de Casal e Família, podendo-se mencionar brevemente as ideias de vínculo, alianças inconscientes e transmissão psíquica geracional como alguns dos principais conceitos. No que se refere ao vínculo, aponta-se que este se distingue da noção de relação de objeto, haja vista que a relação de objeto liga-se à relação que o ego tem com um objeto, a saber, com um objeto interno, enquanto que vínculo pressupõe um fenômeno que aborda a mediação, a construção intersubjetiva entre os indivíduos e, com isso, cada ego que faz parte da dupla possui importância nessa constituição (Moguillansky, 1999).

Kaës apresenta-se como um psicanalista que tece reflexões acerca da vinculação estabelecidas entre as pessoas, propondo o conceito de alianças inconscientes, que para ele se organizam como o elemento da matéria psíquica que permite a ligação entre as pessoas (Kaës, 2014). O estabelecimento de uma aliança apresenta-se como algo que promove a ligação entre dois ou mais sujeitos, com um intuito específico em comum, promovendo um compromisso entre as partes que compõem esta aliança.

Estas alianças podem se delinear em prol de diferentes objetivos, dividindo-se em alianças estruturantes, defensivas e ofensivas. Para Kaës (2014), as alianças estruturantes contribuem para que haja uma estruturação da psique, tais como o pacto edipiano, contrato de renúncia à realização direta dos fins pulsionais e o contrato narcísico. Quanto às alianças defensivas, foca-se o pacto denegativo, que permite o estabelecimento de um vínculo entre indivíduos com base naquilo que não pode ser conhecido, acessado, significado, transformado, pautando-se assim no recalque e na negação. Por fim, no que se refere às alianças ofensivas, elas se organizam com o objetivo de realização de um ataque contra um ou mais de um outro, sendo que no caso dela se apresentar como algo consciente, pode-se apontar para uma aliança psicopática (Kaës, 2014).

Quanto à tramissão psíquica geracional, compreende-se que este fenômeno abarca os processos de transmissão de conteúdos psíquicos ao longo das gerações, podendo-se dividir entre aspectos conscientes, denominada como transmissão psíquica intergeracional, e conteúdos inconscientes, nomeada como transmissão psíquica transgeracional (Scorsolini-Comin & Santos, 2016). No primeiro caso, tem-se a possibilidade de transformar, elaborar o legado familiar transmitido entre as gerações. Diferentemente, o segundo caso implica na tramissão de conteúdos, advindos usualmente de situações traumáticas, de forma bruta e sem metabolização, através das gerações. Conforme Gomes (2007, p. 57),

A história familiar herdada das gerações anteriores faz-se presente na formação do psiquismo do indivíduo. Dependendo do modo como ele a recebe, pode-se tornar um prisioneiro dessa herança ou pode-se tornar um herdeiro dela. Tudo dependerá da possibilidade que o psiquismo desse indivíduo tem de elaborar as heranças psíquicas recebidas. É assim que também ocorre na formação psíquica do casal, que

tem, em sua origem ou constituição, todos esses movimentos desencadeadores e determinantes das escolhas e manutenção dos pares conjugais.

A partir do exposto, pensa-se que o processo psicoterapêutico pode favorecer o conhecimento acerca dos conteúdos transmitidos pelas gerações anteriores, possibilitando que a pessoa se coloque mais no lugar de herdeiro do que prisioneiro daquilo que recebe de seus antepassados. Pode-se também pensar nos vínculos, nas alianças inconscientes que são estabelecidas no seio da família ressignificando histórias e relações.

Sobre a prática da psicoterapia disponibilizada na Clínica Psicológica da UEL, percebe-se que esta difere de outras propostas, haja vista que o público interessado pode chegar diretamente para a psicoterapia de casal ou família, sem ser encaminhado após um processo de triagem (Neumann & Wagner, 2015), solicitação de psicoterapia para os filhos (Gomes, 2007) ou de entrevistas preliminares (Machado, Féres-Carneiro, & Magalhães, 2011). Ao longo dos anos houve, contudo, situações nas quais os participantes foram encaminhados por projetos vinculados ao serviço-escola, como a avaliação psicológica (Zuanazzi & Sei, 2014), por serviços parceiros, como Hospital das Clínicas, CAPS, CREAS ou por meio de solicitação judicial para inserção no atendimento.

Quanto ao funcionamento do projeto, percebe-se que, se por um lado a busca espontânea para a psicoterapia do casal ou da família pode minimizar as resistências percebidas neste tipo de atendimento (Levy, 2013; Sei, 2009), por outro, entende-se que os encaminhamentos, especialmente por via judicial, podem fomentar a não vinculação à psicoterapia, ampliando ainda mais as resistências dada a necessidade de envios de relatórios que indicam a permanência ou não do casal ou da família no atendimento. Tal aspecto acaba por trazer um impasse para o *setting* terapêutico, sendo

interessante o desenvolvimento de estudos que visem justamente investigar o processo terapêutico de famílias encaminhadas para a psicoterapia por órgãos judiciais e sua efetividade.

No que se refere à capacitação dos colaboradores envolvidos nos projetos de extensão, sejam eles discentes, sejam profissionais já graduados, opta-se pela estratégia de supervisão grupal, de maneira que aqueles não implicados no atendimento clínico possam aprender com a experiência do colega. Somado a isso, são enviados textos concernentes às temáticas relativas aos casos em andamento, tais como adoção, abuso sexual, violência familiar, transmissão psíquica geracional, parâmetros definitórios do casal, dentre outros temas. Busca-se estabelecer uma relação entre prática e os aportes teóricos que a sustentam, apontando-se para a relação entre os achados da literatura e o material clínico advindo dos atendimentos. Adicionalmente, ofereceu-se, no ano de 2016, um curso de extensão de “Introdução à Psicanálise de Casal e Família” a interessados da comunidade em geral. Além disso, foram realizados estudos teóricos no início do projeto, quando ainda não se dispunham de um montante de casos a serem discutidos e oficinas práticas por meio de recursos artístico-expressivos, as últimas com maior frequência no ano de 2012 e depois de maneira mais pontual ao longo dos demais anos.

Esclarece-se que os colaboradores podem se vincular de duas maneiras junto ao projeto de extensão em vigência: como terapeuta, responsabilizando-se pela psicoterapia de casal e família de um ou mais casos, ou como ouvinte. Com isso, entendendo-se haver uma complexidade no atendimento prestado, busca-se respeitar os interesses em conhecer mais amplamente a Psicanálise de Casal e Família, mas também os limites individuais de cada participante, sem tornar obrigatória uma prática que demanda disponibilidade interna e capacidade de refletir acerca de seus próprios vínculos conjugais e familiares.

Os recursos artístico-expressivos

Observa-se que há situações nas quais os participantes de um atendimento psicológico podem ser beneficiados pelo uso de recursos artístico-expressivos como via de acesso a conteúdos inconscientes (Sei, 2011). A psicoterapia de casal e família se constitui como uma destas situações, especialmente ao se considerar a presença de participantes de variadas idades no *setting* terapêutico. O uso de recursos artístico-expressivos favorece, nestes casos, a diminuição da distância cognitiva existente entre as gerações participantes do atendimento (Manicom & Boronska, 2003), haja vista que crianças e adolescentes se comunicam melhor pela via gráfica e lúdica, enquanto os adultos fazem uso mais intenso da linguagem verbal.

Ainda sobre os recursos artístico-expressivos, Zanetti (2013) argumenta que o uso deles permite “um encontro verdadeiro e inédito entre um sujeito e um objeto, que, antes disso, não existia” (p. 49). Tal encontro pode permitir a organização do psiquismo haja vista a possibilidade de “colocar em forma algum conteúdo que não tinha qualquer significado, nomeação ou lugar” (Zanetti, 2013, p. 49). Aquilo que era angustiante, pode, então, ser tratado, pensado, percebendo-se seu significado, com as lembranças podendo ser recuperadas, fato que gera novas associações e descobertas do indivíduo sobre si próprio.

Na experiência da UEL, recursos artístico-expressivos foram utilizados, tendo sido disponibilizados, nas sessões de atendimento, materiais gráficos como giz de cera, lápis de cor, canetas hidrocor, tinta guache, papéis, revistas, tesoura, cola e similares. Os materiais poderiam ser utilizados de forma livre pelos participantes ou então alguma proposta poderia ser feita pelo terapeuta, tais como desenho da família, desenho de um familiar em tamanho real, representação

gráfica da linha da vida, genograma, espaçograma, dentre outros.

No que se refere ao genograma, este se mostra como uma proposta que solicita a representação da árvore genealógica da família. Tal recurso pode ser usado de forma mais técnica como um meio de organizar informações referentes às gerações da família (Rebelo, 2007), podendo-se indicar doenças, idades dos familiares, casamentos, separações, adoções, mortes. Há situações nas quais o profissional da saúde coleta as informações e delinea o genograma, podendo-se inclusive contruí-lo por meio de programas de computador (Bianco, 2002; Costa, 2013) e outras nas quais se incumbe o casal ou a família de fazer esta representação.

Nos casos nos quais os pacientes responsabilizam-se pela representação do genograma, torna-se possível utilizar este recurso de forma mais projetiva, atentando-se, assim, para os lapsos, esquecimentos, confusões. O terapeuta demanda, então, que os membros do casal ou a família desenhem este genograma, mas sem fornecer excessivas instruções técnicas prévias, favorecendo a emergência de conteúdos inconscientes. Após uma primeira imagem delineada pelo casal ou pela família, pode-se fazer apontamentos e interpretações sobre os aspectos percebidos, os “erros” na representação efetivada, solicitando-se que o casal ou família representem um novo genograma, atividade que pode ter uma função elaborativa para os participantes do atendimento (Franco & Sei, 2015).

Um técnica expressiva interessante para perceber a dinâmica conjugal ou familiar é a planta da casa (Berenstein, 1988) ou espaçograma (Benghozi, 2010). Neste caso, almeja-se delinear a maneira como o espaço familiar está estruturado, no formato de planta baixa da moradia do casal ou família. Pede-se que, além dos limites dos cômodos, sejam também desenhados os móveis presentes nestes espaços.

Com isso, é possível perceber a presença ou ausência de móveis, se há espaço para todos, entradas e saídas dos cômodos, descontinuidades, espaços vazios ou confusos. Quando apontam para uma provisoriedade de algum dos cômodos, para a impossibilidade de mudança em decorrência do imóvel ser emprestado ou alugado, solicita-se o desenho do apartamento ou casa desejada, representando como esperariam que o espaço fosse organizado. Por meio desta proposta, pode-se notar se as inconsistências percebidas na residência atual permanecem nesta representação do espaço desejado, ou se encontram novas vias para se organizarem.

Outro recurso pertinente para o atendimento de casais e famílias é a linha da vida, que pode ser feita por cada um dos participantes da sessão ou por meio de um trabalho conjunto, representando não a linha da vida individual, mas a linha do casal ou da família. Trata-se de uma proposta que apresenta informações sobre os fatos marcantes da vida (Hanriot, Garcia, Lara, & Sousa, 2013; Soares, Costa, Rosa, & Oliveira, 2007) individual, conjugal ou familiar, elencados pelos participantes da psicoterapia. Percebe-se, por meio da linha da vida, casos de pessoas que optam por indicar variados acontecimentos da família estendida como algo importante e outros que ignoram fatos da própria família nuclear usualmente considerados como importantes.

O desenho da família se mostra como um recurso simples, mas que ilustra o olhar que os participantes destinam à família (Sei, 2009). Por meio desta proposta, pode-se observar a posição que cada um ocupa, o tamanho dos familiares em relação uns aos outros e em relação ao desenho como um todo, os elementos que compõem o desenho, as ausências explicadas e inexplicadas. Tal organização pode ilustrar a dinâmica estabelecida não apenas no campo da imagem como também concretamente, percebendo-se a filha que fica no meio do casal parental, o filho criança que é desenhado com um tamanho maior que o de seus pais, o

irmão que é representado no final da folha de papel, distante de todos os demais familiares.

O Arte-Diagnóstico Familiar (ADF) se configura como um recurso que pode ser utilizado para o mapeamento da demanda da família pelo atendimento e sua capacidade de se implicar no processo, trazendo a reflexão sobre a pertinência deste tipo de encaminhamento como efetuado em casos atendidos na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (Machado, Féres-Carneiro, & Magalhães, 2008; Machado, Féres-Carneiro, & Magalhães, 2011). Já na experiência desenvolvida na UEL, optou-se por utilizar o ADF como mais um dos recursos disponíveis no *setting*, empregado no curso natural do processo terapêutico ou em situações de impasse, facilitando a visualização de dinâmicas estabelecidas no casal ou família e a verbalização de conteúdos não abordados por outras vias.

Casais e famílias e suas histórias

A psicoterapia de casal e família realizada na Clínica Psicológica da UEL desde o ano de 2012 organizou-se de forma similar aos demais serviços de psicoterapia do referido serviço, isto é, por meio de uma lista de espera dos interessados que, após inscrição, eram chamados para uma entrevista de triagem conforme disponibilidade de atendimento. Usualmente o terapeuta responsável por realizar a primeira entrevista era também quem dava seguimento ao atendimento, todavia houve casos em que outro terapeuta ficou responsável por atender o casal ou a família.

Entre os anos de 2012 e 2016 quase 200 casais ou famílias chegaram a se inscrever ou foram encaminhados para a psicoterapia de casal e família. Entretanto, menos da metade chegou para este primeiro atendimento, com aproximadamente 85 entrevistas de triagem realizadas

nestes quatro anos. Tal cenário deveu-se a situações nas quais não se obteve contato nos telefones fornecidos pelos casais ou famílias, tendo havido casos em que, por meio do contato telefônico, informaram ter desistido do atendimento e outras situações nos quais buscavam postergar o agendamento da entrevista inicial, pedindo para que se entrasse em contato semanas depois em decorrência de alguma viagem, cirurgia ou outro tipo de compromisso, ou em que faltavam na sessão marcada.

Cabe ressaltar que, dentre os casais e as famílias que iniciaram a psicoterapia, nem todos permaneceram por um tempo significativo no processo terapêutico, tendo havido interrupções precoces da psicoterapia. Entende-se que tal situação é recorrente nos serviços-escola de Psicologia (Bernstein & Silva, 2014; Sei & Colavin, 2016), seja pela dinâmica deste tipo de serviço, seja pela resistência própria a este tipo de intervenção (Levy, 2013; Sei, 2009). Lembra-se que a inexperiência do terapeuta pode contribuir para o abandono da psicoterapia (Ramos, 2006) e que esta inexperiência é algo intrinsecamente presente nos serviços-escola de Psicologia, dado serem espaços destinados justamente à formação e aprimoramento de estudantes e profissionais da Psicologia.

Por outro lado, houve casos nos quais os casais ou famílias permaneceram por um longo tempo na psicoterapia, por vezes com o mesmo terapeuta. Tal condição mostra-se possível por se tratar de um projeto de extensão, optativo e com duração de até três anos, podendo ter continuidade por meio da proposta de projetos similares e não de um estágio curricular, de caráter obrigatório e mais limitado no tempo. Com isso, os discentes e demais colaboradores poderiam se responsabilizar pela psicoterapia de casais e famílias sem a necessidade de estabelecimento prévio de um prazo para finalização do processo terapêutico, algo impossível no cenário da psicoterapia individual vinculada ao estágio obrigatório de Psicologia Clínica.

Psicoterapia de família: um caso clínico

Com o intuito de ilustrar a prática realizada por meio dos projetos de extensão mencionados ao longo deste capítulo, passa-se a apresentar o caso de uma família composta por pai, mãe e filho. Os pais estavam na faixa dos 35 anos de idade, enquanto o filho encontrava-se na faixa dos sete anos.

Para a entrevista inicial deveriam comparecer todos, contudo o pai, usuário de crack, teve uma recaída no dia da sessão, distanciando-se, então, da família por vários meses. A psicoterapia foi iniciada com mãe e filho, tendo havido, meses depois, algumas sessões com a presença do pai, que havia tentado uma aproximação com sua família, seguida de episódio de violência e novo afastamento.

Na entrevista com mãe e filho, o menino aponta que seu “papai vem aprontando muito com a mamãe”. Relataram neste encontro que casal havia se conhecido na igreja, com o marido sendo filho de pastor. A descoberta acerca do uso de crack por parte do pai ocorreu após o nascimento do menino. Tendo em vista o não comparecimento do pai na psicoterapia, a mãe optou pela realização da psicoterapia com ela e o filho, já relatando questões no menino, tais como agressividade na escola, lembrando que ele tinha o mesmo nome que seu pai.

Foram aplicados o genograma, linha da vida, epaçograma, desenho da família, atividades que possibilitaram uma compreensão sobre a dinâmica estabelecida nesta família. No que se refere ao genograma, percebeu-se uma repetição de aspectos ao longo das gerações, tais como o uso de álcool e drogas e as separações conjugais. Na linha da vida da mãe pôde-se perceber as separações e tentativas de reconciliação do casal e, no caso do menino, a presença intensa do pai, representado em várias situações desta linha.

possível pensar em um contrato narcísico entre pais e filho (Kaës, 2014), com o último tendo recebido um nome composto, cujo primeiro é igual ao nome de seu pai somado a um segundo nome. Neste sentido, questiona-se se ele pode transformar esta herança ou deve assemelhar-se a seu pai. Deve repetir ou romper com aquilo que é transmitido pela geração anterior? No que concerne à identificação do menino com seu pai, ressalta-se seu comportamento agressivo e sua suposta “hiperatividade”, com um desejo materno de medicá-lo, refletindo-se sobre os sentidos e paralelos entre drogas médicas e as drogas usadas por seu pai.

No que se refere à dependência em geral, pode-se apontar para a dificuldade da família em promover justamente a independência de seus familiares. Em relação a esta temática, notou-se o funcionamento mais “colado”, sem que os membros da família tenham podido se desvincular e morar em casas independentes, como demonstrado pelo espaçograma.

O irmão da mãe era dependente do álcool e o marido desta mãe era usuário de crack, com ambos tendo passado por algumas internações em decorrência do vício. A mãe da mãe não conseguia ver seu filho internado, retirando-o da internação e sabotando seu processo de melhora e independência. Tem-se assim um funcionamento pautado na eleição de um paciente identificado (Ramos, 2006), que acaba carregando a patologia da família. Na ausência deste, as dificuldades podem ser deslocadas para outra pessoa, como quando o pai sai de casa e o filho passa a ser considerado como o membro problema, por parte da mãe. Sabotar o processo de melhora do familiar pode se configurar como uma via de manter esta dinâmica, sem propiciar uma efetiva melhora e conseqüente mudança na forma de funcionamento do grupo, assim como acontece quando opta-se por retirar o filho da internação.

No caso do núcleo mãe e filho atendidos na psicoterapia familiar na Clínica Psicológica da UEL, percebeu-se uma tendência ao longo de quase todo o atendimento de discorrer mais sobre dificuldades individuais do que relacionais, trazendo-se queixas sobre o comportamento do menino e, algumas vezes, acerca de questões pessoais da mãe.

Durante a psicoterapia, a mãe procurou atendimento individual para seu filho, com o mesmo terapeuta de sua mãe, cuja abordagem teórica centrava-se na análise do comportamento e prática clínica pautava-se no sintoma elencado pela mãe. Havia uma dificuldade em valorizar certos aspectos positivos do garoto, demonstrando um olhar enviesado nas possíveis heranças malditas advindas das gerações anteriores.

Buscou-se sempre questionar o lugar de paciente identificado, sem realizar a psicoterapia do menino na presença de sua mãe, como argumentado por Meyer (2002). Entretanto, compreende-se que o sofrimento implicado na família e a cristalização de papéis ao longo das gerações eram demasiados, ampliando resistências e dificultando o andamento do processo que foi finalizado pela família após pouco mais de 30 sessões, realizadas ao longo de um ano e meio de atendimento. A despeito disso, acredita-se que conteúdos puderam ser mobilizados, plantando-se sementes para colheitas futuras, especialmente no que se refere ao olhar destinado para o este menino, tão cheio de vida e qualidades, mas alvo de expectativas e intensas projeções por parte de sua família.

Referências bibliográficas

Benghozi, P. (2010). *Malhagem, filiação e afiliação—Psicanálise dos vínculos: Casal, família, grupo, instituição e campo social*. São Paulo: Vetor.

Berenstein, I., & Puget, J. (1993). *Psicanálise do casal*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Berenstein, I. (1988). *Família e doença mental*. São Paulo: Escuta.

Bernstein, L., & Silva, J. C. (2014). O abandono de tratamento psicoterápico no contexto de uma clínica-escola. *Nucleus*, 11(1), 275-286.

Bianco, R. (2002). *SICOGEF: Sistema Computacional do Genograma Estrutural da Família*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Computação, Universidade Federal de Santa Catarina.

Correa, O. B. R. (2000). *O legado familiar: a tecelagem grupal da transmissão psíquica*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

Costa, R. (2013). Representação gráfica de famílias com recurso ao Genopro®:(re) descobrir o genograma familiar no contexto da investigação qualitativa. *Indagatio Didactica*, 5(2), 723-733.

Cypel, L. R. C. (2002). Algumas reflexões sobre os fundamentos do trabalho psicanalítico com família e casal. *Ide*, 36, 2-16.

Franco, R. D. S., & Sei, M. B. (2015). O uso do genograma na psicoterapia psicanalítica familiar. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(2), 399-414.

Gomes, I. C. (2007). *Uma clínica específica com casais: considerações teóricas e clínicas*. São Paulo: Escuta/Fapesp.

Gomes, I. C., & Levy, L. (2009). Psicanálise de família e casal: principais referenciais teóricos e perspectivas brasileiras. *Aletheia*, 29, 151-160.

Hanriot, M. L. A., Garcia, M. H. C., Lara, F. C. M., & Sousa, N. A. F. (2013). Linha da vida: contando, cortando e rebordando novos caminhos. *Gestão e Saúde*, 4(2), 2388-2403.

Kaës, R. *Alianças inconscientes*. São Paulo: Idéias & Letras, 2014.

Kwiatkowska, H. Y. (2001). Family art therapy: Experiments with a new technique. *American Journal of art therapy*, 40(1), 27.

Levy, L. (2013). A resistência na clínica com casais. In I. C. Gomes, L. Levy (Orgs.), *Atendimento psicanalítico de casal* (p. 28-42). São Paulo: Zagodoni.

Machado, R. N., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2008). Demanda clínica em psicoterapia de família: Arte-Diagnóstico Familiar como instrumento facilitador. *Paidéia*, 18(41), 555-566.

Machado, R. N., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2011). Entrevistas preliminares em psicoterapia de família: construção da demanda compartilhada. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(2), 669-699.

Malchiodi, C. A. (1998). Arteterapia familiar: integrando a teoria e a prática. In S. Riley, *Arteterapia para famílias: abordagens integrativas* (pp. 17-26). São Paulo: Summus.

Manicom, H., & Boronska, T. (2003). Co-creating change within a child protect system: integrating art therapy with family therapy practice. *Journal of family therapy*, 25, 217-232.

Meyer, L. (2002). *Família: dinâmica e terapia, uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moguillansky, R. (1999). *Vínculo y Relación de Objeto*. Buenos Aires: Editora Polemos S. A.

Neumann, A. P., & Wagner, A. (2015). Caracterização da clientela atendida em terapia de família em uma clínica-escola. *Psicologia Clínica*, 27(2), 63-81.

Osorio, L. C. (2002). Da psicanálise à teoria sistêmica... e mais além. In L. C. Osorio & M. E. P. Valle (orgs.), *Terapia de famílias: novas tendências* (pp. 53-73). Porto Alegre: Artmed.

Ramos, M. (2006). *Introdução à terapia familiar*. São Paulo: Claridade.

Rebello, L. (2007). Genograma familiar. O bisturi do médico de família. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(3), 309-17.

Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2016). Construir, organizar, transformar: considerações teóricas sobre a transmissão psíquica entre gerações. *Psicologia Clínica*, 28(1), 141-159.

Sei, M. B. (2009). *Arteterapia com famílias e psicanálise winnicottiana: uma proposta de intervenção em instituição de atendimento à violência familiar*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Sei, M. B. (2011). *Arteterapia e psicanálise*. São Paulo: Zagodoni.

Sei, M. B., & Colavin, J. R. P. (2016). Desistência e abandono da psicoterapia em um serviço-escola de psicologia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(2), 37-49.

Soares, D. H. P., Costa, A. B., Rosa, A. M., & Oliveira, M. L. S. (2007). Aposenta-ção: programa de preparação para aposentadoria. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 12.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1983). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1963)

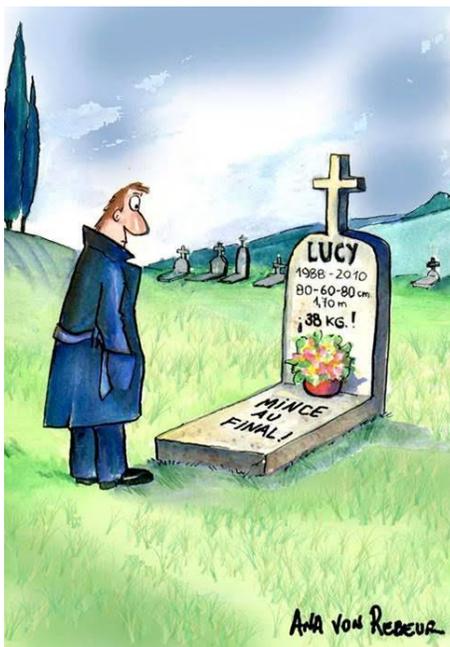
Winnicott, D. W. (1994). Terapia Ocupacional. I. Resenha do livro de Adrian Hill, *Art versus Illness*. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 422-423). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1949).

Zanetti, S. A. S. (2013). O uso terapêutico da mediação: um entendimento psicanalítico a respeito da produção artística. *Revista de Arteterapia da AATESP*, 4(2), 48-55.

Zuanazzi, A. C., & Sei, M. B. (2014). Psicoterapia familiar psicanalítica: reflexões sobre os fenômenos transferenciais e contratransferenciais em um serviço-escola de psicologia. *Vínculo*, 11(1), 16-24.

A anoréxica e sua família

Magdalena Ramos



Lucy, nascida em 1988 e falecida em 2010, media 80cm de busto, 60cm de cintura e 80cm de quadris, tinha 1,70m de altura e pesava 38Kg. MAGRA FINALMENTE!²

Toda época tem seus valores e sua forma de organizar-se, é sabido. Estamos na era pós-moderna cuja característica é a valorização do tempo presente, da individualidade e da busca da satisfação imediata. É a situação do cada um por si,

² Desenho de Ana Von Rebeur, cartunista e escritora argentina. Imagem extraída da Internet. O uso deste desenho para ilustração do capítulo “A anoréxica e sua família” de Magdalena Ramos foi gentilmente cedido e autorizado para publicação por Ana Von Rebeur.

criadora da ilusão de que não se precisa de ninguém. Contudo, existe a sensação de vazio e de solidão dela decorrentes e que, de maneira crescente, é compensada pelo consumo frenético proposto pela globalização. Em suma, tudo é impregnado de tons do efêmero e do descartável.

Os relacionamentos que anteriormente eram estáveis e mesmo rígidos, ainda tinham o lema “até que a morte os separe”, afirmado solenemente no dia do casamento, transformaram-se em relações passageiras e pouco tolerantes com a frustração; se o parceiro não me satisfizer, substituo rapidamente por outro, com ilusória certeza que esse sim vai me satisfazer.

A anorexia tem de ser compreendida à luz das transformações mencionadas. Embora tratando-se de uma patologia conhecida de longa data, seu atual franco crescimento é inquietante e podemos nos perguntar qual é o motivo desse aumento. Uma das respostas poderia ser a exigência cultural de ter um corpo magro como signo de cuidado e beleza. Todos os meios de difusão estimulam essa exigência e as pessoas gordas são desvalorizadas, razão pela qual muitas delas querem resolver esse problema com urgência. A ciência lhes veio em auxílio propondo uma cirurgia que as liberta do excesso ponderal. Com isso ignora-se que tanto a magreza quanto o excesso de gordura ou de peso são decorrentes de uma complexa problemática psicológica, portanto impossível de ser resolvida no passe de mágica proposto por uma operação. Ainda assim é necessário ter muito cuidado ao dar grande importância a esse fator que determina o modelo de beleza vigente porque a anorexia é doença multifacetária e no seu aparecimento podemos encontrar motivos de ordem genética, social, cultural, de personalidade e familiares.

A porcentagem da quantidade de casos de anorexia no sexo masculino, embora em aumento, é irrelevante face ao número de casos do sexo feminino, assim, estatisticamente

poderíamos dizer que a anorexia é uma enfermidade feminina. A mais alta incidência de anorexia ocorre na faixa etária dos 12 aos 24 anos de idade, sendo poucos os casos que incidem fora dessa faixa.

As transformações corporais que ocorrem no início da adolescência fazem com que a jovem anoréxica desconheça seu corpo e se sinta aterrorizada com essas mudanças. Uma maneira que ela encontra de lidar com esse descontrole que tanto a perturba é o controle de seu corpo pela não alimentação. Assim o fazendo, pode voltar a ter um corpo de criança, sem curvas e sem menarca.

A anorexia é um transtorno de grande complexidade, difícil de tratar e poderíamos acrescentar que do lado dos profissionais envolvidos, o tratamento é um tanto quanto frustrante: Pode-se obter uma melhora significativa e quando esses acreditam ter vencido a doença, a paciente pode ter uma recaída violenta e o quadro voltar à estaca zero. Outra dificuldade no tratamento de uma jovem anoréxica é o não reconhecimento dela mesma como enferma; ela esconde sua magreza com roupas folgadas e mostra-se aos outros como pessoa sadia capaz de praticar muitos exercícios físicos, exercícios esses que levariam à exaustão qualquer outro mortal.

Os pais frequentemente negam a enfermidade e não conseguem pedir ajuda no momento no qual aparecem os primeiros sinais da anorexia, embora estes sejam evidentes e facilmente reconhecíveis: A filha inicia regimes alimentares restritivos e rigorosos, se isola e não consegue participar do grupo de pares, relacionamento típico na vida de uma adolescente. Em muitos casos, tendo ela sido criança adaptada e meiga, torna-se adolescente teimosa, agressiva, intransigente e questionadora da conduta de seus pais.

Podemos identificar algumas características familiares comuns observadas no seio de famílias que têm uma filha com quadro de anorexia. São características

verificadas amiúde em clínica, mas que não são ainda oriundas de pesquisas. Em geral, nos deparamos com uma família de valores rígidos e resistente às mudanças. A mãe, superprotetora, controladora e autoritária e que não valoriza o marido nem lhe proporciona espaço para o exercício da função paterna. O pai, que mesmo em discórdia com o proceder de sua mulher não consegue defender a filha, por sua vez é alguém um pouco ausente, sem comprometimento com a família e refugiado no seu mundo. Os irmãos, afastados da irmã doente por não saber como se relacionar com ela e sem entender por que mesmo tendo comida ela não come. Os pais marcam a filha como o membro identificado e canalizam nela todos os conflitos familiares. Ao iniciar o tratamento, os membros da família têm dificuldades de associação e de simbolização. Fala-se em permanência de comida e do fato da filha não comer.

Nos quadros em que a anorexia atinge um estado grave torna-se essencial o trabalho em equipe. Nesse momento, os pais apenas olham e querem sobremaneira resolver o sintoma da filha, lhes parecendo supérfluo o trabalho do analista, posto que ele não dará orientação nem aconselhamento para que ela coma. Trabalhar em equipe formada de um psiquiatra, um nutricionista e um médico clínico lhes possibilita cuidar do sintoma e nos abrir espaço específico para o trabalho analítico.

Por que tratamento familiar?

Sabemos que se trata de uma família disfuncional. A relação entre mãe e filha se encontra atravessada por sentimentos de amor e de ódio. A mãe não aceita as transformações da criança que ela ajudou a desenvolver-se durante 12 ou 13 anos, criança essa que sempre foi adaptada e submetida e hoje além de enfrentá-la, já não aceita seus conselhos. De seu lado, a filha ao debater-se por conquistar sem eficácia a própria autonomia sente-se ao mesmo tempo

fraca e dependente de sua mãe. O pai não consegue se interpor entre a mulher e a filha, acaba não tomando partido e submete-se ao comando da esposa.

O tratamento individual da jovem anoréxica pode lhe trazer benefícios, mas na maioria dos casos ela é a depositária dos conflitos familiares. Assim sendo, a família pode obter apenas um determinado equilíbrio, desde que mantenha convergência na filha doente. Com isso, se não se trabalha com a dinâmica familiar dificilmente podemos obter melhora estável para a jovem anoréxica.

Retomando, a anorexia é um quadro de complexo tratamento porque a anoréxica não se considera doente e a família não se reconhece como partícipe da situação. Tanto é assim que se coloca à margem dos acontecimentos assinalando a filha como único membro identificado.

Tivemos reiteradas vezes no primeiro encontro ao perguntarmos à família a razão de virem em consulta, a seguinte resposta: *“Viemos porque fomos mandados pela equipe que está atendendo nossa filha.”* O Dr. Pierre Benghozi serve-se, em casos similares, de um recurso que acho interessante. Diz ele: *“No caso da demanda para atender a família ser formulada por um terceiro, falo de entrevistas coletivas familiares. Esse terceiro pode ser o psiquiatra de referência do paciente ou qualquer outro interventor do setor médico-psicossocial. Convido-o a participar da primeira entrevista coletiva familiar, a fim de que ele possa diretamente apresentar a demanda. Isso evita uma relação equivocada com a família que consulta, que sem isso, à pergunta “O que esperam de nós?”, poderia responder: “Nós, nada. Foi o senhor X que nos disse para virmos aqui”.*”

Observamos que a jovem anoréxica não deseja nada. No primeiro encontro, ao perguntarmos à família o que está acontecendo com eles, a jovem responde que com ela não acontece nada e a família, por sua vez, responde que eles estão bem e que o único problema deles é a filha. Ao defrontar-nos

com essa situação, proponho uma série de entrevistas com a finalidade de criar a demanda de tratamento. Não o fazendo, pareceria que teria de ser nós, os terapeutas, aqueles que se ocupariam de manter o tratamento. Criar essa demanda com o grupo familiar nos permite mostrar que não nos aliamos em manter o foco na filha assinalada como doente e que tampouco vamos olhar apenas pela fresta que a família quer nos mostrar. Para nós, o paciente passa a ser a família e trabalharemos nessa perspectiva, exatamente para mudar a convergência colocada na filha.

Propomos um enquadramento que permita a manifestação de todos os membros da família, sendo respeitados a fala e o lugar de cada um. A comunicação verbal, os silêncios e as manifestações corporais entre os membros do grupo familiar nos fornecerão elementos para descobrir o que acontece no plano inconsciente. A associação livre também é proposta para que se manifestem sem restrições, o mais abertamente possível, permitindo assim o aparecimento do que está dissociado ou recalcado. Com esses dados podemos construir pouco a pouco interpretações ou hipóteses de trabalho, possibilitando deste modo um encadeamento de falas e comentários que vão adquirindo um determinado sentido para cada um dos membros. É nesse intercâmbio que poderá ocorrer paulatinamente uma comunicação espiralada que permita o alcance de novas descobertas e significados.

A luta entre a vida e a morte

Fui convidada a participar como terapeuta familiar de uma equipe formada por uma psicanalista, uma médica clínica e uma nutricionista. A equipe tinha grande preocupação com Camila, que baixava de peso rapidamente sem responder satisfatoriamente ao tratamento psicanalítico individual e às recomendações da nutricionista. Buscar ajuda

em tratamento familiar foi a solução aceitável e de consenso encontrada pela equipe naquela situação.

Na primeira consulta compareceram Camila, Luis, o pai, Mônica, a mãe e Pedro, o irmão. Ao encontrar-me face a face com eles, levei um susto, tão horripilante era a aparência da Camila, e mesmo tendo visto anteriormente muitas vezes jovens excessivamente magras, ela era do jamais visto, uma caveira ambulante. Seu peso estava baixíssimo e ninguém sabia qual era exatamente, posto que ela se recusava a subir numa balança. Não consegui desviar os olhos dela nem deixar de me perguntar como a equipe e a família não tinham intervindo radicalmente antes de minha participação, tal o estado de gravidade com o qual me deparei.

O chamado da equipe para minha intervenção me soou estranho, me senti caindo numa cilada. Cilada porque eu teria de ajudar uma pessoa esvaindo-se em sangue podendo contar apenas com um Band-Aid para estancá-la, uma vez que um tratamento familiar é demorado, precisa da adesão de todos os membros por um período razoável. Era-me evidente que esta família tinha um problema de vida ou morte, portanto necessitada de tratamento de urgência muito antes de desbravar qualquer conflito familiar. Encontrei-me diante de um desafio e questionava-me como poderia conciliar a urgência de uma intervenção eficiente para salvar a vida da Camila e o tempo necessário para realizar uma terapia familiar. Naquele então, Camila tinha 16 anos com aparência de uma criança esquelética de 12 anos.

Ao recompor-me do susto comecei a observar a cena familiar: Pedro, o irmão de 14 anos era um garoto bem desenvolvido e não levava em conta o lugar onde estava. Permaneceu o tempo todo conectado com seu telefone celular, sem que seus pais o repreendessem. Luis e Mônica se entreolhavam em silêncio, sem saber como participar. Camila estava claramente irritada por estar no consultório, olhava o

relógio a todo instante, mostrando desejo de terminar o encontro.

Decidi intervir:

- Quero perguntar ao grupo e a cada um de vocês como se sentem e se sabem por que estão aqui...

- Nós estamos bem, o único problema é a Camila, indicou Mônica.

- Camila está sempre respondendo torto, nada do que propomos lhe agrada, disse Luis.

- Que propõem?, perguntei.

- Que viajemos, que possamos ir visitar o seu avô que vive no interior, respondeu Luis.

Pedro não responde minha pergunta e decido intimá-lo:

- Pedro, percebo que o clima aqui e na tua casa é pesado e quase intolerável, por isso você resolveu se isolar e não tomar conhecimento do que está acontecendo.

Ele larga o celular e pela primeira vez me olha, perturbado. Depois de um breve silêncio ele fala:

- Eu não posso fazer nada, meus pais fazem de tudo para que ela coma e não conseguem nenhum resultado. Ela é louca e quer ficar esquelética.

- Ela não é louca, ela está doente, precisa ser levada em conta e ajudada. Ela não está em condições de passear como propõe o Sr. Luis. Parece que nenhum dos três consegue olhar para Camila e ver o que ela mostra, expliquei.

- E o que é que ela mostra?, pergunta Pedro.

- Mostra um corpo que está definhando, que tem um equilíbrio muito frágil e que a qualquer momento pode se desarticular.

Camila me olhava como se não estivesse falando dela. Penso, não falo. O que me deixa perplexa é a falta de angústia dos pais ou a falta de demonstração dessa angústia.

- Quando Mônica diz que tudo vai bem e que o único problema é Camila, isso me faz concluir que nenhum de vocês se implica no que está acontecendo, retomei minhas palavras.

Ocorreu um silêncio, que inicialmente me pareceu reflexivo, mas o comentário de Luis me fez pensar que não era nada disso.

- Estamos aqui só pela Camila.

O tempo da entrevista chegando ao término, esclareci que falaria com a equipe para propor-lhes novo atendimento.

Terminei essa entrevista angustiada e abismada com o nível de negação por parte dos pais do grave problema da filha deles que durante a sessão pude observar. Camila poderia ter uma parada cardíaca a qualquer momento, ou ainda vir a sofrer de uma desorganização metabólica severa. Realmente ela estava entre a vida e a morte. Se bem que preocupados pelo estado no qual se encontrava Camila, razão pela qual fui chamada a intervir, a equipe não atinava com a gravidade do quadro. Acho que a enorme negação do problema pelos pais acabou por contaminá-los.

Decidi encontrar-me com a equipe e expus meu ponto de vista. O encontro foi profícuo. Toda a equipe concordou com a necessidade de tomar medidas mais radicais e eficientes para ajudar Camila na recuperação de seu peso o mais rápido possível para evitar que uma descompensação irreversível de seu estado físico sucedesse. Decidiu-se por indicar uma internação hospitalar. Fui encarregada de transmitir a indicação à família uma vez que eu era a única profissional que encontrava com todos os membros dela.

No encontro familiar seguinte esclareci o quanto era urgente que Camila ganhasse peso haja vista os riscos que

corria na gravidade de seu estado e que a equipe considerou sua internação hospitalar era o melhor e mais eficaz meio de atingir o propósito necessário. Camila respondeu muito irritada, de maneira violenta e ameaçadora: *“Se me internarem eu me mato”*. Ao que Luis acrescentou: *“Lhes suplico que não a internem. Diga-nos que existe outra saída e a cumprimos à risca.”* Pedro continuou alienado como no primeiro encontro. Mônica falou: *“Eu preciso cuidar da minha filha, não quero delegar esse trabalho para ninguém.”* e finalmente Camila nos disse: *“Vocês estão exagerando, não vai acontecer nada comigo.”*

Concluí então que Camila continuava negando a realidade, não aceitava seus limites e além de tudo desafiava de maneira onipotente a própria morte.

Propus que no dia seguinte nos reuníssemos com toda a equipe para estudar outra saída. Conversamos previamente com todos sobre a recusa de internação de Camila em meio hospitalar e indicamos uma internação domiciliar com regras e medidas a serem cumpridas e tomadas:

- Camila ficaria 15 dias em casa, sem ir à escola e sem fazer qualquer atividade física.
- Deveria estar acompanhada de um familiar, ininterruptamente, de dia e de noite.
- Sua alimentação seria controlada pelo pai ou pela mãe.
- Os profissionais iriam ao domicílio familiar para que Camila não se deslocasse e conseqüentemente não fizesse nem o menor dos esforços.
- Camila estaria de repouso absoluto durante 15 dias.

O novo enquadramento era potencialmente arriscado. No entanto percebemos uma disponibilidade séria de engajamento por parte da família diante do temor da internação hospitalar e a equipe poderia controlar de perto o desenvolvimento do processo de internação domiciliar. A família recebeu instruções para essa nova etapa dos cuidados

com Camila de todos os profissionais da equipe, ou seja instruções do médico, da nutricionista, do psicanalista e da terapeuta familiar. Essa proposta de internação em casa com toda informação de cuidados passada pela equipe coesa e disponível para esclarecer qualquer dúvida e orientar a resolução de qualquer intercorrência também pelo Skype e pelo celular, aproximou os pais no conhecimento e na consciência da gravidade do quadro da filha.

Entre os ganhos obtidos com esse enquadramento, ou seja, a internação domiciliar assistida pela equipe, está o abandono da postura de impotência pelo pai, que passaram a ser colaboradores ativos no processo.

As consultas familiares em domicílio confirmaram que tratava-se de uma família perturbada, como é ocorrente nesses casos, na qual o paciente por ela identificado é usado como depositário dos conflitos de todos os membros. O acesso terapêutico é dificultado uma vez que a família não consegue mudar o ponto de convergência que os inquieta, nesse caso a quantidade de comida ingerida ou não pela Camila.

É importante relevar que para esse mesmo tipo de família, mas com estado menos grave da filha anoréxica, portanto com condicionantes de tratamento menos urgentes, em um primeiro momento, começaria o trabalho na criação de condições para a demanda do tratamento. Após iniciaria então o tratamento com todos os membros da família. A família de Camila não tinha a demanda, seus membros participavam unicamente para falar da Camila. Pelas condições de gravidade na qual nos encontrávamos decidi trabalhar de forma operativa imediatamente.

Na primeira consulta após a internação em domicílio observei que o casal entrou na sessão brigando, e pude constatar que continuou brigando na minha frente nos outros encontros, sempre por não coincidirem com o modo da conduta que cada um exercia com Camila. Pedro continuou

desligado do ambiente e da situação mas pude perceber uma leve mudança de atitude em Camila, que foi se mostrando mais interessada e conectada à situação.

Decidi então trabalhar na direção de poder recuperar no vínculo do casal uma aliança mínima e específica para que pudessem cuidar da filha. Meu foco terapêutico se centrava no contorno familiar e não na paciente e tratava de criar as condições que pudessem contribuir na sua recuperação.

Numa sessão na qual mais uma vez o casal brigou muito pelo modo como deveriam tratar sua filha, assinalei-lhes meu entendimento das melhores intenções de cada um no que concerne o tratamento de Camila mas pareceria que sob essa situação haveria uma disputa pelo poder. Disputa para mostrar quem é o mais competente, qual será o vitorioso nessa briga de foice. Camila me olhou surpreendida pelas minhas palavras e disse que seus pais brigaram a vida inteira, desde que se conhecia por gente e que sua casa sempre foi tumultuada.

Em outra sessão: Pedro tem muitas espinhas no rosto e usa um corte de cabelo com uma franja bem comprida que o encobre e sua postura é totalmente corcunda, como se estivesse enrolado nele mesmo. Ele continuou ensimesmado, atento apenas ao celular e sem a menor reprimenda dos pais. Decidi intervir, chamando-o à conversa:

-Pedro me parece que você está aqui de corpo presente e mente ausente. Vejo-o muito enrustido como se tivesse algo para esconder e que tem vergonha de mostrar.

Ele me olhou, me pareceu enraivecido porém aliviado, como se ele sentisse o alívio de não precisar mais se esconder. Ao que Camila acrescentou:

- Ele tem sim muita coisa para se envergonhar, não conseguiu passar de ano e meus pais foram chamados à escola porque o encontraram fumando maconha.

No momento pensei que Camila decidiu sair do lugar de membro identificado por intermédio da denúncia dos conflitos entre os outros membros da família, ou seja, as brigas dos pais e os problemas de seu irmão.

- Não te autorizo a falar de mim, estamos aqui só por tua culpa, disse Pedro.

Ao que o pai acrescenta: *“O Pedro tem razão, não estamos aqui para falar dele.”*

Acredito ser de suma importância a dinâmica que começou claramente a se mostrar nessa etapa do acompanhamento da família. Parece que a família tem certo equilíbrio quando os conflitos convergem para Camila. À medida que outros problemas aparecem, não podem ser falados e muito menos levados em consideração. Esclarecido esse ponto, Mônica falou:

- Eu gostaria de pensar nesta situação que foi colocada. Acho que tem alguma verdade.

Encerramos esta sessão e fiquei com a ideia de que a família renunciaria ao tratamento. Se por um lado minha colocação tinha sido prematura, por outro lado não poderia ter deixado passar a oportunidade que aparecera. Felizmente a família não renunciou ao tratamento e pudemos prosseguir com o trabalho.

Camila trouxe à tona os conflitos familiares e propôs sua necessária abertura para as sessões, sendo acompanhada timidamente pela sua mãe. Nessa etapa era imprescindível focar o tratamento na família e não no casal, tal como tinha me proposto inicialmente.

Camila foi melhorando e recuperando um pouco de peso. Esta nova condição permitiu-lhe sair da zona de risco de vida e dessa maneira conseguimos abrandar as severas restrições impostas no começo do tratamento. Os tratamentos continuaram nos respectivos consultórios da

equipe. Estávamos todos cientes que embora tivéssemos vencido uma batalha, a luta continuaria. O pouco de peso que Camila tinha recuperado se deu ao fato dela ficar estritamente sem fazer nenhum esforço físico e de ter conseguido comer algo a mais que uma folha de alface, como era seu costume alimentar até então.

A mudança de enquadramento para o atendimento domiciliar decidida pela equipe permitiu a consolidação do grupo e desse modo pôde oferecer à Camila e à sua família uma configuração de cuidados esmerada que resultou ser eficiente.

Camila conseguiu retomar suas atividades escolares e sua vida de todos os dias. Os tratamentos individuais e familiares continuaram por três anos após minha primeira intervenção nesse acompanhamento.

Os pais, que ao longo do processo tomaram consciência do perigo passado por Camila, passaram a cuidar dela de maneira presente, ativa e participativa colocando especial atenção nas atividades que a filha deles realizava.

O processo desse tratamento foi longo e sofrido. Teve começo bastante inquietante, mas bom encerramento.

Bibliografia sugerida

Benghozi, P. (2010). *Malhagem, filiação e afiliação*. São Paulo: Vetor.

Bidaud, E. (1998). *Anorexia*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Brusset, B., Couvreur, C., & Fine, A. (orgs). (2003). *A Bulimia*. São Paulo: Escuta.

Correa, O. R. (2013). *Crises e travessias nas diversas etapas da vida do casal e do grupo familiar*. Petrópolis: KBR.

Fernandes, M. H. (2006). *Transtornos Alimentares*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Golman, B. R. (2005). *Anorexia y bulimia: Um nuevo placer*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Herkier, M., & Miller, C. (2005). *Anorexia-bulimia: Deseo de nada*. Buenos Aires: Paidós.

Jeammet, P. (1999). *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta.

Kaës, R. (2003). *Espaços psíquicos comuns e partilhados*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Levenkron, S. (2000). *Anatomía de la Anorexia*. Buenos Aires: Kairós.

Poulisis, J. (2011). *Transtornos Alimentarios*. Buenos Aires: Paidós.

Ramos, M., & Fuks, M. (orgs). (2015). *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Editora Zagodoni.

Ramos, M. (org). (2016). *Novas Fronteiras da Clínica Psicanalítica de Casal e Família*. São Paulo: Escuta.

Recalcati, M. (2004). *La última cena: anorexia y bulimia*. Buenos Aires: Ediciones Del Cifrado.

Sobral, G. (2011). *Madres, Anorexia y feminidad*. Buenos Aires: Filigrana.

Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.

Yosifides, A. (2006). *Bulimia y Anorexia*. Córdoba: Editora Brujas.

Zalcborg, M. (2003). *A relação Mãe e Filha*. São Paulo: Campus.

Apresentação do caso

Isadora Nicastro Salvador

A família é composta de mãe Tânia³ (36 anos), filha Stefani (14 anos), filho Gabriel (7 anos) e filha Patrícia (4 anos), sendo que essa última tem necessidades especiais que demandam intensos cuidados da família. Os pais das crianças são separados e o pai (Rafael, 38 anos) compareceu a duas sessões, a pedido dos filhos, para estabelecer alguns acordos em relação à filha mais nova. A família era inicialmente atendida por outra estagiária ao longo de aproximadamente um ano, tendo havido uma mudança de terapeuta no ano seguinte, com o atendimento seguindo por mais um ano.

No atendimento realizado pela outra terapeuta, a configuração do *setting* era sempre modificada, sem haver uma estabilidade. Assim, em alguns momentos vinham só a mãe e a filha, em outros a mãe, a filha e a amiga da filha, em outros compareciam todos os integrantes, às vezes apenas a mãe, a filha mais nova e o filho. Estas mudanças eram feitas conforme a vontade da mãe, mesmo com a indicação da estagiária de que essa falta de regularidade era prejudicial para o processo de terapia. Pondera-se, inclusive, que de certa forma, o desejo inconsciente da família era de impossibilitar um aprofundamento das questões trabalhadas no *setting* terapêutico.

Quando a mãe foi contatada, a segunda terapeuta indicou que todos os integrantes da família deveriam comparecer sempre, não podendo haver mudança de *setting*. Mesmo assim, um dia veio apenas mãe e filho e no outro a mãe solicita que seja feita a terapia apenas da filha adolescente.

³os nomes expostos são fictícios para manter o sigilo profissional.

A família tem um histórico de violência, sempre sendo proferido pela mãe, que já quebrou dois celulares da filha mais velha. Na primeira vez, a violência foi decorrente da garota ter enviado fotos nua para um menino da escola, que espalhou para toda a escola. Na outra vez, a quebra do celular foi devida a conversas que S. tinha com o atual namorado, com T. tendo quebrado o celular de S. e depois o seu próprio.

A família mora em uma chácara com os pais de T. residindo na casa ao lado da deles. O pai de T. faleceu durante o segundo ano do processo terapêutico, sendo que era ele quem cuidava dos afazeres da chácara e também era quem ajudava T. financeiramente. Posteriormente a mãe de T. fez uma cirurgia no braço e T. ficou responsável por realizar os cuidados dela.

T. faz terapia individual, depois de ser encaminhada para esta pela antiga estagiária. No primeiro momento de sua terapia, tratava-se de uma terapia focal pautada na Análise do Comportamento, com estabelecimento de regras e rotinas, que foram colocadas em uma planilha, seguida por T. mesmo após a finalização desta etapa da terapia. Após este período, a terapia foi mudada e voltou-se aos problemas de T. que, então, parou por um tempo de vir às sessões. Dizia que agora as mudanças tinham que vir dela, que ela não seguia mais algo que a terapeuta passava para ela, que era muito mais difícil e que, se ela não conseguia mudar, não adiantava ela comparecer às sessões.

Depois de um período sem vir às sessões, T. retornou à terapia individual. T. relata que quando não está na terapia, sua vida “vira do avesso”, que ela não consegue nem arrumar a sua própria casa, fica tudo uma bagunça. Entretanto, após a estagiária que a atendia individualmente relatar que iria se formar e finalizar seu período de estágio no serviço-escola de Psicologia junto ao qual atendia T. e que ela poderia acompanhá-la na clínica particular, T. desiste do atendimento

e diz que não tem condições de gastar com gasolina, além da própria terapia.

A filha S. namorava e o namorado (Bruno, 16 anos) foi morar em outra cidade, porque o pai de B. estava preso e foi ameaçado por uma organização criminosa. Após os pais ficarem insistindo para que a filha terminasse o relacionamento, ela o fez, já que fazia muito tempo que não o via e nenhum dos dois tinha condições de viajar para se verem. Quando a família começou o atendimento com a estagiária anterior, a demanda foi a de que S. “ia muito atrás de menino” (sic), e agora a mesma relata que está tranquila, que não quer ir atrás disso por um tempo.

Durante um tempo, o pai das crianças (R.) foi também morar fora, porque tinha perdido o emprego na cidade em que residia. Entretanto, disse que não compensou financeiramente e voltou para a sua atual cidade, em um emprego que o irmão dele conseguiu para ele.

Nas sessões, antes a paciente identificada era S., a filha mais velha. Posteriormente, ela e a mãe pareceram ter realizado um conluio inconsciente, com o filho G. que ficou nesse lugar de paciente identificado, sendo que ele é o maior detentor dos problemas e também sendo ele que ainda apanha da mãe. Em uma sessão, T. relata que os adolescentes atualmente não são mais os mesmos, porque os pais não batem mais nos filhos. Ao ser indagada pela terapeuta sobre se ela achava que a violência resolvia os problemas, T. levanta, fica nervosa e enfrenta a terapeuta, dizendo que resolve sim, mas que agora ela não pode bater senão ela vai presa e justifica que toda família tem problema.

Já em relação ao filho do meio, G., os desenhos deste são sempre reveladores e mostram um aparelho psíquico muito organizado do menino. Ele é sempre o acusador da mãe e indica que ela é mentirosa, falsa, que ela bate neles, etc.

P. frequenta uma escola de educação especial e precisa ser acompanhada pela mãe devido à sonda que ela faz uso. Na terapia individual de T., ela já relatou sentir ódio de P., porque ela acabou com a sua vida. T. também já relatou em sessão que fumou muito na gravidez de P., e que antes se sentia culpada por ela ter nascido com microcefalia, mas que agora não se culpa mais. O pai também culpa a mãe pela situação da P., dizendo ser esse um dos motivos pelos quais ele não fica mais tempo com a filha.

Em uma sessão, as crianças disseram ter vontade de morar com o pai e a família dele, já que são um peso tão grande para a mãe. A mãe não tinha nenhuma renda própria. Ganha um benefício pela situação da P. e a pensão das crianças. Ela vende, de vez em quando, doces e bolos na igreja em que frequenta e começou a trabalhar como revendedora para um produto de beleza, mas não investiu nisso e não deu certo.

Nenhuma das crianças foi planejada pelos pais, sendo que a primeira vez que a T. engravidou, fazia 2 meses que ela tinha conhecido o R., e eles não estavam nem namorando. Depois tiveram a S., terminaram por um tempo, voltaram e tiveram o G. e a P., que também não foram planejados.

As crianças diziam viver em um ambiente hostil, sujo e até com a presença de ratos, mas indicaram que essa realidade havia mudado. Entretanto, eles continuam comendo no carro, por meio de marmitas, devido aos horários conturbados da mãe. S. e G. disseram que queriam estudar em uma cidade maior, cidade na qual reside o pai, próxima à cidade em que eles moram. T., contudo, é totalmente contra a ideia de ficar apenas cuidando de P. e deixar as outras crianças morarem com o pai, apesar de reclamar de ter que cuidar deles.

Apresentação da sessão de número 17 da família

Encontro a família no corredor e eles estão conversando com a antiga terapeuta e estagiária deles. Digo que vou arrumar a sala e volto para chamá-los. T. diz para a antiga terapeuta que estava com saudades dela, e esta diz que a cadeirinha da P. deveria estar pesada, no colo da mãe. T. diz que tinha esquecido o carrinho da P., e estava com a cadeirinha do carro mesmo. Entramos na sala e S. começa a dizer que o aniversário de 15 anos da sua amiga seria já na outra semana e o B. ainda não tinha certeza se viria. S. diz que ela estava ensaiando com o outro menino e que uma hora ela teria que sentar no colo dele, mas que isso ela nem ia contar para o B., ia deixar ele ver lá mesmo. Ela diz que estava com dó dele, porque pode ser que ele ficasse bravo, porque ela no lugar dele ficaria. T. diz que era para ela só fingir que ia sentar no colo do menino, só encostar, porque além de o B. poder ficar bravo, ia ficar feio para ela mesma, porque é uma menina que namora e é chato fazer isso na frente dos outros. S. diz que não sabia qual seria a reação do B. quando ele visse, porque além disso ela ia entrar de mãos dadas com o outro. T. diz que ele não tinha que ficar bravo, porque foi ele que não deu certeza que viria, e que não tem nada disso de um ter que ficar dando satisfação para o outro. S. diz que a sua mãe tinha que ficar quieta, porque eles tinham combinado que contariam tudo um para o outro, e eles contam mesmo porque confiam. T. fica quieta e com cara de inconformada. S. diz que quer muito que o B. venha, mas se ele não vier, ela já está esperando para não ficar tão triste, porque ele viria com o tio dele que ia pra lá e voltaria pra cá, mas ela não sabe que se ele não vier, se a mãe dele vai deixar ele vir mesmo de ônibus, porque a questão não era como ele viria, mas se os outros virem ele aqui, já que uma facção criminosa tinha ameaçado a família e os pais do B. estavam receosos e com medo de deixar ele vir.

T. diz que não sabe se vai ao aniversário, que ela quer muito ir e também foi convidada, só que o R. estava bravo com ela e disse que não ia ficar com a P. no final de semana, porque no final de semana passado, que ele tinha ficado com a P., a T. tinha combinado com ele de ir buscá-los em um horário, e ela atrasou 40 minutos. T. diz que ele ficou bravo e disse que não ficaria com ela no outro final de semana porque a T. não cumpria seus compromissos. T. diz que é um absurdo isso, que ele nunca fica com ela, e quando fica, não pode ficar 40 minutos a mais. Nesse momento, P. começa a fazer uns barulhos e dar risada. Começo a falar com ela e digo que eu sabia que ela estava entendendo que eles estavam falando dela. S. diz que conversou com o pai, falando que parecia que ele tratava a P. como um negócio, que não tratava ela como filha e que queria ficar com ela, passar um tempo com ela. S. diz que ele se explicou, dizendo que era só porque a sua mãe tinha atrasado, e a S. relata que talvez ele fique sim com a P., que ele só estava fazendo charme. T. diz que ele fez isso e bloqueou ela no WhatsApp, e também não atendia mais as suas ligações. T. diz que ela não quer mais nada com ele, que não tem mais nada a ver os dois juntos, que as vezes que ela ligou para ele era porque ela precisava conversar com ele com coisas relacionadas aos filhos dela. T. diz que daí quando ele precisa, ele vai atrás dela, igual aconteceu, que ele desbloqueou ela para ela lembrá-lo de pagar o plano de saúde. T. diz que ele sabe que todo mês tem que dar o dinheiro do plano para ela e todo o mês é ela que tem que ficar lembrando. Ela conta que esses tempos ele falou que podia então cancelar este plano de saúde dele, porque ele não ia mais pagar, e ainda bem que ela não fez isso, porque depois ele veio arrependido falando que tinha marcado um médico e não ia poder cancelar, que ia dar o dinheiro para ela. T. conta que é ela que paga este plano de todo mundo na casa dela, que ele só paga a dele para ela e ela que acerta a de todo mundo. Ela diz que naquele mês, ela não tinha conseguido pagá-lo, porque antes, quando seu pai estava vivo, ele enchia duas vezes ao mês o

tanque do carro dela de gasolina, mas agora é ela que tem que bancar tudo, e desse jeito ela não conseguia. Ela diz que está muito apertado na sua casa e que ela está tendo que se virar nos trinta com o pouco do dinheiro que ela ganha.

Entretanto, ela começa a me contar que tinha descoberto uma mina de ouro. Disse que sua amiga a indicou para trabalhar como revendedora de um produto de uma empresa americana, e que o produto é rejuvenescedor e as comissões são feitas pela internet, ela criava uma página pra ela e as pessoas podiam comprar através da sua página, sendo que assim ela ganhava uma comissão em cima daquela compra e a pessoa que a indicou também ganhava. T. diz que o negócio é muito lucrativo e que é a chance para o futuro dela e das crianças. S. começa a me mostrar um vídeo de como o produto funcionava. T. diz que o produto seria ótimo para eu usar antes de uma festa, para aquelas bolsinhas que estavam debaixo do meu olho. Começo a rir e digo que ela já estava pegando o jeito de vendedora. Ela diz que era para eu ajudá-la a vender, para eu passar para as minhas amigas, e começa a dizer que ela tinha ali se eu quisesse comprar. Digo que eu não queria agora. Ela diz que quando eu tivesse dinheiro e quisesse, era só falar pra ela, e eu digo que ok.

G. tinha terminado o desenho e me mostra o que tinha feito. Ele diz que era uma família feliz, em um final de semana, e que os filhos estavam brincando e se divertindo, a mãe estava saindo de carro para comprar alguma coisa para eles comerem e o pai estava arrumando o brinquedo do filho. Pergunto o que o super-herói estava fazendo e ele diz que ele só estava ali, não estava salvando ninguém. Pergunto o que era aquilo embaixo do chão da casa e ele diz que era o esgoto. Digo: “Nossa, esse esgoto é bem grande para o tamanho da casa, é quase do tamanho dela, não é G.?” e ele me responde: “sim, a casa precisa de um esgoto grande.” Pergunto a ele se ela precisava de um esgoto daquele porque a quantidade de lixo, de dejetos e de coisa ruim era muito grande e ele dá uma risadinha e diz que sim. Pergunto o que era aquele outra

continuação, que parecia uma estradinha, e ele diz que aquilo ainda fazia parte do sistema de esgoto. Pergunto o que é que ele estava precisando jogar tanto naquele esgoto e ele diz que não sabia.



T. começa a contar que ela tinha batido nele no final de semana. G. diz que não era para que ela contasse aquilo. Pergunto o porquê e ele diz que não queria falar sobre isso. Digo que aquele era um lugar que era para falar de coisa chata mesmo, de coisa que incomodava, de coisa que era difícil de falar, porque se eles tivessem só coisas lindas e maravilhosas acontecendo na vida deles, eles não estariam nem ali. G. diz que então tá bom, que ela podia contar, mas que era só para mim, não era pra ficar espalhando para os outros. T. diz que ele estava desrespeitando ela, falando alto com ela, e ela não aguentou e bateu nele. G. diz que era porque ele não queria assistir ao canal da TV que ela estava assistindo. T. diz que não era isso, que se fosse só por isso, ela nunca bateria nele. T. diz que bateu de chinelo e ficou um roxo grande na sua coxa, e que ele foi passar o final de semana na casa do pai, e o pai ligou brigando com ela, que não era para ela bater mais no G. T. diz

que o tio do G. tirou foto dele e mandou pra ela, só porque ele é advogado. T. relata que pediu desculpas para o G., que ela sabe que ela não devia mesmo ter feito isso, mas que ele também não estava colaborando. S. diz: “que bom que você não tinha um celular, hein, G.?!” e os dois começam a rir, enquanto a T. fica quieta.

Digo que o temperamento da T. transbordava muito para as crianças, que eram sempre eles os alvos, e que por esse motivo era importante que ela continuasse na sua terapia individual, porque muita coisa dela influenciava na rotina da família. T. diz que concordava comigo e que sente que está muito melhor agora que tinha voltado a terapia individual. Ela e S. começam a dizer que não viam a hora de chegar o aniversário, e que o G. não iria, porque senão ele ia querer voltar 10 horas da noite, e que a S. quer ficar até acabar a festa, que vai ser 5 horas, ou até antes, umas 4h, mas que ela quer ficar bastante porque é a melhor amiga dela. S. diz que se o B. não viesse, que a mãe do B. disse que uma tia do B. iria pra lá e ficaria um final de semana no final de ano, e perguntou se a S. queria ir com ela. T. começa a rir debochada. Disse que NUNCA que a S. iria. S. diz que já sabia que a sua mãe não ia deixar e que o jeito era esperar o B. vir.

Como dessa vez a T. havia esquecido o carrinho da P., ela ficou em cima da mesa com a cadeirinha do carro, sendo que eu podia vê-la mais nitidamente. Porém, a T. ficou se escondendo atrás da S., e às vezes pegava o celular e ficava mexendo. Quando T. chegou e foi colocar a sonda na P., a sonda vazou e o líquido pelo qual ela se alimenta escorreu na roupa dela e na sala. O cheiro inunda a sala e S. começa a dizer que estava com nojo e a mãe diz que não era para ela ter nojo da sua própria irmã, entretanto, eu também fiquei com ânsia daquele cheiro.

Digo a elas que na semana que vem eu estaria viajando e que não teria a nossa sessão, mas na próxima semana retornaríamos normalmente. G. me abraça com força pra se

despedir. Quando eu saio da sala, ele me vê e vem correndo me abraçar novamente e diz: “outro abraço!” Digo que eu também ia ficar com saudades deles, mas que duas semanas passam rápido. Ele me dá um beijo e segue com a sua mãe e suas irmãs.

Apresentação da sessão de número 23 da família – Encerramento⁴

A família realizou 23 sessões com a atual terapeuta, e resolveu desistir do atendimento, contando essa última, e antes de realizá-la, o encerramento, comunicaram por mensagem no celular que não estavam mais dispostos a realizar terapia familiar nesse ano, já que T., a mãe, achava que uma terapia individual com cada integrante seria mais eficiente. T. diz que ela e as crianças estavam “cansadas” (sic) de vir até ali, além do que eles gastavam muita gasolina para sair da cidade deles, ainda mais que eles moravam em uma chácara, e precisavam se encaminhar até a Clínica-Escola, que era longe da casa deles. Além disso, T. relata que não via mais necessidade do atendimento familiar, já que eles já tinham resolvido os seus principais problemas.

Dessa forma, a terapeuta relata à família que eles iam precisar esperar a fila de espera da lista individual, já que essa lista era grande. T. pergunta se eu podia dar um jeitinho e digo que não, que tinha que esperar rodar a lista normalmente. Com isso, marcamos a sessão de encerramento dos atendimentos familiares para o dia seguinte.

⁴ Esta sessão foi inserida ao trabalho posteriormente à supervisão realizada no Instituto de Psicologia da USP. Como houve a desistência da família aos atendimentos, entende-se que o acréscimo ao trabalho da sessão final beneficia o entendimento do caso e dos seguimentos advindos da supervisão realizada.

A família chega na clínica e só estão T., S. e P. Pergunto do G. e T. diz que ele estava no clube com os amiguinhos dele, que ela tinha ficado com muito dó de tirar ele do clube para trazer para a terapia, já que ele estava de férias. Entramos na sala e S. começa a falar que estava muito entediada, que estava ficando com raiva de todo mundo ultimamente. Diz que não queria mais viver. Sua mãe diz que era um absurdo ela falar aquilo, ela tinha que ter amor pelo menos à sua mãe, antes de pensar nisso. S. começa a me contar que uma moça viu a mãe dela ali fora estacionando na vaga de deficiente, viu a mãe dela saindo do carro, e disse que aquela vaga não era para ela. S. conta então que a sua mãe disse que ela tinha o cartão e que era a filha dela, e a moça ficou quieta, falou que é porque sempre param não-deficientes ali. S. diz que está cansada disso, que sempre as pessoas estão se intrometendo na vida das outras, sendo que a moça poderia bem ter ficado quieta. Ela disse que também está desanimada porque tinha dado um monte de briga na família da sua mãe no Natal. T. começa a contar que era sempre seu pai que fazia todas as coisas do Natal, que ele ficava responsável por tudo, porque ele gostava muito de fazer aquilo, e esse ano, todo mundo sentiu muito sem a presença dele. T. começa a chorar, como nunca tinha feito na terapia, em 23 sessões, nem quando seu pai faleceu. Diz que estava muito arrependida, porque todas as vezes que seu pai fazia o Natal e o Ano Novo, todo mundo reclamava de limpar a sujeira dele, porque ele fazia muita baderna, mas ninguém agradecia ou ficava feliz por ele ter feito tudo. Agora ela diz que teve que todo mundo se dividir para fazer uma coisa. Além disso, foi super triste porque ele não estava lá, era ele que era animado e ficava fazendo fervero.

S. começa a contar que a mãe dela brigou com a sua tia e que ficou um clima durante as festas. T. a interrompe e diz que não foi ela que brigou, que foi a sua tia que estava enchendo o saco. S. pedia para ela continuar falando sem ser interrompida. S. diz que também não gostou do modo que a sua mãe fez na festa, mas mesmo assim, que depois que a sua

mãe foi embora, sua tia ficou falando mal dela para todo mundo durante muito tempo, e S. ficou muito brava com isso. S. diz que queria bater na sua tia. T. fica a todo momento interrompendo a filha, dizendo que não tinha sido daquele jeito, ou que ela queria explicar. Começa a contar que nunca se deu muito bem com essa irmã dela, e que nas festas, todo mundo estraga os brinquedos do G. Diz então que ele tinha ganhado uma bola que ela deu pra ele de Natal, e o primo dele, filho dessa irmã dela, começou a brincar com ele com a bola. T. diz que ele tem 23 anos de idade, não tem mais idade pra ficar brincando, mas ok. E depois de um tempo, todo mundo parou de brincar, e todo mundo deixou a bola do G. lá fora, ninguém se importou em guardar. S. diz que a bola era do G., que ele que tinha que cuidar e guardá-la. T. diz que todo mundo brincou, a bola ficou lá fora porque os mais velhos não foram capaz de cuidar, e o cachorro furou a bola, que estourou. T. diz que G. ficou super mal, e aí ela ficou quieta, e sua irmã percebeu que ela estava quieta, e ela disse que ia embora, e sua irmã perguntou porque que ela estava com essa cara, e T. xingou ela e foi embora. S. diz que também não concordava com isso, porque sua mãe foi sem respeito, mas por uma coisa boba, a sua tia ficou falando o dia todo para todo mundo. S. diz que a T. não estava sabendo disso, que ela estava contando só agora porque antes ia dar treta.

T. diz que tem certeza que ninguém a defendeu, todo mundo ficou ouvindo sua irmã falar mal ela e ninguém fez nada. S. diz que suas tias falaram sim. S. diz que na casa do seu pai não era assim, cheio de briga. T. fica brava e diz que lá eles são piores, que um fica fofocando do outro, que eram falsos. S. diz que eles fofocavam mesmo, mas os encontros eram sempre saudáveis. T. fica com a cara feia.

S. me conta que vai viajar com a amiga para a praia, com a família dela. Disse que da outra vez que ela foi com eles, a mãe dela pagou tudo para ela, era como se ela fosse uma outra filha dela. T. diz que ela tinha esse privilégio e ainda ficava reclamando de tédio, que não queria viver, que era um

absurdo. Que ela que tinha que reclamar, estava ali, forte, que fazia anos que ela não ia viajar.

S. começa a me falar que estava tranquila em relação a meninos. Sua mãe diz que agora ela estava se dando o valor. S. diz que ela sempre se deu o valor. As duas começam a brigar, uma gritando com a outra. T. diz que menina que se dá o valor não faz o que ela fez, que foi mandar as fotos para os meninos do colégio. S. diz que já tinha se arrependido disso, mas que não é porque ela fez isso, que ela não se dava o valor. T. diz que ela tinha que ser igual uma amiga dela, e as outras amigas de S. também se davam o valor. S. diz que T. não conhecia direito então a amiga dela, essa que ela vai viajar para a praia. T. responde: “então ela não se dá o valor também? Então você não pode ficar andando com ela, é uma péssima companhia.” S. diz que não é porque ela fazia o que fazia que ela tinha que ser igual às amigas, que ela sabia o que ela achava certo e o que ela achava errado, e ela ia seguir o que ela quisesse. Digo às duas que era impressionante que a T. havia me falado no telefone que estava tudo bem, que eles não tinham mais demanda para terapia familiar, mas ali elas estavam me mostrando o contrário. T. me diz brava toda família tem esses problemas e que eles têm que aprender a resolver sozinhos. Ela diz que se fosse por ela, ela bateria nas crianças, porque foi esse o jeito que ela foi educada, e ela nunca respondeu assim para os seus pais. S. diz que a diferença era que agora, se ela batesse, ela iria presa. T. diz que sabia disso, mas que dava vontade, porque não há o que não se resolve com umas palmadas. Pergunto a ela se, quando ela batia no G. e na S., se algo se resolvia. Pergunto se ela achava que as coisas se resolviam com violência. Ela diz que na época dela era assim.

O horário de atendimento havia se encerrado e T. começa a se levantar. Diz para mim que caso eu precise de bolo ou de doce, que era para contatar ela. Digo que, como o G. não tinha vindo, que se ele quisesse fazer um encerramento com a família toda, nós faríamos. Pergunto à T. se ele estava

sabendo que elas tinham decidido encerrar a terapia. T. diz que não, mas que ele também estava cansado de vir. Digo então que esse assunto deveria ser conversado com ele, para eles vêem o que ele achava também, para não ficar uma decisão só delas, unilateral. T. diz que falaria com ele e qualquer coisa, me avisava. Despeço-me delas, que me dão boa sorte para a vida de formada e peço para mandar um abraço meu ao G.

Algumas considerações sobre o material clínico apresentado

Ruth Blay Levisky⁵; Maria Lucia de Souza Campos Paiva⁶

Comentar uma sessão clínica é uma tarefa delicada e subjetiva, pois estamos distantes do clima emocional que se passa no *setting*. Compreendemos que a própria narrativa de uma sessão não consegue ser fidedigna do que durante a sessão se passou entre paciente(s) e analista. Assim sendo, sabemos que as relações transferencial e contrasferencial, pilares da interpretação psicanalítica, muitas vezes são difíceis de serem analisadas e interpretadas por meio de um material que foi escrito *a posteriori* e enviado para ser supervisionado. Então, fica como um exercício levantar algumas questões que nós, à distância, pudemos enxergar e contribuir com aspectos que não foram levados em conta no momento da sessão.

I. Sobre a dinâmica, a estrutura familiar e o atendimento institucional:

1. Atendimento psicológico institucional:

O trabalho psicológico com as limitações que as instituições geralmente colocam é difícil e complexo, pois o profissional muitas vezes tem que se adequar a um tempo de

⁵Psicanalista de casal, família e grupo, Membro da Associação Internacional de Psicanálise de Casal e Família e do Nesme, Mestre e Doutora em Genética Humana USP.

⁶ Psicanalista de casal e família, Doutora em Psicologia Clínica pelo IP/USP, Membro do Conselho Administrativo da Associação Internacional de Casal e Família (AIPCF).

atendimento menor que o desejável, não ter um *setting* apropriado e nem sempre ser o mesmo psicólogo que dá seguimento ao caso. Requer arte e criatividade por parte do analista e do supervisor do caso tentar contornar essas barreiras para realizar, da melhor forma possível, o trabalho.

O caso apresentado trata-se de um atendimento realizado em uma clínica-escola de uma Universidade. Sabemos que a relação tranferencial que se estabelece entre esse tipo de instituição e a clientela que a procura, muitas vezes, dificulta o atendimento e a continuidade do processo. Importante mencionar também que muitas vezes os casos que nos deparamos em instituições apresentam sérios problemas psicossociais, o que exige ainda mais dos profissionais que atenderão.

2. Histórico familiar

Isadora, a segunda estagiária que atendeu a referida família, questionou se as comentadoras gostariam que ela mandasse o seu histórico, além da sessão clínica. Preferimos deixar a seu critério, pois essa pergunta já era um início para nossa troca de ideias e também mostraria a linha de trabalho que ela seguiria.

Para alguns terapeutas de família, a apresentação detalhada do histórico familiar ajuda a uma melhor compreensão sobre a sua dinâmica. No entanto, terapeutas que seguem a linha da psicanálise vincular como Janine Puget e Isidoro Berenstein (1993) preferem descobrir através das sessões terapêuticas, no aqui e no agora, o funcionamento e a estrutura da família.

A família apresentada mostra uma dinâmica bastante complexa. Fundou-se a partir da gravidez da primeira filha. Na época em que ocorreu a primeira gravidez, o casal mantinha um relacionamento esporádico e somente a partir de então resolveram ficar juntos. Depois de uma primeira

separação, retomam o casamento, mas o vínculo conjugal frágil não se sustenta. Desse relacionamento, tiveram 3 filhos: a filha mais velha, um menino 7 anos mais novo e a caçula, 10 anos mais nova do que a primogênita. A filha menor nasceu com microcefalia, não fala e não anda; os outros dois irmãos nasceram sem problemas orgânicos.

3. Mudança de terapeuta

Sabe-se que no ensino universitário os estagiários têm a oportunidade de iniciar atendimentos clínicos supervisionados para a sua formação profissional. Muitas vezes acontece que o terapeuta inicial não tem condições de dar continuidade ao caso, como foi no atendimento apresentado. Esse outro profissional pode trazer novas formas pessoais de atendimento e, até linhas teóricas distintas. Isso pode provocar um tempo de adaptação e de elaboração frente às mudanças ocorridas no *setting*, tanto para a estagiária que dá continuidade ao atendimento, como para a família. Essa mudança implica que a nova estagiária se aproprie de um processo em andamento e que ajude a família a elaborar o luto que essa mudança pode ter provocado. Essas questões já aparecem no início da sessão apresentada quando os familiares encontram a antiga estagiária no corredor da instituição. Outro aspecto relevante a ser mencionado é que a terapeuta individual da mãe era da linha comportamental e a de família, psicanalítica. Muitas vezes pode ocorrer uma dificuldade entre profissionais de linhas teóricas diferentes no que se refere tanto à compreensão da psicodinâmica familiar, quanto à maneira de condução do caso.

4. Contrato

Isadora, a nova terapeuta, disse que “todos os integrantes da família deveriam comparecer, não podendo

haver mudança de *setting*”, mas na prática não foi o que ocorreu.

Perguntamos: “Essa colocação foi contratual?”.

Sabe-se que muitos terapeutas de família quando colocam no contrato essa condição, não fazem o atendimento se todos não comparecerem.

Quando o contrato não é cumprido conforme o combinado com a família pode-se criar um clima conflitivo e desorganizador.

Principalmente por essa família ter uma filha com necessidades especiais, entendemos que um *setting* bem estabelecido pode ser um fator que venha a contribuir para o desenvolvimento de modelos internos de organização e de coerência entre seus membros; em qualquer família, mas, principalmente nesse caso, onde os cuidados cotidianos requerem uma disponibilidade, um envolvimento e um comprometimento dos familiares, uma dupla mensagem pode trazer dificuldades maiores.

No entanto, pensamos que o contrato pode ser flexível e reavaliado com a família, dependendo das necessidades que forem emergindo das sessões. O que nos parece importante é que fique claro para a família a forma de funcionamento do trabalho, para criar um clima de coerência na relação entre o terapeuta e a família, no sentido de aquilo que for combinado seja realizado.

5. Violência familiar

A mãe tem um histórico de violência familiar, por agressão aos filhos. Ela mostra ter dificuldade para conter suas angústias, passando impulsivamente ao ato. Tem uma história de vida difícil, pois o marido de quem se separou pouco ajuda, tem uma filha deficiente, mora com os pais e com o falecimento do pai, o provedor econômico e emocional das

famílias, tudo ficou ainda mais complicado. Passou a também ter que cuidar de sua mãe que sofreu recentemente uma cirurgia. A filha caçula alimenta-se por sonda de alimentação enteral, o que requer constantes cuidados de limpeza e de atenção. É um clima familiar tenso, onde os outros filhos talvez tenham menos atenção do que necessitariam. As atuações da filha mais velha poderiam representar um grito de socorro, um pedido para ser olhada e cuidada, como diria Winnicott (1987). Podemos levantar a hipótese de que essa mãe é frágil e ainda não conseguiu crescer e amadurecer o suficiente para assumir o cuidar de tanta gente da família. Essa realidade que lhe é imposta deve lhe causar muita angústia e desamparo. Diante desse quadro pensamos que a mãe necessitaria de um trabalho analítico individual, além do familiar e também de uma avaliação psiquiátrica. A ajuda da terapia comportamental para a mãe, de início, foi valiosa, mas agora ela necessitaria de um aprofundamento de suas questões internas para lidar com a dura realidade de sua vida.

6. Terapia familiar

A família procurou atendimento psicológico devido ao fato da paciente identificada, a filha mais velha, ter postado fotos nuas no celular e possuir muita dificuldade de relacionamento com a mãe. No transcorrer do processo terapêutico familiar, a mãe passou a ser a paciente identificada por se mostrar muito frágil e angustiada frente aos problemas familiares e individuais, que ela tem dificuldade para dar conta. As crianças sofrem e também se sentem desamparadas devido à fragilidade da mãe e ausência do pai. As crianças já manifestaram o desejo de morar com o pai e a família dele, como forma de protegerem a mãe e não “se sentirem um peso tão grande para ela”. Na verdade foi uma forma carinhosa dos filhos de cuidarem dessa mãe. Além disso, os dois filhos mais velhos, ao pedirem para morar com

o pai, pedem um espaço em que eles possam ser cuidados sem a presença da irmã caçula que requer tantos cuidados.

A figura do pai, aparentemente mais organizado que a mãe, é vista pelos filhos como alguém que pode oferecer mais “segurança”. No entanto, parece ser uma pessoa ambivalente com os filhos; acusa a ex mulher de ser desequilibrada, incompetente, mas ele não se dispõe a cuidar e nem se responsabilizar pelos filhos. Sugeriríamos que se convocasse o pai a vir às sessões mais vezes, mesmo que somente com os filhos, sem a presença da ex mulher, se assim for combinado entre eles. Seria uma tentativa de trabalhar esse pai e levá-lo a perceber a importância dele estar mais presente na relação com seus filhos e sair de uma postura crítica frente à sua ex mulher.

O filho de 7 anos acusa a mãe de ser mentirosa, falsa e que bate neles com frequência. Segundo a análise de seus desenhos, Isadora diz que esse menino parece ter um aparelho psíquico mais organizado do que o de sua mãe.

Sabemos não ser simples ter uma criança especial na família; o dia a dia é tenso, difícil de ser administrado nas tarefas diárias. Sobra pouco espaço para olhar, dar atenção e cuidar dos outros filhos. Essa mãe parece não ter espaço interno para desenvolver essas necessidades afetivas e práticas. A mãe relatou que quando não vem à terapia, que “sua vida vira do avesso”. Necessita se fortalecer internamente.

II. Sobre a sessão de número 17

A sessão parece se iniciar no corredor da instituição, onde o encontro com a antiga estagiária levanta a ideia de uma despedida, um sentimento saudoso e afetivo e a expectativa de uma nova experiência que já havia se iniciado com a outra terapeuta. O comentário da estagiária com a mãe de que a cadeirinha da filha especial estava pesada revela

apercepção do “peso” que a mãe carregava e a dificuldade dela em conseguir se organizar no seu dia a dia.

Nessa sessão familiar, desenvolve-se uma conversa entre mãe e filha. O tema gira em torno da filha ser verdadeira ou falsa com o seu namorado; cria-se um clima de intimidade entre elas e, ao mesmo tempo, irrompe-se um ar crítico por parte da filha em relação à mãe, quando ela diz que a mãe tinha uma postura muito moralista.

Percebemos que Isadora ficou mais preocupada em contar os detalhes relatados na sessão, do que colocar seus sentimentos contratransferenciais eclodidos no *setting*, que auxiliariam em muito a compreensão do clima emocional que se transcorreu na sessão.

A conversa acima relatada sugere que a mãe estaria vivenciando aspectos de sua adolescência e projetando na filha.

A falta de maturidade da mãe e a dificuldade em se colocar em um lugar assimétrico em relação à filha, em termos geracionais, dificulta a possibilidade da filha ouvir e pensar sobre o que a mãe fala para ela durante a sessão.

Outra questão que nos chamou a atenção é o lugar que a estagiária ocupa na relação com a família. Tal pensamento está relacionado à resposta dada para a mãe quando ela oferece para ela comprar um produto que ela estava vendendo e, Isadora disse: “Agora não!”. Talvez seria o momento de deixar mais claro para a mãe que, nesse contexto, estavam lá apenas para trabalhar as questões familiares e que não seria bom misturar coisas externas com o processo terapêutico. Para essa mãe que confunde os lugares e as relações seria importante pontuar a diferença do *setting* terapêutico de outros espaços que ela participa.

Um outra sugestão refere-se ao comentário efetuado por Isadora diante do desenho feito pelo menino de 7 anos, quando ele faz um esgoto bem grande numa casa. Pensamos

que seria mais aberto perguntar ao menino por que o esgoto era tão grande, ao invés de indagar se era porque a quantidade de lixo e de coisa ruim era muito grande. Apesar da hipótese parecer adequada, com a indução da estagiária, corre-se o risco de não se ficar sabendo sobre a fantasia do menino a cerca do material. Um outro aspecto importante é que, ao realizar uma pergunta mais aberta, seria proposto para que ele pensasse sobre o que ele desenhou.

Nessa família, em especial, abrir um espaço para o pensar parece ser muito relevante. Como foi dito anteriormente, a mãe muitas vezes não contém as próprias angústias e logo passa ao ato. Pensar sobre o que ocorre ali na sessão e entre eles poderia ser um ganho vital que o processo terapêutico traria também para eles.

Percebe-se ao longo do processo, aspecto comum nas terapias de família, as mudanças de paciente identificado. Inicialmente, a filha mais velha ocupava esse lugar, pelas dificuldades de relacionamento com a mãe. Depois, esse lugar é transferido para o filho de 7 anos, que é quem consegue expressar seu desconforto diante da violência materna. Mas, finalmente, o foco recai sobre essa mãe, que passa a ser a paciente identificada, diante de sua fragilidade e pouca condição psíquica para suportar frustrações.

A terapia de família parece estar funcionando como um espaço continente principalmente para as crianças, que se sentem acolhidas e protegidas pela estagiária .

Concordamos com a indicação da estagiária para a mãe retornar à sua terapia individual, pois somente a terapia familiar não dará conta de suas questões pessoais internas; ficou mais desequilibrada depois da morte de seu pai, seu protetor. A vida lhe reservou uma dura realidade de ter de cuidar de sua mãe e de seus filhos, embora não tenha desenvolvido estrutura emocional para suportar tais condições. Projeta sua violência nos filhos, pela pouca capacidade conter suas angústias e frustrações.

A estagiária pareceu sensível e afetiva quanto à percepção do material e encaminhamento no processo terapêutico.

Essa família necessita um espaço onde possa descarregar sua agressividade e desenvolver através das experiências emocionais que eclodem na relação transferencial-contratransferencial com a estagiária, novos modelos de relacionamento e de limites.

Referências bibliográficas

Puget, J., & Berenstein, I. (1993). *Psicanálise do casal*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D.W. (1987). *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.

Sobre as autoras

Isabel Cristina Gomes

Psicóloga, Professora Titular do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Coordenadora do “Laboratório Casal e Família: Clínica e Estudos Psicossociais”. Membro da Associação Internacional de Psicanálise de Casal e Família (AIPCF).

Isadora Nicastro Salvador

Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Foi bolsista do projeto de extensão “Psicoterapia psicanalítica de casal e família na Clínica Psicológica da UEL” de 2015 a 2017.

Magdalena Ramos

Psicanalista, terapeuta de casal e família. Foi professora do Núcleo de Casal e Família da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Supervisora de família na clínica de Anorexia e Bulimia no Instituto Sedes Sapientiae. Membro da AIPCF.

Maíra Bonafé Sei

Psicóloga, Mestre, Doutora e Pós-Doutora em Psicologia Clínica pelo IP-USP. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Membro da AIPCF.

Maria Ângela Fávero-Nunes

Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo campus Ribeirão Preto (USP/RP), Doutora em Psicologia Clínica pelo IP-USP. Professora Titular da Universidade Paulista (UNIP).

Maria Lucia de Souza Campos Paiva

Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pelo IP-USP. Psicanalista de casal e família. Membro do Conselho Administrativo da Associação Internacional de Casal e Família (AIPCF).

Ruth Blay Levisky

Psicóloga, Mestre e Doutora em Genética Humana pela USP. Psicanalista de casal, família e grupo. Membro da AIPCF e do Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares (NESME).

Este livro, que resulta de um encontro de formadores, num espaço de pesquisa clínica, vem mobilizar discussões no campo da Terapia Familiar, dando voz à clínica psicanalítica e aos questionamentos que se apresentam na prática de formação. Aqui, cada autor revela seu modo particular de manejo na clínica com famílias e aponta questões para futuros estudos. Os trabalhos apresentados, além de fornecer dados importantes sobre o cenário nacional da clínica psicanalítica com famílias e de debater a formação em instituições de ensino do país, ilustram avanços e dificuldades vivenciadas na prática do atendimento a famílias e casais.

Andrea Seixas Magalhães



Impressão:

