

GEORGE SOUZA BARBOSA

DIAGRAMÁTICA DE COMUNICAÇÃO FAMILIAR: Uma possibilidade do
genograma DCCF no atendimento a pacientes com Esquizofrenia em Terapia
Familiar

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

2001

GEORGE SOUZA BARBOSA

DIAGRAMÁTICA DE COMUNICAÇÃO FAMILIAR: Uma possibilidade do
genograma DCCF no atendimento a pacientes com Esquizofrenia em Terapia
Familiar

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como
exigência parcial para obtenção do título de MESTRE EM
PSICOLOGIA CLÍNICA, sob a orientação do Professor,
Doutor Esdras Guerreiro Vasconcellos.

São Paulo - 2001

Banca Examinadora:

1: Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos - presidente

2: Dra. Mathilde Neder

3: Dra. Eda Marconi Custódio

São Paulo, 18 de Junho de 2001.

Reconhecimento

*Ao
Alexandre e Pedrina,
Leopoldo e Jorgina,
Nelita, Cristina e Beatriz
que desde há muito buscam caminhos para investir em minhas
possibilidades.*

Dedicatória

*À Vera Ligia, ao Marco Aurélio e à Paula, que no futuro darão
prosseguimento aos esforços de se construir novas possibilidades no campo da
nossa família.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço pela vida que tenho tido, em especial por conviver com pessoas que têm me dado um significado especial como Ser Humano.

- *Às famílias que estudei, por participarem com intensidade de todas as trocas nessa caminhada. Eu cresci demais com ela.*
- *À Dra. Mathilde Neder, por motivar-me - desde a época da Especialização com Casais e Famílias -, a doar-me a meus pacientes e amigos. Com isso, enriqueci minha pessoa.*
- *Ao Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos, por sorrir, acreditar e conduzir-me a um trabalho que expressa a minha própria vida.*
- *À Lulicia Ruy, por me ajudar com a revisão do texto.*
- *Ao Instituto de Pesquisas em Terapia Familiar - ALIANÇA, por inspirar-nos na arte de ensinar.*

RESUMO

A Esquizofrenia ainda se reveste de inumeráveis dúvidas para pesquisadores que se detêm em seu estudo. Escolhemos esse assunto por estar relacionado à busca de um melhor entendimento da problemática da Esquizofrenia; em particular em nosso campo, a Psicologia Familiar. A pesquisa é o estudo de um caso, constituído de uma família envolvida geracionalmente com a Esquizofrenia, revelando a necessidade de se construir um diagnóstico de quais Padrões Interacionais e Comunicacionais se repetiam na história familiar; para isso, utilizamos o Genograma Familiar. No curso da elaboração do mesmo, nos ocorreu as seguintes problemáticas: Há na história familiar de nosso caso, possibilidades de se identificar qual o significado da Esquizofrenia? Que resultados podem ser obtidos no curso de um processo de Psicoterapia Familiar, em famílias com Diagnóstico de Esquizofrenia, quando não nos restringimos ao uso comum do Genograma Familiar, e ainda passamos a registrar durante os atendimentos psicoterápicos, de forma diagramática, toda comunicação entre os familiares, inclusive do terapeuta? O resultado obtido foi a estruturação de um novo genograma de intervenção, que denominamos DIAGRAMA DE COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF). O DCCF possibilita o trabalho terapêutico com os conteúdos semânticos da linguagem verbal e não-verbal do sistema global, e tornou-se, em si, um procedimento de intervenção terapêutico familiar. O DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR foi eficaz na identificação de: Padrões de Desajustes Mentais Repetitivos (nervosismo acentuado, reclusão, neutralização, e esquizofrenia); Padrões Comunicacionais de Duplo Vínculo entre o casal; Padrões de Desqualificação e Medo entre filhos e outros familiares e, também se mostrou eficiente em revelar os Lemas Multigeracionais da Família. Concluímos que a reconstrução circular da história familiar, conjugada com a possibilidade do conversar de modo circular nas sessões sobre a reação, o comportamento e os sentimentos do outro, foi fundamental para a ressignificação de Padrões Repetitivos, para se buscar superar crenças implícitas na história familiar e promover melhor ajustamento social dos familiares.

SUMÁRIO

Capítulo	Conteúdo	Página.
I	Introdução	3
II	Objetivo 1. - Problemática 2. - Objetivo assumido na pesquisa	13
III	Revisão da Literatura - Parte 1: Concepção Sistêmica Familiar 1 - A Teoria Geral dos Sistemas 2 - Mecanismos de Funcionamento dos Sistemas 3 - Os sistemas abertos 4 - Os sistemas familiares 5 - A repetição na família dos padrões interacionais 6 - Mudança e rigidez nos sistemas familiares 7 - Circularidade 7.1. - Ação circular na fase inicial 7.2. - Ação circular após a fase inicial 7.3. - A redefinição da queixa e dos papéis 7.4. - A ressignificação de significados 7.5. - O Genograma Familiar	15 17 18 20 25 30 32 49 50 52 56 58 62
IV	Revisão da Literatura - Parte 2: Contextualização da Esquizofrenia	65
V	Revisão da Literatura - Parte 3: A Família vista como	

	Esquizofrênica	71
VI	Método	78
	1. - Sujeitos	78
	2. - Local	79
	3. - Instrumentos	81
	3.1. - Genograma Familiar	81
	3.2. - Diagrama da Comunicação Circular Familiar	82
	4. Procedimentos	88
	4.1. - Organização das sessões psicoterapêuticas	88
	4.2. - Reuniões paralelas da equipe	90
	5. – Avaliação	92
VII	Casuística	95
VIII	Discussão Geral	217
IX	Conclusão	220
X	Índice de Assuntos	225
XI	Anexo	227
XII	Bibliografia	228

I - INTRODUÇÃO

Apesar de estarmos vivendo uma época de avanços nas pesquisas acerca da etiologia de doenças, particularmente no campo da genética, ainda hoje a Esquizofrenia tem-se revestido de inumeráveis dúvidas para pesquisadores que se detêm nesse estudo. O fato de ser um campo com profundas indagações, torna a Esquizofrenia um desafio para todos nós que com ela trabalhamos. Sentindo-nos desafiados nos propusemos observar, em uma família que possui membros com Esquizofrenia, os padrões comunicacionais que alteram o ajustamento social familiar, e ainda, objetivamos organizar um instrumento clínico de intervenção terapêutica dirigido para a comunicação.

A escolha desse assunto estava - e ainda hoje está -, relacionado à busca de um melhor entendimento da problemática da Esquizofrenia no âmbito da família; em particular, na Psicologia Familiar onde o Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Estudos Pós Graduated da PUC de São Paulo tem forte compromisso com tal proposta. Outro aspecto que procurávamos atender em nossa busca foi pensar e organizar técnicas de intervenção, que estivessem em consonância com a mentalidade contemporânea de não ter como pressuposto uma prática manicomial. O exercício clínico nos levava a constatar a necessidade de modelos de atendimentos que pudessem ser compartilhados com outros profissionais da área da saúde.

Nosso envolvimento no trabalho com a Esquizofrenia no seio familiar se deu em 1993, por meio de um psiquiatra que nos convidou para integrar uma equipe de Acompanhantes Terapêuticos que se dedicaria a pacientes portadores de Esquizofrenia. Desde aquele tempo, sempre nos perguntamos qual seria a melhor conduta para se trabalhar com um específico paciente, percebendo que não havia

meios de ocorrer um modo único de atuar terapêuticamente com todos. Cada um dos pacientes possuía diferentes histórias de vida e diferentes raízes familiares, o que lhes dava um peculiar modo de ser. Outro trabalho que veio a aguçar nossa atenção em relação aos meios de se trabalhar famílias com situações de Esquizofrenia foi realizado sob supervisão da Dr^a Prof^a. Mathilde Neder, onde atendemos, em parceria com uma médica psiquiatra, a uma família encaminhada pelo Departamento de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo, para a Clínica Psicológica da PUCSP, onde realizávamos nosso curso de Especialização em Terapia de Casal e Família dentro de uma abordagem da Teoria Familiar Sistêmica (TFS). Nesse atendimento, tivemos como proposta conversar sobre os temas da própria família e não os temas concernentes à doença. Tendo isso em mente, ao longo das consultas, houve conversas sobre esportes, o time de preferência do paciente encaminhado como Esquizofrênico, os sonhos que sua mãe ainda desejava realizar na vida, a experiência profissional do pai e as possibilidades de eles se envolverem em atividades sociais. Ao longo de um ano, uma temática tão diversificada entre a família e os terapeutas, aliada ao acompanhamento médico, trouxe uma melhora sensível nas relações familiares; particularmente ao paciente que era visto como o portador de esquizofrenia - para o qual, principalmente, houve uma minimização da medicação e uma forte reintegração social.

Esse trabalho nos proveu de uma maior consciência em relação ao transtorno e ao sofrimento que a Esquizofrenia traz para a vida das pessoas acometidas desse mal, e seus familiares, bem como em relação às ricas possibilidades que havia no tratamento; quando se trabalhava a comunicação entre o sistema familiar. Essa experiência gerou, para nós, um farto conteúdo para estudar e ousar mais na direção de um atendimento com assuntos pautados pela própria família e não a partir do diagnóstico que a acompanhava. Como fruto dessas experiências, ao longo

dos anos, temos procurado realizar atendimentos dentro de diferentes enfoques da TFS, com o intuito de nos familiarizar com os conhecimentos práticos e desenvolver habilidade para atuar em diferentes contextos terapêuticos vinculados à situação familiar.

Nesta Dissertação, é relatada uma pesquisa, realizada com uma família, da qual dois membros adolescentes tiveram crises diagnosticadas como esquizofrênicas, onde buscou-se estruturar um modelo de atendimento - ao qual chamamos de DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR -, trabalhando com uma equipe formada por médicos; um psicólogo que trabalha com famílias; e outros profissionais da Instituição que fizera o encaminhamento, como psicólogos, fonoaudiólogos que se mostravam interessados. O trabalho em equipe interdisciplinar, na convicção desse terapeuta, em muito auxilia aos profissionais para se tornarem mais eficazes na minoração do sofrimento de todos os envolvidos na patologia. No atendimento buscou-se uma forma de comunicação com a qual as diferenças entre terapeuta e pacientes fossem minimizadas ao máximo; e o terapeuta deveria participar da conversação, com a tônica estabelecida de utilizar assuntos da pauta da própria família. Nele o terapeuta buscava não se colocar de modo ortodoxo no contexto do atendimento clínico.

Adotamos essa postura tão logo tivemos contato com a família. Há um entendimento no meio clínico de que o atendimento médico – e particularmente defendemos que também o psicológico -, já no início das crises, é útil para desacelerar a progressão do episódio ou minorar os seus efeitos. Sobre essa compreensão, segundo Kaplan (1984), quanto mais cedo ocorrer uma intervenção, maiores serão as probabilidades médicas de preservar a integridade de cada pessoa. Já McGorry (1995), nos explica que o terapeuta pode ser muito útil nesse momento para incrementar o nível de informações, a assistência e os

encaminhamentos junto à família. Temos defendido que essa imediatez também necessita ser uma bandeira do psicólogo. Não só daquele psicólogo que atua em Hospitais ou Centros Médicos Especializados, mas também do psicólogo engajado na Educação ou na Clínica de Consultórios. Pelas áreas que acabamos de citar, é possível verificar não ser exeqüível cobrir-se todas as nuances que envolvem uma situação familiar de esquizofrenia; por isso decidimos trabalhar, de acordo com nossos objetivos, especificamente no que se refere ao modo da repetição dos padrões comunicacionais interferirem no ajustamento social e ao modo de como reorganizá-los, ou ressignificá-los de forma a gerar novas possibilidades no interior da família.

A repetição multigeracional de padrões tem sido usada para estudar a família com esquizofrenia, na maioria das vezes, tanto em seu aspecto genético, quanto no ambiental. Por isso, estamos de acordo com Goldberg-Glen (1998) quando enfatiza que essa perspectiva multigeracional pouco tem sido usada para compreender a comunicação familiar.

Essas diversas possibilidades de atendimentos da esquizofrenia nos fazem perceber que a relevância da Dissertação, primeiramente, recai sobre as possibilidades de contribuir para o desenvolvimento de um modelo de tratamento da comunicação e do resgate social em famílias envolvidas com a Esquizofrenia: particularmente nas Instituições de Ensino e Governamentais, que procuram estabelecer uma maior padronização em seus procedimentos. Sua relevância está, também, em nos demonstrar, quão útil é a compreensão do Enfoque da Repetição de Padrões Relacionais, com o intuito de entender os processos comunicacionais em um sistema familiar que convive com a esquizofrenia, e de como tais padrões se perpetuam por gerações. E além disso, por viabilizar outras pesquisas no campo da Terapia Familiar Sistêmica e Esquizofrenia, uma vez que essa compreensão não é

ainda comum nos centros de formação acadêmicos que tratam de saúde.

Outra relevância percebida é o fato de essa Dissertação buscar delinear uma nova possibilidade de ampliação de intercâmbio no trabalho entre médicos, psicólogos e outros profissionais da área de família. Ao nosso ver, uma tendência cada vez maior nas instituições de saúde. Esse intercâmbio necessita ser enriquecido não apenas na prática terapêutica, mas também nas questões teóricas. Pharoah (2000) fez uma revisão de pesquisas publicadas com a participação de profissionais de várias áreas e, pelo seu relato, não são muitos os trabalhos publicados com a participação de diferentes profissionais. Também no levantamento teórico realizado por nós, encontramos poucas pesquisas e trabalhos de psicólogos em relação a esse tema. Comumente, nessas publicações, a família é assumida apenas como corolário no tratamento do indivíduo identificado como doente. Notamos que mesmo nos grandes centros acadêmicos, há uma escassez de material sobre a compreensão sistêmica familiar em uma situação de Esquizofrenia.

A Sociedade Brasileira de Psiquiatria (1991) divulgou publicação definindo a função da Terapia Familiar nos seguintes termos: “(...) *a forma usual de terapia familiar inclui o paciente, pais ou o cônjuge e o psicoterapeuta. Pode incluir irmãos, filhos e outros familiares. Os objetivos variam. Uma reunião do grupo familiar pode ajudar os membros da família e o terapeuta a compreenderem os pontos de vista de cada um. Também pode ajudar quanto ao planejamento do trabalho (por exemplo, quando será dada alta ao paciente) e a se obter a colaboração dos membros da família com um programa terapêutico*”. Nota-se nesse trecho, a assunção da posição de a doença estar alojada em um só membro familiar; todos os outros necessitam entender o estado peculiar desse membro especial. Uma abordagem sistêmica de compreensão do fenômeno familiar não é levada em consideração no texto.

Paulo Rossi Menezes e Andréia de F. Nascimento, autores de um capítulo

com comentários estatísticos sobre essa problemática, na obra organizada por Shirakawa (1998), afirmam as altas taxas de mortalidade como outra dimensão importante no cuidado de pessoas envolvidas com essa problemática. Tais pesquisadores trazem dados para comprovar que, em relação à população em geral, tem sido relatadas altas taxas de mortalidade entre pacientes esquizofrênicos. Sendo as taxas de suicídio, particularmente altas, cerca de vinte vezes maior do que a população geral.

De acordo com Tsuang & Simpson (1985), os dados sobre mortalidade podem colaborar na identificação de grupos de alto risco; na monitoração de mudanças e cuidados nos modelos de tratamento; no planejamento de estratégias de intervenção para prevenir mortes prematuras; e na avaliação de sua eficácia.

A terapia familiar representa uma dessas formas de o terapeuta proporcionar à família a compreensão e o apoio necessário em uma época de crise, além de criar condições favoráveis ao surgimento de novos padrões.

Além disso, o fato de a pesquisa buscar relatar uma conduta do terapeuta que favoreça a integração não só dos profissionais envolvidos nos processo, mas também dos próprios membros da família, já é suficiente para justificá-la. Na grande maioria dos tratamentos especializados, os pacientes (individual ou familiar) atuam de maneira passiva nas decisões terapêuticas. Aqui, procura-se resgatar a participação dos pacientes. Tamminen (1999), procurando dar conta dessa necessidade de compor a família no tratamento, chegou a estruturar um modelo de atendimento, no qual a família podia ser vista como tutelada. Em nosso meio, isso não é possível: até por fatores sociais e econômicos. Para responder a essa necessidade procuramos integrar a família no processo decisório. O compromisso de engajar os pacientes na construção do diagnóstico - e do próprio tratamento -, está baseado em nossa epistemologia. Estamos conscientes em relação ao fato de

que em nossa prática clínica, passamos a questionar e a buscar entender como se dá o aprendizado e como se dá o conhecimento; e ainda, como pode ser alterado o sentido daquilo que é conhecido e tido como crença: os alicerces do comportamento e da comunicação humana que prestam sentido e significado à existência. Nesse sentido, estamos laborando na construção de nossa epistemologia pessoal e profissional. Mesmo porque as nossas respostas - conscientes ou não -, as mesmas se constituem na nossa convicção do significado de realidade e de como o homem, e suas implicações, nela se organiza (para nós, inclusive a doença e o sofrimento dela advindo); e, ainda, na nossa visão pessoal de mundo e, por conseguinte, na concepção existencial de cada um de nós. A própria história da Teoria Geral dos Sistemas (TGS), e a da Teoria Familiar Sistêmica (TFS), atestam essa construção histórica epistemológica.

Von Bertalanffy (1971), precursor da TGS, afirmava que esta mantinha estreita ligação com a Teoria da Comunicação, particularmente pelo fato de ambas se ocuparem do trânsito de informações. Essas informações, em ambas as teorias, ocorriam a partir de mecanismos de retroalimentação que consistiam em definir o fato de que uma dada informação recebida, ser processada e conduzida levando em consideração o estado e a situação do emissor; um sistema auto-regulador. Esse campo foi denominado de campo da cibernética.

Em um primeiro momento histórico, havia o entendimento de que os sistemas vivos e artificiais pudessem conter processos de trocas de informações e isso ocorria quando os sistemas eram caracterizados como sistemas abertos. Essa capacidade de compreender os processos de emissão e recepção contínua das mensagens nos sistemas vivos e artificiais, conferiu à cibernética a possibilidade de entender que a continuidade se dá através da comunicação; e, ainda, de entender como ocorria essa comunicação. Esse primeiro tempo histórico foi considerado como a

cibernética dos sistemas, mais conhecida como Cibernética de Primeira Ordem. Nele procurou-se estudar como ocorria a comunicação nos sistemas que operavam com base em uma relação linear de causa-efeito. Uma causa estava ligada a um emissor e um efeito a um receptor. Essa forma de entender as relações, principalmente as humanas, constituía-se no modo de compreender as perguntas norteadoras de uma epistemologia.

Outro conceito fundamental dessa primeira época, foi o da circularidade; o qual demonstraremos mais adiante em nossa dissertação. Segundo o postulado por esse conceito, poderiam ser encontrados outros sensores que se mantinham em contato com os receptores, informando o estado dos emissores. Exatamente essa informação simultânea introduzia uma possibilidade de diferenciar o tipo de resposta que viria a ser emitida ao emissor pelo receptor.

Havia sempre a sofisticação de comparação do operar de cada momento com o operar do momento anterior - que traduzia a situação interior do sistema - e, quando a resposta proposta era percebida como um desencadear de uma desarmonia, o receptor elaborava uma correção e emitia uma resposta corrigida de acordo com o que havia percebido no emissor. Isso ocorrendo de ambas as partes, colocava tanto o emissor como o receptor em uma situação de circularidade. E nela, havia a preocupação de saber como o outro estava; e isso implicou em agir de acordo com metas e finalidades. A essa característica desses sistemas - não orientados a partir de uma fonte externa - Pakman (1988) refere-se como uma propriedade autocorretiva.

Bateson (1977) explica-nos que os sistemas foram compreendidos com a capacidade de orientar-se até um alvo previamente planejado e seqüencialmente corrigido. Porém, o próprio Bateson assegura que o controle na busca de uma finalidade não implica na garantia de fixação de rotas, caminhos ou cursos de ação,

para se obter o alvo desejado.

Paralelamente ao relacionamento terapêutico, implica dizer que, apesar de o terapeuta agora ser entendido como alguém que possuía um fim para sua ação junto ao paciente, o mesmo não conseguia prever ou fixar a ação dos participantes do sistema terapêutico. O acaso também passa a ser um dos temas da construção epistemológica. Levando-o em consideração, sabemos que uma determinada intervenção deve ser implementada no seio da família, mas é-nos impossível precisar as respostas de cada um dos membros. O uso desses argumentos no campo da psicologia, nos facilita entender como se dão as relações no âmbito do comportamento e das interações relacionais e, conseqüentemente, a obtenção de respostas para as nossas indagações iniciais.

Na nossa postura de somar esses argumentos ao conceito de Bertalanffy (1977) acerca dos sistemas vivos, definidos como auto-organizadores, está implícito que os organismos autônomos dependem de outros com os quais se encontram em uma trama relacional permanente; o que Bateson (1986), chamou de um sistema ecológico. Afirmar um sistema como ecológico, implica em assumi-lo em fluxo permanente com o ambiente interno e externo, garantindo, dessa forma, as propriedades de mudança e estabilidade, sustentando sua capacidade de conhecer. Neste caso, segundo Bateson, quem conhece é o sujeito por inteiro, ou seja, o sujeito e todas as suas condutas, o que significa um rompimento com o conceito tradicional de apenas a mente conhecer. A possibilidade de o sistema total conhecer, viabilizou a formulação de uma epistemologia, chamada cibernética de Segunda Ordem. Essa epistemologia trouxe uma alteração fundamental para o entendimento da obtenção do conhecimento. Antes, defendia-se a neutralidade do observador diante do objeto pesquisado e, a partir dessa cibernética passou a ser descrita como uma postura de incluir o observador como integrante do sistema

descrito. O organismo e o observador formam um sistema auto-observado. Por isso, pode se afirmar que um sistema vivo observado, é observado por um outro sistema vivo.

A circularidade dedicada, na primeira cibernética, aos fenômenos de causa e efeito, passou a ser dedicada às interações do sistema observado, do observador e das trocas entre ambos. Como a circularidade é viabilizada através da linguagem, passou-se a construir a cibernética da linguagem, mencionada como de Segunda Ordem, por caracterizar uma nova ordem: o observador constituir-se num novo sistema, perante o sistema observado. O terapeuta que não somente se coloca de modo ortodoxo e que se atreve a se dar aos seus pacientes no âmbito terapêutico.

A linguagem, como argumentamos ao longo da dissertação, estrutura o ser humano; através dela toda pessoa toma conhecimento de quem foram seus antepassados e, por meio dela, estrutura os seus símbolos relacionados ao ontem e ao seu amanhã. A pessoa é envolvida, integralmente, no simbolismo da linguagem. Não só envolvida, mas também constituída e definida por ela. Fages (1971), citando o pensamento de Lacan, afirma que a humunização acontece quando a criança nasce para a linguagem. Disso entendemos que os eventos - particularmente as doenças -, que se seguir na vida dessa criança, serão explicados a partir da linguagem que possui e a maneira de ser expressada terá seu significado próprio.

Por entender a realidade com base no referencial da Segunda Ordem - da qual nenhum observador pode escapar -, nos vemos como parte de sistemas estruturados com famílias (nossos pacientes), com as quais reconstruímos novas possibilidades de vida, nos utilizando da própria cibernética de Segunda Ordem - a linguagem que questiona a própria linguagem. Ela vai se construindo na medida em que questiona e revisa a si mesma, e na medida em que questiona outras epistemologias que com ela têm contato.

II – OBJETIVO

1. Nossa problemática

Ao iniciarmos o atendimento à família, percebemos a necessidade de construir um diagnóstico de quais Padrões Interacionais e Comunicacionais se repetiam na história familiar; para isso, utilizamos o Genograma Familiar. Este, constitui-se na organização diagramática dos principais dados de cada familiar. Particularmente, para Cerveny (1994), um instrumento de diagnóstico por excelência.

No curso da elaboração do Genograma, movidos pelo levantamento de conceitos de Esquizofrenia, e pelas nossas verificações na busca de pesquisas e literaturas sobre o tema, ocorreu-nos as seguintes problemáticas:

- Há, na história familiar de nosso caso, possibilidades de identificar qual o significado da Esquizofrenia para os familiares e terapeuta?

- Que resultados podem ser obtidos no curso de um processo de Psicoterapia Familiar, quando não nos restringimos ao uso comum do Genograma Familiar, e ainda passamos a registrar durante os atendimentos psicoterápicos, de forma diagramática, toda comunicação entre os familiares, inclusive do terapeuta?

2. Objetivo assumido na Pesquisa

Kaplan (1984), ao descrever as implicações familiares face à esquizofrenia, destaca a comunicação como uma das áreas mais comprometidas. Inclusive, chega a informar que os desvios na comunicação dentro da família podem levar a efeito o surgimento de uma enfermidade real na descendência familiar. Desse questionamento, percebemos a necessidade de aprofundar o uso do Genograma Familiar para conseguir um outro instrumento com o qual não somente pudéssemos coletar dados genealógicos para um diagnóstico, mas também ter um instrumento que fosse, por natureza, de intervenção terapêutica nas patologias da comunicação familiar. Isso, por acreditarmos que uma maior compreensão do modo de se processar a comunicação no seio da família tem como efeito um ganho pessoal no que tange a um maior ajustamento social de cada membro familiar, devido às possibilidades de rompimento de Padrões que se repetem através das gerações.

Por isso, estabelecemos como objetivo principal aprofundar de tal forma a idéia central do Genograma, a ponto de dele surgir um novo instrumento de intervenção terapêutica que revelasse a natureza dos significados, dados pela família na sua experiência de vida. Garantindo, dessa forma, as mudanças nos padrões comunicacionais. E, como consequência, viabilizar o resgate do ajustamento social dos familiares – uma vez que o mesmo ocorre por meio da comunicação relacional.

III – REVISÃO DA LITERATURA -

PARTE I - CONCEPÇÃO FAMILIAR SISTÊMICA

A partir de nossos objetivos, verificamos em Cerveny (1994) que o comportamento de cada componente de uma dada família, pela Teoria Geral dos Sistemas, é interdependente do comportamento relacional dos outros membros. Conforme ressalvas da mesma, ainda, as particularidades que podemos perceber em cada um dos membros de uma família, se somadas, não bastam para explicar a totalidade do comportamento de outros membros da família. Quando nos deparamos com uma família, a mesma não se constitui na soma de comportamentos individuais, e sim num complexo de interações de um componente em relação ao outro.

Conforme Andolfi et alii. (1984) e Cerveny (1994), a família, quando entendida a partir da perspectiva de um sistema, passa a ser capaz de desenvolver padrões e modelos próprios de expressão social. Segundo eles, em nosso encontro com a família, ainda nos damos conta de que cada membro atribui significados a essas interações para si próprio e possui um modo singular de transmiti-la no meio familiar. Esse modo singular está de acordo com o aprendido no contexto familiar. A partir dessa compreensão, a família pode ser entendida não só como um sistema, mas também como um sistema de interações.

Quando nos referimos a um padrão relacional, queremos especificamente nos reportar ao conjunto de comportamentos e comunicações de um membro do sistema ou do próprio sistema familiar como um todo. Tudo o que acontece no seio da família, e aquilo que vier a ser expresso através de seus componentes, é resultado desta realidade inter-relacional.

Churchman (1972) que afirmou que tais premissas podiam ser assumidas, não só no ambiente da natureza, mas também em outras formas de organização, como nas Instituições criadas pelos homens - inclusive a família. Essa noção foi, paralelamente, estudada por Von Bertalanffy (1975), organizou a noção de sistema familiar, o define como uma multiplicidade de elementos em contínua interação. Esses elementos estabelecem trocas entre si que mantêm a organização e a perpetuação do sistema. Desta forma, os membros individualmente da família podem ser entendidos como um subsistema e, juntos, os membros constituem-se no núcleo familiar.

Nesta pesquisa usamos o termo família nuclear quando nos referimos aos membros de uma mesma residência, embora estejamos conscientes que em outros trabalhos esse mesmo termo é um termo utilizado para membros unidos diretamente por laços sangüíneos. Pelo nosso entender, a família, quando olhada em seu contexto maior, pode ser entendida como um subsistema de uma família mais extensa ainda: os familiares distantes. A esse subsistema maior denominamos família extensa. De fato, essa família extensa também é um subsistema de uma família de múltiplas gerações, ao qual chamamos sistema geracional, inserido dentro de um sistema maior ainda: o sistema social.

Torna-se extremamente amplo o número de relações possíveis dentro de uma família quando passamos a enxergá-la em trocas com os seus subsistemas (nuclear, extenso, geracional ou social / cultural). Isto lembra a todos que se achegam à família, ser impossível entender partes do todo como entidades isoladas ou, como exclusivas de processos intrapsíquicos. Membros, como que ilesos das repercussões das ações de outros membros familiares. Estes membros serão compreendidos, ao longo da Dissertação, a partir das teias interacionais que articulam no todo, como um sistema.

1- A TEORIA GERAL DOS SISTEMAS

Segundo Minuchin (1982), quando o terapeuta compreende a família na ótica de um sistema em contínua mudança ou, como um sistema que busca sua adaptação junto às nuances das diferentes etapas do seu ciclo de desenvolvimento, é preciso entender que esse movimento sistêmico de mudar visa a garantir a continuidade e o crescimento psicossocial do sistema. Esse processo - continuidade e crescimento - é descrito como parte resultante de uma busca de equilíbrio que ocorre entre duas funções aparentemente contraditórias: A tendência homeostática e a capacidade de transformação presentes no sistema familiar.

Circuitos de retroalimentação costumam atuar através de um complexo mecanismo de retroalimentação. Quando isso ocorre na busca de equilíbrio, o circuito de retroalimentação trabalha no sentido de sustentar o sistema em ambientes aversivos, aos quais Minuchin chama retroação negativa.

Quando a busca ocorre por meio da amplificação da ação, na intensificação da atividade no sistema de tal modo que a mudança em processo resulte em uma nova organização sistêmica ou funcional, esse fenômeno é chamado de retroação positiva.

Os esforços para compreender a família vão em direção à teoria que organiza técnicas de intervenção. Neste sentido, o pensamento familiar sistêmico que pressupõe o entendimento da família como um sistema - ou seja, a ordenação dinâmica de partes e processos que interagem reciprocamente e as teorias sobre a comunicação humana -, tem se constituído em grandes contribuições.

Quando partimos da afirmação de Von Bertalanffy (1975), que um sistema aberto possui uma seqüência dinâmica de partes e processos, dos quais se originam inúmeras trocas de materiais, energia, ou informações, a mesma compreensão pode

ser aplicada sobre a família como um sistema aberto. Ela, como um sistema aberto, é constituída por muitos membros; membros esses ligados ao todo por regras de comportamento e por uma complexidade de funções, que têm por finalidade a troca entre si e entre o seu meio externo.

Desta forma, pode-se compreender a família organizada por muitos outros diminutos sistemas que se mantêm em trocas interativas.

A família, portanto, passa a ser um sistema, entre tantos outros e, um sistema de outros sistemas. Tais sistemas se autoperpetuam através das trocas que estabelecem.

2 - MECANISMOS DE FUNCIONAMENTO DOS SISTEMAS

No momento em que um pesquisador enxergar a família como se estruturando e se organizando a partir de suas relações intra e inter membros, nucleares e geracionais, parâmetros de funcionamento serão encontrados.

O primeiro mecanismo que ordenamos é a busca de equilíbrio por meio de parâmetros de funcionamento. Este, é responsável pela auto-regulação das funções de cada membro e de contexto. Esses parâmetros de funcionamento asseguram a não desestabilização do sistema familiar por mudanças e desvios, a garantia da existência do sistema.

A auto-regulação das funções é descrita por Calil (1987) como homeostase. Segundo Ferreira (1975), *Homo* vem do grego (homós) e significa em português, aquilo que é semelhante, igual. Já *estase*, que também tem sua origem no grego (stásis), aquilo que está parado.

Em consonância com Vasconcellos (2000), nosso entendimento é que homeostase significa a tendência determinada, por partes dos membros da família, de buscar sempre o equilíbrio das forças relacionais dentro do sistema familiar, resistindo assim às mudanças nos seus padrões comportamentais e comunicacionais. Mesmo quando a mudança resultar na melhora de um dos seus membros.

Sabemos que a mudança é uma realidade implícita no processo da vida. E toda mudança gera um certo grau de desorganização no contexto em que ocorre. Nos sistemas familiares essa desorganização é evitada por meio dos circuitos de retroalimentação negativos, que agem através de bloqueios ou correções das mudanças processadas. Esta capacidade de transcender-se frente à ameaça de desestruturação é chamada, em Bertalanffy (1973) e Cerveny (1994), de princípio de morfostasis.

Cerveny ressalta que tanto em um tipo de retroalimentação, quanto no outro, suas funções primordiais atuam no sentido de fornecer informações ao sistema e definir o tipo e a qualidade do relacionamento entre os membros do sistema.

Ainda pode ser elencado um outro regulador do sistema: o princípio da causalidade circular. Ele provê condições para que as mudanças que tenham se estabelecido em parte do sistema, venham a ter uma repercussão no todo. Da mesma forma, também em cada elemento em particular. Isso é possível através de inúmeros processos recursivos que se potencializam indo ao encontro de um e outro membro do sistema. O que chamamos de circularidade.

Na circularidade, um dado comportamento, ou atitude, com a sua origem em um subsistema, possui uma certa repercussão em outro subsistema, o qual, tão logo tenha sido impactado pela mensagem enviada, responde ao subsistema de origem conforme a mensagem recebida.

Esse intercâmbio entre as partes do sistema é circularmente repetido, tantas vezes quanto o sistema necessitar para seu equilíbrio.

A partir desse funcionamento circular, são organizadas as teias interacionais que revelam a face de cada família.

Para Cerveny (1994), essa possibilidade de repercutir no outro membro pela mensagem recebida, em uma intensidade própria a cada subsistema, satisfaz ao princípio da não-somatividade. Segundo esse argumento, torna-se impossível a qualquer observador examinar o sistema através de um membro isolado ou mesmo pensar um membro como uma entidade isolada e resultante de processos únicos intrapsíquicos.

Além disso, a capacidade de organizar novas configurações estruturais e funcionais dentro do próprio sistema é garantida pelo princípio da morfogênese. No caso da família, ela perpetua sua estrutura e organização.

3 – OS SISTEMAS ABERTOS

Nós nos propomos a estudar a família a partir de uma ótica sistêmica. Isto, como já assumido acima, implica em compreendê-la como um sistema aberto.

No estudo das propriedades dos sistemas abertos, Wylen (1993) aponta para seu funcionamento com base na característica que chama de Globalidade. Esta, define que toda e qualquer parte de um sistema geral, mantém-se relacionada de tal modo com as demais partes do sistema que, por ocasião de uma dada mudança em qualquer uma delas, essa modificação provocará mudanças nas demais e, conseqüentemente, no sistema total.

Por isso, Wylen defende que o todo não é a soma das partes do sistema. O todo não pode ser percebido como um conjunto independente da relação que mantém com suas partes. Há uma interdependência do todo com suas partes; uma coesão das partes no todo; e a inseparabilidade de ambos.

Tal característica é garantida pela retroalimentação – ora também referida como retroalimentação - que é a relação mantida circularmente entre partes internas e elementos externos dos sistemas abertos gerais, particularmente nos sistemas familiares.

Essas características nos leva a postular uma ação terapêutica que transcenda a postura de encontrar uma causa em um determinado membro da família. Da mesma forma, os inúmeros subsistemas exigem múltiplas respostas de qualquer observador que se proponha a compreendê-los.

A mudança de uma abordagem de busca de causas individuais, para uma abordagem familiar, nesse caso, significa mais do que relegar um campo em detrimento de outro. Significa que nossa epistemologia parte de um parâmetro conceitual inequivocamente diferente. É uma nova maneira de enxergar e compreender o mundo.

A concepção de doença estar no interior do indivíduo, em seu psiquismo, é compreendida como comportamentos organizados por múltiplas interações através do tempo.

É uma ótica que tem por vértice o estudo dos enredos traçados e das pessoas que se estruturam dentro de uma dinâmica interativa, e não para os significados intrínsecos de cada um.

Andolfi (1984) define o ser humano não apenas através de suas palavras, mas também através de suas ações, de seus instrumentos, objetos e meios que escolhem, da maneira como os utiliza e o significado desses objetos para ele. Todos

esses componentes criam o contexto de nossas interações e troca, e são, por sua vez, condicionados por aquelas mesmas trocas. Essas dinâmicas interativas podem direcionar a família, quando compreendida na abordagem de um sistema aberto a padrões de comportamentos rígidos ou a padrões saudáveis. O lado saudável de uma família também é um processo formado no decurso de gerações, como consequência das atualizações que ocorrem nessa trajetória nas concepções, nos papéis e nas funções. Quando essas mudanças não são permitidas, nota-se o surgimento de problemas que se estruturam na forma de relações patológicas.

Na clínica é notória essa ocorrência, especialmente quando a possibilidade de delegar papéis e funções torna-se enrijecida, favorecendo, assim, os padrões irreversíveis e contrastantes com o que se espera da vida biológica, social e psicológica.

Pelos comentários Minuchin (1982), a sua observação prática, revelou que todo indivíduo possui um modo particular de perceber e de sentir seus vínculos, percepções e necessidades inerentes a seus relacionamentos e é essa particularidade que organiza a visão de si próprio e de mundo em cada pessoa do sistema. Ainda com base nessa percepção individual peculiar, construída no âmbito familiar-geracional, é estabelecida toda uma gama de percepções múltiplas, crenças as mais diversas, necessidades secretas que ocorrem nas trocas com outros elementos ou eventos. Originando uma profunda relação emotiva que caracteriza os vínculos familiares, os quais, cedo ou tarde, intervêm sintomaticamente no campo da saúde mental.

Todas essas diferenças intrínsecas nas percepções, nas crenças e nas necessidades de um dado membro familiar, constituem-se na base dos conflitos familiares.

As diferenças dentro do sistema familiar e o desenrolar dos conflitos são um

dos focos centrais em um atendimento psicoterapêutico familiar. E nesse atendimento, trilhamos um caminho que nos levou a uma outra possibilidade de trabalho, tal como já aconteceu em outra atuação, onde junto com uma equipe reflexiva, buscamos conhecer não só o leito do rio - o descrito e narrado pela fala da família -, mas também suas marginais, ou seja, as implicações dentro de um sistema terapêutico. Barbosa (s.d.)

Andolfi (1979) discorrendo sobre o caráter do atendimento de famílias e quais as características da terapia familiar, defende que esta última tem cunho de intervenção e, por isso mesmo, adequa-se à leitura e à terapêutica, necessárias aos desajustes familiares.

Ainda conforme Andolfi, a família é uma boa terra para se trabalhar com uma abordagem interacional que, uma vez assimilada, facilitará em muito a superação das barreiras do grupo familiar. O que culmina na exploração da relação circular presente nos próprios membros e entre a realidade social mais complexa.

Isto requer uma postura à qual podemos chamar de ecológica. Pois a família é entendida como um sistema de interação comunicacional, que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais.

Watzlawick (1977), falando da intervenção em sistemas que acabam tornando-se rígidos em suas interações ao longo do tempo, ressalta que os sistemas familiares, os quais se estruturaram no tempo por um comportamento patológico em qualquer dos seus membros, possuem a tendência de repetir quase automaticamente certas interações que visam à manutenção de regras e, estas, cada vez mais rígidas a serviço da homeostasia.

Andolfi (1979) aponta essa tendência como uma característica de um sistema ativo. E a família, enquanto um sistema ativo, auto regulado por regras desenvolvíveis e modificáveis no decurso de suas gerações, através de tentativas e

erros, permite aos seus membros experimentar o que é, ou não, permitido na relação, até que chegue a uma definição estável sobre a mesma. Nesse caso, podemos esperar o surgimento de uma regra, uma crença e, quem sabe, de uma lei familiar.

Ainda sobre um sistema ativo, Von Bertalanffy (1975) ressalta que o estímulo processado em um sistema ativo não causa um processo num sistema de outra forma inerte: vai, unicamente, modificar processos já existentes. Assim, a tensão entre os membros do sistema aberto, ou mesmo nas relações entre sistemas, terá uma repercussão direta no modo de funcionamento do sistema e, em nosso caso, no sistema familiar.

Com isso nasce a exigência de um processo de adaptação, que requer uma transformação constante das interações familiares, as quais por essa alternância, acabam sendo bastante conflitantes. Por um lado, a transformação esforça-se na continuidade da família; por outro, esforça-se por adentrar em novos ciclos – o que significa mudanças e fim da estabilidade atingida.

E é exatamente em ocasiões de mudanças, ou pressões intra ou inter sistêmicas de particular intensidade, que surge a maioria dos problemas que nos propomos a estudar.

Chegando a esse ponto, necessário se faz ressaltar que, ao compreendermos a família como um sistema aberto em contínuos comportamentos interativos ocorridos no tempo e no espaço da ação, assumimos, com Andolfi (1979), que as relações entre os membros da família são observadas numa relação dialética com o conjunto das relações sociais; esse perfil condiciona e, por sua vez, é condicionado, por meio de um equilíbrio dinâmico, pelas normas e pelos valores da sociedade em que a família está inserida.

Partindo, portanto, dessa premissa - um sistema entre sistemas -, na

construção de nosso diagnóstico das relações interpessoais e das normas que regulam a vida do grupo familiar, temos de estar atentos a todas as implicações conjunturais que estruturam o sistema. Essa atitude de compreensão sistêmica garante parâmetros à estruturação de intervenções frente às queixas apresentadas.

4 - OS SISTEMAS FAMILIARES

Cada família possui organização e estrutura particular. Calil (1987) ressalta que essa organização irá alterar-se de acordo com a maneira dos membros se interagirem entre si, e com os sistemas periféricos.

Isso determina com quais dos membros começamos a trabalhar. Solicitar a presença de pai, mãe, filhos e estabelecer que havendo necessidade se poderia contar com outros parentes próximos e até mesmo com amigos ou professores é um procedimento que atende à orientação de Haley (1979), segundo o qual: “ (...) se encararmos os problemas levando em conta o seu contexto, torna-se irrelevante a dicotomia do passado, entre terapia individual e terapia familiar. Entrevistar um indivíduo é uma forma de fazer intervenções junto a uma família. Se um terapeuta entrevista o pai, a mãe, o avô, ou a criança, e não faz contato com outros membros da família, ele forma uma coalizão no escuro, sem saber a natureza da organização na qual está entrando. Após a terapia ser iniciada o terapeuta poderá sentir necessidade de entrevistar os membros da família isoladamente, tendo-se em consideração um objetivo particular; entretanto, no início, é melhor entrevistar todos aqueles que vivem na casa, de tal forma que possa rapidamente captar o problema e a situação social que o mantém. ” (p. 25)

Em outro momento, Haley (1979) ressalta que como o objetivo de um terapeuta é fazer intervenções com uma função terapêutica diagnóstica, deve

começar com todas as pessoas envolvidas. Assim as mudanças poderão envolver a todos eles.

Andolfi e Angelo (1988) destacam que o objetivo prioritário terapêutico, em uma terapia familiar, consiste em romper a rigidez dos modelos interacionais estereotipados e consolidados durante o tempo, alcançando níveis de conflitos interpessoais submersos e temidos pela família; é de vital importância destacar o momento evolutivo em que ocorre o pedido de terapia por parte da família, ou de outras estruturas sociais. As vezes, decorrem anos até a família “ decidir-se ” por pedir ajuda.

Minuchin (1982) também trabalha na perspectiva de que tendo a família como um sistema entre sistemas, deve o terapeuta laborar na exploração das relações interpessoais e das normas que regulam a vida daqueles que estruturam o problema.

São convidadas a estarem presentes no decurso do tratamento todas as pessoas que fazem parte da manutenção de cada um dos problemas discutidos. Isto auxilia na flexibilização do sistema e abre portas para o rompimento de padrões rígidos.

Em geral, na prática clínica percebemos que as famílias que convivem com a Esquizofrenia, possuem padrões rígidos. Conforme os estudos de Watzlawick (1977), em famílias rígidas o salto de um período evolutivo para outro é, quase sempre, percebido como uma catástrofe. Se o sistema não é de alguma forma flexibilizado, e por urgência da existência permanece rígido, a família adotará uma solução já para ela conhecida, aplicada no presente e já programada para o futuro. Com isso ela estará fechada para a aprendizagem e a experimentação que surgir no percurso do tratamento.

Conforme ressalta Watzlawick (1977), ressalta que aquilo que já foi usado é

repetidamente aplicado em situações novas. Levando a uma confusão entre o que ele chama de “espaço pessoal e espaço interativo”, que, por conseguinte, resulta em confusão entre identidade e função dentro dos membros.

Ainda suas pesquisas indicam que além da intensificação da rigidez, e da confusão de papéis e espaços, haverá uma interrupção no ciclo de vida de cada indivíduo e da própria família. Fixando-o na época da solução adotada.

O que vem a ser exatamente objeto de estudo, em um de nossos objetivos.

Soma-se a isso o fato de Watzlawick (1993), dizer que nesse contexto, o selo de Paciente Identificado (P.I.) é colocado de modo irreversível em um ou mais membros, para evitar tanto a instabilidade momentânea – uma vez que para os membros da família a causa foi identificada – quanto a evolução do grupo em uma direção desconhecida.

O P.I., que de agora em diante irá funcionar como regulador homeostático, não se sentirá mais adequado às exigências do momento. Será um ser estranho.

Essa estranheza gera as situações de crise no sistema. É necessário destacar que, de acordo com Minuchin (1982), para haver mudanças significativas no âmbito e no conjunto de relações do sistema familiar se necessita sempre, de uma situação de crise no funcionamento do mesmo. Particularmente por entender um sistema familiar não como uma simples realidade bidimensional; mas como uma realidade tridimensional na qual os familiares do passado manifestam-se no presente a fim de também organizar o futuro.

Assumindo essa postura, Minuchin não vê esse processo como um ignorar da pessoa individual. Ele entende, sobretudo, o presente, como o passado mais às suas circunstâncias presentes. E fatos do passado sempre estarão vivos, ampliados e alterados pelas interações atuais.

Ora, essa maneira de enxergar leva-nos a assumir o fato de ninguém ser uma

ilha ou uma pessoa que se define por si própria. Cada membro do sistema familiar é membro que atua e reage em sua casa, na escola, na igreja, na rua onde vive e em qualquer um dos contextos em que se inserir. A realidade percebida em cada um e na família como um todo é resultado das interações entre o seu repertório interno e das experiências que tiver na interação com o seu meio ambiente.

Já dissemos antes que a interação contínua com o ambiente externo caracteriza os sistemas abertos. Essas trocas possibilitam o fluxo de materiais, informações, energia e padrões comunicacionais transformando o membro que recebe e sendo alterado no instante que doa ou reage. Aliás, esse intercâmbio comporta-se como um sistema total. Como já ressaltado antes, estes processos estão carregados de incertezas e impõem a necessidade do estabelecimento de regras ou enrijecimento de antigas regras, para não haver problemas de solução de continuidade no sistema.

Conforme estudos de Minuchim (1982), isso acontece, particularmente, através do P.I. A família seleciona um membro para focar nele o estresse e a tensão dessa percepção é expressada ao mundo por meio de sintomas da doença. O P.I., por ser parte do sistema e do processo, é eleito para cumprir esse papel, mesmo a ponto de sacrificar parte de sua autonomia para poder preencher a função designada. Nada mais, nada menos que ser o foco de todas as dificuldades interacionais da família. Até que ocorra a cristalização da função e do funcionamento interrelacional.

É sabido que um membro do sistema está doente e até mais de um – como no sistema que pesquisamos -, porém, o perigo do fim do equilíbrio sistêmico, a ameaça da renegociação de regras aceitas que implicam na reorganização de funções e espaços já outrora definidos, além da possível alteração do status de cada membro da família, aumentam o medo de qualquer mudança.

A rigidez devido ao medo trará a perda da autonomia e do sentido de vida.

Nas famílias rígidas, vê-se pela prática clínica, que a desconfiança de um terapeuta ou de alguém, visto como de fora e que pode promover algum tipo de mudança nos seus esquemas interativos rotineiros - o que significa afastar a todos das conhecidas regras do jogo -, põe cada membro, por meio de comportamentos, mensagens não verbais e verbais, a vigiar os outros de modo rígido e incessante, mesmo sob intenso desgaste psicoemocional. Isso no dia-a-dia, implica que todos vêm-se forçados pelo medo e pela insegurança a agir sempre de um jeito tal que demonstre o sistema inteiro coeso e fixo nas regras estabelecidas. Todos estão sob a bandeira de um mito cristalizado de unidade.

Ainda, conforme comentários de Minuchin, sobre esse fenômeno, a tensão que surge e se realimenta no processo serve como alimentador vicioso do trabalho inesgotável de transformar, com o intuito de que nada realmente mude no sistema, que caracteriza-se por ser aberto, passível de trocas.

Tanto Minuchin (1982) como Andolfi (1979) e Watzlawick (1977), afirmam haver situações em que a tensão não funciona como elemento de manutenção de equilíbrio, mas sim como um fator de favorecimento da mudança. Isso acontece no momento em que a tensão, resultante das trocas entre o sistema e seus subsistemas e ainda com outros sistemas, eleva os níveis de tensão em tal magnitude que, a solução encontrada pelo sistema para sua manutenção e sobrevivência vem a ser um salto de mudança.

Em uma família de padrões rígidos, essa decisão pela mudança não quer dizer que houve opção por diálogo e discussão das regras. Significa que a intensidade do gasto de energia ocorrido na manutenção do processo em curso, é tamanha que a solução adotada, através do P.I., já não mais resolve o problema e não há mais garantias.

“ Não quero que nada mude.

Que a vida toda, tudo fique sempre nessa mesma m. .

Porque se mudar, sempre muda para pior. ”

Um de meus pacientes

5 - A REPETIÇÃO NA FAMÍLIA DOS PADRÕES INTERACIONAIS

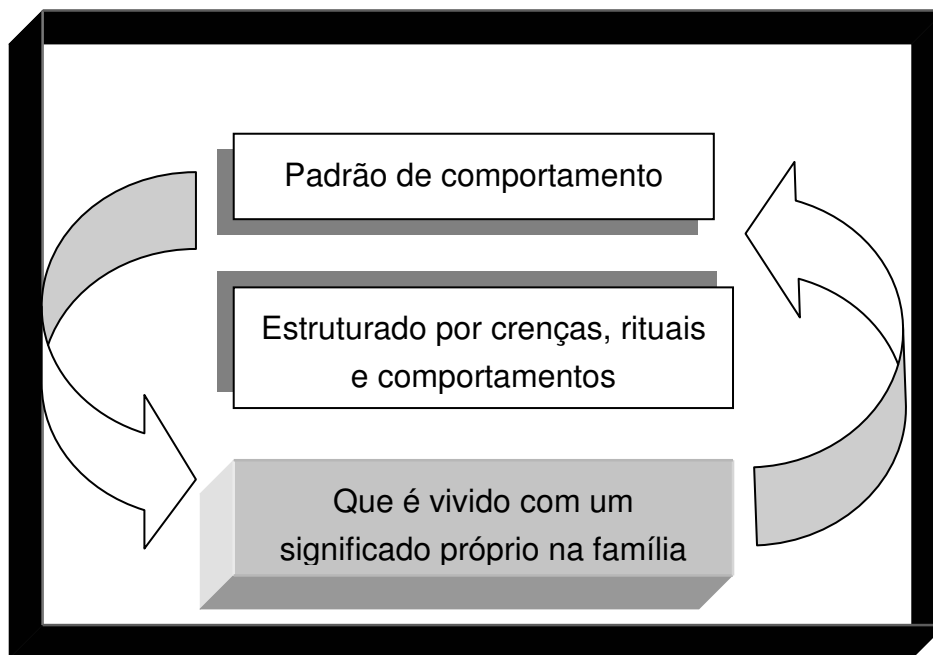
Cervený (1994) leva em conta que os sistemas vivos possuem atributos como a reciprocidade com o ambiente, o que implica, como já visto, em comportamentos de troca, e ainda, que tais atributos são orientados a partir de argumentos gerais, e, estes últimos organizam os modelos a serem repetidos através do seus Padrões Interacionais dentro de uma família. Cervený no mesmo trabalho alerta para o fato de os padrões interacionais repetitivos, não necessariamente passarem de uma geração à sua subsequente, podendo haver hiatos geracionais entre a ocorrência.

Esses Padrões são os ritos, os comportamentos, as crenças, comunicados através de um significado particular - uma regra - da família. Uma família pode romper com certos padrões do passado ou reformular outros, a partir da demanda encontrada, por meio de atributos como a flexibilidade e a elasticidade que operam mudanças e conservações no seio relacional. Nessa perspectiva, são vividos os critérios temporais como o passado e o futuro.

Estes padrões são vividos com os novos filhos e membros agregados, como noras, cunhados, genros e amigos, a favor da segurança e da continuidade da família frente às exigências externas.

Essa transmissão de Padrões se dá na medida em que o processo for mantido através de seqüências de um significado próprio atualizado no seio familiar, que contém a conduta sintomática ou problemática nas interações de todos os familiares.

A essas seqüências, que Cerveny chama de recursivas – cultivadas pela família em sua teia de relações –, denominamos regras familiares. Quando nos encontramos com a família, nos defrontamos com uma trama de relacionamentos baseada nessas regras familiares.



ESTE CONJUNTO É UMA REGRA FAMILIAR

Quadro: Regras Familiares. George Barbosa - 2000

Calil (1987), em consonância com Minuchin (1982), explicita que as regras podem ser encontradas nas verbalizações, como também nas modalidades interacionais provenientes de tradições familiares ou culturais da família extensa.

6 - MUDANÇA E RIGIDEZ NOS SISTEMAS FAMILIARES

Minuchin (1982) enfatiza ter percebido que a comunicação ora é reforçada, ora qualificada, ou mesmo negada, pelo contexto interpessoal de interação, por meio da linguagem digital ou metafórica.

Quando temos esses dois fatos na família que vive uma situação de Esquizofrenia, percebemos a utilização desses mecanismos para restabelecer a homeostase no sistema familiar. A homeostase para se manter, trabalha no sentido de gerar regras de auto-sustentação, que o sistema familiar busca perpetuar.

Uma vez estabelecidas as regras, o sistema familiar se auto-governa no tempo.

Essas regras definirão o que pode, ou não, acontecer dentro e fora das negociações do sistema. Há uma busca intensa de generalização das regras em todo o contexto relacional. No entanto, segundo Minuchin (1982), a família costuma se referir ao seu problema sempre orientada para um indivíduo – aquele já denominado P.I. -, com a ocorrência no tempo passado. É uma fórmula construída para conseguir o equilíbrio e o desencadeamento de resistências a cada ameaça de mudanças. O mesmo mecanismo de alimentação do processo incumbe-se de aquilatar as ameaças e prover fracas ou intensas resistências, preservando o padrão atual ou direcionando-se a uma mudança estratégica, para manter a estrutura do sistema.

Quando o assunto é o problema da Esquizofrenia, comumente visto como individual, o esforço será no sentido de torná-lo problema de um só novamente e não de todos que com ele têm contato.

Tendo esses fatos em consideração, Andolfi (1984) trabalha de forma a concretizar a fase inicial de seu trabalho terapêutico por uma forte provocação de sua parte em relação à família. Este, procura tornar o contexto sempre mais tenso, ressaltando a incapacidade de comunicação existente dentro do sistema familiar. Com isso procura criar nos familiares iniciativas para encontrar novas rotas de diálogos. Na realidade, ao invés de incentivar o óbvio, que seria o diálogo, com a tensão ele o impede.

Ora, o terapeuta percebe que deve haver uma conversa mais direta e livre entre os membros, mas se ela acontecer nos parâmetros comunicacionais atuais, o resultado será uma maior rigidez; então, garante a impossibilidade dessa confrontação. A forma para conseguir isso é mantendo-se o maior tempo possível como o único mediador entre os membros.

À primeira vista, alguém poderia objetar afirmando a abordagem não sistêmica, por não haver uma interação entre os membros do sistema. Mas, Andolfi, em cada troca a dois - entre ele e um membro da família - busca introduzir elementos provocativos para os outros membros. Havendo continuamente uma provocação a mobilizar qualquer um no sistema relacional, criando uma trama que envolve a todos na linha de pensamento. Andolfi fala de uma intensa interação silenciosa. Essa comunicação a três - na qual cada fase do processo comunicacional agrupa três pessoas -, com intencional desfoque da função cristalizada de cada um, caracteriza-se por sistêmica.

Há um vínculo estabelecido com o terapeuta com base no tipo de modelo comunicacional existente na família, com uma certa expectativa de que o terapeuta comporte-se de acordo com esse modelo. Quando Andolfi fala em dificultar o diálogo, pela intensificação da tensão dentro do sistema, surpreende os familiares.

No instante em que os responsáveis pelo sistema familiar aguardam a

confirmação do diagnóstico elaborado por um subsistema externo – de haver um ou mais doentes dentro da família e isso ocorre devido a causas genéticas ou deficiências no funcionamento orgânico do corpo -, o terapeuta, ao contrário, oferece uma apresentação absolutamente nova, pois antecipa e provoca a todos, buscando a desestabilização da ordem do sistema. Faz isso através da eleição de um aspecto ambivalente ou negativo no repertório do paciente identificado, intensificando-o e levando-o a intensidades elevadas, obrigando a cada elemento do sistema familiar a manifestar a precariedade da ordem estabelecida e o sofrimento advindo desse esquema.

Nesses momentos, conforme relatórios de Andolfi (1984), pela observação do modo que o sistema expressa seus medos e problemas, ele elabora hipóteses temporárias acerca do funcionamento da interação na família. Com essas hipóteses formuladas é diretivo na sua atuação, simplesmente por reunir toda a família, ou por envolver o núcleo familiar numa operação que requer um confronto direto e uma tomada de consciência comum. Outro fator mencionado que o faz diretivo na terapia está no fato de planejar tarefas a serem executadas no transcurso da consulta ou no intervalo entre as mesmas. Também Elkaïm (1990) ressalta o fato de o terapeuta que está lidando com uma família tornar-se diretivo ao passar a usar os espaços da sala e o movimento entre os membros como uma forma de intervenção. Tanto a mudança dos espaços, como a troca de posições que geram movimentos nos integrantes do sistema terapêutico, mencionadas por Andolfi (1979), têm a intenção de determinar que o controle do processo terapêutico está com o terapeuta.

O controle adquirido, agora pelo terapeuta, visa a flexibilizar a rigidez na dinâmica do sistema familiar. A rigidez acontece quando fica prejudicada a trajetória normal de desenvolvimento, alicerçada sobre um conjunto de experiências comuns, que ocorrem em determinada seqüência e, em momentos determinados. Toda

pessoa - criança ou adulto, cujas experiências de vida se desviem da seqüência ou do tempo certo - pode, de certa forma, ver-se à margem do rio e terá de empreender esforços para manter-se ao longo do fluxo. Essa é a mesma forma utilizada por Helen Bee para explicar as fases do ciclo de vida de uma pessoa; Bee (1997). E entendemos a rigidez como uma interrupção nesse ciclo vital da vida.

Percebemos em nosso trabalho clínico que a queixa da família busca solidificar mais ainda a rigidez. Mesmo ciente de que isso possa trazer um sofrimento conseqüente e de que exista uma vontade implícita de mudar.

Ao escutar a queixa apresentada pelo sistema familiar, o terapeuta não deve colocar sua atenção para as questões de causalidade, como: quando começou, com quem isso aconteceu ou por que aconteceu. Essa não é uma forma de abordagem terapêutica sistêmica. O olhar do terapeuta deve ser dirigido sobre as ressonâncias ocorridas nos membros por ocasião da atuação dos outros membro da família, e até de fora, como professores, amigos, parentes, etc. e, em seguida, ver como o comportamento deles ressoa no comportamento e na atitude do paciente identificado. O foco é integral, não em interações segmentadas. Tratando dessa questão Andolfi (1984) aponta para o fato de o terapeuta necessitar enxergar a existência do momento de uma sustentação contínua do padrão – manter uma distância segura - e, em outros momentos, de um envolvimento intenso em uma relação que se direciona para a fusão dos membros do sistema. E, estes, são os comportamentos mais comuns nos sistemas esquizofrênicos por nós percebidos. Nestes, o campo individual encontra-se difuso e é confundido com o contexto interativo do sistema.

Há uma confusão do membro familiar em si, com a função por ele exercida no sistema familiar. Já não fica claro se a pessoa existe por si própria ou pela função que desempenha em favor dos outros.

A busca por uma coexistência pode ser vista como invasão do espaço pessoal dos outros, acompanhada pela perda de seu próprio espaço pessoal. Na prática clínica vê-se que vigilância, acusação, afastamento, exploração, vitimização e, até a esquisitice da doença, tornam-se atributos pessoais que se fixam como roteiros que não se alteram – uma prisão.

Na solicitação de tratamento por parte dos membros da família, dentro desse contexto, está incutida uma resposta específica a ser emitida. A conversa com o terapeuta é tabulada de tal forma que o retorno desejado também o é de acordo com o modelo vivido. Andolfi (1979) observa que muitas das vezes essa resposta já vem prevista na própria família, pois, para elas, o terapeuta não pode outra coisa, que não seja a existência de um ou outro membro da família doente.

Em tais situações de rigidez, cada membro da família vê-se obrigado a atuar como se fosse uma função dos outros. Andolfi (1984) aponta para o fato de que cada um irá apresentar o sofrimento de revelar e reconhecer sua própria identidade, bem como a dos outros. É uma prisão onde todos são forçados a viver somente aquilo que o sistema lhes impõe.

Presas a esses modos particulares de interagir, a família desenvolve formas padronizadas e repetitivas de interação, de acordo com Calil (1987). É a busca constante de um equilíbrio nas diferentes e difíceis nuances de seu relacionamento. Principalmente, quando esse relacionamento se dá com outros, fora da família nuclear, ou que não possuem os mesmos limites.

Andolfi (1979), por trabalhar com famílias com dificuldades de transpor os limites estabelecidos, definiu seu trabalho em terapia familiar sistêmica, por seu caráter interventivo, como uma terapia estratégica. Por isso mesmo, também diretiva. Ainda que faça ressalvas sobre o tipo de diretividade mencionado ser inegavelmente diferente daqueles descritos em outras abordagens de atendimento.

Na terapia familiar sistêmica o terapeuta é invariavelmente comprometido com o sistema familiar no sentido da geração de um contexto dinâmico, na busca de resultados frente a objetivos, na estruturação de tarefas e intervenções, particularmente na avaliação das respostas do sistema às suas intervenções.

Enquanto usa sua percepção frente ao contexto terapêutico, formula um modo que atribui somente ao paciente identificado a responsabilidade de garantir à família as mudanças indesejáveis. Exacerbando ou reforçando essa função, obterá informações que discutirá com mais profundidade através da circularidade. Essa conduta é o alicerce da reorganização comunicacional no âmbito familiar.

Conforme instruções de Andolfi (1984), nesse momento o terapeuta deve procurar caminhos para substituir o paciente identificado, assumindo o seu papel centralizado de mediador funcional das tensões familiares. Como o comportamento do paciente identificado possui uma trama já conhecida por todos e é esperado que proceda dessa ou daquela maneira em dada situação, a fim de preservar a rigidez do sistema, diz que o terapeuta necessita organizar seu comportamento de forma absolutamente imprevisível e espontânea, evitando assim ficar preso ao campo dúbio da irracionalidade imputado ao comportamento do paciente. Essa imprevisibilidade que se instaura no contexto familiar impede a família de se reestruturar dentro das antigas funções já cristalizadas.

A centralidade que passa a ter o terapeuta é um fator perturbador no sistema.

É possível se questionar se esse modo de atuar no sistema não é manipulatório. Talvez até pudéssemos questionar se com esse tipo de conduta a família não perde seu potencial de auto-afirmação. Ou mesmo, a existência do risco de a família investir-se de responsabilidades que não deveriam ser o centro de suas atenções. Contudo, percebemos que tais efeitos indesejáveis podem ocorrer em todo tipo de ação terapêutica e não especificamente na diretividade sistêmica.

A dificuldade de mudar - já instalada na família, e corroborada pelo diagnóstico médico, duramente experimentada através do tempo, de acordo com os seus caminhos, já desde longe conhecidos no que se refere aos seus comportamentos e percursos de seus pensamentos -, é que gera convicção no terapeuta de que a estratégia para penetrar no sistema pode ser através do que Andolfi chama de brechas.

Por meio de tais brechas, o terapeuta procura liberar potencialidades no interior do sistema familiar. Potencialidades que possam libertar o doente identificado, ou os doentes e a própria família, de uma realidade de sofrimento escrita no tempo.

Cervený (1994) argumenta que se o trabalho do terapeuta for realizado sem uma profunda consideração pela liberdade de cada membro da família e se for feito sem uma sensibilidade singular no que concerne ao entendimento de qual seja o real sofrimento da família dentro da sociedade, o atendimento cairá no círculo vicioso dos antigos esquemas interacionais.

Acreditamos que por certo a sensibilidade não deve tirar o lugar de decisão ocupado pelo terapeuta, o lugar de mediador do confronto de forças existentes dentro do sistema nuclear e do sistema mais amplo. Andolfi (1984) ressalta que logo no começo do processo o terapeuta já deve começar a tornar evidente a sua condição e capacidade de guia do processo, ainda que em certos momentos possa agir estrategicamente de uma maneira fraca. Indica ser este confronto de poder que oferece um contexto para a família avaliar se o terapeuta é capaz e seguro para dar garantias quando houver mudanças. Caso o terapeuta mostre-se incapaz frente ao sistema familiar, no tocante à condução do processo, a família não o terá como condutor e inevitavelmente será envolvido nos padrões aprisionantes com que a família tem tanto sofrido.

Para criar o desequilíbrio no sistema familiar, particularmente através de uma provocação do paciente identificado, Andolfi (1984) aconselha ao terapeuta fazê-lo somente quando já tenha conseguido esboçar um mapa das funções dos outros membros do sistema e já tenha formado algumas hipóteses sobre a trama relacional que os mantém unidos; integrando dessa forma o P.I. nas funções dos outros membros. Ao ter esboçado o mapa das relações e comunicações, o terapeuta terá condições de explicitar o P.I. como aquele que ficou responsável pela manutenção da estruturação dos padrões que a família estruturou. Esse lugar ocupado pelo P.I. lhe garantia as provocações pessoais, como também o sustentava como parte integrante de um sistema mais amplo.

Andolfi (1984), detalhando esse aspecto do atendimento terapêutico, ressalta que a possibilidade de atribuir ao paciente identificado a função de regulador da família, surge de suas próprias narrativas, as quais geralmente, indicam ser ele o centro organizador do comportamento dos outros membros do sistema por meio de sua doença. A conversa ambígua e esquisita da família é justificada por meio desse padrão de comportamento e também por esse tipo de conversa existir por haver no seio familiar alguém doente; e uma doença específica.

Essa especificidade, temos percebido no trabalho clínico, é a responsável por definir o tipo de doença agregada à família.

Por isso Cerveny (1994) e Andolfi (1988) e (1984) orientam que o terapeuta necessita, em face dessa ambigüidade relacional, procurar sempre redefinir o comportamento - tido como involuntário (gerado pela doença) -, como voluntário e com propósitos homeostáticos. Com isso, o terapeuta estará denunciando a situação encoberta pelo contexto familiar de que o P.I. controla o comportamento de todos da família; e ainda revela a precariedade da explicação oferecida pela família, de o P.I. não agir propositadamente, de ser conseqüência da doença.

Ocorre, no contexto terapêutico, uma redefinição da posição e da função do P.I..

Exatamente o que estamos apresentando, com a argumentação de Cervený e Andolfi: o terapeuta necessita usar o paciente identificado como alavanca para desequilibrar as estruturas rígidas do sistema familiar. É a idéia de a família utilizar-se do P.I. para opor-se ao terapeuta e a qualquer outro sub e macros-sistema que representar perigo à sua estabilidade. O terapeuta necessita estar consciente de que esse mesmo artifício também se encontra ao seu dispor para jogar com a família.

Agindo dessa forma o terapeuta não se apresenta como alguém um oponente para o lugar de destaque ocupado pelo P.I. O terapeuta até utiliza-se dessa mesma posição central, ora para intensificar essa posição de destaque, ora para acentuar suas conseqüências como ovelha negra no seio da família, como já ressaltamos anteriormente.

A família através de sua herança cultural, do fluxo de seus hábitos de comportamento e da prática de suas regras, elege o P.I. para carregar todos os problemas e para mediar todas as relações dentro e fora do sistema. Ao elegê-lo como canal de comunicação familiar, também garante no tempo a sua funcionalidade.

Andolfi (1979) afirma ser esse caminho exatamente o meio de penetração do terapeuta no sistema familiar.

A relação família-terapeuta nesse contexto, é explicada por Andolfi como sendo radicalmente redefinida através de uma contínua e desconcertante atitude de confrontação ao sistema por inteiro. A redefinição do lugar do P.I., não apenas viabiliza um meio de integração do terapeuta, como também é o produto final da provocação.

Embora estejamos com Cervený e Andolfi no tocante à postura de

provocação do terapeuta, é bom salientar a observação de Minuchin (1982) de que o terapeuta, quando analisa sua posição diretiva no sistema terapêutico, necessita evitar o perigo dessa posição. Ele considera que a posição pode hipervalorizar o terapeuta. Aliás, Andolfi (1979) postula que as famílias, em geral, vêm procurando por ajuda, e, essa ajuda é dirigida para o que ele chama de “*ajuda de um expert*”. Nós chamamos de ajuda de um especialista.

A família vem com o modelo tradicional de atendimento clínico, onde o clínico escuta e logo faz um diagnóstico, imediatamente prescrevendo algo para o sintoma apresentado. Nessa situação há uma explicação para o que a família sente e vê, e quase sempre, no trabalho clínico percebe-se que a explicação vem da parte de alguém tido como porta voz familiar.

Segundo Minuchin, se o terapeuta não atentar para essa forte possibilidade, o atendimento pode se tornar previsível de maneira tal, que o mesmo ficará na centralidade, mesmo quando silencioso. Toda a conversação será dirigida a ele e todas as intervenções e modificações serão efetuadas por ele. O que indica que todo tempo estará trabalhando em díades e não com o sistema por inteiro. E revela que, ao longo do tempo, o terapeuta foi incapaz de sair do sistema e atuar como um observador externo que age no sistema familiar.

Quando o terapeuta consegue sair do modelo diádico e passa a favorecer uma interação entre todo o sistema, muito maiores são as condições de a família passar a ter consciência da função controladora voluntária que o paciente identificado está exercendo. Maiores são as probabilidades de vir a dar-se conta do caráter de vigia oficial do sistema. Ao dar-se conta dessa realidade no meio familiar, a família também tem maiores condições de aceitar a redefinição da função do P.I., retirando-lhe o caráter de bode expiatório no sistema familiar.

A realidade de alguém estar assumindo tal papel sozinho no âmbito familiar, e

ser proibido admiti-lo, perde o significado com que está carregado. A realidade fica fragilizada. Fácil de ser renomeada. E isso irá ocorrer, explica Andolfi (1979), assim que o terapeuta explicitar o fato de o paciente identificado ser fundamental em tal família, pois ele, tanto escolheu, quanto foi eleito para comportar-se de forma a manter as regras e a estabilidade da estrutura familiar.

Temos a consciência de que isto possa ser dito como uma declaração; mas é um objetivo a ser alcançado.

Andolfi e Angelo (1988), tratando da rigidez do sistema familiar, comentam que este pode ser avaliado tomando-se como base a repetição dos modelos de interação que permite a cada componente "jogar de olhos fechados" na parte que lhe foi designada. As aspas são dos autores citados, procurando resguardar o significado da expressão.

Mais previsível e repetitivo o roteiro familiar, mais estável e coeso o sistema; pelo menos até surgir uma nova crise evolutiva. Tal crise poderá corresponder a um evento real (morte, separação, etc.) ou ainda, mais freqüentemente, poderá verificar-se devido à preocupação pela possível ocorrência de um evento temido. Em ambos, quem olha de fora como espectador vê um esforço coletivo para manter o padrão atual e um aumento da função de apoio por parte do paciente identificado. Em relação a quem parece convergir mais ainda as linhas de tensão do grupo inteiro.

Alcança assim, uma espécie de hipersensibilidade que limita o crescimento a fim de tentar evitar mudanças.

Andolfi (1984), quando trata da intensidade da crise instaurada no sistema, defende que a ação do terapeuta deve se dar na mesma intensidade da rigidez no sistema. Tal ação já começa por ocasião do atendimento telefônico buscando uma entrevista inicial, na chegada e distribuição no consultório, na manipulação envolvendo a presença e a ausência de membros da família. Todos esses dados já

forneciam uma idéia de como e quanto o terapeuta seria envolvido. Diante disso, Andolfi vê a família atuando em duas direções, com uma mesma ação. Ou seja, pede ajuda para o paciente e rejeita qualquer ajuda pelo medo da mudança. No passado, a ameaça de uma crise dava origem a padrões interativos já desgastados e ineficazes; agora, encarando a possibilidade de tratamento, a família mais do que nunca, se sentirá ameaçada e unida na tentativa de evitar uma crise tão desejada quanto temida.

Nas famílias em que mudanças são vistas como algo extremamente ameaçador, Andolfi (1984) observa uma rigidez não só do esquema interacional presente, mas também da função de cada membro em particular. Os papéis tornam-se cristalizados em inter-relações estereotipadas, com a evitação de novas experiências e informações. Tanto com a eleição do paciente identificado, como com o pedido de ajuda terapêutica, a família busca ficar unida, e lutará, mais do nunca, para manter seu padrão disfuncional. Ocorrerá continuamente uma procura de conter o tratamento apenas no padrão cristalizado, ou alocar o padrão disfuncional dentro de um subsistema do sistema terapêutico. Os familiares não expressam, mas um observador nota que o paciente identificado, com seu comportamento sintomático - uma expressão do sofrimento do indivíduo e dos outros membros -, é percebido pelos membros da família como vantagens para todos. A involuntariedade do sintoma permite ao paciente identificado definir e controlar seus comportamentos e mensagens junto aos outros, bem como controlar as relações entre os outros membros da família. Com isso, há um grande acordo que oculta as diferenças entre os membros da família: o paciente identificado, e somente ele, é o causador das dificuldades. Por isso, entendemos que seu papel é de regulador homeostático de cada transação familiar.

Como resultado de tal procedimento e comportamento, todos os membros da

família acabam como autores e vítima do padrão funcional estabelecido. Qualquer vitória no sentido de autonomia, ou ação independente do bloco familiar, é percebida como um perigo, ou mesmo como um gesto de traição. O trabalho de Wichstrom (1995) bem demonstra que um dos mais comuns dos padrões da família, tida como esquizofrênica, é pouco diferenciar-se e passar a impressão de estarem colados um ao outro. Wichstrom utiliza a expressão de "*estarem apaixonados uns pelos outros*" (p. 28).

Essa evolução para a autodiferenciação no sistema pode não ocorrer, acentua Andolfi. As regras que norteiam a associação dentro do sistema e a comunicação que governa o sistema familiar podem impedir a possibilidade de um, vários, ou mesmo todos os membros, viverem suas fases de vida de modo particular. Essa falta de autonomia é vista na incapacidade de alterar funções previamente estabelecidas na funcionalidade sistêmica.

Segundo Calil (1987), sobre esse aspecto, quando analisamos uma conversação de membros de um sistema com tais características, sobressai-se não só o significado, mas fundamentalmente a influência de tal mensagem sobre o sistema. Essa influência pode por vezes ser de paralisação ou da não disposição para mudanças significativas.

Através desse recurso, o paciente identificado reforça a centralidade de sua função como "o doente na família", bloqueando a entrada de qualquer outro problema novo na conversação. De igual forma, reforça a irracionalidade de suas mensagens verbais e não verbais, mesmo as mais banais, aparentemente, coerentes. Também reforça a situação involuntária de "todo o seu comportamento", de modo a todas as ações do paciente serem aceitas pelos familiares lamentando-se: Não é ele que está fazendo isso, é a sua doença. Toda família compartilha desse pensamento e, seguindo esse exemplo, o paciente identificado permite-se

todo e qualquer tipo de comportamento.

Percebemos que o paciente identificado também reforça as conseqüências prejudiciais trazidas pela doença para a família. Ele consegue evidenciar o estrago causado no grupo por inteiro. E, ainda, o P.I. reforça a inutilidade do esforço empregado por todos - família, amigos, médicos - na tentativa de mudar o seu comportamento. Em nossa situação, isso é particularmente mais evidente devido à constatação anterior de um diagnóstico médico.

Andolfi (1984) pontua que baseado nessa estrutura, o sistema familiar faz seu pedido que consiste em dizer - *"ajude-nos a mudar o paciente, sem interferir em nossas relações. Ajude-nos a ajudá-lo a recuperar-se, mesmo que isso seja impossível."* (p.31)

O terapeuta exercita o papel de quem, em alguns aspectos, trabalha na unidade, a fim de separar. De fato, reconquistar as possibilidades que levam da situação atual para aquela anterior ao início da rigidez, e ainda facilitar o emergir das pessoas diferenciadas em seu ambiente onde parecia apenas haver diferença e ausência de comunicação, significa trazer à tona a trama "ausente" e identificar os fios reais ou imaginários, que necessitam ser separados nesse novelo emaranhado, conforme Andolfi e Ângelo (1988).

A comunicação é ainda mais complexa quando se estuda seu processo sob as vias de como ele ocorre. Novamente, segundo Calil, o processo pode ocorrer dentro daquilo que Watzlawick (1993) chamou de duplo vínculo. Para que possamos identificar um duplo vínculo é necessário que a comunicação ocorra em um contexto de um relacionamento significativo para os participantes e ainda que seja vital a discriminação do tipo de mensagem que está sendo enviada; que ocorra sistematicamente na interação relacioanal, e uma mensagem contradiga a seguinte. E que o receptor veja-se incapacitado para evidenciar a contradição presente.

Watzlawick, Beavin e Jackson (1993) estabelecem e aceitamos como

principal axioma da comunicação que: *"em toda a situação de interação, todo o comportamento tem um valor de mensagem, isto é de comunicação. Donde se conclui que, por mais que se tente, não se pode comunicar"* (p.111). Assim, as pessoas, no seu dia a dia, desde a mais tenra infância, aprendem a interpretar as mensagens transmitidas pelas pessoas com quem interagem.

As mensagens são compostas de um certo conteúdo. Esse é geralmente expresso por uma linguagem. A linguagem para tornar-se mais inteligível se utiliza de formas diversas, que são expressas numa modalidade verbal ou gestual.

Essa organização alimenta de informações significativas a relação entre os que se comunicam. Também são essas informações significativas que irão conotar o contexto em que se dá a comunicação.

Gregory Bateson e colegas, citados em Watzlawick (1977), ao estudarem e desenvolverem os conceitos de como se estrutura a comunicação humana, deram passos fundamentais na elaboração da chamada Teoria da Comunicação e, conseqüentemente, da Teoria Familiar Sistêmica. Os estudos de seu grupo indicaram não existir uma comunicação simples nas relações humanas. Verificou-se sempre haver um número "n" de variáveis que interferem nas mensagens de forma concomitante, ocasionando modificações, alterações ou reforçamentos umas das outras. Segundo Bateson, havendo duas ou mais pessoas se comunicando elas reforçam e estimulam o que está sendo dito e feito entre elas. E isso ocorre de tal forma que o padrão de comunicação estabelecido entre as pessoas define o relacionamento existente entre elas.

Bateson é tido por Watzlawick (1993), como o organizador dos conceitos de simetria e complementariedade em um sistema, particularmente, o psiquiátrico. Watzlawick, define a comunicação complementar, quando o comportamento de um membro do sistema complementa o do outro - onde a diferença entre os

comportamentos é maximizada. A comunicação simétrica, é descrita como aquela que os parceiros tendem a refletir o comportamento um do outro. Resultando em uma contínua igualdade, ou na minimização da diferença. Desses estudos Watzlawick estipulou: "*(...) todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, segundo se baseiam na igualdade ou na diferença.*" (p.64)

Pela orientação de Calil (1987), que também discute esses tipos de comunicação, devemos entendê-las como disfuncionais ou saudáveis por si mesmas; isso irá depender de como cada uma das modalidades é exercida em um contexto comunicacional. Entre as pessoas de um sistema, os padrões que se repetem e por vezes se tornam rígidos, é que dão sustentação a cada uma dessas modalidades.

Nesse processo de detalhamento e organização da comunicação, Watzlawick (1993) explica que a comunicação em sua forma pode ser analógica. E desse prisma inclui os movimentos corporais, propriamente a comunicação cinestésica:

toques;

gesticulação;

expressão facial;

direção do olhar;

o tom da voz;

a seqüência;

o ritmo; e

a cadência das palavras, como o espaço pessoal e interpessoal.

No entanto, argumenta que todo processo também tem seu caráter digital composto, especificamente das palavras usadas. Na realidade, percebe-se uma contínua integração dos dois sistemas, como ressaltado por Watzlawick (1993); a mútua complementação dos sistemas, funcionando na recíproca de um para com o

outro. O conteúdo analógico oferece significado ao verbal e este sentido ao repertório analógico.

Em processos de esquizofrenia, notadamente em nossa atuação clínica, vemos uma contradição entre esses dois planos de comunicação, gerando um amplo campo de tensão.

Como apontado por Andolfi (1984), a família se empenha para que o terapeuta lide com essa tensão presente no contexto familiar, de forma a resguardar a "ordem" anteriormente organizada pela família.

A solicitação de que a ordem seja garantida implica na manutenção do diagnóstico nosográfico obtido e depositado no paciente identificado.

Andolfi ainda enfatiza que quanto mais esse padrão de relação estigmatizada cristalizar-se como forma de comunicação e comportamento, mais rígido se torna o sistema familiar. Os processos interacionais de comunicação e comportamento tendem a se tornar mais e mais estéreis e indefinidos quanto ao espaço pessoal.

Salientando esse contexto de tensão e demanda familiar, Andolfi verificou que, apesar de um novo elemento ser inserido no contexto relacional, o mesmo passa a atuar de acordo com as regras rígidas previamente estabelecidas. Caso contrário, ocorre a exclusão.

Nessas circunstâncias, Andolfi percebeu o fato de toda preocupação não se dirigir nem à própria indiferenciação, mas ao medo de que alguém pudesse "*esboçar sua própria autonomia antes que eu seja capaz de construir a minha pessoal*" (p. 21). Daí afirmar que em sistemas com esse padrão de relacionamentos rígidos, a regra guia é a impossibilidade de abandonar a vigilância cerrada sobre o outro.

Ora, o terapeuta ao trabalhar com um família com essas características, necessita, para Andolfi (1988), não interromper o que foi estabelecido para conseguir romper esse mesmo padrão organizado. O terapeuta abertamente

sustenta a rigidez ostentada pela família, apesar de já ter demonstrado pouco frutífera e também metodologicamente errônea. A proposta é apresentar-se como segurança do padrão estruturado pelo sistema, com o intuito de permitir aos membros do sistema familiar tentar novas possibilidades. Mudar, sem explicitar que estão mudando.

Andolfi comenta ter verificado ser mais eficaz conduzir a rigidez do padrão do que quebrá-la. Ao assumir uma postura de condução do processo, poderá organizar mecanismos de desorganização e reestruturação de novos padrões. Seguir o rio em vez de nos opor ao seu curso. Para, no percurso, modificar o seu leito, utilizando-se da analogia de Milton Erickson, citada por Haley (1979).

7 - A CIRCULARIDADE

Quando estamos trabalhando com famílias e desejamos mudanças em seus padrões, Conforme orientações de Calil (1987) em consonância com Haley (1979) e Andolfi (1984), o terapeuta necessita implementar uma seqüência de retroalimentações positivas circulares na conversação, que irão causar uma ampliação dos desvios existentes. Quando isto ocorre em uma escala acentuada verifica-se que, mesmo os mecanismos já existentes, que chamamos de retroalimentação negativa, passam a corroborar para a mudança.

Quando a mudança é de tal ordem, trazendo uma nova configuração ao sistema, é chamada de Mudança de Segunda Ordem.

Andolfi (1979) defende que o alvo de uma psicoterapia familiar não se alicerça na crença de cura ou mesmo do fortalecimento dos vínculos entre os familiares, mas sim de restituir a cada membro a capacidade de organizar-se com vistas à solução

dos problemas inerentes na família, sejam eles de fácil ou difícil resolução.

Essa possibilidade de capacitação ocorre em grande parte, devido às habilidades do terapeuta no curso do tratamento. O terapeuta busca colocar-se em uma posição de interação com todos os membros, de forma a não focalizar em um ou outro familiar apenas. Sua pessoa torna-se agente e reagente dentro do sistema terapêutico. O manuseio da própria pessoa do terapeuta, através de sua inserção no espaço físico, dos toques, da modulação da voz, do direcionamento do olhar e da postura corporal, transforma o espaço terapêutico em múltiplas possibilidades de interações circulares dinâmicas.

Isso é já um rompimento com a rigidez com que sistemas esquizofrênicos estão organizados.

Nesse sentido, a comunicação, dentro de um prisma de circularidade, torna-se uma das ferramentas essenciais no trabalho com famílias com débito comunicacional. Por isso mesmo, Andolfi (1979) ressalta ser de suma importância que o terapeuta decifre o simbolismo analógico presente no discurso da família; para tal é necessário, como temos enfatizado, entrar no sistema familiar, aprender as suas regras, avaliar o grau e a intensidade de congruência entre as mensagens que acontecem na comunicação familiar; tanto as verbais quanto as não verbais.

Percebemos em nosso trabalho que ao estabilizarmos o nosso lugar dentro do sistema familiar, terminamos por também nos comunicar, analogicamente, com os membros do sistema terapêutico.

7.1 - AÇÃO CIRCULAR NA FASE INICIAL

Tanto Andolfi (1979) como Palazzoli e Prata em *Paradoja y Contraparadoja* (1982), mencionam que o contato com a família começa no telefonema de marcação da consulta. Ambos falam que após ouvirem a queixa e as mensagens iniciais enviadas por um membro da família, nesse primeiro telefonema, esboçava-se uma hipótese inicial de trabalho com as queixas apresentadas.

Era feita uma análise mais detalhada da estrutura daquilo que o problema apresentado manifestava, e a partir daí, redefiniam as relações que o provocavam. A intenção já era desfocar algum paciente focalizado e colocá-lo em dimensões alternativas de relações.

Uma das possibilidades que surgiu, já mencionada no trabalho de Haley (1979), foi trabalhar as queixas do sistema a partir da comunicação que ocorreria com o terapeuta. Posturas e falas provocativas implícitas no discurso familiar eram utilizadas e planejava-se intervenções estratégicas a partir das respostas obtidas.

Haley introduziu a técnica do seguinte modo: *“Esta abordagem se baseia na idéia de que algumas famílias, que procuram ajuda, são resistentes à ajuda oferecida. Os membros da família se sentem muito bem, fazendo com que o terapeuta tente e falhe. O terapeuta, neste caso, age empurrando os membros da família no sentido de melhora, enquanto estes resistem e o provocam no sentido de que ele continue a empurrá-los. Esta situação é frustrante para ambos”* (p. 73).

Durante mais de uma década essa técnica foi explorada por terapeutas familiares sistêmicos. Encontramos não só Andolfi utilizando-a, mas também o grupo que trabalhou com Selvini Palazzoli.

A forma de estruturar essa técnica, chamada de paradoxo na comunicação, é selecionar algumas mensagens familiares e respondê-las de forma provocante para, assim, exacerbar somente certos aspectos das mensagens, de forma que a mensagem ganhe uma nova conotação.

Através desse recurso, a grande parte do que é prioritário para os membros da família, passa para um plano secundário. Com habilidade o terapeuta seleciona as mensagens mais provocativas e organiza sua estratégia. Essas mensagens se tornarão na espinha dorsal de uma nova interação entre o terapeuta e a família.

Palazzoli (1998) e seus colaboradores, mais tarde, vieram a publicar outro trabalho relatando os resultados precários que encontraram quando se estrutura todo atendimento com famílias, somente na técnica da comunicação paradoxal. Ela mostra-se eficaz como técnica de apoio a outras de intervenção.

Embora cientes dessas limitações, houve momentos em que nos utilizamos da comunicação paradoxal nesse trabalho. Particularmente com uma mãe com posturas bastante rígidas no tocante aos papéis de mãe e esposa. Essas posturas serão detalhadas por ocasião da análise e discussão do caso.

De fato, percebe-se, no processo terapêutico, ser inútil buscar quem está certo ou mais correto na conversação familiar. O mais produtivo é assumir a família do jeito que se apresenta como o produto final, correta no seu dia-a-dia. Com essa postura, fica bem mais fácil evidenciar as contradições presentes no sistema familiar.

Desde o início do tratamento, um novo roteiro começa a ser construído quando o terapeuta solicita a cada membro da família presente nas consultas a definição de um objetivo, que conduza a todos a uma mudança estável e a uma solução para o problema apresentado.

A participação de cada membro na construção desse objetivo, ou de sua participação na confrontação implementada pelo terapeuta, onde o modo de cada um ver as implicações da questão, caracteriza a técnica da circularidade em um atendimento familiar sistêmico.

Esses objetivos expressados, cada um dentro da realidade de cada um dos

membros familiares presentes, geram um ambiente de acordo, de compromisso de colaboração, sancionado por todos. Andolfi (1984) ressalta que isso ocorrerá conjuntamente com um estranho privilegiado, que desempenha o papel de ativador e mediador da família.

7.2 - AÇÃO, APÓS A FASE INICIAL

Passado o momento de inserção da pessoa do terapeuta no sistema, é possível, de acordo com Andolfi (1984), introduzir novos procedimentos técnicos. Um deles é a negação estratégica que pode ser inserida no processo, enfatizando que a família não possui um motivo forte o bastante para justificar um tratamento psicoterápico, afirmação, essa, provavelmente, bastante estranha para a família. Ao mesmo tempo em que se nega a necessidade do atendimento terapêutico, é dada uma mensagem que garante as possibilidades do processo acontecer. Conforme Andolfi, quanto mais rígida for a organização familiar, mais útil será a negação quando colocada logo no início do processo.

Isso, ao negar estrategicamente a terapia, utilizando o argumento de a psicoterapia estar repleta de perigos para o equilíbrio de uma família que tem uma unidade defendida pelos seus membros de modo tão sério e comprometido. Ressalta que, com isso, o terapeuta tem o elemento surpresa a seu favor. A expectativa era de que o terapeuta fizesse todo o possível para todos para a consulta terapêutica.

Andolfi (1984) postula que uma intervenção de negação estratégica favorece a postura de observador participante do terapeuta. Pois, ele ativa um funcionamento

na família e se afasta para observá-lo em suas ocorrências sem sua intermediação. O terapeuta alterna o processo de penetrar no discurso emocional familiar - que é a própria provocação - e afastar-se do mesmo – a negação estratégica -, de acordo com a tensão envolvente no sistema. Ao provocar a tensão afeta agudamente o vínculo entre o terapeuta e a família. Ao abandonar o campo funcional e atuar como observador a tensão se redistribui entre os membros pela própria redefinição que estes elaboram de si próprios, acusando o potencial, para transformação e diferenciação, envolvido no processo.

A necessidade de utilizar-se de um procedimento como a negação estratégica é colocada como um recurso de apoio ao próprio progresso que vier a ocorrer no sistema familiar. Essencialmente, quando mudanças estão para acontecer e o processo corre o risco de não ser solidificado.

Num momento delicado como esse, caso o terapeuta se decida pela diretividade, corre o risco de retirar da família a decisão de continuar. A estratégia de mostrar o progresso nas relações familiares, através de sua negação, para Andolfi, consiste em redefinir o avanço como uma piora contínua da situação. Com isso, o terapeuta procura corroborar a idéia de ser melhor nada modificar.

Esse procedimento terapêutico é mostrado como uma forma de exercer força sobre os membros da família para que mantenham sua estabilidade, exatamente no tempo em que as primeiras mudanças são visíveis, levando-os a vislumbrar os possíveis perigos, implícitos na mudança de suas regras.

O procedimento de intervir negativamente na comunicação familiar, é orientado para que o terapeuta coloque todos os membros da família em comunicação, através do mesmo recurso utilizado por ela, ou seja, o paciente identificado. Assim, é fundamental que o terapeuta apresente o paciente identificado a uma função diferente daquela originária; uma redefinição radical das suas

características junto à família e de sua nova função no sistema familiar.

Essa nova função é atribuída pelo próprio terapeuta. Ao invés de continuar com a função designada pela família – doente, por exemplo -, Andolfi (1984) relata que costuma colocar o paciente identificado como alguém que até aquele momento se voluntariou para assumir o papel de doente, agora, terá a função de controlador oficial da família.

Há uma referência sobre o fato de, nesse momento, o terapeuta procurar levar o sistema familiar para aquilo que mais está evitando. O rompimento de seu equilíbrio. *“Onde há ordem, trazer o desequilíbrio, onde há o desequilíbrio – acentuá-lo. Uma ruptura, ao invés de um remendo”*. (p. 50)

Sabemos, pela nossa prática, que ao ser rompido um padrão rígido de comunicação ou comportamento, são trazidas à tona possibilidades novas para a manifestação de potencialidades em cada membro, ou mesmo despertar relações, ou vínculos, com parentes de outras gerações que não estiveram presentes, ou não tenham circulado, no atendimento que a família está realizando.

Andolfi (1984) ressalta que com esse procedimento terapêutico o sistema é diretamente atacado mas não o paciente identificado, o qual por vezes, já vai apresentando melhoras.

Esse ponto teórico é muito caro para nós, visto percebermos que as mudanças começaram a acontecer na família, em diferentes momentos para cada um deles. Algumas das mudanças efetivaram-se nos intervalos de uma consulta para outra.

A realidade de estar mudando pode ser vista com duplo sentido. Primeiro, de estar rompendo a relação rígida para conquistar a liberdade. Outro, de o rompimento, em curso em um dos membros, ser uma união simbólica com o terapeuta, ou outros membros mais livres do sistema familiar. Nessa segunda

situação, qualquer que seja o membro da família a elaborar esse distanciamento, está já exercendo seu poder de diferenciação e decisão pessoal. É um rompimento com o andar em bloco, tão característico dos sistemas rígidos esquizofrênicos.

Andolfi e Angelo (1988) ressaltam que se houver uma volta – em geral, espera-se que haja – ela se dará sob novas condições e novas regras.

Temos verificado, em casos de famílias caracterizadas por um comportamento chamado de esquizofrênico, que o terapeuta necessita da habilidade de acolher o sistema familiar, a fim de poder tolerar a diferenciação surgida entre seus membros. Caso o terapeuta falhe nessa empreitada, nossa prática tem demonstrado que o sistema se organizará de uma forma mais rígida que outrora.

7. 3. - A REDEFINIÇÃO DA QUEIXA OU DOS PAPÉIS

Determinados papéis desempenhados pelos membros do sistema terapêutico, o lugar que cada um ocupa no sistema familiar, por vezes, o próprio problema apresentado, necessitam ser compreendidos por uma ótica diferente daquela estabelecida pelo padrão relacional – comunicacional vigente.

Essa possibilidade de compreender e trabalhar sob uma nova definição, é a porta para mudanças sistêmicas significativas.

Para Watzlawick, Weakland e Fish (1977), redefinir o problema trazido pelos familiares significa mudar o enquadramento conceitual, e / ou emocional, na família, no tocante a quanto uma relação ou situação é percebida e vivida. A ele conferindo um novo enfoque que satisfaça os familiares.

Uma redefinição não possui a finalidade de destacar ou ressaltar algo. Sua

funcionalidade está em demonstrar o jeito velho de entender e relacionar-se obsoleto e superado.

Andolfi (1979) reporta que o terapeuta pode trabalhar por uma redefinição positiva. Nesse caso, o papel ou o problema trazido pelos familiares não é visto como um sinal ou o dado de uma perturbação mental inerente a um dos membros da família. Porém, como ressalta Palazzoli (1982), será visto como um nó nas interações familiares. A definição de todos do sistema, acerca da doença, torna-se uma condição para a redefinição positiva. Ela é buscada em todos os envolvidos no processo. Com isso, os familiares caminham em direção oposta àquela de manter uma postura protetora e enfática sobre o paciente sintomático. O terapeuta precisa conotar positivamente todo repertório de comportamentos e comunicações dos membros da família. Haley (1979), escrevendo sobre o trabalho de M. Erickson, diz que todas as pessoas têm um desejo natural de crescimento e colaboração se forem reforçados os aspectos positivos do seu comportamento. A família tem suas dificuldades para aceitar e agir em consonância com o terapeuta e, por isso mesmo, não pode ser subestimada. É interessante destacar o cuidado de Palazzoli (1982) no trato da redefinição positiva. Ela chama a atenção para o perigo de se trabalhar em um enfoque linear, onde o sintoma é resultado de causa em alguém específico e com afã de redefinir positivamente. O terapeuta redefine positivamente o padrão relacional do paciente identificado e estabelece uma redefinição negativa para o padrão relacional dos outros membros do sistema, o que implicaria em uma divisão entre os membros familiares. Colocando-os entre sadios e doentes ou bons e maus.

Além de mudar o enquadramento conceitual e / ou emocional na família, modificando o significado anteriormente assentado, encontramos, em Andolfi (1979), uma outra forma de redefinir positivamente um problema. Essa outra forma consiste em exacerbar a percepção da família sobre o seu problema durante o transcorrer

das sessões. O ambiente terapêutico repercute nos membros como uma sucessão de ondas ressonando nos conflitos familiares, expectativas e tensões interpessoais do sistema familiar, até então não reconhecidas, ou se encontravam ocultas por detrás da máscara da patologia, num ou mais membros do sistema. Sintomas anoréxicos, comportamento delirante, estados depressivos, imaturidade - estes são alguns dos alvos sobre os quais as energias atuantes num sistema familiar convergem, quando uma família luta pela defesa de sua estrutura rígida, contra aquilo que ameaça o seu equilíbrio.

Levando os familiares a enxergar o significado por meio dessas ressonâncias, o processo terapêutico pode provocar fissuras na atual estrutura e permitir que os membros busquem novos padrões de comportamento e comunicação.

O que nos leva a concordar com o entendimento de a terapia familiar sistêmica, não dever fixar-se na busca de onde, como, quando, com quem e por que os sintomas acontecem. Cerveny (1994) argumenta que essa não é uma forma sistêmica de olhar a problemática. O terapeuta necessita olhar a repercussão que o comportamento, ou a mensagem transmitida, trouxe aos membros do sistema familiar como um todo. E, ainda, conseguir enxergar de que forma o comportamento dos elementos do sistema extenso, se propaga no do paciente identificado. Uma visão holística da problemática e não individual.

Outro recurso para se estruturar uma redefinição, é ampliar as peculiaridades do discurso da família e até mesmo os tabus da mesma. O terapeuta cria, de acordo com Haley (1979), um contexto dramático que cerca os limites do significado percebido na ordem estabelecida.

Andolfi (1979) ressalta que aquilo que incomoda os familiares não é a perturbação expressa na forma de revolta, ou de um pedido de atenção, de uma agressão verbal, ou outra coisa dessa natureza, mas sim, os significados atribuídos

à própria perturbação. É como se o significado percebido na perturbação expressa, se confrontasse com cada um dos membros do sistema familiar.

Conforme Andolfi (1984), com esse modo de articular-se dentro do sistema, o terapeuta tem o controle do processo em andamento e o esperado desequilíbrio na estruturação rígida atribuída a cada um do sistema. Ainda reforça que se a nova trama conseguir levar o terapeuta a posições diferentes daquela atribuída a ele pela família já no início do processo, irá adquirir vínculos mais fortes com os membros da família, por conquistar a condição de observador da forma como eles vivenciam a nova trama, e adquirem autoridade para discutir com todos sobre a história de cada um e suas implicações até o momento.

8 - A RESIGNIFICAÇÃO DE SIGNIFICADOS

Em alguns parágrafos, mencionamos a necessidade de resignificar o significado de uma dada conduta, ou de um certo papel desempenhado por um membro específico da família, ou mesmo o significado de um lugar ou função do próprio terapeuta. Agora parece-nos apropriado definir melhor teoricamente esse procedimento técnico.

Haley (1979), ao tratar da resignificação inicia sua argumentação com um questionamento sobre qual seria o real problema para o terapeuta que trabalha com uma família. Em nosso caso devíamos nos perguntar: já seria a Esquizofrenia diagnóstica? Ou o nosso problema são os sintomas produzidos no âmbito das relações familiares, gerando certa inadaptabilidade social dos membros da família que tratamos?

Assumimos que nosso problema está em compreender e buscar mudanças nas relações familiares e, dessa forma, conseguir mudanças nos sintomas e, por

consequente, alterações no padrão de comunicação e comportamento familiar.

Temos nos estribado na crença de a doença, vista e diagnosticada no paciente identificado, favorecer a possibilidade de as relações familiares, tanto no âmbito da comunicação como no campo dos comportamentos, podem enrijecerem no caminhar do tempo e da história tornando a presença da doença algo essencial para o funcionamento da dinâmica familiar. Quando temos em conta a funcionalidade de o sintoma, na vida familiar, autenticar as relações de cada um dos membros da família de forma recíproca, constatamos que com o passar do tempo a presença da doença torna-se fundamental para todos, uma vez que passam a articular-se em função da doença. E é por essa compreensão que se pode entender a vigilância constante de um sobre o outro, como bem ressalta Andolfi nas descrições de suas consultas.

Viver sem a orientação da doença - que é o caminho proposto pela redefinição -, implica, para a família, em abrir mão de seu principal mecanismo. Andolfi (1984) chama a doença, nesse momento, de mecanismo eficaz para a manutenção de seu jeito peculiar. Também implica em assumir seus mecanismos atuais de má qualidade e, pior ainda, por ocultarem as motivações que embasam as trocas relacionais, os mecanismos sustentam a sintomatologia da doença diagnosticada nos membros da família.

Para Andolfi, claramente, quando esse ponto é tratado sem habilidade, a família, em geral, entra em longas e intermináveis discussões sobre a veracidade das afirmações que estão sendo feitas ou abandona o tratamento. Para a família o mais confortável é comprar a idéia do diagnóstico nosográfico (noso = doença; grafia = descrição) de haver um ou mais membros claramente identificáveis doentes e os outros estão sofrendo das conseqüências por conviverem com o doente.

Temos notado, ao longo do processo de atendimento a famílias, que a

doença que estudamos tem uma evolução, em grande parte devido a uma pressão do sistema familiar nuclear, em relação a uma entidade particular – o P.I.. Com isso, nada se altera no sistema como um todo. Em situações como essas as mudanças ocorridas são de primeira ordem. No entanto, a família, quando organizada com um terapeuta, que possui um modo diferente de olhar, falar e agir dentro do sistema, ganha recursos para voltar a ter condições de colocar em andamento esquemas e padrões de funcionamento, a partir de um mecanismo análogo ao usado com o paciente identificado. Ela irá transferir toda tensão que não pode mais ser contida para a pessoa do terapeuta.

Andolfi (1984) ressalta que isso se torna bastante interessante pois na medida em que o terapeuta mostra-se competente em sua tarefa, a família se sente mais encorajada para endereçar as pautas levantadas. Observando com acuidade os níveis de intensidade e a qualidade das comunicações dirigidas a ele, pode responder aos membros do sistema com mensagens que reforçam, enfraquecem ou dão uma nova conotação de significado, que gera um novo sentido àquele inicialmente proposto no tratamento.

Para Andolfi (1984), a opção do tipo do conteúdo que emergirá em cada resignificação, depende da personalidade do terapeuta. Se o terapeuta for capaz de organizar a história da família em uma trama inusitada para os membros da mesma, ainda que seja verdadeira para todos. Quando isso acontece, os participantes do processo terapêutico irão partilhar da construção do novo sistema.

No texto de Andolfi citado acima, discute-se sobre a não obtenção de uma resignificação simplesmente pela explicação do sentido de resignificação aos membros da família. Porém, isso vem a ocorrer pelo fato de o conteúdo vir a ser falado sob uma nova ótica de vê-lo e compreendê-lo. Essa nova ótica, ou modo de ver, é inusitada aos membros da família e, por isso mesmo, não traz uma reação

imediate consigo. O terapeuta separa as partes do processo de interação, reestrutura essas partes, destaca aquelas que lhe interessam e faz um rearranjo das mesmas conferindo-lhes um novo significado.

O novo significado auferido ao processo comunicacional, ou dos comportamentos em discussão, força o sistema familiar à precipitação de uma crise dirigindo-o para longe de seu habitual equilíbrio. A redefinição tem o efeito de uma desestabilização da ordem estabelecida. Vemos isso ser possível, particularmente quando o terapeuta impõe uma função ao comportamento sintomático, definindo-o como necessário à manutenção da união do sistema. Função essa, outrora atribuída ao P.I.. A ênfase até agora dada ao P.I. é redistribuída entre todos os membros da família. Todos assumem sua porção de responsabilidade na rigidez que o sistema possui.

Assim, a cada nova redefinição, o terapeuta não somente vai fazendo um novo arranjo nas relações interacionais da família, descobrindo o conteúdo oculto presente na atual padrão relacional, como também vai enfraquecendo as crenças sobre a imperiosa necessidade de sustentar o presente modelo relacional.

Para estruturar a resignificação o terapeuta necessita discernir os conteúdos cruciais e sobre eles basear sua proposta alternativa. Os conteúdos cruciais podem ser encontrados, de acordo com Andolfi (1984), na análise do funcionamento das relações e comportamentos do sistema e de cada membro. Uma vez percebidos esses elementos, o terapeuta, utilizando-se da pessoa do P.I., começa a tecer a nova teia.

Após ser efetivada a coalizão entre terapeuta e P.I., a resignificação é levada a cada um dos membros da família e, posteriormente, expandida para todo o sistema familiar.

Cervený (1994) ressalta que os membros da família percebem ser mais fácil

investir pessoal e isoladamente na insinuação do terapeuta do que continuar fiel ao rígido papel que segue desempenhando na estrutura atual da família.

9. GENOGRAMA FAMILIAR

O Genograma se constitui na organização dos principais dados de cada familiar. Pode ser um membro da família atual ou alguém distante nas gerações. O fator determinante de sua inclusão é ter sido mencionado em algum momento pela família.

Segundo Cervený (1994), nesse contexto, o Genograma Familiar funciona como um mapa do passado e do presente da família, possibilitando ao terapeuta visualizar um possível diagnóstico do sistema familiar.

O Genograma, originalmente chamado Genotograma por McGoldrick e Gerson (1995), procura ser um mapa da estrutura familiar. O que o torna uma compilação de dados, na forma diagramática, das gerações possíveis de se identificar na memória dos familiares. Tais dados nas mãos de um hábil terapeuta, podem explicitar como se processam as relações familiares. Isto torna possível nele traçar as alianças formadas entre os familiares, a hierarquia geracional e os padrões repetitivos multigeracionalmente. A técnica de se processar cada uma dessas possibilidades vai de acordo com a perícia do terapeuta. Em um encontro, do qual participamos, no qual foi trabalhada a *Família de Origem do Terapeuta*, a terapeuta responsável pela condução do processo junto aos terapeutas presentes, utilizou a narrativa verbal de cada um para colher dados, bem como fotografias familiares e objetos que pudessem representar aspectos da história familiar. Para nós, foi uma das experiências mais excepcionais no trato de nossa própria família.

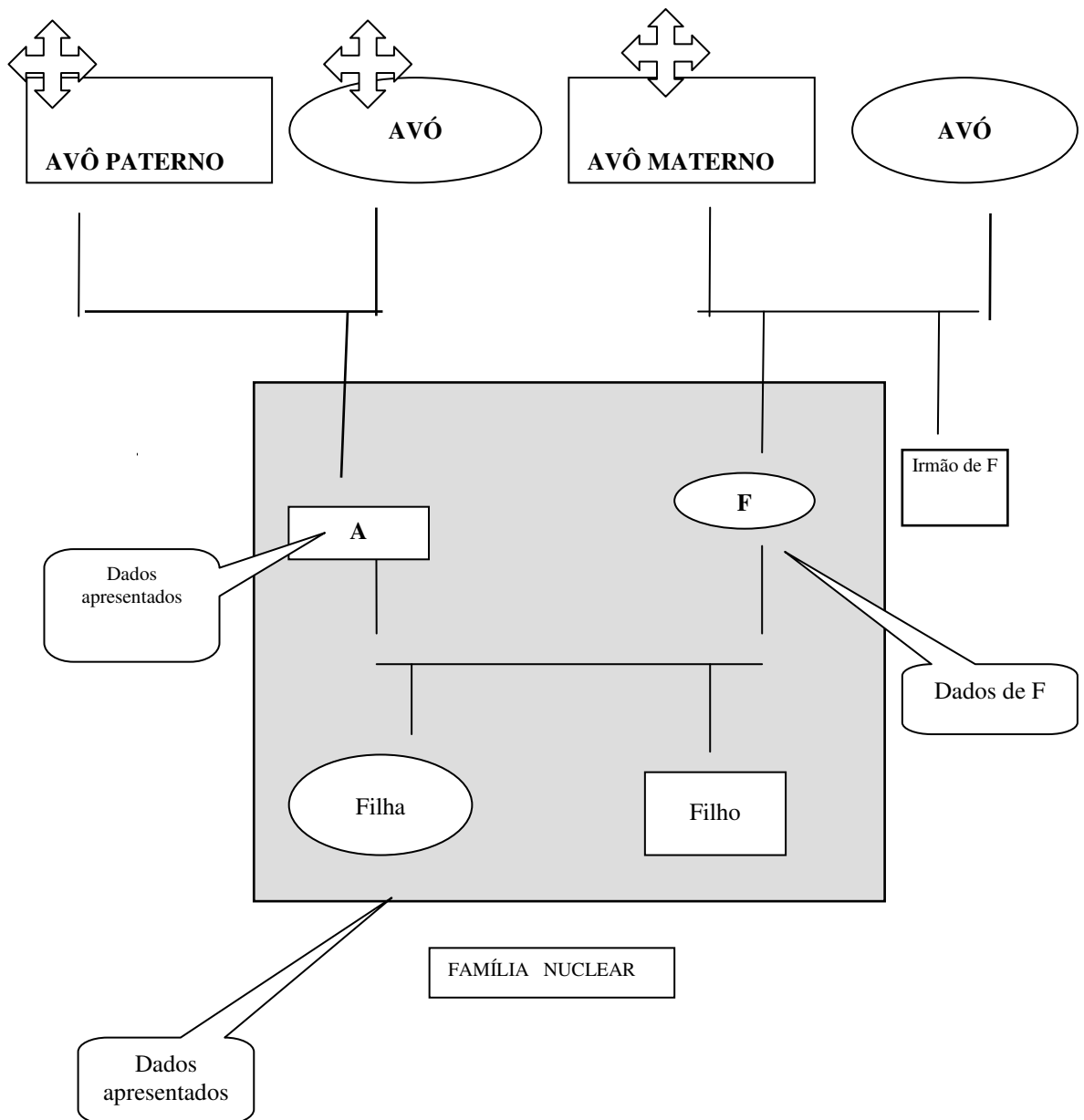
Conforme Cerveny (1994), o Genograma faz uma coleta de informações estruturais vinculares e funcionais, e as mesmas podem ser trabalhadas pela ótica horizontal da família atual, ou pelo prisma vertical, focando-se em pelo menos três gerações. Ele conserva em si, em primeiro lugar, o traço da estrutura existente na família ao longo do tempo. Em segundo, o registro de dados explicitados pelos familiares e, em terceiro lugar, a representação de como acontecem as relações dentro da família.

Para nós, o Genograma é um instrumento inicial de excelência maior. Ele nos provê de informações e enriquece a coleta de dados concernentes aos principais tópicos do ciclo evolutivo da vida, tanto física quanto psíquica familiar. No entanto, encontramos nele uma limitação de ação. De acordo com seus primeiros divulgadores – McGoldrick e Gerson (1995) –, deve-se indicar somente os dados mais relevantes, como doenças, problemas crônicos, datas, pessoas significativas e suas categorizações; ou melhor, "*um gráfico sumário dos dados coletados*" (p.164). Para superar o caráter de coletor de dados, alternativas foram desenvolvidas ao longo do tempo para que o mesmo pudesse cumprir seu papel de forma satisfatória. Para ilustrar, a própria McGoldrick, em seu trabalho com Carter (1995), organiza a possibilidade de seu uso em conjunto com a Linha do Tempo, ou Cronologia Familiar. Esse caminho foi feito por Cerveny (1994). Esforço mais recente encontramos no trabalho de Friedman; Rohrbaugh e Krakauer (1998), no qual destacam o aspecto do tempo nas relações familiares, e na iniciativa de Goldberg-Glen, e seus colaboradores (1998), que procura avaliar especificamente as implicações geracionais na vida de avós responsáveis pelo cuidado de netos. De igual forma no esforço de Betencourt (1999) relacionando o Genograma à Teoria Memética – ao postular a existência de mecanismos, que se assemelham ao gene, como replicadores culturais.

Todas essas iniciativas procuram encontrar caminhos para viabilizar não somente, a grafia dos parentescos e de como eles se relacionam, mas também de encontrar uma forma de grafar o contexto em que essas relações acontecem.

Para exemplificar a apresentação clássica, normalmente obtida com o Genograma, temos:

GENOGRAMA FAMILIAR



IV – REVISÃO DA LITERATURA

PARTE 2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA ESQUIZOFRENIA

Não se encontra na literatura um consenso sobre as origens da doença.

Em nosso Levantamento Bibliográfico encontramos a obra organizada por Shirakawa (1998), onde são apontadas diversas hipóteses para a etiologia e a evolução da Esquizofrenia. Pelo relato dessa obra, somente com os avanços das pesquisas no campo de Neuroimagem, Genética e Biologia Molecular haverá respostas mais convincentes para os estudos já realizados.

A maior evidência, de acordo com esse autor, tem sido para uma conjunção de componentes genéticos, sociais e pessoais. O autor também ressalta que respostas irão surgir com os estudos que estabelecerem relações neurobiológicas, que puderem possibilitar interfaces entre o surgimento e a expressão social da doença.

O *Manual de Psicopatologia*, de Isaías Paim (1986), e o trabalho organizado por Shirakawa (1998), mencionam que a doença ataca cerca de 1% da população geral (1 para cada 100), e esse número é mais acentuado entre a população jovem, qualquer que seja a região, a cultura ou a situação social em que vivam. Esses dados são corroborados por Dauphinais (1992) e pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria (1991).

Ambos entendem que os critérios de diagnósticos, assim como os procedimentos de tratamento, vêm sofrendo mudanças ao longo de um século. De igual forma apontam novos rumos no sentido de o enfoque terapêutico estar centrado não apenas na reabilitação e na prevenção daquele que padece de tal

doença, como também no controle de surtos agudos. A Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica define os surtos agudos como sintomas psicóticos muito fortes que aparecem repentinamente. Nesses casos, a designação para o estado é Esquizofrenia Aguda.

Quando se procura compreender os diversos caminhos de compreensão do significado dos estados esquizofrênicos vê-se que Razzouk e Shirakawa (1998), citam Emil Kraepelin como sistematizador inicial da Esquizofrenia. Apontam Kraepelin como quem fez a separação entre Demência Precoce, e Psicose Maníaco Depressiva. Kraepelin também é citado como o responsável pela aglutinação dos conceitos de Demência Precoce, estabelecidos antes por Morel em 1860, com os da catatonia, descrita por Kalhbaum em 1874, e com os da Hebefrenia, de Hecker em 1871, sob um único nome - Demência Precoce. Essa sistematização facilitou em muito o reconhecimento de quadros patológicos.

Apontam que o trabalho de Kraepelin foi baseado em três fundamentos principais: sintomatologia, etiologia e evolução.

O fundamento sintomatológico, organizado por Kraepelin, constituía-se na simples descrição dos sintomas observados pelo clínico. Basicamente, se referia aos distúrbios da atenção e da compreensão, as alucinações (principalmente as auditivas), o pensamento sonoro, a vivência da influência, o comprometimento das funções cognitivas, do julgamento e do fluxo de pensamento, o embotamento da afetividade e as conseqüentes mudanças do comportamento.

O fundamento etiológico pressupunha a existência de um quadro anterior endógeno.

Já o fundamento evolutivo, caracterizava-se por curso evolutivo desfavorável e pela invalidez psíquica, o que deu margem à denominação de Demência Precoce.

Davidoff (1980) fazendo um relato introdutório da esquizofrenia, menciona

que em 1911, Eugen Bleuler, reorganizou os critérios para a classificação da Demência Precoce, sob o nome de Esquizofrenia.

Ressalta que Bleuler calcou sua argumentação nos fundamentos: Sintomatologia (sintomas fundamentais e acessórios), intensidade e evolução. Dentre os sintomas fundamentais organizados por Bleuler, estava a associação relaxada de idéias que surgem na mente. Ou seja, uma dada desorganização do pensamento e suas seqüelas na estruturação dos relacionamentos. Bleuler faz menção, ainda, ao fato de que nem todos os critérios precisam estar presentes para se configurar Esquizofrenia, favorecendo o diagnóstico mesmo sem a presença dos sintomas de Kraepelin, como delírios e alucinações. O que possibilitou a conceituação da existência de “várias Esquizofrenias” .

Enquanto desenvolvia seu trabalho, Bleuler elaborou uma divisão da Esquizofrenia em subtipos: hebefrênico; catatônico; paranóico e simples.

No tocante a etiologia da doença, entendeu-a como decorrência de um processo fisiógeno-biológico, com forte contribuição da personalidade do indivíduo.

De acordo com essa argumentação de Linda Davidoff, vê-se que Bleuler ampliou a visão do entendimento da Esquizofrenia, daquela anterior descrita em Kraepelin. Principalmente quando possibilitou a recuperação parcial, sobretudo daquele que sofre alguns aspectos apenas. Ao organizar essa compreensão, Bleuler valorizou os sintomas negativos no quadro, como a desorganização do pensamento, e foi um dos pioneiros a enfatizar o modelo de a Esquizofrenia ser heterogênia e de etiologia multifatorial.

Essa é a ótica adotada pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria, conforme já mencionamos anteriormente.

Em se tratando de pesquisas psiquiátricas das últimas décadas, em particular dos anos 60 e 70, Razzouk e Shirakawa (1998), mencionam haver encontrado uma

preocupação com a identificação objetiva desses sintomas para uma possível comparação dos sistemas de diagnósticos existentes até então. Se isso fosse possível, no entender dos pesquisadores, poderia favorecer uma conduta mais consensual.

Atualmente, o resultado das iniciativas supra mencionadas foi a organização da Classificação Internacional de Doenças (CID) assim como do Diagnostic and Statistical Manual (DSM), já em sua 4ª edição.

O DSM IV classifica os transtornos mentais em categorias utilizando critérios politéticos, isto é, para dois indivíduos pertencerem a uma mesma categoria diagnóstica, não precisam preencher exatamente os mesmos critérios, refletindo, assim, o entendimento atual da heterogeneidade na Esquizofrenia.

Os estudos de Crow (1983), apontaram para três principais dimensões da Esquizofrenia:

- a forma positiva;
- a forma negativa; e
- a forma desorganizada.

A forma negativa foi compreendida como o empobrecimento do discurso no sujeito, como o embotamento do afeto e a diminuição de movimentos espontâneos.

Já a forma desorganizada, foi relacionada ao distúrbio formal do pensamento, ao afeto inadequado e ao empobrecimento do discurso.

A forma positiva ou de distorção da realidade, associou-se a delírios e alucinações.

Quando nos detemos no P.I., em especial, afim de entendermos a extensão de seu comprometimento quanto a esquizofrenia, o fator de maior relevância no olhar do clínico - médico ou psicológico -, acreditamos ser o tempo. Esse dará subsídios para definir quanto um critério ou outro está assimilado no curso da

doença.

Gustavo Turecki elaborou um dos capítulos na obra organizada por Shirakawa (1998), e descreveu consistente argumentação de que a Esquizofrenia possui forte componente genético substancial na sua etiologia. Essa constatação proveio de um grande número de estudos, realizados por pesquisas de Turecki com os familiares, principalmente entre irmãos gêmeos e de adoção, realizados em diversas populações.

Ainda é extremamente difícil, de acordo com Turecki, de se ter uma porcentagem exata e consistente da proporção da variância fenotípica total que teria condições de ser identificada como componente direto dos genes nos familiares. Ou seja, é ainda perigoso afirmar com rigor um valor, ou grau, de quão importante é o componente genético dentre a totalidade dos fatores etiológicos que predis põem à Esquizofrenia. Analisando o que atualmente escreve Turecki, ou mesmo Minuchin (1982) na década dos anos 80 – que também demonstrou essa preocupação de avaliar os componentes genéticos e sociais –, vemos que os estudos com familiares não fornecem uma avaliação direta do componente genético, mas sim uma medida da agregação familiar do caráter, que pode ser determinada por diversos fatores, dentre os quais os hereditários.

Para Turecki, dentre os estudos médicos mais recentes com familiares, o valor médio de λ é aproximadamente 10, ou seja, $\lambda=11$ para filhos e $\lambda=8,6$ para irmãos.

Esses dados, no entanto, como já foi ressaltado, não são uma medida direta do componente genético da Esquizofrenia, já que os genes representam um, entre os diversos fatores transmitidos em famílias, que se traduzem em agregação familiar do caráter. Turecki ressalva que as práticas culturais peculiares e o sistemas de comunicação de um determinado grupo e agentes infecciosos, dentre outros, podem

também contribuir.

A psiquiatria, quando enfrenta um quadro de Esquizofrenia e avalia seus procedimentos clínicos, tem o diagnóstico nosográfico como um tema central, de acordo com Denise Razzouk e Itiro Shirakawa (1998). Então, da mesma forma, também não seria central, no psicólogo que ocupa-se das relações familiares, a busca de um diagnóstico próprio da psicologia, que não dependesse, única e exclusivamente, da avaliação médica?

Paulo Rossi Menezes e Andréia F. do Nascimento que também autores de um capítulo sobre a evolução da doença, na obra organizada por Shirakawa (1998), ressaltam que, para a psiquiatria, o prognóstico em um quadro de Esquizofrenia é outra questão primordial na prática clínica médica. Isso por orientar o médico clínico no planejamento de serviços de saúde, como a pesquisa científica, por exemplo.

No desenvolvimento de nossa pesquisa pretendemos repensar a problemática do diagnóstico e do prognóstico para os Psicólogos que, de alguma forma, atuam junto à Esquizofrenia.

V – REVISÃO DA LITERATURA

PARTE III - A FAMÍLIA VISTA COMO ESQUIZOFRÊNICA

A esquizofrenia, no âmbito da família, tem sido alvo de pesquisas em diferentes áreas clínicas. Nos Levantamentos de Pesquisas e Artigos que realizamos nas bases de dados MEDLINE, LILAC e ALTA VISTA, cobrindo o período de 1995 a 2000, encontramos nos idiomas Português, Espanhol e Inglês, 103 pesquisas a partir das palavras-chave: Família; Esquizofrenia e Terapia. Após uma análise de cada uma, verificamos 23 delas relacionadas ao nosso tema e, por isso, fizemos um resumo de cada uma, para termos uma visão mais ampla do assunto.

Dentre essas 23, encontramos a pesquisa de Miermont (1995) averiguando os resultados da Terapia Familiar em diferentes modalidades de Esquizofrenia. No desenvolvimento do estudo puderam constatar os impactos e procedimentos das pessoas envolvidas no processo. O estudo é deveras interessante não apenas por avaliar os familiares, mas também a equipe de profissionais.

Já Solomon (1995), embora tenha focado seu trabalho em uma área mais educacional, também avaliou, entre 225 famílias, os efeitos do estresse em razão de conviver com familiares portadores de Esquizofrenia.

Allison (1995) e seus colaboradores, realizaram uma pesquisa para determinar quanto os programas de educação e terapia com familiares alteram a condição de vida do casal, no qual um dos cônjuges é tido como esquizofrênico. Um

dos alvos da pesquisa foi procurar determinar o quanto são benéficos tanto os programas , quanto a terapia com familiares.

Dixon (1995) estudou a eficácia de intervenções psicoeducacionais em famílias com pessoas com quadro de esquizofrenia. Os estudos demonstraram uma forte evidência de que o número e a severidade dos surtos diminuem. Também faz menção da melhora no funcionamento familiar.

Outro estudo que verificou a importância do trabalho com os familiares, particularmente de programas psicoeducacionais, foi efetivado por McGorry (1995).

Utilizando-se da técnica de trabalhar compreensivamente os temas levantados por um grupo, formado com parentes e cuidadores de pessoas portadoras de esquizofrenia, Bloch (1995) verificou certos temas sempre presentes, como a lida com o paciente, a própria família e os aspectos sociais. O estudo procura nortear iniciativas de suporte a essas pessoas.

Schooler (1995) e seus colaboradores procuraram avaliar condutas para diminuir a dosagem medicamentosa a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Utilizaram-se da estratégia de rebaixar a dosagem e concomitantemente trabalhar de forma psicossocial com os familiares. O estudo possibilitou avaliar as porcentagens de reinternação entre os pacientes.

Averiguando as conseqüências de uma prescrição de neurolépticos, combinada com intervenção psicoeducacional e terapia familiar, comparadas em um grupo de controle, Hornung (1995) e colaboradores, descrevem não terem encontrado resultados significativos.

Goldstein (1995) também pesquisou os resultados da aplicação de um programa psicoeducacional a grupos de familiares de portadores de esquizofrenia, buscando verificar os resultados dessa proposta, quanto às reinternações e às dosagens medicamentosas. Relata que não obteve resultados claros na pesquisa.

Wichstrom (1995), percebendo que cada vez mais os familiares são incluídos em propostas de tratamento da Esquizofrenia, afirma os resultados de tratamentos, vinculados à natureza do relacionamento desses parentes com a pessoa acometida da doença. E, que as particularidades desses relacionamentos necessitam ser estudadas. Em face dessa afirmação, pesquisou o caráter das fusões no relacionamento familiar de tais famílias.

Wilson (1995) afirma que a doença de um parente abala o equilíbrio familiar e torna-se um elemento de estresse com intensa magnitude. Sua proposta é não perder de foco essa realidade em um tratamento e, por isso, propôs um instrumento de intervenção – o Modelo de Padrões Terapêuticos, que visa a dividir responsabilidades e trabalhar a tomada de decisões.

Sennkamp (1995), embora não esteja pesquisando a família propriamente, relata resultados que o estresse na mãe é maior quando um filho está adoentado por longo período. Já o pai, quando um filho volta para casa depois de uma internação. Sua pesquisa avaliou a culpa, a raiva e outros sentimentos presentes na situação.

Motak (1996) estudou a influência do ambiente familiar nas habilidades sociais de pacientes identificados como esquizofrênicos. Afirma que pacientes de diferentes famílias exibem defasagens em diferentes tipos de interações com outras pessoas. Sua proposta foi organizar programas específicos – terapêuticos -, para cada família em particular.

Wuerker (1996) trabalhou com uma investigação sobre as conseqüências nos padrões comunicacionais de famílias onde o nível emocional está considerado alto ou baixo de acordo com seus instrumentos. Em suas considerações, destaca haver percebido o fato de um dos padrões que mais resulta em conflitos ser aquele que questiona quem, no ambiente familiar, está passando por mudanças.

Wiedemann (1996) reporta as situações que aplica com benefícios à terapia

familiar, em situações de esquizofrenia. Destaca situação de recaída, de psicopatologia, de averiguação dos sintomas, da integração social e da qualidade de vida.

Penn e Mueser (1996) fazem um interessante contraste entre diferentes tipos de terapia familiar com pacientes envolvidos com esquizofrenia; estudando particularmente o desenvolvimento das habilidades sociais. Mencionam resultados mais expressivos no indivíduo do que na comunidade social.

Diamond (1996) fez uma revisão de literatura e afirma que as propostas terapêuticas, baseadas em terapia familiar, conseguem resultados expressivos no que concerne ao abuso de ingestão de substâncias, distúrbios alimentares, ansiedade e déficit de atenção.

Segundo Held e Fallon (1999), embora atualmente os benefícios da terapia familiar, sejam defendidos sobremaneira, ainda não há estudos para demonstrar seus efetivos resultados. Isso, porque uma iniciativa como essa não abarca toda a demanda da família.

Magliano e colaboradores (1998) realizaram um estudo sobre os efeitos no relacionamento com os parentes, face à conduta do pessoal de apoio no tratamento a pessoas com quadros de Esquizofrenia.

Muller (1998) defende o aumento da preponderância de propostas de terapia familiar orientada para situações de Esquizofrenia, em relação à psicoterapia individual com orientação psicanalítica. Na maioria dos casos, de curta duração. Elabora uma argumentação de que os trabalhos de curta duração carecem de estudos para comprovar sua real eficácia. Em alguns casos, as terapias de curta duração têm como efeito a sobrecarga e resultados contraproducentes.

Por encontrar uma gama de iniciativas que corroboram o trabalho médico psiquiátrico, esta pesquisa busca estudar o quanto ações simultâneas às ações

médicas, particularmente a Psicoterapia Familiar, trazem benefícios à dor, presente na família como um todo.

Antes de esboçarmos uma ação concomitante, primeiro se faz necessário contextualizar a doença no âmbito da Psicologia Familiar. Para nós, a Esquizofrenia é vivida como se tivesse ocorrido uma cisão na personalidade do portador identificado. Essa cisão, como procuraremos demonstrar, é compartilhada por todos os familiares que convivem com a doença. O acompanhamento psicológico objetiva favorecer o crescimento pessoal, reorganizando as potencialidades individuais. Kaplan (1984) justifica o tratamento psicológico com quatro principais razões: Pacientes não ajudados de outra forma, melhoram; Em geral, o resultado final da esquizofrenia, não a deterioração secundária a um processo orgânico, fisiológico, é, na maioria das vezes, determinado pelo tipo de intervenção administrada - nem sempre a degeneração física é real, pode ser conseqüência do afastamento dos vínculos humanos; o comportamento esquizofrênico pode ser considerado como normal, quando enxergado como uma possibilidade de outra dimensão do comportamento humano; não porque um comportamento incompreensível deva ser assumido como patológico.

Além desses, cremos que o tratamento terapêutico favorece àquilo que Lacan (1987) chamou de desdobramentos da personalidade. Também em nosso entendimento, a personalidade é uma entidade consciente que aglutina em si mecanismos como a noção do eu passado e presente, do outro, do mundo; e possui consciência de si própria; por isso, nos sentimos à vontade para usar o termo dado por Lacan. Os desdobramentos passíveis de ocorrer na personalidade, definem a natureza dos mecanismos orgânicos e psíquicos. É no intercâmbio desses mecanismos, que encontramos a gênese dos sintomas psicóticos que respaldam a Esquizofrenia. Devido aos mecanismos formadores da personalidade se

constituírem na psique, como no soma, ainda preferimos usar o termo sintoma psicossomático na descrição das manifestações da esquizofrenia, embora estejamos conscientes sobre as limitações desse termo para expressar com clareza a natureza dos sintomas.

Porém, quando assumimos que sintomas psicossomáticos desorganizam a personalidade, particularmente através dos distúrbios elementares (como nos sentidos alterados, na interação social prejudicada) e dos distúrbios na formação dos juízos (como nos delírios e erro conclusivo), podemos afirmar que estamos trabalhando dentro de *uma concepção psicossomática*. Por levar-mos em conta que o Ser Humano é uma unidade, organizada com o psíquico e o soma; com uma interdependência entre ambos.

Para o termo psicótico também é difícil entrar em concordância quanto sua definição. Lacan (1987) inicia seu trabalho debatendo as dificuldades que se apresentavam em torno do termo, já em sua época. Para nós, é assumido como a perda do sentido de realidade ou mesmo a incapacidade para distinguir entre experiências reais e imaginárias. Isto implica em vivenciar distúrbios do pensamento, múltiplas alucinações e delírios, sem a condição de um juízo correto do que seja real ou imaginário em seu Ser. O delírio, segundo Lacan (1987), é, em regra, sistematizado. É estruturado do ponto de vista mental, é coerente numa unidade, não traz grosseiras contradições internas; segundo Paim (1986), é um conjunto de juízos falsos, organizados devido a condições patológicas preexistentes e que não se corrigem diante de argumentação racional. A conseqüência, em geral, desse estado desorganizado na personalidade dos pacientes em atendimento - inclusive em atendimento com o pesquisador -, é descrito por eles, como possuídos de certa estranheza, como não gostando de estar em grupos ou rodas de conversa, ou descrito, ainda, como dificuldade para encontrar a idéia ou palavra correta para

expressar o pensamento. Situações que os clínicos conhecem como retraimento e isolamento social, também assim descritos por Paim (1986).

A Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica (1991), aponta a Esquizofrenia como a mais incapacitante das Doenças Mentais. Não só pelos sintomas descritos no parágrafo anterior, mas também, por consistir em uma só doença ou, na soma de muitas doenças com causas diferentes.

Nossa experiência clínica mostra que certas pessoas passam por um surto agudo na vida não passando pela mesma experiência novamente. Outros têm várias crises ao longo da vida e ainda assim podem apresentar-se em condições de tocar o dia-a-dia. Outros padecem de uma cronicidade que os torna inviáveis na execução da maioria das tarefas rotineiras. Essas situações são bastante evidentes no caso que aqui apresentaremos.

VI – MÉTODO

Em uma situação onde as questões teóricas - os conceitos observados e a teoria assumida – foram orientadas a partir de um caminhar metodológico, Severino (2000) nos sinaliza que tais questões de metodologia, servem, antes de tudo, como nossas diretrizes e parâmetros para a reflexão, do que propriamente modelos ou formas de trabalho. Tendo isso claro, nos propomos a realizar uma pesquisa qualitativa, organizada em torno do estudo de um caso, onde se estruturou um atendimento psicológico familiar sistêmico.

A delimitação exata dos parâmetros de nossa pesquisa, em uma situação de um estudo de caso, não é fácil. Particularmente, no que concerne ao tipo de informação que, exatamente queremos preservar. Por isso seguimos as orientações de Gil (1991), na formatação de nosso método - procurar um caso típico, que possa expressar de maneira explícita os nossos objetivos, face ao problema que encontramos.

1. - SUJEITOS

Estamos cientes que um caso como esse descrito por nós, não revela a totalidade das dificuldades que podem ser encontradas na ajuda a familiares com queixas provenientes de quadros esquizofrênicos, como o controle medicamentoso, a execução dos papéis sociais, as relações com familiares, a manutenção financeira da família, o desenvolvimento da sexualidade nos familiares e tantas outras implicações com as quais nos deparamos no trabalho com a Família envolvida com a Esquizofrenia. Por isso, nessa pesquisa focamos o trabalho, exclusivamente, na comunicação entre os membros da família.

A família constitui - se do Pai (Sr. Madeira)¹, aposentado com 57 anos de idade; da mãe (Dona Léa), aposentada com 51 anos de idade; de uma filha (Pérola), com 20 anos, outra (Mara), com 16 anos e um filho (Hugo), que é chamado de Neto, com 13 anos de idade.

2. - LOCAL

Todo o atendimento foi realizado com os membros da família nuclear. Planejamos que as consultas com toda a equipe (psicólogo, médicos e outros profissionais interessados no processo pertencentes à Instituição que encaminhou a família), seriam realizadas nos consultórios da Instituição que fez o encaminhamento da família. Embora não houvesse uma exigência Institucional, viu-se a necessidade de realizar essas reuniões, com o propósito de compartilhar o processo com outros profissionais dessa Instituição de Ensino, visando prover uma discussão sobre o trabalho interdisciplinar e as possibilidades de Psicoterapia Familiar em Famílias com quadro de Esquizofrenia em seus membros.

As consultas, de cada uma das filhas, com os seus respectivos médicos, foram realizadas nos consultórios de cada um deles, no ambulatório da Instituição encaminhadora. Esse enquadre atendeu a uma exigência da Instituição de Ensino.

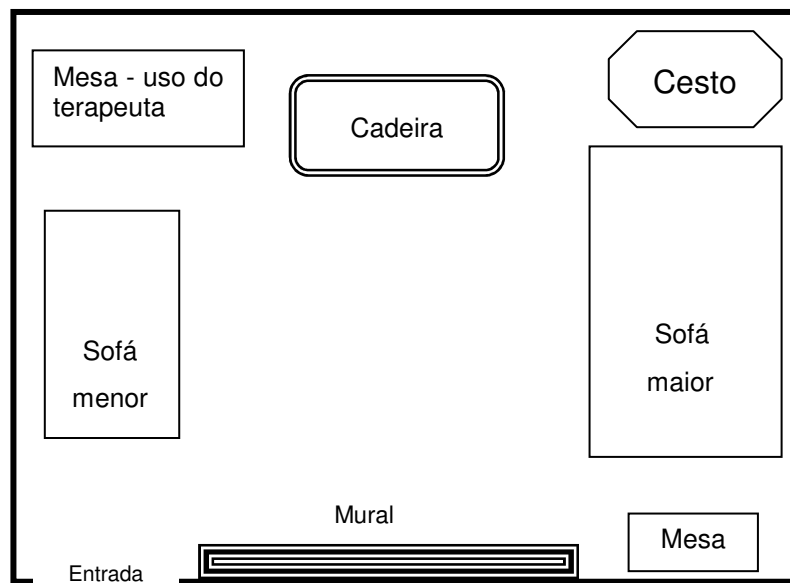
Nosso trabalho, o atendimento familiar psicoterápico, propriamente dito, por sua vez, foi realizado em uma das salas de atendimento do Instituto de Pesquisa, onde participamos da sua direção.

1 - Os nomes mencionados no texto da Dissertação, são fictícios, a fim de preservar a identidade dos familiares conforme acordo com eles próprios.

As reuniões, entre o pesquisador e os médicos envolvidos no processo, visando à discussão do processo e à análise do material produzido, também ocorreram na sala de atendimento do Instituto de Pesquisa. A sala, que por nós vem sendo denominada de sala de atendimento, possuía 4 x 4 metros quadrados, tendo em seu interior uma mesa pequena para uso do terapeuta, como outra mesa de canto onde havia lenços de papel, balas e objetos ornamentais. Em outro canto, havia um cesto com canetas de diversas cores, lápis pretos e coloridos, jogos lúdicos e Folhas de Papel A1 brancas.

Em uma parede lateral havia instalado um mural de cortiça de 2 x 2,5 metros. Nesse, foram afixadas as folhas de papel A1 que serviram de moldura para a construção do DCCF. Também um sofá grande para três pessoas e outro menor para acomodar duas pessoas; um de frente para o outro. O terapeuta ocupou uma cadeira avulsa com a qual podia deslocar-se de uma posição a outra.

A disposição final é:





3. INSTRUMENTOS

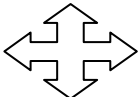
3.1 – O GENOGRAMA FAMILIAR

As três primeiras sessões do atendimento foram iniciadas com o uso do Genograma Familiar. Optamos por usá-lo no início do processo pelo fato de ser um instrumento de diagnóstico por excelência. O Genograma Familiar foi utilizado para caracterizar, na família nuclear, padrões de repetições intergeracionais concernentes à comunicação e aos comportamentos relacionais, no âmbito tanto da família nuclear quanto da família extensa. E, para nos dar subsídios para verificar o quanto estava presente a esquizofrenia no seio da família.

Os símbolos básicos que utilizamos para a construção do Genograma são os mesmos utilizados por McGoldrick e Gerson (1995), trabalhados por Cerveny (1994). São eles:

Familiar masculino: 

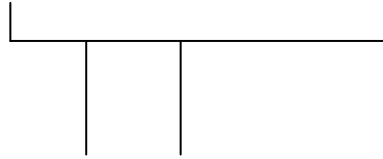
Familiar Feminino: 

Morte : 

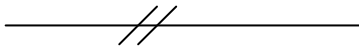
Linha de união (como um casamento): 

Linha de união com filhos:

(tantos quantos houver)



Linha de Separação:



Alteramos o uso da Linha de Separação daquele encontrado em Cervený, para um traço não separado, cortado por duas curtas paralelas inclinadas. E também, devido ao nosso enfoque histórico comunicacional, por nós sempre dirigido ao manuseio do Genograma, anotamos o próprio nome da pessoa dentro do símbolo retângulo, ou círculo, (masculino e feminino), por entendermos que o nome traz uma carga simbólica mais rica do que a idade; e, por isso mesmo, deve vir destacado. Em uma caixa de texto ao lado do nome, registramos a idade, local de nascimento, profissão, causa da morte e sua data e outros dados que se mostrarem relevantes.

3.2 – DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF)

Um diagrama é uma representação gráfica de certo fenômeno. (Ferreira, 1975).

Em nossa pesquisa, promovemos o fenômeno da comunicação circular entre os membros do Sistema Terapêutico – o terapeuta e a família. A comunicação familiar é um campo de pesquisa ainda em seu nascedouro. Fallon e colaboradores

(1981) efetuaram um estudo para entender melhor as implicações das interações familiares na ocorrência da Esquizofrenia; um dos aspectos foi a deficiência de comunicação no casal. Reiss (1995) realizou uma revisão de pesquisas que tinham como alvo estudar o fenômeno da comunicação em famílias envolvidas com a Esquizofrenia, e esses trabalhos nos fizeram perceber a importância de estudos no campo da linguagem. Particularmente, quando se busca favorecer a expressão de crenças e sentimentos entre eles mesmos, e entre aqueles que com eles interagem de forma profissional.

A possibilidade da família conversar de uma forma que não fosse aquela de seus rígidos padrões ofereceu-nos a oportunidade de não apenas anotar os dados históricos na folha de registro, mas também nela registrar o próprio conteúdo – dados significantes – das mensagens individuais dos membros do sistema terapêutico durante a consulta terapêutica. Um registro de suas falas verbais e não-verbais.

O que vinha a ser fundamental na resposta dos objetivos aos quais nos propomos estudar. Estruturar uma nova forma de contar a história familiar, nos utilizando da própria cibernética de Segunda Ordem – a linguagem que questiona a própria linguagem.

Os registros, quando efetuados nas folhas afixadas no mural, levavam a família a ter à sua frente os dados históricos de cada familiar, do passado e do presente, iniciados lá no Genograma; e, agora, garantidos no instrumento que estávamos estruturando, enriquecidos com a forma conotativa individual com que se referiam a esses familiares, e com as impressões que tinham da fala verbal e não-verbal de cada um dos presentes ao atendimento.

Entendemos, no decurso do processo, que já não mais se tratava de um Genograma Familiar, o documento que registrou as mudanças ocorridas no tempo e

no espaço e a significação das mensagens perpetuadas na história familiar, assim como os comportamentos também preservados. Mas, de um novo instrumento, no qual uma Comunicação Circular Auto-Reflexiva experimentada pelo sistema terapêutico ocupava o primeiro plano.

A possibilidade de facilitar uma compreensão sobre a forma conotativa, com que cada um dos membros do sistema terapêutico, se comunicava conferiu, ao novo instrumento, um caráter terapêutico muito mais amplo do que aquele obtido no Genograma Familiar. Não se trata, aqui, de um instrumento melhor ou pior. Ambos possuem sua eficácia, dependendo da demanda do atendimento clínico. No próprio uso do Genograma Familiar, Cerveny (1994) já aponta para o fato de que a família, em geral, ao descobrir as sucessivas repetições através das gerações, vê-se diante de um fator de mudança significativa. No DCCF, percebemos que essa percepção foi acentuada, devido a presença das impressões pessoais de cada membro participante.

Desde o Genograma Familiar, os recursos da Cibernética da Linguagem - Comunicação Circular, Redefinição e Resignificação -, estruturam o nosso conversar com a família, na busca de uma reconstrução histórica geracional familiar. As perguntas foram feitas de forma aberta e reflexiva, geralmente sem mencionar um destinatário. Por vezes usávamos a expressão: "O que vocês dizem sobre Beltrano?", ou: "o que podemos falar do Fulano?", acompanhando a pergunta com um gesto em que o braço estendido, com a mão aberta era passado à frente de todos, convidando-os à resposta. Com isso, obtivemos respostas espontâneas. Percebemos motivos diferentes para esse ou aquele membro da família estar respondendo, mas a iniciativa foi garantida para ser voluntária. Mesmo quando a conversação se dava entre dois membros, em particular, procurou-se manter contato constante com os outros através do olhar e outros gestos.

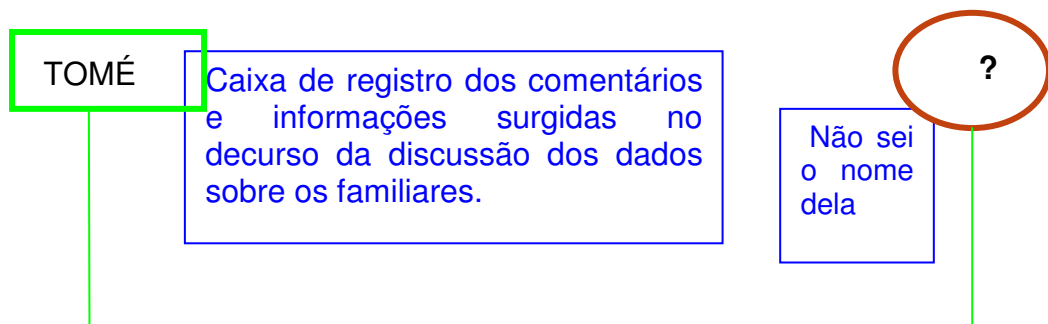
Com os resultados obtidos por essa técnica de conversar, caminhamos, nas sessões que sucederam, organizando o novo instrumento de intervenção, que denominamos de DIAGRAMA DE COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF).

Devido ao DCCF possibilitar o trabalho terapêutico com os conteúdos semânticos da linguagem verbal e não verbal do sistema global, tornou-se para o terapeuta, em si um procedimento de intervenção terapêutico familiar.

O DCCF foi viabilizado quando aproveitamos todo o conteúdo registrado nas folhas do Genograma Familiar, e acrescentamos em uma caixa de texto, ao lado de cada personagem da família, os comentários e as reações pessoais que surgiam ou aqueles feitos acerca da sua pessoa.

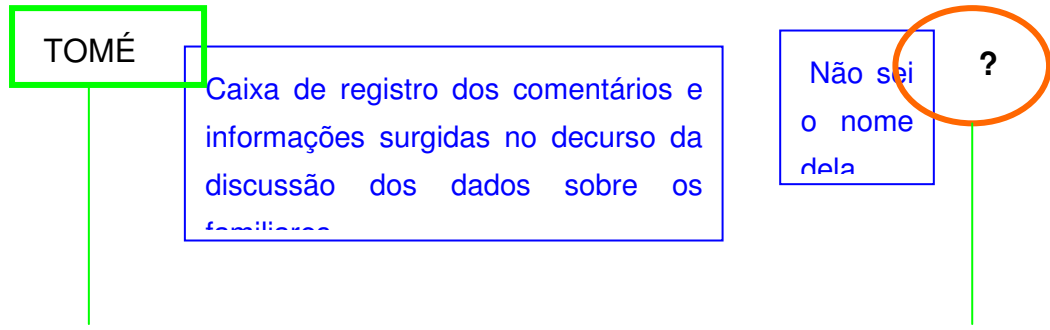
Utilizamos uma cor exclusiva para cada uma das sessões, no que tange aos contornos dos retângulos, circunferências e traços, objetivando identificar, de modo específico, a sessão em que trabalhávamos.

A cor azul foi usada para identificar o texto elaborado na consulta em que estávamos nos referindo àquele membro em particular. Como no exemplo a seguir, a cor verde representa que, a parte toda do DCCF nessa cor, foi realizado em uma sessão. A figura na cor laranja foi trabalhada em outra sessão.

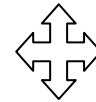


Em consultas seguintes quando ocorreram informações ou comentários sobre a pessoa que já tinha seu registro - em azul - fizemos o acréscimo com uma nova cor.

Na figura abaixo exemplificamos com o acréscimo, em outra consulta, do texto na cor preto:



Para citações de morte, usamos o símbolo:
















E, para identificar a

qualidade dos vínculos de relacionamentos entre os familiares, fizemos um tracejado com uma cor que denotava a qualidade do sentimento. Elaboramos a seguinte legenda:

Para a sessão que discutir-se a qualidade dos relacionamentos e vínculos, estruturar a legenda a partir do trabalho de Goldberg-Glen e seus colaboradores (1998). Esses pesquisadores trabalharam com a diagramatização dos vínculos utilizando-se de diferentes tipos de linhas. Ora dupla, ora tracejada, mesmo cheia, ou cruzada, dependendo do tipo de vínculo expressado. Planejamos utilizar o conceito primário da técnica, elaborando uma legenda com diferentes cores, afim de não poluir o DCCF com uma infinidade de tipos de linhas.

LEGENDA DE IDENTIFICAÇÃO DAS FASES DO PROCESSO

Fases do Processo com o Pesquisador	Número da Consulta no Processo com o Pesquisador	Resumo Descritivo da Sessão	Contornos da caixa indicando a sessão, representada pela cor:
1ª FASE	01	Apresentações	
	02	1ª Sessão do Genograma - Início da elaboração da Família Nuclear	
	03	2ª - Elaboração da Família Extensa	
2ª FASE	04	1ª Sessão do DCCF - Início da Constelação Paterna do Pai	
	05	2ª - Constelação Materna do Pai	
	06	3ª - Pai, Mãe e Irmão do Pai	
	07	4ª - Constelação Paterna da Mãe	
	08	5ª - Constelação Materna da Mãe	
	09	6ª - Constelação da própria Mãe	
	10	7ª - Constelação dos próprios filhos	
	11	8ª - Comentários e Informações auxiliares	
	12	9ª - Identificação da qualidade dos vínculos	Ótimo 
			Bom 
			Medo 
	13	10ª - Comentários e informações suplementares	
	14	11ª - Sessão solicitada - Fim do DCCF e Fechamento do Processo de Pesquisa	

4 - PROCEDIMENTOS

4. ORGANIZAÇÃO DAS SESSÕES PSICOTERAPÊUTICAS

Foram organizadas as duas fases do atendimento à família em 13 atendimentos. Neles, procurou-se organizar, a partir do Genograma Familiar, um modelo sistêmico de atendimento familiar, o qual denominamos DIAGRAMA DE COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF). Na descrição do planejamento das sessões psicoterápicas realizadas pelo psicólogo que objetivavam a concretização do processo terapêutico, necessitamos ressaltar a existência da previsão de após o encerramento do Genograma Familiar dar continuidade através da inclusão dos aspectos conotativos. Porém, era-nos impossível prever o número de sessões que o Genograma em si tomaria no processo. Além disso, na fase do planejamento estávamos impossibilitados de definir o número de sessões necessárias ao procedimento, por nós denominado DCCF. Isso, devido ao caráter dinâmico do desenvolvimento da comunicação, tanto no Genograma Familiar quanto naquele que vimos presente no DCCF.

Assim, arbitramos em 13 o número de sessões, com duração de uma hora e trinta minutos, buscando estar próximos de um modelo mais breve de terapia.

Nesse sentido, estávamos de acordo com o que pesquisou Palazzoli (1982) sobre o espaçamento entre as consultas familiares de família com fronteiras e padrões rígidos. Segundo o mesmo, é preciso de um espaço no mínimo quinzenal, por trazer um maior equilíbrio entre a urgente demanda da família – no que concerne à sua preocupação de dar solução a suas aflições – e o cuidado de não enrijecer mais ainda o sistema pela quantidade intensa ministrada na intervenção, com a conseqüente alegação de não ser possível implementar mudanças devido à

exigüidade do tempo. Na dúvida, agiu-se como se costumava agir.

Nesse mesmo texto, o espaçamento entre as consultas possui a função de um período de latência – conforme denominação da autora –, de cada iniciativa gerada no âmbito familiar.

Dentro das 13 sessões previamente estabelecidas, foram definidas duas fases no processo.

1^a FASE: Construção do Genograma Familiar

Esta fase contou com a duração de 3 sessões.

A Primeira sessão teve o objetivo de implementar um contexto para as apresentações da família ao psicólogo e para o estabelecimento do contrato de trabalho.

Na Segunda sessão, iniciamos afixando duas folhas brancas de papel A1 no mural. Explicamos que nele iríamos registrar os principais dados da família a fim de que pudéssemos conhecê-la melhor.

Isso foi feito através de perguntas abertas e circulares sobre a ocupação, o grau de parentesco, a idade e a saúde de cada membro da família nuclear, sendo as respostas anotada nas folhas de papel A1.

Também anotamos outras informações que nos foram dadas espontaneamente sobre a família extensa.

Na sessão de número três continuamos a pesquisa do dados buscando abranger os membros da família extensa.

A exploração de dados para o Genograma aconteceu até o ponto em que se configurou uma situação de problematização na família; nesse caso, a repetição de uma doença entre as gerações.

Na quarta sessão do processo, passamos a fazer registros sucintos dos dados significantes – conteúdo, expressões e conotação dada a uma fala – na caixa

de texto de cada um dos parentes mencionados. Foi o início, propriamente dito, do DCCF.

Assim seguimos até o fim do processo.

Percebemos em nossa prática clínica e, particularmente, nessa quarta sessão, que o registro da conversação não necessitava ser extenso, ou fiel na grafia das palavras, pois, embora fosse feito de modo conciso, a família guardava o significado original dado à expressão.

4. 2. – REUNIÕES PARALELAS DA EQUIPE

Com o intuito de garantir a participação das partes dentro de um mesmo processo, houve a previsão de consultas das duas moças diretamente com os médicos que já tratavam do caso. E, também reuniões da equipe propriamente dita, ou seja, do psicólogo com os médicos envolvidos no processo.

Ainda foram contempladas reuniões com outros profissionais com algum tipo de ligação com a família e que pertenciam à Instituição de Ensino, com o intuito de propiciar um debate sobre o atendimento interdisciplinar e o atendimento familiar sistêmico, em quadros de esquizofrenia.

Um quadro geral dos atendimentos e reuniões foi formulado:

- 13 consultas de toda a família nuclear com o psicólogo ocorrendo a cada quinze dias.

O objetivo dessas 13 consultas foi estabelecer um período para o psicólogo poder trabalhar na construção do Genograma Familiar e, a seguir, dar prosseguimento à elaboração do DCCF.

- 03 consultas da família nuclear com todos os profissionais com algum tipo de envolvimento com a família e que mantinham um vínculo com a Instituição de Ensino (médicos psiquiatras, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e outros profissionais que se interessavam em inteirar-se sobre a pesquisa), com o objetivo de discutir as possibilidades do atendimento familiar interdisciplinar e o processo de um atendimento familiar com abordagem sistêmica junto a uma família envolvida em um quadro de esquizofrenia em seu interior.

- Reuniões entre a Equipe propriamente dita - o psicólogo e os médicos que davam atendimento às duas moças. Objetivando a discussão do processo tanto no subsistema médico, quanto no subsistema psicólogo. Como também trocas de informações, dados e a geração de interfaces entre os componentes do sistema global.

No transcorrer das semanas foi organizado um programa com a seguinte estrutura:

1a. semana - consulta de cada membro com seu médico particular, a fim de garantir um acompanhamento medicamentoso privativo para a crise.

2a. semana - consulta de toda a família nuclear com o psicólogo.

3a. semana - reunião da equipe para discussão de seus procedimentos.

4a. semana - consulta com a família nuclear e toda a equipe de profissionais.

5. - AVALIAÇÃO

Todo o processo foi transcrito em uma tabela, com a finalidade de nortear os subsistemas e facilitar o acompanhamento do mesmo.

TABELA DE REUNIÕES

	1 ^o mês			2 ^o mês				
	1 ^a semana	2 ^a semana	3 ^a semana	4 ^a semana	5 ^a semana	6 ^a semana	7 ^a semana	8 ^a semana
	Filha A e B e seus respectivos médicos	1 ^a sessão da Família com o Psicólogo Familiar	Equipe reunida	2 ^a sessão da Família com o Psicólogo Familiar	Filha A e B e seus respectivos médicos	3 ^a sessão da Família com o Psicólogo Familiar	Equipe reunida	4 ^a sessão da Família com o Psicólogo Familiar
	3 ^o mês			4 ^o mês				
	9 ^a semana	10 ^a semana	11 ^a semana	12 ^a semana	13 ^a semana	14 ^a semana	15 ^a semana	16 ^a semana
	Filha A e B e seus respectivos médicos	5 ^a sessão da Família com o Psicólogo Familiar	Equipe reunida	6 ^a sessão da Família com o Psicólogo Familiar	Filha A e B e seus respectivos médicos	7 ^a sessão da Família com o Psicólogo Familiar	8 ^a sessão da família com o Psicólogo da Família	Equipe reunida
	5 ^o mês			6 ^o mês				
	17 ^a semana	18 ^a semana	19 ^a semana	20 ^a semana	21 ^a semana	22 ^a semana	23 ^a semana	24 ^a semana
	Filha A e B e seus respectivos médicos	9 ^a sessão da Família com o Psicólogo Familiar	Equipe reunida	10 ^a sessão da Família com o Psicólogo Familiar	Filha A e B e seus respectivos médicos	11 ^a sessão da Família com o Psicólogo Familiar	Equipe reunida	12 ^a sessão da Família com o Psicólogo Familiar
	25 ^a semana	26 ^a semana	27 ^a semana					
	Filha A e B e seus respectivos médicos	13 ^a sessão da Família com o Psicólogo Familiar	Equipe reunida e fechamento					

Tabela de Calendário De Reuniões do Processo – George Barbosa 1999

Com base nessa tabela, previmos trabalhar os dados de cada uma das sessões do caso – identificadas como casuística –, com um conjunto de medidas:

Na primeira fase, primeiramente, construir o GENOGRAMA FAMILIAR com a família. Logo após a consulta, compor um texto descritivo do roteiro dos diálogos e reações dos familiares, com a finalidade de preservar detalhes e o clima dado à sessão, denominado DESCRIÇÃO DA SESSÃO.

Em segundo lugar, imediatamente após o registro descritivo, organizar uma coluna paralela a este com breves comentários, dentro da ótica sistêmica, sobre o que se deu na sessão; chamada de COMENTÁRIOS. Ela tem a finalidade de garantir registros de uma reflexão sistêmica para que possa ser comentada nas sessões com a Equipe de Profissionais. Para tanto, pensamos em um texto breve, com vistas a preservar detalhes da família. Além disso, facilitar o nosso trabalho, em uma futura discussão do conjunto dos atendimentos.

Em terceiro lugar, utilizar a coluna dos comentários para efetuar uma DISCUSSÃO DA SESSÃO, a fim de prover o terapeuta de uma reflexão mais acurada sobre cada um dos atendimentos.

Em uma Segunda Fase, organizar, derivando do Genograma Familiar, a estruturação do DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR, nele incluindo uma avaliação dos vínculos familiares, de acordo com a perspectiva de cada um dos membros da família. O resultado de cada uma dessas sessões deverá estar organizado de forma diagramática, com a identificação: "MATERIAL TRABALHADO NA "x" CONSULTA DE CONSTRUÇÃO DO DCCF".

Ao final de cada uma das sessões dessas sessões, tal como na fase anterior, escrever a DESCRIÇÃO DAS SESSÕES; procurando registrar outros dados ainda presentes na memória do terapeuta, não registrados de forma diagramática no momento da consulta. Isso, com o intuito de garantir uma maior integridade dos

eventos ocorridos em cada sessão e de enriquecer os registros com a ótica do terapeuta acerca do curso da conversação.

E, ainda, criar uma coluna de texto, paralela à coluna de anotações, denominada COMENTÁRIOS, inserindo breves comentários sobre o DCCF. Essa coluna dará subsídio à DISCUSSÃO DE CADA SESSÃO, que vier a ser elaborada ao final de cada sessão.

Por fim, visando a embasar nossas conclusões, utilizar todo esse material sistematizado para organizar uma DISCUSSÃO GERAL do caso, que contemplará todas as sessões do atendimento psicoterápico e as reuniões planejadas.

V – CASUÍSTICA

A família já chegou, ao terapeuta familiar, com um diagnóstico médico clínico de Esquizofrenia em dois membros nucleares. Aliás, esses dois membros mobilizam o corpo médico para entrar em contato conosco. O contato inicial da família com o ambulatório de Esquizofrenia ocorreu em 1996, quando os pais levaram a filha Pérola para tratamento, pois havia perdido o senso de localização, ouvia vozes e faltava-lhe a estruturação da fala. Assim, começa a ser estruturado o diagnóstico e o acompanhamento médico dessa paciente. O corpo médico ambulatorial diagnosticou como uma crise de Esquizofrenia.

Em 1997, a Filha Mara vive o mesmo quadro e recebe também o mesmo diagnóstico. Na anamnese médica ficam registrados dois outros parentes já em tratamento psiquiátrico. Um tio, desde os 20 anos também diagnosticado como portador de Esquizofrenia, e um outro tio, desde a infância com esse diagnóstico.

Cerca de seis meses após o início do acompanhamento médico, as filhas ainda permaneciam impregnadas, com altos índices de doses medicamentosas, sem conseguir organizarem-se socialmente. Por essa época, a mãe tem seu estado de tensão agravado por acreditar que o filho mais novo também teria uma crise. Nesse momento, os dois médicos que acompanhavam as moças mantiveram uma reunião conosco e, após um consenso, chegou-se à conclusão que o ideal seria um trabalho interdisciplinar. Quando usamos essa terminologia interdisciplinar, entendemos tratar-se de um trabalho entre profissionais de diferentes equipes ou instituições, onde cada uma delas executa seu trabalho de forma distinta da outra, intercambiando as informações. Esse enquadre foi necessário face às exigências acadêmicas da instituição, à qual a equipe médica estava sujeita.

I FASE

PREÂMBULO à 1ª SESSÃO DO PROCESSO

Essa consulta com o psicólogo familiar foi agendada por telefone após as orientações e o encaminhamento dos médicos que acompanhavam as filhas.

No dia marcado para a consulta, por dificuldades de horário para se encontrarem antecipadamente, os dois médicos de cada uma das moças se reuniram com o psicólogo para compartilhar o que havia transcorrido na última semana e também combinar como deveriam atuar no início do processo psicoterapêutico. Os médicos orientam ao psicólogo de que estão medicando com base na clozapina, que é uma medicação antipsicótica que possui baixa evidência de transtornos colaterais nos movimentos das duas pacientes diagnosticadas. Os efeitos colaterais, como o efeito parkinsoniano, era tratado com medicação paralela. Explicam que esses podem acentuar os sintomas negativos como os efeitos depressivos, embotamento e alogia, que é o empobrecimento da capacidade de articular a fala de forma estruturada. Geralmente, caindo em um discurso monossilábico.

DESCRIÇÃO DA 1ª SESSÃO DO PROCESSO	COMENTÁRIOS
<p>Para essa primeira sessão vieram o Pai, a Mãe, a Filha mais velha, a outra mais nova e o Filho caçula.</p> <p>13:40 h - O terapeuta (T) encontra-se em reunião no ambulatório da instituição acertando os detalhes desse atendimento. Nesse ínterim, a família chega ao prédio do Instituto onde serão as consultas. Não entra no prédio e fica sentada no chão do corredor externo do prédio.</p> <p>13:55 h - O terapeuta chega e apresenta-se. – Boa tarde, eu sou o terapeuta que vocês estão esperando. O senhor deve ser o Sr. Madeira, pai das moças que me foram encaminhadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - É, nós não sabíamos se podíamos entrar. - Como não, vamos entrar agora. (Todos adentram ao prédio). <p>Na recepção, o terapeuta cumprimenta a mãe. – A Srª. é a mãe das moças, a Dona Léa?</p> <p>A mãe sorri e estende a mão para o cumprimento. E o senhor é o terapeuta de famílias? Nós estamos aqui.</p> <p>T - Que bom vamos poder nos conhecer. Você é a filha mais velha? (retribui o cumprimento com um sorriso rápido). E você é a do meio. (estende a mão e ela bruscamente retribui o cumprimento e fala: É, a do meio?). Bem você é o caçula. (o garoto estende a mão e cumprimenta um pouco desconcertado).</p> <p>(T) – Ali é a cozinha onde há água, um café; ali os banheiros, um consultório, lá outro consultório; aqui um outro e por aqui, o consultório onde vamos trabalhar.</p> <p>Já na sala de atendimento, Madeira senta-se no canto esquerdo do sofá, o Filho mais novo ao centro e Léa do lado direito. No outro sofá, a Filha mais velha e a Filha do meio na outra ponta. O terapeuta sentado em uma</p>	<p>A família nuclear.</p> <p>O contato inicial com a família, embora o caso já havia sido relatado pelos médicos.</p> <p>Busca de estabelecimento de vínculo.</p> <p>O clima dos cumprimentos é embaraçoso para todos. Têm dificuldades em estender as mãos e responder de modo ágil e espontâneo.</p> <p>A distribuição da família deve indicar a forma como se comunicam.</p>

<p>cadeira giratória individual, fica em uma das extremidades dos sofás, que estão dispostos um de frente para o outro na sala de atendimento.</p> <p>T – Aqui nós temos um consultório diferente daqueles que vocês estão acostumados, porque trabalhamos, na maioria das vezes, com casais e famílias. Há necessidade de espaço para todos. Esse Quadro grande na parede é para escrever aquilo que nós acreditamos ser importante e necessário ficar registrado. Ali tem um cesto com lápis, canetas, cola e alguns brinquedos que usamos com crianças. Sob aquele armário bastante papel para alguém escrever, desenhar ou outros trabalhos.</p> <p>A mãe comenta que achou grande o espaço da instituição e que achava muito bom a família estar com um profissional.</p> <p>T para a Filha mais Velha – Qual o seu nome e há Quanto tempo você está em tratamento no ambulatório?</p> <p>Pérola - Meu nome é Pérola e faço tratamento desde que eu tive uma crise.</p> <p>Léa – Ela teve uma crise há três anos e desde aquele tempo não paramos com o tratamento. No início, era muito pior que agora. A gente tinha que quase trazer carregando, ela não ajudava. Sofria com tudo, né. (com expressão de comiseração). Ela tomava muitos remédios e ficava sedada, Ainda está, o senhor pode ver, mas era muito mais.</p> <p>Os outros membros ficam sem falar olhando para ela. Pérola, fica contraindo os dedos com os punhos cerrados. Sua feição facial é contraída, as pernas bem juntas e encurvada olha para baixo.</p> <p>T – Você parece que tem todos os detalhes bem guardados.</p> <p>Léa – Ah sim, não foi fácil, ela era uma meLéa</p>	<p>As moças formam um subsistema, inclusive no espaço físico.</p> <p>Explicações sobre o processo de TF. Contextualização do lugar e do trabalho psicoterápico.</p> <p>T procura envolver todos na conversação.</p> <p>M faz o papel de porta-voz da família, relatando a situação no lugar da moça.</p> <p>A conversa focada em Pérola, identifica-a como paciente identificada.</p> <p>Pérola é apontada como paciente</p>
--	--

<p>esperta e de repente fica assim (aponta para Pérola), não dá para não guardar cada detalhe. É como se você passasse a morar com outra pessoa, sabendo que é a mesma.</p> <p>Léa – Você era normal, não era filha?</p> <p>Pérola – É, é. (Mantém a cabeça baixa, expressão contraída. Agora com a boca cerrada e rugas na testa. Os dedos batem contra a perna direita que está sob a esquerda).</p> <p>Léa (antes que Pérola termine de falar) - ela está impregnada. Fica difícil para não agitar-se. (As pernas de Pérola que estavam cruzadas, balançam com movimentos contínuos e a cabeça).</p> <p>T – Penso que deveríamos conhecer um pouco mais de todos e não ficarmos somente falando da Pérola. O que pensa disso? (dirigindo-se a Pérola). Ela balança os ombros. - Madeira, como são seus filhos?</p> <p>Madeira – Da Pérola a mãe falou, mas é uma boa garota. A Mara tá assim mudinha, não é papagaia? Mas também é boa garota. O menino, o Neto, é mais brigüento, mas se dá bem com todos.</p> <p>T para Neto – Como estou percebendo você é uma pessoa muito importante nessa família. (menino sorri desconcertado).</p> <p>T para Mara - E você, qual é seu lugar na família?</p> <p>Mara para T – Eu sou filha. (fala com extrema dificuldade de pronunciar as palavras com clareza. Tendo a língua como que presa, tornando a voz um tanto quanto pastosa. Acompanha a frase com as mãos, as pernas e a cabeça agitando-se num movimento no mesmo sentido).</p> <p>Léa – Ela está com dificuldades para falar porque está usando muito remédio. Também está com impregnação.</p> <p>Madeira – É uma tocadora de bateria, não é filha?</p>	<p>identificada.</p> <p>Expressa no corpo a dificuldade do momento em que é apontada como P.I.</p> <p>O Pai se insere na conversação.</p> <p>O terapeuta busca enfatizar o papel da Mara, como aquela que não só faz a intermediação, mas também cataliza as atenções.</p> <p>Apontada como 2ª paciente identificada.</p> <p>A resposta revela que há uma repercussão contrária à</p>
---	---

<p>Mara – Que tocadora de bateria o que?.</p> <p>T – Parece-me que todos aqui têm uma dificuldade. A mãe agora está com muita dificuldade de aceitar e lidar com as duas filhas. Não sabe muito bem o que fazer. A Pérola, tem esses movimentos repetitivos toda hora que fala alguma coisa e fica mais retraída e mal humorada, porque não consegue se livrar deles. A Mara não consegue falar o que quer com facilidade e também sofre com os movimentos. O Madeira parece que quando fala alguma coisa não é bem aceito ou entendido. O Neto tem alguma dificuldade?</p> <p>Léa – Não. Ele está bem. Só está brigando muito na escola e em casa é desobediente. Eu é que estou com medo de que também aconteça com ele o mesmo das meLéas.</p> <p>T – Então o problema do menino é ser desobediente e correr o risco de sofrer o mesmo surto que tiveram as meLéas.</p> <p>T para Léa – O que leva a pensar que ele será o próximo?</p> <p>Léa – É um pressentimento. Sei lá. É como se passasse de um para o outro.</p> <p>Madeira – Tem mais gente na família com isso.</p> <p>T – Eu entendo. É uma coisa de família. Talvez por isso devamos entender que todos têm dificuldades, alguns com mais outros com menos. Ao que parece há um jeito de ser na família que ressalta a doença. O que pensa disso Léa?</p> <p>Léa – Também concordo que todos nós temos problemas, mas são de diferentes ordens. Elas estão doentes. O menino ainda não.</p> <p>T – Buscando preservar o Neto de uma possível crise, vou propor ao Pai que faça dois passeios com ele até o dia em que voltarmos a nos ver. De preferência um</p>	<p>esperada pelo pai.</p> <p>O Terapeuta busca distribuir a doença como algo entre os ali presentes.</p> <p>Aponta a queixa principal que ocasionou a indicação médica – o medo de que repita-se em outro membro da família.</p> <p>Crença que sustenta a relação do sistema .</p> <p>O Terapeuta busca novamente distribuir entre os familiares a noção da doença.</p> <p>T apóia a crença familiar de que o Neto corre risco e propõe uma tarefa que</p>
---	--

<p>em cada semana. E que seja a um lugar onde possam conversar um com o outro. Isso é possível Pai? Dessa forma o Neto estará sempre bem acompanhado e qualquer dificuldade será assistido pelo pai. Pai, você aceita fazer isso?</p> <p>Madeira – Creio que sim, mas ele nunca quer sair.</p> <p>Léa – Lógico você não convida. Ou vamos à Igreja ou ao clube, nada mais. As meLéas nem pensar.</p> <p>T para Léa – Vamos verificar dessa vez. É possível que eles consigam. O Pai faz o convite e programa o horário e dia e você, Neto, diz o lugar a que irão.</p> <p>Ambos concordam .</p> <p>T – Estrutura outros detalhes da tarefa e comenta: Eu quero propor que os nossos encontros possam discutir essas dificuldades de cada um. – O terapeuta inicia os comentários sobre o Contrato Terapêutico, também explicando que as sessões serão quinzenais, o enfoque será familiar, e também em relação às implicações com o trabalho dos médicos e do caráter de coleta de dados para uma pesquisa com o devido consentimento familiar. Fica combinado o próximo encontro para quinze dias depois.</p>	<p>aparentemente irá salvar o menino da situação. Mas que busca distanciar o pai das filhas, levando-as a enxergar alguma liberdade pessoal.</p>
--	--

DISCUSSÃO DESSA 1ª CONSULTA DO PROCESSO

Para essa consulta com a família houve a necessidade de uma reunião anterior com o subsistema médico para responder às perguntas feitas por esse subsistema. Perguntas como: Como devemos participar?; Como devemos nos portar?; o que devemos falar ou fazer?, tiveram de ser respondidas.

Segundo a orientação do psicoterapeuta, o próprio processo com a família, e as próximas reuniões planejadas com a equipe, iriam dar conta de todas as demandas.

Com a família houve uma consulta onde o terapeuta não fez perguntas sobre o histórico da família ou a doença presente no contexto familiar. O alvo da consulta era conhecer os membros familiares, apresentar-se como terapeuta familiar e levá-los a entender em que consistia o processo.

Embora dona Léa buscasse introduzir a situação de ambas as filhas, que de imediato ficaram configuradas como Pacientes Identificadas (P.I.), procurou-se mostrar a ela que isso seria profundamente tratado nos próximos encontros e que tal consulta seria para gerar maior confiança e resiliência entre todos os presentes. O pai pouco falou, mostrando que havia dado à esposa o papel de informante da situação. Não reage de modo desfavorável e brinca algumas vezes com as duas filhas. Em outros momentos travou conversação com a esposa. Ele usa roupas um tanto quanto apertadas para seu grande tamanho (1.90 m de altura), e senta-se confortavelmente no sofá.

Ela fala por todos e responde no lugar das moças, assumindo o papel de porta-voz do sistema. Sentou-se no sofá de três lugares junto às duas filhas, enquanto em outro sofá estavam o Pai e o filho menor.

A mãe possui um peso acima do esperado e em dado momento afirma pesar atualmente, 110 quilos. Sorri, informando que fará regime algum dia. Sua aparência não é de pessoa bem tratada, mas também não é disforme.

A filha Pérola tem a pele bastante comprometida por acnes e movimentos repetitivos indicando forte impregnação. Sua roupa é surrada e de cores contrastantes.

A filha Mara, não fala, apenas sorri quando a palavra lhe é dirigida e possui o odor de urina, denunciando sua enurese.

O filho mais novo - Neto -, tem boa aparência; vestido de forma harmônica e conversa sem dificuldades quando algo lhe é dirigido. Registra-se o motivo da preocupação na família de ele vir a ser o próximo a entrar em surto; ao que ele sorri com a cabeça baixa.

Ao longo da sessão, a família demonstra ter dificuldades com o senso comum, particularmente ao sentarem no corredor de entrada. Detendo-se na primeira dificuldade, sem procurar entrar no prédio. Fica evidente pela forma de um falar acerca do outro que a fronteira de cada membro é bastante tênue. Há um porta-voz e aqueles que cedem seu espaço para outros, além dos que assumem o visível papel de P.I.

A disposição dos membros e do terapeuta na sala é a seguinte.:

[Pai Neto Mãe]

T

[Pérola Mara]

Apesar de viverem em tamanha dificuldade, durante o tempo da consulta trataram-se com respeito e se discordavam de algo dito, particularmente as filhas, aumentavam os movimentos repetitivos.

Por diversas vezes houve menção da avó e de tios. O que demonstra a necessidade de explorar o assunto através do Genograma Familiar.

PREÂMBULO à 1ª SESSÃO DO GENOGRAMA FAMILIAR , a 2ª DO PROCESSO

A família não tem a mesma dificuldade de entrar no prédio que acontecera na sessão anterior. O terapeuta os encontra já acomodados na sala de espera do consultório de atendimento.

Foi possível perceber o cheiro de urina no ambiente. Cada um dos membros da família cumprimenta o psicólogo, respondendo ao aperto de mão por ele emitido.

O ambiente é descontraído.

DESCRIÇÃO DA 1ª SESSÃO DO GENOGRAMA FAMILIAR.	COMENTÁRIOS
<p>A família chega e espera na recepção por mais de quinze minutos. O Terapeuta tem um atendimento anterior e ao adentrar a sala de espera percebe os familiares conversando entre si e sorrindo pelo fato de a Mara já ter mastigado três balas e estar para retirar o papel de outra. Com a chegada do terapeuta, a mãe fala: Olha aí, o doutor vai reclamar, você esta acabando com todas as balas.</p> <p>T – Vamos entrar ?</p> <p>Na sala de atendimento cumprimenta a todos com um aperto de mão. Mara sorri com o gesto e brinca escondendo a mão por duas vezes. Todos riem. O pai senta-se no sofá de dois lugares com o garoto, a mãe no outro sofá junto a Pérola e Neto. O terapeuta em sua cadeira, ao lado dos sofás.</p>	<p>Vir à consulta está parecendo que uniu a família .</p> <p>Há um ambiente mais descontraído. A filha mais velha sorri com a cena engraçada, balançando o tronco várias vezes.</p> <p>Distribuem-se nos assentos, por gênero.</p>

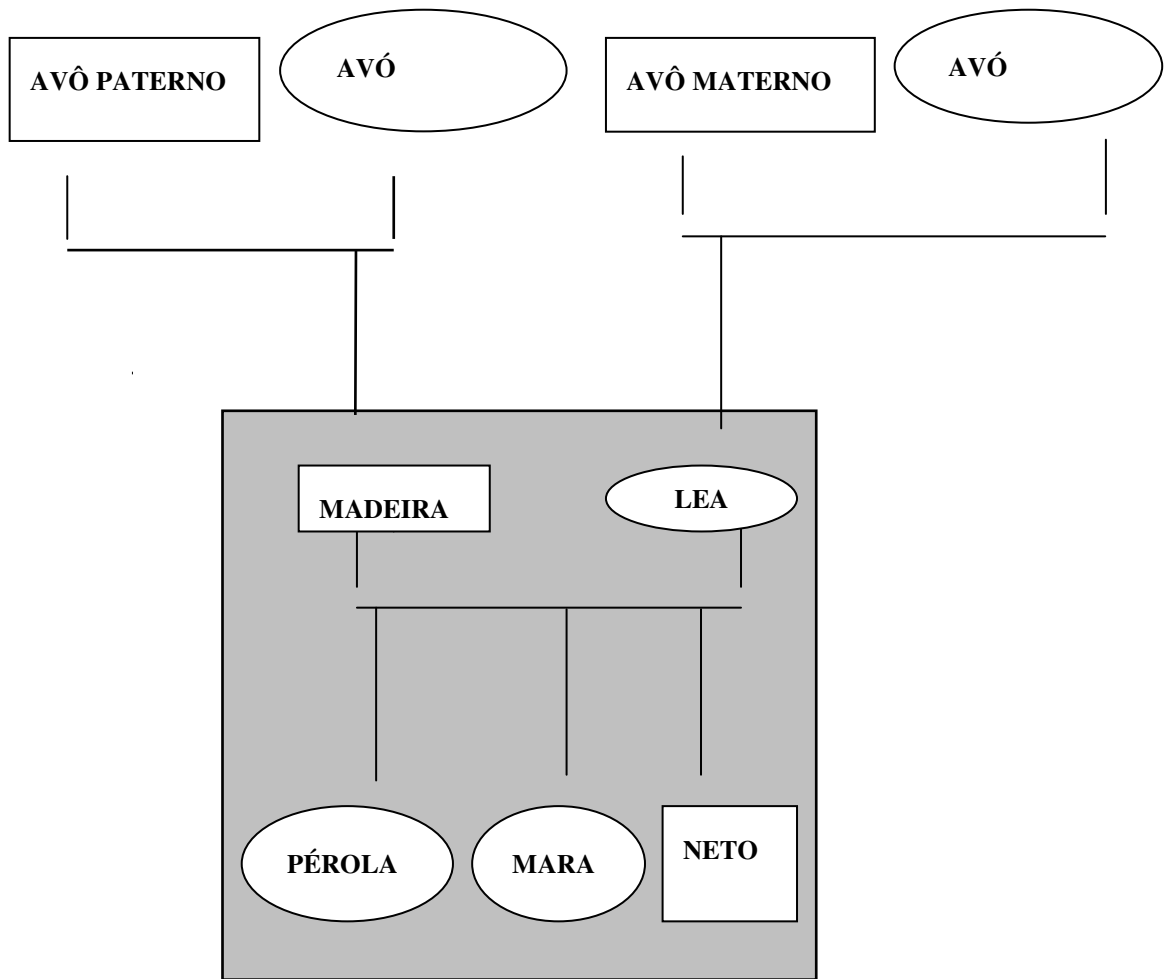
<p>T- Olhando para Pérola: Parece que hoje todos estão mais à vontade.</p> <p>Pérola – É, estamos nos acostumando. O senhor já tem uma noção da situação. Já dá para dizer o que está acontecendo, qual seu diagnóstico?</p> <p>T – Parece que você está esperando há muito tempo por esse diagnóstico. Ele é realmente importante?</p> <p>Pérola – É lógico. Vou poder comparar o seu diagnóstico. Saber se o que acontece é uma coisa saudável, não tem nada de anormal nisso. Eu acredito que é muito pelo contrário, viver na ignorância é tolice e deixar os outros na ignorância pior ainda. (Fala com dificuldades que realçam os movimentos de sua boca. Intercala com fortes movimentos da testa contraindo-se e os dedos tamborilando nas pernas. Olha fixamente ao terapeuta.)</p> <p>T – Eu também penso ser sábio conhecer a situação que estamos vivendo. Mas parece-me que você já recebeu um diagnóstico e portanto já sabe o que ocorre com você.</p> <p>Pérola – Mas eu pensei que cada área tinha uma visão da situação, ou o senhor vai pelo diagnóstico deles? Eu pensava que a psicologia tinha um jeito de ver tudo o que acontece. (Permanece a contrição, inclusive com seu rosto e pescoço ficando mais vermelho levando-a coçar a pele).</p> <p>T – Em geral tem. Aqui, particularmente, eu gostaria de convidar você e sua família a caminharmos juntos até entendermos o diagnóstico. É sinal de ignorância pegar algo só por estar pronto. Vamos juntos percebendo a situação. Você poderá ter o seu próprio diagnóstico. Você se vê capaz de caminhar nessa direção conosco?</p>	<p>Terapeuta busca uma aliança com a filha do meio.</p> <p>Busca confirmar o diagnóstico médico nosográfico que patenteia uma doença em alguém.</p> <p>Revela uma esperança de encontrar algo novo no tratamento.</p> <p>A aliança com o</p>
---	--

<p>Pérola – Sou. (sorri levemente ao responder)</p> <p>Mãe – Ela, essa semana veio a consulta com o médico dela e a dose do remédio foi aumentada, mas ela ficou muito ruim.</p> <p>Pérola – Eu tive muita tontura e ânsia de vômito, o que já não sentia há muito tempo. (balançando o dedo indicador à frente do corpo em movimento repetitivo).</p> <p>O filho mais novo começa a repetir o gesto sorrindo. Pérola reage com o rosto cerrado e balbucia algo por entre os dentes. O pai fala: – Pára com isso sabe que ela não gosta disso. Vai deixá-la irritada. Então olhando para Pérola, fala: É uma maestrina, não é filha?</p> <p>Pérola – É, é sim.</p> <p>Mãe – Eu não consigo entender, ela não está bem.</p> <p>T para Mãe - Me parece que está difícil para todos. Pergunta se ela teria condições de elaborar uma lista de suas maiores dificuldades. Mas que sejam dificuldades pessoais dela. A mãe se prontifica (sorrindo com satisfação) perguntando se pode escrever. É respondido que sim.</p> <p>T – Acrescenta que quer entender como ocorre na família, alguém ficar melhor em uma hora e pior em outra. Convida a todos para construírem um mapa organizando os fatos ocorridos e até para ter maiores informações sobre todos. Concluindo que assim todos irão entender melhor.</p> <p>Todos sorriem levemente.</p> <p>T – Como eu disse, nós vamos construir um mapa da família. Isso vai nos possibilitar ver onde algumas coisas estão sempre acontecendo. Eu vou escrever os nomes de vocês no mapa e alguns dados que vocês passarem sobre cada um e vamos</p>	<p>Terapeuta é aceita.</p> <p>A mãe reforça a mais velha no papel de P.I..</p> <p>A família já envolveu-se no tema habitual, desistindo de conversar sobre novo diagnóstico.</p> <p>T procura dar sustentação à mãe para que se sinta amparada e não comece a boicotar o processo da família.</p> <p>A família aceita demonstrando querer discutir o que está acontecendo. (Porém, não mostrou que o assunto será suas relações ou o diagnóstico já recebido)</p>
---	---

<p>conversando na medida do possível. Mesmo porque, vocês já perceberam, eu tenho dificuldades de ficar anotando nessa folha de sulfite tudo o que conversamos. E vocês também não podem ler e comentar enquanto escrevo. No Quadro todos vamos poder ver e comentar. É importante que todos participem. Eu tenho aqui na mesa algumas folhas grandes e vou afixá-las aqui no mural.</p> <p>T para Neto – Com quem você pensa que devemos começar?</p> <p>Neto – (mexe-se no sofá – sorri) Não sei. (sorrindo)</p> <p>Todos riem e pedem para ele falar.</p> <p>Neto – Sei lá, com meu pai.</p> <p>T - Então será você pai. Escreve o nome do Pai em um retângulo na folha de papel colada no quadro. E pergunta quem deverá vir em seguida.</p> <p>Pai – Fala que deve vir a mãe porque é a outra parte da família.</p> <p>- T escreve o nome da mãe dentro de um círculo, na mesma linha de direção que o do pai.</p> <p>T – Pergunta para a Mara de onde originaram os pais. Ela sorri sem responder. Pérola responde que dos avós.</p> <p>T – Questiona quais avós devem ser registrados.</p> <p>Mara – Responde que o pai do Pai dele. T conversa se ele conheceu seus avós e ele diz que somente o Pai do pai dele. É anotado na folha os retângulos e círculos dos avós paternos e maternos.</p> <p>T – Pergunta se estavam vivos?</p> <p>Léa – Responde que sua mãe estava viva e então o Terapeuta faz um sinal sobre os nomes dos outros avós explicando simbolizar que eles já haviam falecido.</p>	<p>Procura inserir todos na conversação.</p> <p>Revela as dificuldades de comunicação e inserção social.</p> <p>T procura inseri-lo no contexto conversacional.</p> <p>Faz a linha que indica o casamento de ambos.</p> <p>Continua em dificuldades de inserir-se na situação.</p>
--	--

<p>T explica que irá descer as linhas referentes aos filhos e pergunta quantos filhos o casal possuía.</p> <p>- Léa sorrindo – diz que somente aqueles três que estavam ali.</p> <p>- T diz que em muitas outras situações alguns dos filhos estavam viajando, já se casaram ou haviam morrido. Algumas vezes já nascem mortos.</p> <p>Madeira enfatiza que não é o caso de sua família.</p> <p>T – Introduz a tarefa da sessão anterior e quer saber do andamento da tarefa. O Pai toma a frente e diz que, ao sair, compraram revista em uma das vezes e na outra foram até um parque.</p> <p>T – Pede para a tarefa continuar por mais quinze dias e os motiva mostrando a importância do menino ser acompanhado de perto. Faz o fechamento da sessão combinando que outros detalhes seriam acrescentados ao mapa nos próximos encontros e reforça ser bom que todos participem dentro de suas condições.</p>	<p>Demonstra ser bastante receptivo e rápido no raciocínio. É brincalhão e atento ao processo.</p> <p>T usa a crença da família de que o menino poderá ser o próximo a ficar doente para estabelecer novos padrões de relacionamento entre eles.</p>
--	--

GENOGRAMA FAMILIAR
MATERIAL ELABORADO NA 1ª SESSÃO DO GENOGRAMA FAMILIAR
CONTEÚDO INICIAL



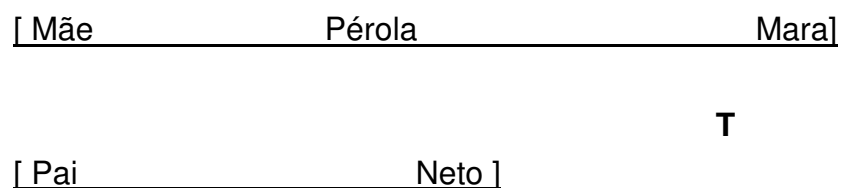
FAMÍLIA NUCLEAR

DIAGRAMA DO GENOGRAMA – 1
GEORGE BARBOSA - 2000

DISCUSSÃO DA 1ª SESSÃO DO GENOGRAMA FAMILIAR, 2ª DO PROCESSO

A forma descontraída e a vontade com que se encontram na sala de espera denota que os membros da família se sentem mais confortáveis por estarem ali para o processo terapêutico de toda a família. Como Andolfi (1984) expressou, a família quando reunida com a proposta de compreender sua história “(...) *sente-se amparada, acima de tudo, pela intensidade do impacto terapêutico*”. (p. 51) Apesar de o processo não estar em curso, somente a sua probabilidade já é um motivo de esperança no seio da família. O fato de o filho do meio estar chupando as balas e brincar sem constrangimento durante os cumprimentos, mostra-nos um indicativo de quanto está se sentindo livre no ambiente. Porém, como mencionamos no desenvolvimento teórico acerca do que disse Andolfi (1984), estamos cientes de que a família está preparada tanto para sabotar os esforços do terapeuta, quanto em relação ao modo de atuar para ele obter resultados favoráveis.

A disposição dos membros e do terapeuta na sala é a seguinte.:



Novamente o filho senta-se ao lado do Pai donde podemos delinear o subsistema masculino. As duas moças sentam-se lado a lado novamente, podendo-se supor outro subsistema. Esposo e esposa estão separados pelos filhos e pelo

espaço físico.

A forma imediata de a filha mais velha pedir um diagnóstico do psicólogo revela a tensão no âmbito da família. Se, por um lado, já possuem o diagnóstico nosográfico que autentica e estigmatiza através do papel de Paciente Identificado, por outro lado, também leva-nos a ver a busca de uma saída dessa condição. Nisso vemos a necessidade de diferenciar a pessoa de Pérola de sua doença. A doença é uma realidade concreta que se manifesta mas, além disso, há todo seu repertório biopsicossocial que a remete a novas possibilidades. A forma de mostrar-lhe novas possibilidades está em construir uma aliança com ela para juntos estruturar um diagnóstico.

O terapeuta confronta-a pelo fato de já conhecer o diagnóstico médico e deixando subentender que não haveria maior necessidade de fazer algo nesse sentido. Pérola procura mobilizar o terapeuta através de um desafio. Mais uma vez vemos relação com as conclusões de Andolfi (1984), quando diz que embora a família procure assegurar de todos os modos que não haverá mudanças no seu modo de operar, ao mesmo tempo toma a iniciativa de forçar o terapeuta a fazer até o impossível para haver mudança.

Todo o diálogo que se sucede serve para dar sustentação ao início de uma aliança do terapeuta com Pérola.

Não é possível determinar com exatidão mas, provavelmente, o início das consultas junto com os pais tenha agravado sua tensão interna, por isso, os comportamentos repetitivos aumentaram.

Pela reação do irmão mais novo ao parkinsonismo da irmã mais velha, o terapeuta percebe o garoto como aquele que denuncia os fatos dentro do sistema familiar, fazendo com que os comportamentos fiquem exacerbados.

A inserção do pai é feita através de uma expressão que não possui um

sentido claro ("uma maestrina") e, por seu significado indefinido, é rebatida com irritação.

A mãe direciona as atenções para a ação da filha e enfatiza sua condição de doente. Devido ao poder de decisão da mãe, dentro do sistema familiar, e à sua insistência de focalizar a conversa na doença e particularmente na pessoa das filhas, o psicólogo não a confronta por essa atitude, mas redefine a situação convidando-a a também trabalhar a sua própria dificuldade. Ela percebe que terá mais atenção, inclusive nos assuntos que a aflige como mulher, e aceita a proposta.

Com o convite para a construção de um mapa da família, o terapeuta não aceita o roteiro estabelecido pela mãe e introduz um elemento novo no contexto terapêutico.

Já no início da elaboração do Genograma Familiar, o terapeuta se utiliza do membro mais solto no ambiente e procura utilizá-lo como co-terapeuta. Todo registro dos nomes dos membros da família no genograma é feito envolvendo todos os membros nas perguntas e comentários feitos, a fim de a conversação ser circular.

A tarefa prescrita será utilizada para organizar um padrão entre pai e filho, no qual ambos possam estar juntos e conversar sem a presença das irmãs e da mãe. Principalmente pelo fato de o pai ter demonstrado uma visão mais otimista do quadro familiar do que a mãe; e pela sua presença junto ao filho poder fomentar condições para mudanças do comportamento e do modo de enxergar a vida.

Num outro dia, o psicólogo reuniu-se com os dois médicos que atendem as duas moças e mais dois se que encontravam interessados no caso, ressaltando o quanto a família foi receptiva no início do processo, e o quanto a filha mais velha está prejudicada pela dose da medicação que tem resultado em alta impregnação. Os médicos explicaram os fatores genéticos constitutivos da esquizofrenia e alertaram o psicólogo para, no decurso das sessões, não exigir das duas moças

mais do que cada uma pode oferecer. Enfatizaram, inclusive, que elas chegaram a um limite e ali permaneceram devido às seqüelas da doença.

O psicólogo argumenta que, dentro da perspectiva do processo terapêutico em curso, os limites que cada membro da família pode atingir será determinado pelo próprio caminhar da família. Ainda debatem sobre a dificuldade de manter-se focado em uma atividade ou assunto. Essa avolição ficou de ser avaliada no próximo encontro.

PREÂMBULO à 2ª SESSÃO DO GENOGRAMA FAMILIAR, a 3ª DO PROCESSO

A família está na sala de espera e tomando café e brincando com as balas. Conversam alto e animadamente enquanto esperam a chamada. Ainda é possível perceber o odor de urina na sala de espera. As roupas da filha do meio e do Pai são pequenas para o tamanho de seus corpos, ao passo que a filha mais velha usa roupas bem maiores.

Mara anda pelas salas e pelo banheiro, enquanto os pais e os irmãos pedem para ela se sentar.

O Terapeuta cumprimenta a todos e é bem recebido.

DESCRIÇÃO DA 2ª SESSÃO DO GENOGRAMA FAMILIAR	COMENTÁRIOS
<p>A conversa começa na sala de atendimento, com a mãe comentando sobre a Mara estar com os bolsos cheios de balas.</p> <p>O Pai está sentado ao lado do Filho mais novo, com Mara ao lado. Em frente estão a mãe e a Filha mais velha. O Terapeuta coloca-se em uma cadeira à parte.</p> <p>- T procura saber se ela costumava levar balas para a escola ou mesmo na bolsa.</p> <p>Pai – Explica que não. Principalmente porque as moças, particularmente Mara, possuem alergia a certos tipos de corantes presentes na maioria das balas.</p> <p>Mara intervêm dizendo que vomitou durante a semana.</p> <p>O Pai ressalta que não dá para saber se é devido aos remédios prescritos pelos médicos, ou pela</p>	<p>A moça está a cada semana falando e movimentando-se mais no consultório.</p> <p>É particularmente interessante o fato de</p>

<p>alergia aos corantes. Comenta que ela andou comendo salsicha, sorvete. Produtos altamente saturados de corantes C2 e C3.</p> <p>Mara – (Nervosa e agitando os braços) Fala que comeu somente o miolo e acrescenta que agora não daria para comer mais nada. Do que ela irá viver?</p> <p>Madeira explica que ela necessita evitar esses alimentos.</p> <p>Mara – Insiste em perguntar o que ela irá comer, então.</p> <p>Pérola interfere dizendo que ela não está proibida; apenas precisa evitar.</p> <p>Mara – (Gritando e com a usual dificuldade na fala) Pede para a irmã não se intrometer. E pergunta se ela vai continuar mandando na vida dela.</p> <p>Neto – Conversa com ela dizendo não ser “pegação” (sic), mas uma necessidade. Ambos ficam conversando entre si, principalmente o menino ponderando sobre o quanto sua irmã necessitava entender a situação.</p> <p>O Terapeuta pergunta para a mãe qual a sua opinião sobre o assunto.</p> <p>Mãe – Diz que ela realmente tem a alergia e quase sempre exagera na quantidade.</p> <p>Mara – Reage gritando se ela realmente fazia isso.</p> <p>T – Comenta que se fazia, ou deixava de fazer, não era importante naquele momento, realmente importava ela saber distinguir os alimentos que lhe causavam alergia. E, levantando-se e indo para o mural, acrescenta uma pergunta a ela: Quem mais em sua família tinha alergia?</p> <p>Mara – Diz que não sabe.</p> <p>Léa – Explica que apenas sua irmã possui. Ela</p>	<p>especificarem o tipo de corante no qual ela é alérgica.</p> <p>A condição de P.I. irrita-a.</p> <p>Os familiares riem da sua dificuldade de conectar os elementos de um raciocínio coerente.</p> <p>Agride a irmã que vive a condição de P. I. de modo passivo.</p> <p>O garoto consegue estabelecer um canal de comunicação.</p>
---	--

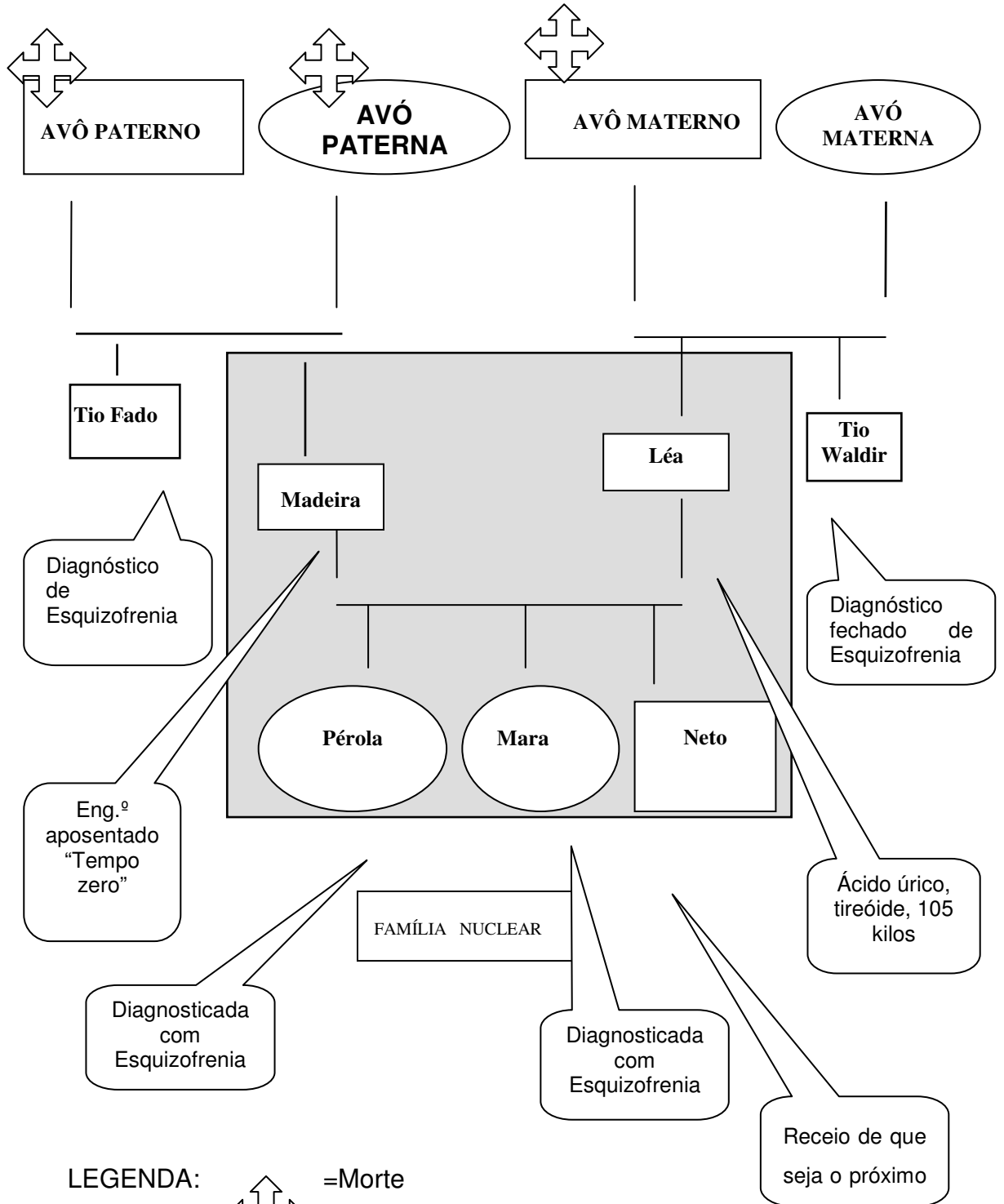
<p>mesma, por vezes, sentia algum problema com alergia, mas não é comum. Explica que deve ser devido a mofo e umidade.</p> <p>T – Escreve na circunferência, com o nome da mãe no Genograma, que tem alergia. E pergunta se a mãe possui outras dificuldades de saúde.</p> <p>Léa – Sorri e diz que tem problemas na Tireóide, tem ácido úrico elevado, e sua pressão arterial está alterada. Faz vários comentários sobre esses acometimentos.</p> <p>T – Pergunta a Pérola se ela sabia de alguma outra dificuldade de saúde que sua mãe não mencionou.</p> <p>Pérola – Fala que ela sente muito cansaço. Reclama que já não agüenta a rotina.</p> <p>Mãe – Argumenta que é devido ao seu peso. Atualmente está com 105 kilos. E isso a tem desestruturado. Principalmente na vida do casal e que precisava vir sozinha para falar mais sobre isso.</p> <p>Madeira – Não se manifesta.</p> <p>T – Ressalta estar anotando o diagnóstico do Ambulatório médico, trazido pelas filhas no Genograma, e deseja discutir se esse diagnóstico também se aplicará a este tratamento (escreve a palavra esquizofrenia ao lado dos nomes da moças com várias interrogações ao lado).</p> <p>- Sem discutir o assunto, pergunta se há outras pessoas doentes entre os familiares, que pertencem à família mais extensa (explica o significado do termo).</p> <p>Madeira – Diz que há o seu irmão. Ele também é meio doente.</p> <p>Léa – Explica que ele também sofre de esquizofrenia.</p> <p>T – Pergunta se eles têm contato regular com ele.</p> <p>Pai – Explica que sim, porque ele é aposentado,</p>	<p>Está adquirindo confiança no ambiente Terapêutico e tem se permitido expressar-se com mais ênfase.</p> <p>Circula o assunto da mãe também ter suas doenças.</p> <p>Indicação do Quadro psicossomático na mãe. Também está evidente as dificuldades do casal comunicar-se.</p>
---	--

<p>acompanha o garoto à escola, e faz as refeições na casa da família.</p> <p>T – Pergunta ao Neto como via a situação de estar tão perto da Esquizofrenia.</p> <p>Neto – Balança os ombros e afirma não ver nada demais. A mãe explica que ela e as meLéas não ficam nem de bermudas ou camisolas em casa para não ter problemas com o cunhado. Pondera que assim não dá nem chance para qualquer coisa surgir. Acrescenta que isso também é reforçado porque a filha mais velha dorme na cozinha, transformada em saleta (a cozinha propriamente dita foi re-organizada na área de serviço dos fundos). Lá há uma cama e um armário, ao lado um lavabo.</p> <p>Pérola - Pondera que com o tio (irmão do Pai), é mais fácil de lidar do que com o outro.</p> <p>T – Questiona em relação ao outro tio.</p> <p>Neto – Sorri desconcertado e diz que é doente. A mãe completa, explicando que seu irmão também é aposentado por Esquizofrenia e que também faz tratamento no mesmo Ambulatório que as meLéas.</p> <p>- T registra os dados no Genograma (figura 2) e pergunta quem cuida dos tios.</p> <p>Madeira - Explica que seu cunhado mora com a sogra e o seu irmão sozinho na casa que ficou dos pais. Ressalta que possuem vidas independentes.</p> <p>A sessão tem seu término com o combinado de todos os membros da família serem apresentados, a fim de poder se ter uma visão global das relações e circunstâncias que os envolvem.</p>	<p>Aprofunda a crise que se estabeleceu.</p> <p>A Esquizofrenia presente na família extensa.</p> <p>Atua como denunciadora no sistema.</p> <p>A Esquizofrenia presente na família extensa.</p> <p>Aprofunda a</p>
--	---

	<p>discussão com aquele que é temido em Terminar doente.</p> <p>Procura delimitar fronteiras</p> <p>Para sua própria família</p>
--	--

GENOGRAMA FAMILIAR

Elaboração da família extensa



LEGENDA:  =Morte

Continuação do GENOGRAMA FAMILIAR – Figura 2

GEORGE BARBOSA - 2000

DISCUSSÃO DA 2ª SESSÃO DO GENOGRAMA FAMILIAR, A 3ª DO PROCESSO

O início da conversação é descontraído até a Mara já está bastante próxima do terapeuta. Isso fica evidente pela liberdade em pegar várias balas para si. Os pais mencionam, nesse momento inicial, que esperavam que ela se retraísse. Esses fatos leva-nos a perceber um aumento gradativo da confiança no sistema terapêutico.

A meticulosidade com que explicam os efeitos dos corantes na saúde das pessoas é detalhada. Porém, essa informação não é processada por Mara, como os pais e os irmãos esperam. Ela ainda possui uma sensível alteração em seu processo de pensar. Pela sua construção mental, se comesse o miolo da salsicha e sorvetes estaria fora do alcance do corante. Como se o produto estivesse presente apenas na cobertura, por ser um corante - aquilo que dá cor. Assim, mesmo sabendo dos efeitos nocivos que o corante possa trazer para sua saúde, sistematiza a informação de uma forma não eficaz. As limitações, a ela impostas pelo quadro da esquizofrenia e pelas regras familiares, particularmente quanto a alogia, lhe causam enorme irritação.

A irmã mais velha vive a mesma situação de Paciente Identificada que ela; porém, já adquiriu um melhor nível de organização e compreensão de sua situação, capacitando-a responder de forma mais lógica à demanda da vida. No entanto, para a irmã mais nova isso é visto como uma manobra de manipulação. Bem de acordo com o que Andolfi (1988) ressalta, ao afirmar haver um esforço para manter todos os membros na mesma função em que se encontram na atualidade dentro do sistema familiar.

Percebe-se que a facilidade com que o irmão consegue conversar com a irmã do meio deve ser utilizada no processo terapêutico como um instrumento na construção de mudanças. Essas possibilidades estão presentes também na distribuição da família no espaço físico da sala de atendimento.

A disposição dos membros e do terapeuta na sala é a seguinte:

[Pai	Neto	Mara]
		T
[Mãe	Pérola]	

O Pai ainda se senta em oposição à sua esposa, mas já consegue movimentar-se entre os filhos. A mãe demonstra ser essa uma conquista. Devido ao quadro de doenças por ela relacionado, os membros do sistema familiar se dão conta, na conversação, de quanto há um quadro psicossomático na situação. Particularmente devido ao fato de já ter um irmão com esquizofrenia na família e sentir-se culpada pela repetição nas filhas e também pelo duplo vínculo existente na forma de se comunicarem, tanto no verbal como no comportamental. Dizem ser esposo e esposa, mas chegam e saem sem se tocar. Estão sempre distantes um do outro. Raramente dirigem a palavra um ao outro e quando isso acontece é para questionar ou denunciar o outro. Formam um casal com uma família, mas, na rotina, contradizem a realidade de um casal.

Essas complicações relacionais, somadas à herança familiar resulta no que Denise Ramos (1994) chamou de estar dividido em pedacinhos. E o paciente passa a revelar cada um dos pedacinhos a diferentes profissionais, os quais, por tratarem apenas de uma parte específica da pessoa - não do ser integral -, geralmente

acabam reforçando a esquizofrenização no paciente, quando não são eles mesmos que a provocam, por impor um estilo de vida com base naquele tratamento especializado em um único aspecto.

Pela nossa visão, o acompanhamento na saúde mental e física necessita vir de acordo com uma visão ecológica do homem. Explicitamente, entendemos o homem como um Ser que busca, em todas as suas ações, encontrar um sentido para a sua vida. Constatamos em nossa prática que os pacientes se queixam no momento em que neles percebem a falta de cor, entusiasmo, sentido e razão de viver. Não há mais o que os profissionais segmentarem, na sua atuação terapêutica, devido ao argumento de estar procurando curar uma área em especial. Sonenreich (1979), que discute em profundidade essa questão da visão do profissional sobre o paciente, postula que todo profissional da saúde necessitaria ter, como condição humana, a existência de um sentido, um projeto de vida e considera que toda prática, e teoria, deveria advir dessa concepção.

O receio por parte do pai, em identificar os membros extensos da família como esquizofrênicos, denuncia o quanto o assunto necessita sair da estigmatização e ser abordado de forma terapêutica no âmbito familiar.

Embora a mãe adote a postura de denunciar a realidade em que a família vive, é visível sua vontade de estabelecer mudanças nos padrões interacionais. Particularmente, no que concerne ao esposo. Essa função poderá ser utilizada para futuras alianças.

A descrição das atividades do irmão do Pai indica que há um forte intercâmbio de relacionamentos entre os membros da família, nuclear e extensa. Esse intercâmbio possui um caráter de invasão da privacidade, ao menos das mulheres da família. O que pode prover um tipo específico de fronteira no âmbito familiar.

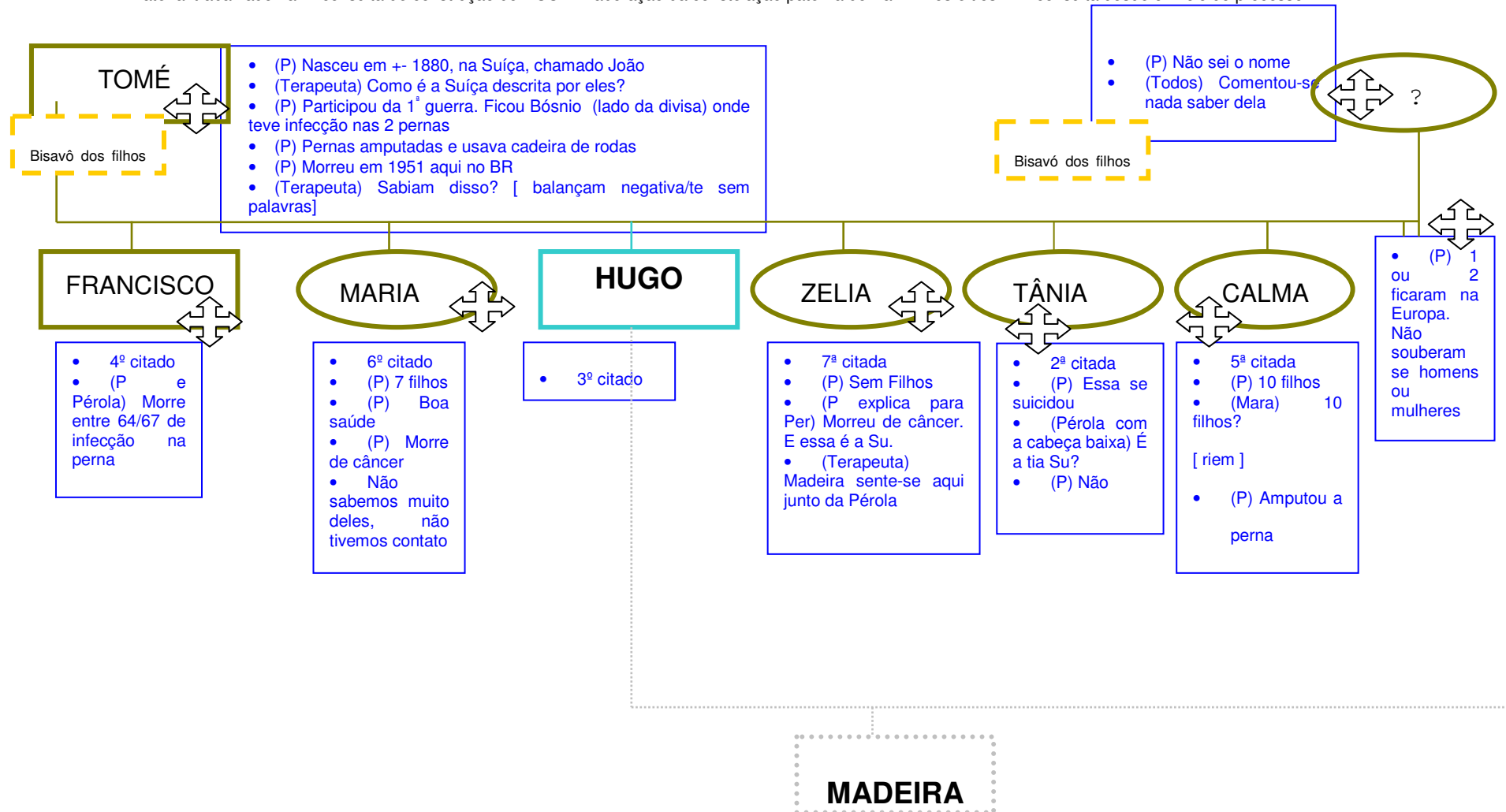
O terapeuta, percebendo a participação circular de todos os membros, o que

denota uma participação efetiva na discussão, aprofunda a discussão do assunto fazendo com que a esquizofrenia seja tacitamente reconhecida em outros membros familiares, aliviando a força da estigmatização nas duas moças. Ao mesmo tempo, fazendo com que a família discuta sobre o quanto o contexto familiar é um ambiente contaminado pela Esquizofrenia e, por isso mesmo, pode também ser esquizofrenizante.

A mãe revela a rigidez com que vivem, quando explica a impossibilidade das mulheres usarem bermudas ou camisola na intimidade da casa. Quando explica que andam vestidas por inteiro, todo o tempo, já indica o quanto não podem vivenciar os espaços de forma livre e desimpedida. Essa rigidez é confirmada na revelação de que a filha mais velha dorme em um espaço de domínio público, não tendo o seu lugar privado.

Diagrama da Comunicação Circular Familiar (DCCF)

Material trabalhado na 1ª consulta de construção do DCCF: Elaboração da constelação paterna do Pai – Avós e tios – 4ª consulta desde o início do processo



II FASE

PREÂMBULO à 1ª SESSÃO DO DCCF, a 4ª DESDE O INÍCIO DO PROCESSO

Estão todos presentes à consulta. Já entram no consultório, sentam-se à vontade e conversam animadamente na sala de espera.

DESCRIÇÃO DA 1ª SESSÃO DO DCCF	COMENTÁRIOS
<p>O Pai está sentado ao lado do menino, no sofá menor, e as duas garotas com a mãe, no outro.</p> <p>- Conversam sobre as balas que estão na recepção. Os pais comentam o fato de os filhos não possuírem cárie e que estiveram conversando com os médicos sobre esse novo atendimento que todos estão tendo. Comentam que os médicos se interessaram em saber o que estavam conversando e avisaram que isso poderia ajudar na melhoria das moças e resultar em uma menor necessidade de remédios. (riem)</p> <p>T convida-os para continuarem no DCCF que estava sendo montado, da família, afixado no quadro.</p>	<p>Família busca estreitar os vínculos com o T.</p> <p>O subsistema médico está buscando se inserir e participar no âmbito da psicoterapia.</p>

<p>Pergunta ao Pai: Qual o nome do avô?</p> <p>Pai – Responde ser Tomé.</p> <p>T – Comenta que vai escrever esse nome dentro de um retângulo, por ser do sexo masculino, e fazer isso com todos os outros homens. Para as mulheres usará um círculo. Escreve o nome Tomé dentro de um retângulo e pergunta onde ele nasceu?</p> <p>Madeira – Diz que ele nasceu na Suíça.</p> <p>T – Indaga se o Pai chegou alguma vez a ouvir alguma descrição do lugar onde seu pai (Tomé) nasceu.</p> <p>Madeira – Responde que não, apenas tratar-se de um lugar sofrido. Era um daqueles cantões da Suíça.</p> <p>T registra o lugar na folha e pergunta: Você se lembra de quando ele nasceu? Alguém sabe?</p> <p>Madeira – Diz que ser incrível que ele saiba disso, e informa o ano de 1880.</p> <p>T – Pergunta como ele tem esse registro tão longínquo. Ele explica que devido às guerras esses fatos foram bastante comentados entre o pai dele e os tios e, com isso, ouviu muita coisa sobre a vida dos avós, os próprios avós falaram muito sobre isso.</p> <p>T – Onde ele nasceu?</p> <p>Madeira - Na Tchecoslováquia. Diz não saber a região exatamente.</p> <p>T – O que ficou sabendo sobre ele?</p>	<p>T não especifica quais dos avós. Espera por aquele que tenha maior influência.</p> <p>T faz a pergunta sem olhar ou dirigir-se especificamente para alguém.</p> <p>T procura introduzir outros na conversação e torná-la circular.</p> <p>Revela o quanto os eventos históricos sociais permearam a vida e o curso das famílias de origem.</p>
--	---

<p>Madeira – Comenta que o avô participou da guerra e ao final, acabou ficando com outra nacionalidade porque estava morando do outro lado da nova divisa do país.</p> <p>O terapeuta investiga em todos sobre o que exatamente acontece quando alguém tem de mudar de nacionalidade. Explicam que na guerra, por vezes, as divisas ou fronteiras são demarcadas e ocorre a troca de nação, embora permaneçam com a mesma língua e costumes. Madeira informa que isso trouxe muitas dificuldades porque foi dito a ele que o avô enfrentou um choque cultural pela imposição do novo governo.</p> <p>T – Pergunta como ele estava de saúde ao término da guerra.</p> <p>Madeira – Explica que até onde sabia o avô ficou com as duas pernas infeccionadas pelos ferimentos de guerra. Ressalta que mais tarde foi obrigado a amputá-las e viveu a maior parte de sua vida em uma cadeira de rodas. Posteriormente, veio com outros imigrantes para o Brasil buscar uma nova vida.</p> <p>T – Questiona se era doente e como morreu.</p> <p>Madeira – Conta que lembra de quando ele morreu por ter sido um fato que marcou a família. Ele convivia na casa com a família.</p> <p>- Durante todo o tempo em que esteve falando</p>	<p>A guerra mudou também a nacionalidade.</p> <p>Busca identificar mais especificamente as conseqüências na saúde.</p> <p>Convivência das duas gerações.</p>
---	--

<p>dos fatos a esposa e os filhos ficaram escutando, uma vez que o relato não era muito familiar.</p> <p>T – E sobre a esposa dele o que sabe?</p> <p>Léa se antecipa – Não conhecemos nada sobre ela.</p> <p>T – indaga sobre como o Madeira sabe tanto do avô e nada da avó.</p> <p>Madeira – Explica que não eram habituados a fazer perguntas e com isso nunca ouviram nada da avó.</p> <p>T – Pondera para a Pérola e sua Mãe, ser difícil uma mulher não ser marcante na vida de uma família. Pérola diz que a explicação para o fato é que a avó deve ter sido muito fechada e as mulheres ainda não possuíam o espaço que hoje possuem.</p> <p>Madeira – Argumenta para o terapeuta, não poder dizer se ela foi marcante ou não. Sabe apenas que não questionou isso junto aos pais e ao avô.</p> <p>T – Indaga sobre quantos filhos esse casal teve.</p> <p>Madeira – Passa a relacionar os nomes conforme lhe vêm à memória. Segue a lista: Francisco, Marta, Hugo (identificado como seu próprio pai), Zélia, Celma, Tânia, (logo após ele corrige dizendo que Tânia vem antes de Celma). O Terapeuta registra todos os nomes no papel.</p> <p>T para Pérola – O que você sabe sobre o</p>	<p>Passam a Ter conhecimento sobre detalhes ainda não conhecidos.</p> <p>Quer participar do processo.</p> <p>Terapeuta</p>
---	--

<p>Francisco? Explica que sabe que ele morreu de doença nas pernas. O Pai ajuda informando que isso ocorreu por volta de 1966 ou 1967.</p> <p>T – E sobre Marta?</p> <p>Madeira se antecipa e relata que ela teve 7 filhos. Diante da pergunta sobre como era sua saúde e como morreu, informa ter tido boa saúde e morrido de câncer no estômago.</p> <p>T – Pergunta o que ressaltar de Hugo.</p> <p>Léa – Responde que Hugo nasceu na Suíça e se tornou alcoólatra.</p> <p>Neto – Pergunta quando ele nasceu.</p> <p>Madeira – Responde que nasceu em 1907.</p> <p>T para Léa – Pondera que ela não parece demonstrar boa lembrança.</p> <p>Madeira – Intervém e diz que seu pai trabalhou toda a vida na lavoura, na enxada, e que pensava que a vida tinha de ser dura. Comenta ter valorizado incentivado a força bruta para o trabalho braçal, e, com isso, ter dificultado o quanto pôde a ida dos filhos à escola. Explica para os filhos que seu pai viveu no tempo das grandes revoluções da Europa, com isso ficou um homem pessimista e embrutecido. Ressalta para o T (lastimando-se) que o pai lhe batia</p>	<p>procura intensificar a conversação com ela, procurando estabelecer uma aliança.</p> <p>Desqualifica a pessoa do Bisavô.</p> <p>A conversação está estabelecida entre todos.</p> <p>Revela de onde vem os padrões de suas crenças.</p>
---	--

<p>forte até seus 13 anos de idade. Só parou porque ele (Madeira) cresceu demais e já não podia enfrentá-lo sem correr riscos. Ainda acrescenta, ter continuado, aqui no Brasil, aquela vida bruta; por isso, foi motorista a vida toda, não conseguindo progredir.</p> <p>- Os filhos e a esposa acompanham sua narrativa.</p> <p>- T – indaga sobre como era a saúde e como ele morreu .</p> <p>Madeira – Diz que foi depois de ter começado a ter ataques convulsivos e explica que tais ataques o levaram a ficar incapacitado para trabalhar como motorista, aposentando-se por invalidez.</p> <p>Neto – Afirma que o avô morreu quando ele nasceu. Pérola corrige, dizendo que o avô morreu aos 85 anos de derrame.</p> <p>T – indaga sobre a tia Zélia.</p> <p>Madeira – Fala que essa não teve filhos embora tenha se casado. Também morreu de câncer e não soube localizar em que órgão o câncer ocorreu. Diz que não tinha muito contato.</p> <p>Pérola – Questiona se não foi essa tia que havia se suicidado.</p> <p>Madeira – Responde que não (sorrindo,</p>	<p>Atentos ao relato do Pai.</p> <p>Integrada na conversa.</p>
--	--

<p>surpreso com a informação que a filha possuía). Que foi a tia Tânia.</p> <p>T – Acrescenta que já que ela foi mencionada seria a próxima a ser comentada.</p> <p>Madeira – Diz saber apenas que essa suicidou-se.</p> <p>- Não há outras menções.</p> <p>T – Ressalta haver ainda outra tia.</p> <p>Madeira – Sorrindo para os filhos, conta um a um os filhos que ela teve, chegando ao número 10.</p> <p>Mara – Sorrindo grita: 10 filhos!</p> <p>- Todos riem.</p> <p>T – Diz que aparentemente venceram a família dos avós do Pai.</p> <p>Léa – Ressalta que parece haver outros.</p> <p>Madeira – Explica que um ou dois, não sabe ao certo, ficaram na Europa perdidos, não vindo para o Brasil. Nunca teve notícias deles.</p> <p>T – Pergunta ao Neto se conhecia das informações que ouviu sobre sua família. Este diz que não conhecia quase nada do que foi falado. De igual forma as filhas disseram não conhecer mais da metade. O T ainda explica que esse processo irá continuar nas outras consultas até as famílias dos pais serem compreendidas e eles poderem entender</p>	<p>Contribui com detalhes para a reconstrução da história.</p> <p>A pressuposição de que a reconstrução histórica possibilita a</p>
--	---

<p>o que está acontecendo com a família deles mesmos.</p> <p>Ressaltam entre si sobre a importância de conhecer o passado.</p> <p>O T explica que, pela sua idéia, ao conversarem sobre o passado deles próprios serão capazes de conversar sobre o que está acontecendo na atualidade, encerrando a consulta e agendando a próxima para quinze dias depois.</p>	<p>compreensão dos fatos de ontem e de hoje.</p>
--	--

DISCUSSÃO DESSA 1ª SESSÃO DO DCCF

A disposição dos membros e do terapeuta na sala é a seguinte.:

[Mãe Pérola Mara]

T

[Pai Neto]

Essa discussão nos dá indícios de que tem-se mantido a aliança entre Pai e Filho. O pai senta-se, inclusive, voltado lateralmente para o filho.

Ao mencionarem o interesse do subsistema médico, o fazem demonstrando se sentirem apoiados. Essa é uma condição importante pois servirá para sustentar a

introdução de mudanças no tocante à redefinição do diagnóstico de Esquizofrenia e no âmbito das relações entre os membros do sistema familiar.

A introdução do DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF) é feita sem a necessidade de novas explicações. As folhas afixadas já criam o contexto para o seu preenchimento.

Para introduzir uma conversa circular, o terapeuta faz as perguntas sem direcioná-las a alguém em especial, aguardando a espontaneidade. Quando o Pai responde por todos – mesmo porque só ele pode responder, por ser o único que conhece os fatos –, o psicólogo procura redirecionar a pergunta ao grupo. Ao longo da sessão, evitou fazer tais direcionamentos à Mara, pelo fato de ela ter dificuldades em se expressar e, com isso, exacerbar seu papel de P.I.

A descrição do ramo de seus avó é feita em função das guerras e de quanto a saúde e o equilíbrio emocional de seus antepassados estiveram em função dos resultados das mesmas. Isso fica evidente quando afirmam entre si que o avô, por ter ficado com a casa do outro lado da rua, teve como consequência a mudança de leis, hino, símbolos pátrios, moeda e nacionalidade. Podemos cogitar que aqui foi estabelecido um padrão de perda de identidade e outro de perda de mobilidade.

Madeira não precisa quanto tempo o avô conviveu com seus pais e irmão, mas podemos supor ter ocorrido nesse tempo o reforço da transmissão e a cristalização dos padrões da família, iniciados no avô Tomé. Há um entendimento na família, particularmente por parte de Pérola, que escuta com muito interesse, sobre o fato de tais situações conturbadas trazerem consequências físicas e mentais. A informação de que não sabem nem sequer o nome da bisavó paterna, oferece-nos a possibilidade de supor sobre a condição das mulheres no âmbito geracional da família. Ou seja, um lugar sem destaque e aquém das decisões, o que viria corroborar o estado de incapacidade em que Léa se encontra. Com o intuito de

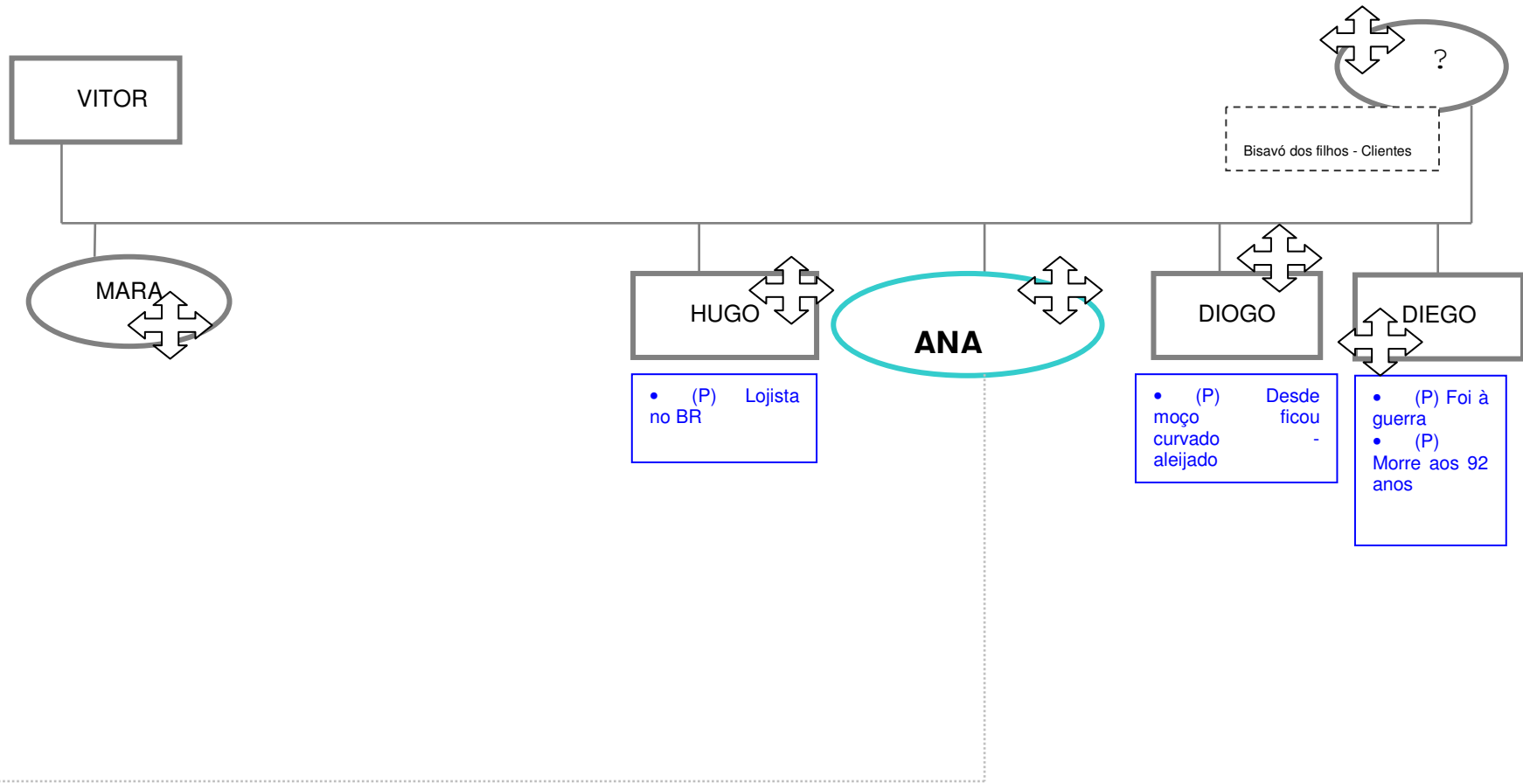
construir uma forte aliança com Pérola – que se mantém presa pela atenção ao relato do Pai -, o terapeuta explora seus conhecimentos e opiniões. Madeira, ao defender as dificuldades vividas por seu pai, expressa a regra máxima de sua família - de um homem e sua família buscarem estabilidade -, e, em dado momento, as condições externas chegam e levam a família ao pessimismo e ao embrutecimento tanto financeiro como social.

Escolhemos o caminho de reconstruir a história familiar para compreender a história pessoal de cada um no sistema familiar, por acreditarmos que esse caminho possa desconstruir a crença máxima familiar. Um caminho que encontramos desde os primeiros estudos de Lacan (1977) com famílias. Nele, acreditamos reconstruir nossa vida através da linguagem. Defendemos que a história necessita ser resgatada, para que nossa identidade histórica familiar possa ser restaurada. Edgar Morin (1996), argumenta nessa linha de reconstrução pessoal através da linguagem, fazendo-nos ver que não só a micro sociedade - que identifico como a família - mas também a macro sociedade é produto de interações comunicacionais entre indivíduos. As interações, ao se multiplicarem, geram uma organização com mecanismos próprios: a linguagem e a cultura. E esses mecanismos se auto alimentam entre as pessoas desde o nascimento, provendo-lhes de uma língua específica, de uma religião, de uma filosofia de vida e de valores sociais. Segundo entendimento de Morin, as pessoas produzem a sociedade e esta, por sua vez, produz as pessoas.

Esse entendimento, durante o atendimento circular terapêutico junto à família, capacita a cada membro ao longo do processo compreender seu lugar e seu papel na organização social, em particular em sua família. A doença não é mais vista como uma maldição familiar, uma pecha ou castigo pessoal, mas como o resultado de eventos históricos, de ordem biológica, social ou psicológica.

DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF)

Material trabalhado na 2ª consulta de construção do DCCF: Elaboração da Constelação Materna do Pai – Avós e tios – 5ª consulta desde o início do processo



PREÂMBULO à 2ª SESSÃO DO DCCF, a 5ª DESDE O INÍCIO DO PROCESSO

Na sala de espera, Mara está deitada com a cabeça no colo da mãe. Está vestida com blusa e calças azuis dando-lhe uma certa harmonia.

O pai recebe o terapeuta com um cumprimento de mãos e os outros, antes de serem cumprimentados, já seguem para a sala de atendimento.

DESCRIÇÃO DA 2ª SESSÃO DO DCCF	COMENTÁRIOS
<p>Todos já estão na sala de atendimento.</p> <p>Conversam sobre o Garoto (Neto) que estava dormindo e não queria acordar para vir ao atendimento. Os pais expõem suas opiniões sobre o fato de o garoto estar chegando a adolescência.</p> <p>O T leva-os a conversar sobre novamente a família entrar em outra fase da vida, agora com o crescimento do Neto. Concordam que será outra fase difícil para todos.</p> <p>T convida-os a compreender como seus parentes conseguiram lidar com essas dificuldades e para isso iriam ao Diagrama da família.</p> <p>T – Qual o nome dos avós, pais de sua mãe? Olhando para o Sr. Madeira.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responde Vítor, e o dela não saber. - T convida a todos para descobrir os dados sobre o avô Vítor e depois veriam o que fazer com a avó sem nome. <p>Léa antecipa-se dizendo que o avô Vítor</p>	<p>Começam a perceber que a família tem dificuldades na transição de uma fase de vida à seguinte.</p>

<p>integrou a guerra que dividiu a Europa Oriental. Comenta com os filhos que disso resultou a União Soviética.</p> <p>- Todos comentam o fato de essa já nem mais existir – a URSS - e de como as mudanças foram grandes naquela região do mundo.</p> <p>Léa – ressalta que devido aos problemas políticos da guerra o avô de Madeira mudou de região e passou a ser chamado de Carlos.</p> <p>Madeira – Com expressão de lamento diz lhe terem contado que esse avô ficou abalado da cabeça, já não regulava bem. Ficou nervoso com o pós-guerra.</p> <p>T – Questiona se alguém contou como era a saúde dele.</p> <p>Madeira – Apenas enfatiza que ele se tornou um sujeito nervoso. Não era mais o mesmo. Conclui não tê-lo conhecido.</p> <p>- Não havendo mais comentários o terapeuta pergunta pela avó.</p> <p>Pai e a Mãe dizem nunca terem ouvido o nome dela.</p> <p>T – Dirigindo-se ao Sr. Madeira indaga sobre ele não ter tido curiosidade sobre a avó.</p> <p>Mara sorri alto da situação.</p> <p>Pai – Fala em tom alto para ela (Mara) não provocar. Dirigindo-se ao T diz nunca ter pensado nisso quando criança ou rapaz. Sabe que ela morreu quando sua mãe tinha 5 anos de idade, porque a própria mãe referia-se a esse fato.</p> <p>- T faz as contas com as filhas e chegam à data de 1917.</p> <p>- T pergunta quantos filhos eles tiveram.</p> <p>- Pai responde que tem notícias de cinco. Mas</p>	<p>T aproveita-se da intensidade da integração dele, levando-o a conduzir o processo.</p> <p>Demonstra ainda sentir-se na condição de portavoz familiar.</p> <p>Nervoso na cabeça é uma forma de nomear a doença mental?</p> <p>T busca uma referência mais específica sobre um diagnóstico de esquizofrenia.</p>
--	---

<p>não era certeza.</p> <p>T – Pergunta quem era o mais velho.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pai e Mãe conversam entre si e chegam à conclusão de ser Mara. - T escreve o nome de Mara nas folhas de papel ao quadro. - Madeira nos informa nada saber sobre ela. Reforça que não tê-la conhecido e nem o que se deu em sua vida. Mas que estava morta por deduções de seus pais. - T pergunta quem era o próximo filho. - Madeira fala ser o Hugo e que este morreu aqui no Brasil. Hugo sempre trabalhou no comércio. Veio com o pai do Madeira. Foi comerciante aqui no Brasil. Madeira, Léa e os filhos não tiveram contato com Hugo e sua família. São tidos como parentes distantes. - T, após o silêncio, dirige-se à folha indicando o lugar do próximo nome. - Madeira diz que é sua mãe Ana. - T escreve esse nome no círculo e pergunta como ela era. - Madeira comenta que ela era frágil e que esteve doente na maior parte de sua vida. Primeiro teve reumatismo muito cedo, antes dos cinqüenta. Depois, ficou com osteoporose até o fim de sua vida. <p>T – Comenta que ela teve mais condições que a mãe dela por já viver em outra época (gesto com a boca de lamento).</p> <p>Léa - Argumenta que não deve ter sido fácil para Ana, por ter vivido desde os cinco anos sem a mãe.</p> <p>Madeira – Diz que a mãe sempre foi caseira. Não tinha o hábito de sair e o pai fazia tudo. Até compras na mercearia e no mercado. Nunca tinha</p>	<p>Mara revela estar se integrando à conversação e ao contexto.</p> <p>O casal mostra que quando o assunto não é a doença há possibilidades de diálogo entre ambos.</p> <p>Uma mulher reclusa.</p>
---	--

<p>saído de casa para visitar alguém ou passear.</p> <p>T – Introduz o tema de que resgatar o lugar da mulher nessa família, é uma oportunidade que está sendo apresentada à Mãe e às suas filhas. Pergunta por uma possível ida da Avó (Ana) à Iugoslávia. O Pai responde que ela nunca saiu e nem se expôs a nada. Sua vida era exclusivamente dentro de casa e do quintal. Ela tinha medo de sair.</p> <p>Pérola – Comenta que poderia ser por ter vivido sozinha, sem a mãe. Pergunta como ela casou.</p> <p>Madeira – Informa não saber dizer como foi a aproximação dela com seu pai, mas que ficaram casados por 50 anos. T faz as contas com Pérola e Mara e concluem que ela casou-se por volta dos 30 anos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madeira diz que Ana morreu aos 80 anos em 1992 e que já não estava lúcida. - T escreve o nome de Diogo, o seguinte a ser mencionado na lista dos tios-avós de Madeira. Conta saber pouco dele, apenas que devido a algum acidente, desde moço, ficou curvado. <p>T – Questiona o que é ser curvado.</p> <p>Pai – Explica que ficou aleijado da coluna e curvado para a frente. Não teve contato com ele.</p> <p>Mãe – Mostra que é curvado mesmo. Faz o gesto de alguém arcado para frente. Todos riem.</p> <p>Pai – Aponta com o dedo para a folha que o próximo é Diego, o mais novo. Explica que esteve na II Guerra lá pelas fronteiras da Rússia e os Países que pertenciam à Rússia. Era a pessoa mais próxima dele, de seu irmão e dos pais. Diego mudou-se para a região sudeste com toda família, casou-se e foi dono de uma loja comercial até os 92 anos, quando faleceu.</p> <p>O tempo da consulta está além do estabelecido</p>	<p>Todos participam da conversa e demonstraram já se comunicarem entre si de forma bem mais espontânea.</p>
--	---

<p>e o terapeuta explica a situação pedindo que fosse encerrado o processo por ali e continuariam na próxima sessão.</p> <p>Léa – Brinca dizendo estar esperando chegar o dia deles no mapa, fazendo sinal com o rosto indicando o marido, dando a entender que espera para ver como o esposo se portará. Esse não responde, apenas balança com os ombros e a cabeça, querendo dizer estar indiferente ao fato.</p> <p>- Saem conversando sobre a próxima data que necessita ser reavaliada devido as consultas com os outros médicos. A mãe tem consultas com Cardiologista e Endocrinologista e Mara começou, por indicação do seu psiquiatra, um trabalho com uma Terapeuta Ocupacional da própria Instituição do Ambulatório Médico.</p>	<p>A mãe tem se sobrecarregado com consultas médicas para si própria.</p>
--	---

DISCUSSÃO DESSA 2ª SESSÃO DO DCCF

O filho mais novo tem mostrado atitudes de rebeldia contra o caminhar dos pais, contradizendo a forma da família andar em bloco. Outro aspecto que se percebe, é estar buscando a possibilidade de pensar e decidir sozinho, avançando nas conquistas da adolescência que está chegando para ele.

O assunto do ciclo vital é introduzido no sistema terapêutico para abrir a possibilidade de se conversar sobre o fato de as moças não saírem sozinhas, e de uma delas padecer de enurese e de não terem nenhum contato com namorados.

O trabalho no DCCF já é feito de forma rotineira. Por ser sempre afixado, a família já o incorporou como um elemento da sala de atendimento.

Evidencia-se novamente, para os familiares, o quanto as mudanças sócio-políticas alteraram os rumos e os caminhos de seus antepassados. Cada vez mais fica evidente para os familiares que a condição em que se encontram tem razões históricas. Isso inclui, inclusive, a mudança de nome pessoal e as conseqüências que isso também traz para a organização psíquica de alguém que, culturalmente, é tido como responsável ou líder da família.

Pelo fato de não haver pessoas para dar informações precisas, ou documentos, não podemos ter clareza sobre o quanto o avô Vítor tornou-se afetado em seu nervosismo. Porém, o jeito lamentoso com que Madeira se referiu a isso, dá-nos indícios de seus familiares terem transmitido esse dado com boa dose de constrangimento ou tristeza. A hipótese de o avô ter padecido de um quadro esquizofrênico - leve ou mais severo - não deve ser abandonada em nosso esforço de compreensão da repetição de crenças e padrões comunicacionais. Particularmente pelo estudo de Gomes (2000) sobre a chamada doença dos nervos,

leva-nos a relevar essa informação e, de acordo com a pesquisa, procurar entender a citação da doença dos nervos como uma extensão da doença na vida familiar. É necessário estar atentos nessa descrição, que tanto os pais, como os avós citavam termos próprios da época. Como vimos na revisão literária sobre Esquizofrenia, a nosografia de Psicose ou Esquizofrenia estava ainda em seu nascedouro. O bisavô Vitor, que era chamado de Vitta - que significa vida - não passou incólume na troca para o nome Carlos. É o grão inicial das perdas. Vemos que é a vida que perde sua identidade e necessita buscar reconstruí-la de modo e lugar diferente.

O desconhecimento do nome da avó materna trouxe a possibilidade de estabelecer um campo de discussão sobre o papel das mulheres na família. A filha mais velha dá-nos indícios de estar estabelecendo uma relação entre a sua própria pessoa e as outras mulheres de sua descendência.

A circularidade estabelece oportunidades de haver um diálogo entre o casal que não seja sobre a doença das filhas, ou a distância entre eles devido ao clima de doença presente na família. Conversar sobre os parentes é uma pauta diferente no contexto do casal.

A fragilidade da pessoa e da saúde, da mãe de Madeira, fortalece a hipótese de os padrões e as regras familiares, terem enfraquecido a presença e a atuação das mulheres na família. Ao mesmo tempo em que ao assunto é da um novo significado e colocado como um desafio a Léa, no sentido de que através de seu esforço empreendido para restaurar seus filhos, já estar reconstruindo o lugar da mulher na família.

A participação de todos os membros na conversação começa a criar uma expectativa favorável na mãe e ela própria abre perspectiva para trabalhar o sistema familiar nuclear, em específico a vida íntima do casal.

DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF)

Material trabalhado na 3ª consulta de construção do DCCF: Constelação Paterna do Pai: O próprio cliente – pai e seu Pai – 6ª consulta desde o início do processo

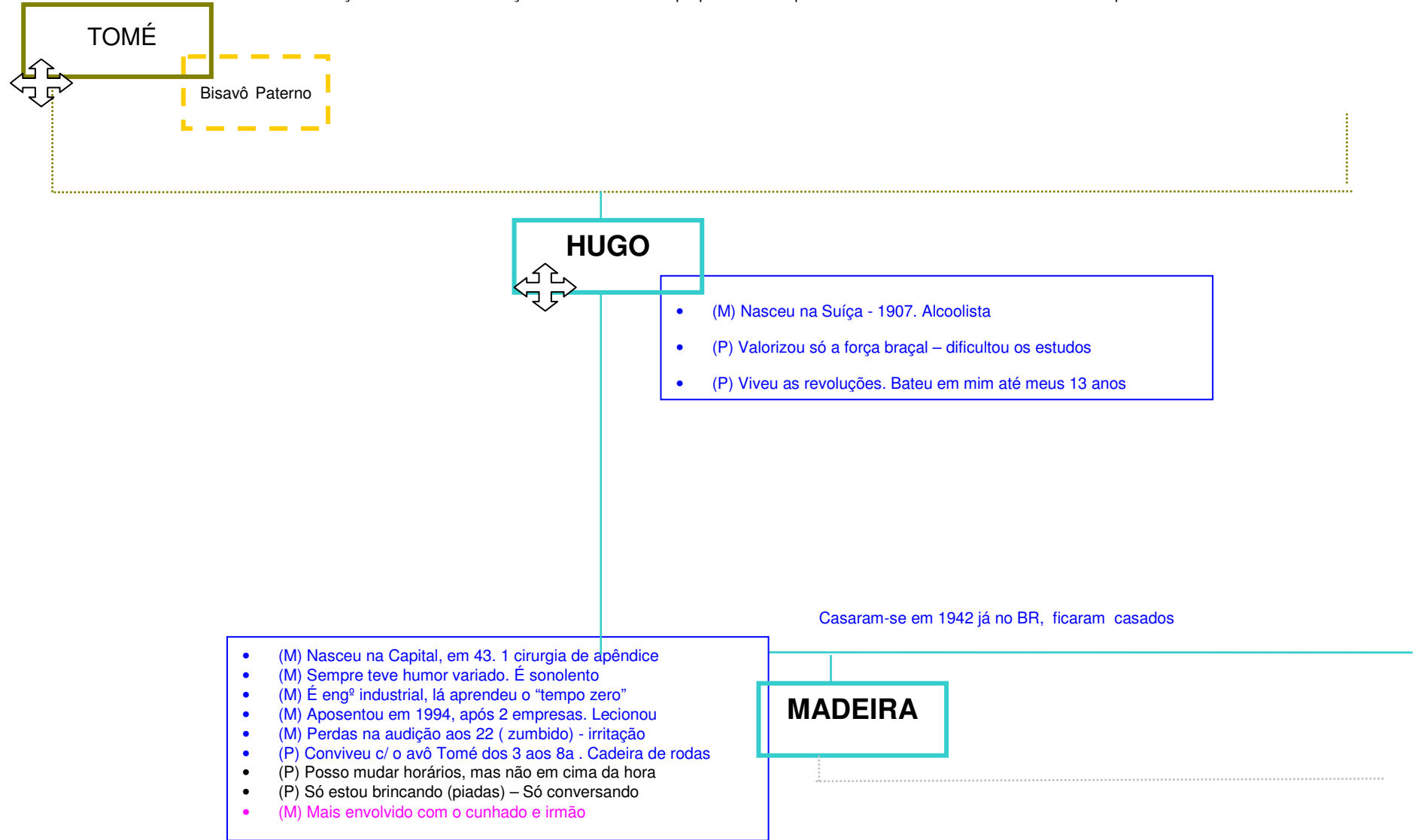
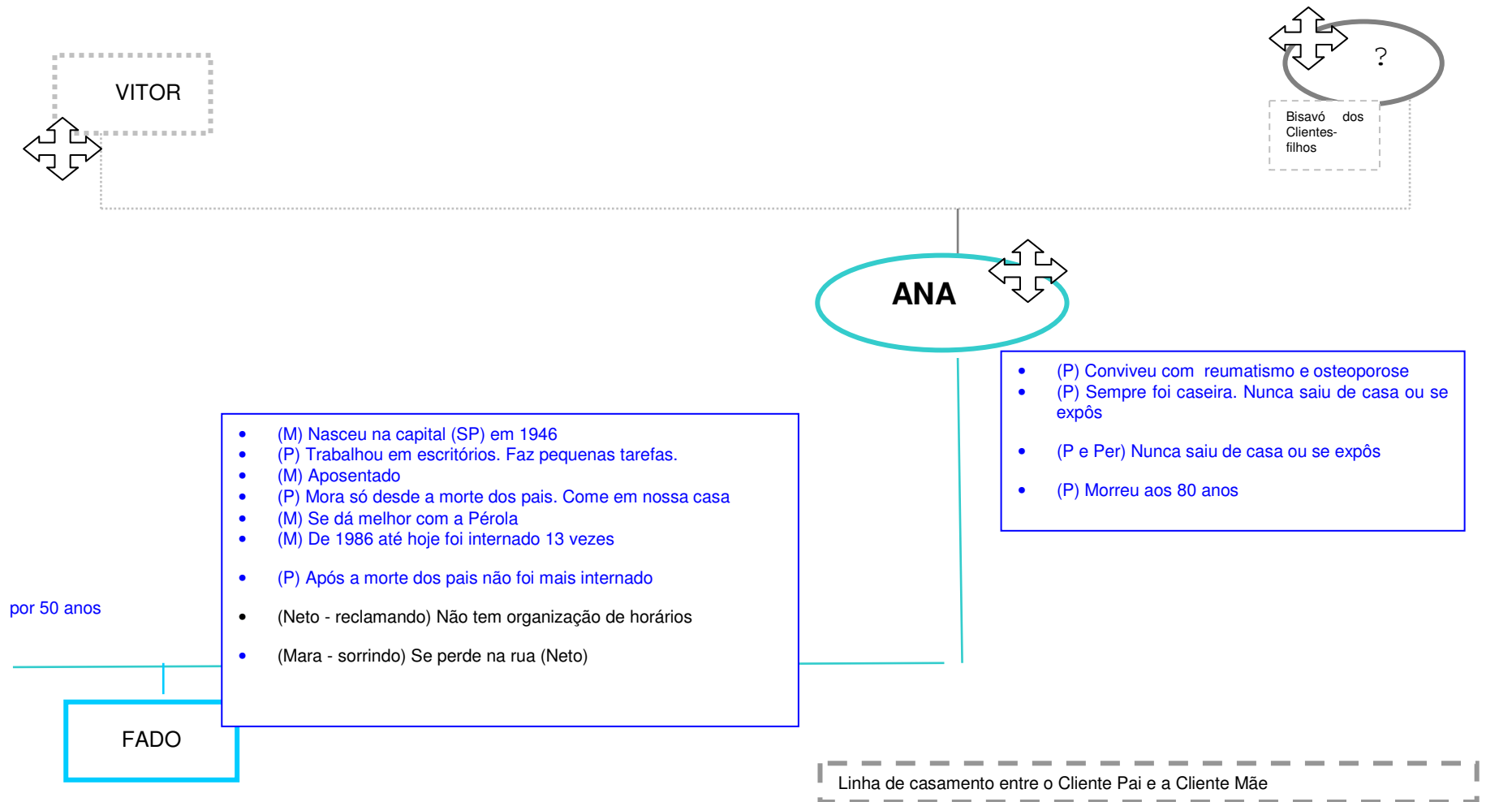


DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF)

Material trabalhado na 3ª consulta de construção do DCCF: Constelação Paterna – Mãe do Cliente Pai e seu irmão – 6ª consulta desde o início do processo



PREÂMBULO à 3ª SESSÃO DCCF, a 6ª DESDE O INÍCIO DO PROCESSO

A família senta-se na sala de atendimento dividida em subsistemas. Pode-se perceber o subsistema das filhas, do Pai com o filho e da Mãe com as duas moças.

DESCRIÇÃO DA 3ª SESSÃO DO DCCF	COMENTÁRIOS
<p>O Pai está sentado com o filho, no sofá; e a mãe e as duas filhas no sofá maior. As duas moças sentam-se lado a lado. O terapeuta coloca sua cadeira do mesmo lado das moças e do menino.</p> <p>As folhas do DCCF já estão afixadas no quadro.</p> <p>T para Madeira – Explica já saber que o nome de seu pai era Hugo. Convida-o a conversar um pouco sobre ele e verificar o que ficou na lembrança (indicando com a mão para todos).</p> <p>Léa – Informa que ele nasceu na Suíça. Um dos cantões suíços. Conversa com o marido acerca do ano exato e chegam à conclusão de ter sido em 1907. Comenta que desde que o conheceu foi sempre alcoólatra. Madeira – Interpela a fala da mãe dizendo ter sido devido à sua vida difícil na</p>	<p>A família guarda ainda uma disposição que revela o quanto estão separados. O Pai com o filhos e as mulheres.</p> <p>Introdução ao diálogo sobre a reconstrução da história familiar.</p> <p>Novamente o alcoolismo se faz presente em um dos homens.</p>

<p>Europa. Ressalta dizendo que sempre o trabalho do Pai fora duro e rude, desde a sua infância. Isso fez com que ele (Hugo) não valorizasse os estudos de ninguém e defendia que a vida era para ser trabalhada com as mãos e com isso dificultou ao máximo o acesso dos filhos à escola. Somente quando ficaram jovens e menos dependentes puderam deslanchar nos estudos. A filha mais velha questiona se ele tinha tido estudos. Pai responde que seu pai vivera o tempo das revoluções na Europa chegara participar de lutas armadas.</p> <p>Madeira – Continua, após a mãe explicar sobre a questão do marxismo, falando que o pai tornara-se duro no seu modo de se relacionar e batia nos irmãos e, nele, até os seus trezes anos. A lembrança que possui da infância e da adolescência é dele batendo muito nos filhos. Mãe comenta que isso era típico de pessoas da região leste da Europa.</p> <p>Madeira – Fala que seu pai se perdeu ao longo da vida. Não conseguiu se estruturar e nem a família. Por não ter profissão, sempre trabalhou como motorista, até que aposentou-se. Isso aconteceu Quando passou a ter convulsões e</p>	<p>Fala olhando para os filhos, como querendo dar uma mensagem, mas com ar de pesar.</p> <p>Os filhos e a mãe participam da conversa. O tema reúne a família.</p> <p>Refere-se ao fato de nada ter dado certo na vida de vários membros na família.</p> <p>Busca saber sobre os ataques e se há alguma referência</p>
---	---

<p>ataques de epilepsia.</p> <p>T – Amplia a discussão para as possibilidades de o casal atual inaugurar um novo tempo, a fim de o Filho poder ter uma nova história. Questiona mais sobre a saúde dele e, ainda, o Terapeuta pergunta se alguém viveu esse momento com o avô. A filha mais velha balança a cabeça afirmativamente.</p> <p>Pérola – Explica que viveu muito pouco com o avô. A mãe contesta afirmando que as duas tiveram um bom tempo com o avô. O menino diz não tê-lo conhecido e a mãe confirma a morte do avô no ano anterior.</p> <p>Terapeuta pergunta ao Pai sobre quando o pai morre. Madeira explicita ter sido em decorrência de um derrame e faleceu em 1985.</p> <p>T – Introduz a pessoa da avó perguntando como ela viveu nesse momento da doença.</p> <p>Madeira – Começa por dizer que sua mãe viveu os últimos anos com osteoporose e artrite reumatóide; com isso, ficou muito mais limitada em suas ações nesse tempo. Explica não ter visto desde a sua infância a sua mãe sair de casa. Afirma ter sido uma pessoa reclusa por toda vida. Tinha medo de sair de casa e a gerência das coisas da família e as compras eram feitas pelo pai.</p>	<p>explícita de de esquizofrenia.</p> <p>Como as pessoas reagem face à realidade da doença.</p> <p>Terapeuta prefere não fazer uma pergunta direta sobre se haveria indícios de uma doença mental para não parecer ofensivo.</p> <p>O comentário da idéia de quanto foram limitados na vida, enquanto casal, e na expressão de suas idéias.</p>
--	---

Conclui dizendo que não se lembrava da mãe ter saído alguma vez que fosse para lugares mais distantes ou para viagens. Ressalta que na velhice isso ficou muito mais evidente; ela viveu com eles por vários anos.

Madeira – Comenta a morte da mãe ocorrida em 1992, com 80 anos.

T – Faz uma linha ligando o avô Hugo à avó Ana significando o casamento entre ambos. Conversa sobre como foi o casamento deles. Tanto Madeira como Léa dizem que ambos viviam distantes um do outro, cada um dentro de seu mundo de medos. Comentam que ambos ficaram casados por cinquenta anos mesmo nessas condições. Léa diz que isso acontece muito com os casais, eles próprios eram exemplo disso.

T pergunta no geral: E quem é o mais velho entre os dois filhos do casal?

Pérola – responde ser o Pai. O tio é mais novo. Neto ri e diz baixinho que o tio ainda nem cresceu. Mara ri e Pérola se enfurece dizendo ser a doença. E ele necessita ser compreendido. Fala que no mundo as pessoas precisam entender as dificuldades dos outros e não viverem só de egoísmo.

Neto desqualifica e brinca com o quadro da esquizofrenia.

Terapeuta novamente busca uma

<p>Léa – Retoma dizendo que o cunhado nasceu aqui mesmo na capital (SP). Conversa com o marido e afirmam ter sido em 1946.</p> <p>T – Diz estar com a impressão de o Fado ser doente, inválido.</p> <p>Madeira - Diz que seu irmão trabalhou até os 30 anos em escritório e ter ficado bastante tempo trabalhando em contabilidade. Hoje faz suas pequenas tarefas como arrumar seus livros, tomar seus remédios e acompanhar Neto até a escola. Conta que costumam dar a ele pequenas tarefas para mantê-lo ocupado e com sentimento de utilidade.</p> <p>Léa – Interrompe e diz que ele aposentou-se por doença.</p> <p>T – Questiona com os filhos sobre qual doença levou o tio a aposentar-se e eles não respondem com clareza. Dizem que foi doença da cabeça.</p> <p>Léa - Explicita ser esquizofrenia (faz gesto ao marido com a boca, como que lamentando-se).</p> <p>T – Pergunta como é a esquizofrenia que o tio vive.</p> <p>Madeira - Expõe que o irmão mora só desde a morte dos pais. Ele e sua família fazem a limpeza e</p>	<p>referência mais explícita da esquizofrenia.</p> <p>Procura incluir as moças na discussão da doença. Pai responde antes pelas moças evitando a participação direta delas.</p>
---	---

<p>a administração geral, e o irmão faz as refeições diárias com eles. Tanto o almoço, como o jantar, e o café. Acrescenta não ser confiável deixá-lo cozinhar grandes coisas.</p> <p>Neto – Brinca - diz que o tio já esqueceu o gás ligado e a casa aberta.</p> <p>T – Pergunta sobre a maneira de o tio se relacionar com eles.</p> <p>Mãe – Explica que o tio se dá melhor com a filha Pérola. E a filha afirma para a mãe – contrariada – que é por ele ajudar na matemática. O irmão faz uma gozação de que os dois ficavam balançando a cabeça e a mão (imita o movimento repetitivo da irmã). Pérola contrai a fisionomia do rosto – postura retraída no corpo. Mara ri alto e mexe no braço da irmã.</p> <p>Pai – Fala bastante alto com Mara e Neto para eles não provocarem a ira da irmã. Pela altura da voz - clima constrangedor - há logo um silêncio.</p> <p>Léa - Retoma, quebrando o silêncio, e informa que o cunhado já ficou treze vezes internado em manicômios.</p> <p>T – Pergunta em que tipo de instituições isso aconteceu, ao que, o casal comenta citando diversas instituições da cidade.</p>	<p>Brinca com o quadro e a pessoa do tio.</p> <p>Revela não gostar da associação de ser próxima do tio.</p> <p>Neto desqualifica pela imitação dos movimentos repetitivos. O quadro da esquizofrenia se organiza.</p> <p>Mãe procura re-organizar a família através da continuidade da conversa.</p> <p>Revela o quanto os pais eram comprometidos</p>
---	--

<p>Madeira – Interrompe a mulher – diz que isso só aconteceu antes da morte dos pais. Após isso, não houve outra internação. Ele estava conseguindo controlar-se.</p> <p>T – Introduz a pessoa do próprio pai na conversação e pergunta (dirigindo-se para todos) onde ele nasceu.</p> <p>Léa – Indicando com o dedo a pessoa do marido, diz que ele nasceu em SP em 1943.</p> <p>T – Pergunta como é a saúde do esposo.</p> <p>Léa - Conta que o esposo fez apenas uma cirurgia do apêndice.</p> <p>Léa - Também diz que o problema é o humor instável do marido, nunca se sabe o que vai acontecer no momento seguinte, e é sonolento. Gosta de dormir.</p> <p>Madeira - Corta a fala e diz ficar irritado quando a esposa e as moças se atrasam. Pontua que isso ocorre em todos os compromissos. Inventam de pentear os cabelos e trocar a roupa cinco minutos antes da hora marcada para sair.</p> <p>Léa – Confronta-o dizendo que pedir seria algo sensato. Ele grita com todos.</p> <p>Madeira – Reclama por ter essa responsabilidade de levar cada um a um lugar</p>	<p>mentalmente e contraditórios na vivência dos vínculos familiares.</p> <p>Desqualifica o esposo.</p> <p>Denúncia a contradição existente no esposo.</p> <p>Parece ganhar confiança no processo e confronta o esposo na frente dos filhos e não mais de forma disfarçada como fazia.</p>
--	---

<p>diferente. Sobrecarrega a todos. Explica que as moças realmente têm dificuldades para se vestir e pentear-se e por isso mesmo deveriam começar muito antes.</p> <p>T – Pergunta desde quando ele está assumindo o ônus de levar todos a todos os lugares.</p> <p>Madeira – Responde que há pouco tempo, particularmente depois do problema com as moças. Antes, porque os filhos eram ainda crianças.</p> <p>Léa – Cita que tem sido difícil desde que o esposo aposentou-se em 1994. Elogia-o, por ter-se aposentado após ter trabalhado apenas em duas grandes empresas. Ainda diz que ele tem muitos méritos e que já deu aulas em cursos técnicos profissionalizantes. Conta ter perdido parte da audição enquanto trabalhava e que o esposo ficou com um zumbido na cabeça, a aparente razão para o nervosismo.</p> <p>Neto – Pergunta quando foi isso.</p> <p>Madeira – Informa ter ocorrido aos 22 anos e por muitos anos conviveu com o zumbido. Na época, ele se sentia irritado com qualquer barulho ou coisa.</p> <p>T – Pergunta se a convivência com o avô</p>	<p>Busca dar-lhe oportunidade de expressar suas dificuldades e vazão equilibrada de suas emoções.</p> <p>Confunde-se ora desqualificando, ora reconhecendo-o.</p> <p>Filhos dão indícios de que acompanham a conversa do casal.</p> <p>Amplifica a discussão para outros membros da família.</p>
--	--

<p>doente em sua casa não exacerbou a situação.</p> <p>Léa - Pondera que não, uma coisa não é mais grave que a outra. Acontecem todas juntas.</p> <p>Madeira – Interrompe a esposa e diz que conviveu com o avô por mais ou menos três anos até no máximo oito. Nesse tempo lembra do avô em cadeira de rodas.</p>	
--	--

DISCUSSÃO DESSA 3ª SESSÃO DO DCCF

Na distribuição dos membros da família, no espaço da sala de atendimento, embora guarde as mesmas posições da 1ª e da 4ª sessões do processo, já há uma maior interatividade e flexibilidade entre os membros da família.

[Mara

Pérola

Mãe__]

T

[Neto

Pai]

A conversação que vem ocorrendo com maior freqüência entre o Pai e a Mãe, tem menor intensidade de agressividade. Ao conversarem o volume da voz se

mantém e olham-se, assim como para os filhos. Essa mudança no padrão conversacional dá indícios de que o padrão rígido de acusarem-se mutuamente de forma simétrica pode vir a ser alterado. O terapeuta percebe que os filhos se sentem mais livres para fazer seus comentários e expressar suas opiniões.

A descrição do pai acerca do relacionamento dele próprio com seu pai, remete, a todos do sistema terapêutico, à discussão de qual idéia de pai foi passada ao avô dos filhos e quais as crenças que agora regiam o comportamento do Pai com os filhos. De igual forma, abriu-se a possibilidade de conversar sobre os padrões de tratamento dos esposos para com suas esposas nas gerações da família.

Outro tema discutido foi a crença de a vida dos homens não ter dado certo e foi visto quanto é uma realidade na família paterna. O assunto é ressignificado como uma oportunidade para a família plantar um novo futuro, particularmente para o garoto.

Retorna o tema do isolamento da avó e da possibilidade de as mulheres correrem à margem dos embates vividos na família. A mãe argumenta que acredita não ser essa a sua situação. Ao comentar que ela mesma não se via assim, mas a situação se impôs contra ela; reflete bem sobre o quanto o sistema familiar norteia as ações individuais dos membros.

Face aos problemas que vieram a existir no casamento e no âmbito de sua família, percebe-se o Pai se recolhendo ao seu interior, dando como explicação um zumbido na cabeça que o deixa irritadiço quando interage com seus familiares.

DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF)

Material trabalhado na 4ª consulta de construção do DCCF: Constelação Materna: Avós Paternos, Pais e tio – 7ª consulta desde o início do processo

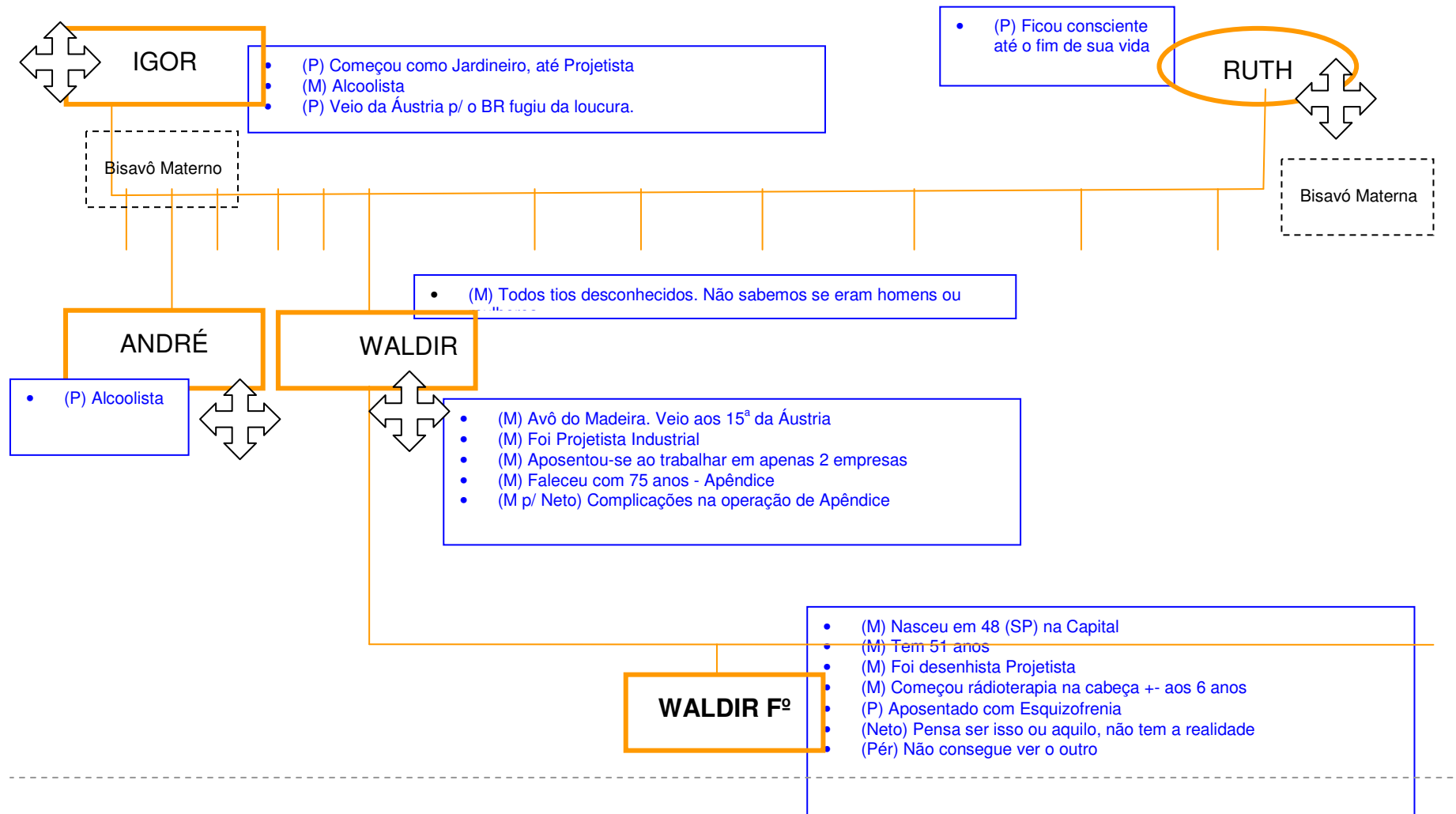
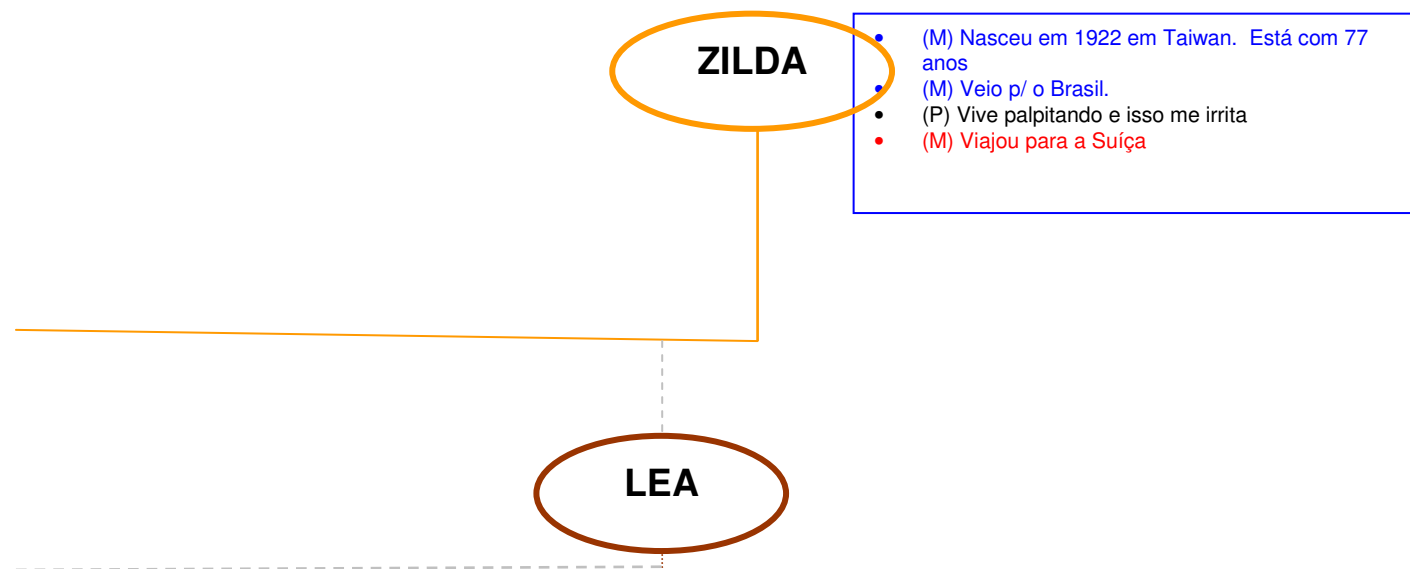


DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF)

Continuação do material trabalhado na 4ª consulta de construção do DCCF: Elaboração da Constelação materna – Mãe da cliente mãe – 7ª consulta desde o início do processo



PREÂMBULO à 4ª SESSÃO DO DCCF, a 7ª DESDE O INÍCIO DO PROCESSO

DESCRIÇÃO DA 4ª SESSÃO DO DCCF	COMENTÁRIOS
<p>T – Pergunta pelo nome do bisavô: quem foi o pai do pai da Léa. (riem da forma como é feita a pergunta).</p> <p>Madeira – Antecipa-se e diz que ser Igor. Começa a falar que o mesmo trabalhou como Jardineiro na Europa Oriental e tornou-se um grande conhecedor da arte de fazer um jardim. Depois começou a estudar nos empregos que conseguiu e veio formar-se como Desenhista Projetista Industrial.</p> <p>Léa - Corta o esposo para falar que seus pais diziam que ele foi alcoólatra. Madeira rebate dizendo ser difícil saber, por ser o que os outros falam.</p> <p>Léa – Não faz menção de responder, mantém-se em silêncio.</p> <p>Madeira – Continua dizendo que o bisavô da esposa fugiu da Áustria para o Brasil, no tempo da guerra, devido à loucura que lá se tornou. Fugiu para não ficar louco.</p> <p>- Faz silêncio e a descrição não prossegue.</p> <p>T – Indaga sobre com quem ele foi casado.</p> <p>Madeira – Informa que foi com a Ruth. Comenta que segundo os parentes, ela ficou consciente até o fim da vida.</p> <p>- Como não há outras participações o Terapeuta pergunta pelos filhos do casal.</p>	<p>Estão chegando mais descontraídos para as consultas.</p> <p>Pai está bastante entrosado e participativo e vem conquistando um espaço no grupo.</p> <p>O casal diverge, principalmente quando ela fala algo não favorável a algum dos homens.</p> <p>Fala dirigindo-se para os filhos com ar de tristeza.</p> <p>Ressalta que viveu por muitos anos com boa lucidez.</p>

<p>Léa – Responde não ter tido notícias sobre eles. Seu pai não teve contato por terem permanecido na Europa. Não sabe dizer se são homens ou mulheres.</p> <p>Madeira – Interrompe dizendo que um deles veio junto com o sogro para o Brasil. E este, dizem ser alcoólatra. Léa acrescenta ser verdade, mas nada saberem do paradeiro dele desde a sua chegada ao Brasil. Acrescenta que lembra dos pais dizendo ser o 2º filho e o nome André.</p> <p>Pérola – Pergunta qual dos filhos era o avô.</p> <p>- Os pais conversam entre si sobre o que ouviram dos pais de Léa sobre isso e dizem ser provavelmente o 5º ou 6º, porque o pai referia-se a outros irmãos mais velhos nos seus comentários.</p> <p>Léa – Afirma saber que eram 12 filhos. Mas não tinha conhecimento de quem era quem, dos mais novos; seus pais não fizeram referências sobre isso.</p> <p>- Terapeuta busca encontrar o lugar para escrever o nome do Pai de Léa.</p> <p>- Todos participam e a conclusão é que, vindo do mais velho, desconhecido também, deveria estar em 6º lugar.</p> <p>T – Pergunta, direcionado aos filhos, o local de nascimento do avô, ao que balançam a cabeça expressando não saberem.</p> <p>Léa – Conta que seu pai nasceu na Áustria mas não conhece pessoalmente a região. Fala que seu pai veio para o Brasil aos 15 anos.</p> <p>Mara – Comenta que o avô veio para o Brasil com a idade que tem agora.</p> <p>Mãe – Concorda e ressalta que como o Pai (Igor) ele foi Projetista Industrial. Explica que seu pai conseguiu destaque nas duas empresas em que</p>	<p>Faz gestos com as mãos e rosto como que lamentando-se porque não tiveram notícias dos parentes.</p> <p>Madeira concorda com a esposa sem discussão.</p> <p>Já há momentos que têm um diálogo entre eles.</p> <p>O casal e os filhos conversam sobre quem</p>
---	---

trabalhou na vida e veio aposentar-se trabalhando nelas. Expressa ser, esse fato, para ela, relevante porque é difícil alguém encontrar pessoas que trabalhem por tanto tempo em uma empresa e se aposentem tendo trabalhado em apenas duas empresas.

Pérola – Comenta que o pai dela (Madeira) aposentou-se após ter trabalhado em apenas duas empresas.

- Madeira sorri e todos o acompanham.

Léa – Esclarece ao Terapeuta que seu Pai faleceu em 1975, com 75 anos de idade. Comenta ter morrido cedo e que sua família costuma viver muitos anos.

Neto – Pergunta a causa de o avô ter morrido cedo.

Léa – Explica que houve problemas no Apêndice e, após uma cirurgia, houve problemas.

T – Pergunta se a avó Zilda também nasceu na Áustria.

Léa – Explica que seus avós foram trabalhar na Ilha de Taiwan e a sua mãe nasceu nessa Ilha. Ressalta que sua mãe está com 77 anos de idade e que nasceu em 1922. Comenta que ela tem um temperamento forte e decisivo e ainda hoje administra sua própria vida, além de cuidar de seu irmão.

T – Questiona se esse foi o que apareceu no início do Genograma, com o diagnóstico de Esquizofrenia.

Léa – Confirma. Acrescenta que sua mãe sempre teve um estilo independente e até hoje ministrava aulas à neta das línguas que sabia falar, particularmente o Inglês, ressaltando que a filha mais velha havia aprendido o que sabe do Inglês com a

era citado ou lembrado pelo avô. Mara já participa do clima da conversa e não está tão dispersa como nas primeiras consultas.

Pérola vê-se ligada a mãe. São duas mulheres com um caminhar parecido. Mãe ajuda-a fazendo pequenos comentários dando maiores detalhes.

Expressa satisfação com o reconhecimento.

Pai e filhos acompanham a sua fala.

<p>ajuda dela.</p> <p>T – Pergunta se Léa sabe falar Inglês ou uma outra língua. Ela responde que sabe um pouco do Austríaco. Conversa com Pérola sobre o que foi ensinado a ela, se apenas a gramática ou também a pronúncia; e ela explica que ambos mas acabou aprendendo mais gramática do que pronúncia. Referindo-se aos comentários do Terapeuta diz que sua avó tinha muita paciência com ela. A avó também a havia ensinado tocar piano, fazer tricô e bordados. E, por volta dos 12 anos, morou 2 dois anos na casa da avó.</p> <p>- T pergunta à mãe sobre os motivos que a levaram a deixar a filha morar dois anos fora com a avó.</p> <p>Mãe – Sorri e diz que a avó gosta demais da meLéa.</p> <p>Neto – Interfere dizendo que ela era muito chata, não se dava bem com o pai e, por isso foi morar com a avó.</p> <p>Mara – Aponta com o dedo rispidamente dizendo que era isso ai mesmo. (O Pai apenas assistiu)</p> <p>Léa – Pondera que isso acontecia, que havia atritos entre ambos, mas esse não foi o motivo único e nem maior. Explica que foi um modo de agradar a avó.</p> <p>T – Insiste em conversar sobre a possibilidade de ter ocorrido algum fato mais marcante entre a filha e o pai para a saída de casa da filha.</p> <p>Léa – Fala que não houve. Apenas ele ser agressivo demais, grita sem ninguém esperar e já expulsou as filhas de casa por chegarem além do horário marcado.</p> <p>T – Pede maiores detalhes e a mãe explica que</p>	<p>Fala com voz calma e explica com detalhes como a avó ensinou. Inclusive faz menção e gestos de como deveria esticar os dedos no piano. Estende suas mãos para mostrar como são mãos treinadas.</p> <p>Neto fala com a cabeça baixa, não dirigindo para ninguém em especial.</p> <p>Mara surpreende a todos com a sua irritação.</p> <p>Procura mediar e evitar que acabe em discussão.</p> <p>Terapeuta procura, por maiores motivos, o que a equipe dos profissionais em suas reuniões vinham hipotetizando. Como um abuso sexual ou</p>
---	--

<p>as filhas estavam nos vizinhos e chegaram mais tarde, cerca de nove horas (na realidade está se referindo a 21 horas) e o pai as expulsou de casa trancando a porta com elas na rua. Só depois de muita discussão ele voltou atrás.</p> <p>Madeira – Interfere falando alto que ela não sabe o que quer. Ora deixa, ora não deixa e não tem firmeza e nem opinião. Por isso, não serve como exemplo para as filhas.</p> <p>Léa – Confronta-o dizendo que ele fala sobre exemplo devido ao seu peso estar fora de controle, mas ela não queria estar pesando tanto, está fazendo todos os tratamentos possíveis. Dirige-se ao terapeuta e diz haver coisas que somente sozinha poderia dizer.</p> <p>T – Argumenta estarem trabalhando para que todas as coisas possam ser ditas com toda a família. E se houver algum assunto apenas do casal um dia chamará só o casal. Pergunta se ela está de acordo. Esta com um gesto de sua cabeça afirma que sim.</p> <p>Léa – Retoma o tema sobre sua mãe e fala que ela veio para o Brasil logo após seu casamento.</p> <p>- Terapeuta conversa sobre ser difícil levar todos a uma conversa, mas não impossível; é discutido os resultados já apresentados, como muitas vezes todos conversando sobre a família. Pergunta a cada um dos filhos se estão se percebendo como participantes da conversa e estes dizem que sim. Terapeuta pergunta a cada um se querem continuar no processo e afirmam que sim. A mãe acrescenta que sim por esta ser uma última tentativa, porque tem medo de que algo ocorra com o menino, como já aconteceu com as meLéas.</p> <p>T – Concorda com ela de que os esforços</p>	<p>violência física.</p> <p>Pai bastante tenso e corado.</p> <p>Expõe sua fraqueza e quanto o casal está distante um do outro.</p> <p>T procura reorganizar o sistema e manter o foco no tema que está sendo discutido.</p> <p>Terapeuta indeciso mostra-se temeroso de que levem para casa a discussão e procura dar um fechamento à questão.</p> <p>Mãe volta a defender as moças como Pacientes Identificadas.</p>
---	---

estão sendo direcionados nesse sentido, pois o menino está correndo um risco grave face às discussões e aos desentendimentos pelos quais a família está passando. Somente o aprofundamento nas discussões poderá levar a uma solução.

Léa – Reafirma que todos estão ali para entender por que as meLéas ficaram doentes e para se prevenirem quanto aos outros.

T – Puxa sua cadeira para o lado de Dona Léa e, próximo a ela, diz que é muito bom ver todos comprometidos com a busca de uma explicação e que para entender melhor ainda gostaria de conhecer o irmão dela. (Segura-a pelo braço enquanto está falando com ela. Dona Léa sorri e faz gestos afirmativos com a cabeça). Diz para o terapeuta que seu irmão nasceu na Capital e é um ano mais velho que ela. É de 1948, seu nome é Waldir.

T – Ressalta que possui o mesmo nome do pai dele.

Léa - Confirma e diz que hoje ele tem 51 anos. Comenta ter aprendido a ser Desenhista Projetista e chegado a trabalhar por alguns meses com isso.

Madeira – Ressalta que embora soubesse fazer o trabalho não conseguia manter a rotina de ir ao trabalho e nem assumir a responsabilidade do emprego.

Léa – Comenta que ele começou a fazer Radioterapia na cabeça aos seis anos de idade devido à doença.

Madeira – Com ar de lamento, diz que ele também se aposentou por esquizofrenia.

Neto – Com um riso desolado diz que o tio pensa ser isso ou aquilo e não tem senso da realidade.

A mãe volta a focar na doença e na tentativa de colocar o garoto como possível bode expiatório para a situação.

T ressignifica a fala alterando o que foi dito, como sendo um sinal de comprometimento da parte deles todos. Busca fortalecer sua aliança com a mãe.

Agora é o Pai que desqualifica a figura masculina. A razão seria a discussão anterior e a pessoa em discussão agora ser o irmão de dona Léa.

O Pai reforça a desqualificação, mas fica pesaroso quando percebe que suas filhas padecem da mesma

<p>T – Pergunta mais sobre o que venha a ser um senso da realidade. E o Neto fala que é saber as coisas como elas realmente são e não como alguém imagina que seja. T pergunta à Mara o que venha ser um senso da realidade e esta, diz não saber, sorrindo. (Depois da irritação com a irmã, tem ficado entretida no decorrer da conversa com várias balas que pegou para chupar e fica a olhar cada um que fala, porém sem participar verbalmente).</p> <p>Pérola – Ressalta que o tio não consegue enxergar o outro, apenas a si mesmo, independente do que esteja ocorrendo e ela mesma já percebeu que ver o outro é muito necessário. Tanto para compreender o outro como para saber como agir em cada situação.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Mãe sorri e diz ser esse o lado de sua família. E não haver muito para festejar. - Terapeuta comenta que ela é privilegiada por ter a oportunidade de mudar, o quanto possível, a história. - Há o fechamento falando da próxima consulta em quinze dias. 	<p>desqualificação.</p> <p>Pelo sorriso que Mara deu ao ser indagada pelo terapeuta, mostra que está fazendo alguma aliança com o terapeuta.</p> <p>Está conseguindo distinguir-se da doença. Enxergando-se como uma pessoa portadora de uma doença.</p>
--	--

DISCUSSÃO DESSA 4ª SESSÃO DO DCCF

O início da sessão é descontraído e o Pai está aliado ao processo. Sua participação tem sido cada vez mais ativa durante os atendimentos.

Embora ainda haja uma desqualificação do avô de Madeira, por parte de sua esposa, ele já consegue responder com a voz em baixo volume e usar expressões que não amedrontam a esposa e as filhas. Porém, seu comportamento vem trazendo maior equilíbrio na conversação do casal e condição das filhas.

O fato de buscarem informações entre si, evidencia, no casal, como as relações sociais entre os parentes são escassas na família, embora residam no mesmo Estado. E também desconhecerem o paradeiro de grande número dos parentes. Uma repetição das gerações anteriores, que perdiam seus filhos ao se mudarem de país.

A participação espontânea de Mara na conversação, dá-nos a indicação de sua integração na circularidade do sistema terapêutico também de o quanto a diminuição na dosagem da medicação, feita pela subequipe dos psiquiatras, tem lhe permitido uma função mais dinâmica nas relações familiares e não mais aquela rigidez pobre, utilizando o termo de Kaplan (1984), do início do processo terapêutico.

A forma participativa que vem tendo o Pai, tem lhe rendido olhares, gestos e pequenos comentários afetivos. A sua reação de sorrir quando o comentário é expresso e de todos os outros sorrirem, é de manifesta satisfação. A sua posição na hierarquia familiar tem sido resgatada paulatinamente. Minuchim (1982) explorou as mudanças que o resgate da hierarquia traz ao funcionamento da família, dizendo que, com isso, os filhos saem da função parental. Nesse caso, a filha mais velha tem um alívio no seu papel, pois a mãe não sente tanta necessidade de buscar apoio nela, uma vez que vislumbra a possibilidade de apoio no próprio marido.

A participação do filho mais novo, também espontânea, é indício de que o sistema familiar caminha para mudanças quanto ao reconhecimento da possibilidade de os filhos não serem fracassados, mas sim serem fortes o bastante para opinar, e também quanto ao fato de as filhas serem reconhecidas como portadoras de uma doença, mas não incapacitadas mentalmente. Ainda que sejam mudanças de primeira ordem, pode-se verificar alguma reorganização no sistema familiar.

No decorrer da consulta, a família recorre aos mecanismos padronizados de comunicação simétrica e ao estabelecimento de um membro P.I., transformando toda a conversação em acusatória; e, da parte do casal, numa comunicação de duplo vínculo.

Também percebe-se que a mãe procura um encontro individual para si, muito provavelmente para estabelecer uma aliança com o terapeuta em relação ao conflito contra o esposo; tal como indicado por Andolfi (1984) quando explica que a família procura envolver todo membro externo que se aproxima dela, em seu roteiro cristalizado. Alerta que o terapeuta necessita se confrontar com cada um procurando estabelecer seu papel de expert - que nessa situação ficou em cheque. No momento seguinte, procurar sair desse papel e, novamente, introduzir-se como um membro do sistema interessado na compreensão dos assuntos familiares. Todos nessa sessão aceitam, mas o terapeuta sabe tratar-se de uma pequena pausa. A possível colocação do menino como o novo P.I. na família, é a forma da mãe ameaçar qualquer mudança em curso. O Terapeuta utiliza-se de uma redefinição ao responder a tal confrontação. Concorde com o risco sobre o filho e estabelece que somente a conversação sobre os padrões interacionais poderá salvá-lo. Essa postura do terapeuta gera uma desorganização na forma de funcionamento do sistema familiar, porque sabem que quanto mais discutirem sobre seus padrões, maior a possibilidade de mudanças. Mas como evitá-lo sem fazer frontalmente? E

ainda, aquele que ameaçar a discussão dos padrões, será tido como alguém que quer o mal do outro na família; algo inaceitável nesse contexto terapêutico.

Ao sair de seu lugar e segurar o antebraço da mãe, o Terapeuta lhe diz estar procurando dar conta de suas necessidades afetivas e a convida para segui-lo no percurso terapêutico. Ao mesmo tempo em que estabelece para os outros membros da família não haver um clima de competição ou agressividade; mas de coesão, unidade.

Na seqüência dessa conversa de enfrentamentos, surge a informação de um novo membro portador de um quadro esquizofrênico na família. Isso indica que as ações anteriores foram direcionadas para avaliar a capacidade do terapeuta de dar sustentação a tal realidade, como já mencionamos em nossa exposição teórica quando tratamos do fato de a família testar o terapeuta em cada seqüência, procurando averiguar sua capacidade de encontrar caminhos alternativos àqueles construídos pela família e já cristalizados como padrões relacionais.

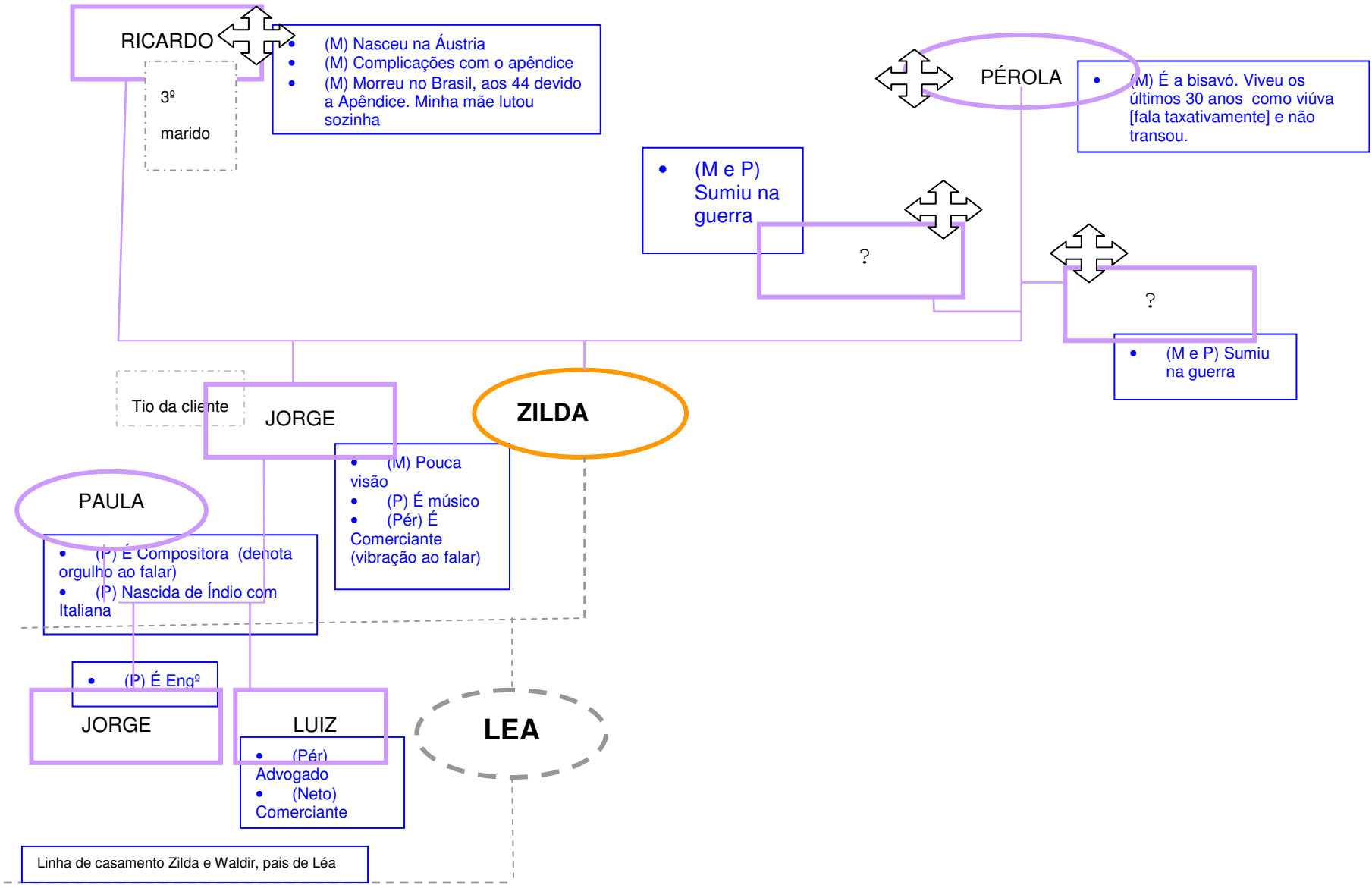
Como Cerveny (1994), postulamos que o passado não impõe de forma determinista, ao sistema atual, qual deva ser a repetição. Acreditamos que os familiares em sua trama relacional, selecionam elementos do passado - histórias, comportamentos, crenças, regras, rituais -, que serão inseridos na construção familiar atual. A cada uma desses elementos a família e os membros em particular, vão construindo significados próprios, fazendo com que a escolha no passado passe a ter um contexto atualizado. Quando temos uma doença como o elemento a ser repetido, cremos ser ela própria a versão atualizada da repetição.

A Filha mais velha começa a esboçar certa clareza sobre a sua expressão interna e social não necessitar ser de uma esquizofrênica, como o padrão estereotipado exige. Mas de ser uma pessoa com um certo grau de comprometimento devido a uma doença presente. Conseqüentemente sua

exposição social está se tornando bem mais equilibrada.

DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF)

material trabalhado na 5ª consulta de construção do DCCF: Elaboração da Constelação materna – Avós maternos, tios da cliente mãe - 8ª consulta desde o início do processo



PREÂMBULO à 5ª SESSÃO DO DCCF, a 8ª desde O INÍCIO DO PROCESSO

DESCRIÇÃO DA 5ª SESSÃO DO DCCF	COMENTÁRIOS
<p>- O Pai sentou com as duas filhas e a mãe com o menino. O Terapeuta está ao lado das moças em uma cadeira.</p> <p>T – Convida a todos a trabalharem na família dos pais da mãe de Léa. E gostaria de começar pela pessoa do bisavô dela.</p> <p>Léa – Responde que seu nome era Ricardo.</p> <p>T – Pergunta se esse era um nome comum onde ele nasceu. Mãe não sabe dizer e todos sinalizam que não fazem idéia.</p> <p>Léa – Acrescenta que o avô Ricardo, nasceu na Áustria, mas também não sabe dizer mais nada sobre o lugar.</p> <p>T – Pergunta sobre a saúde dele.</p> <p>Léa - Ouviu seus pais falarem que o avô teve inflamação no apêndice durante muito anos e isso abalou sua saúde. E o apêndice o levou a falecer aos 44 anos, já morando aqui no Brasil.</p> <p>T – Pergunta se os netos sabem como a avó reagiu à morte tão prematura do avô. Estes fazem gestos negativamente.</p> <p>Léa – Conta que sua avó não mais teve relacionamentos com outros homens. Ficou sozinha todo o tempo, e durante todos esses anos lutou pelos filhos. Sua dedicação foi total, nunca mais namorou ou transou. Colocou os filhos acima dela mesma.</p> <p>Madeira – Pondera que foi uma vida de</p>	<p>Organização espacial no sofá não é estruturada como antes.</p> <p>Sustenta a circularidade no sistema.</p> <p>O desconhecimento de fatos sobre os familiares ainda é notório.</p> <p>Sustenta o isolamento das mulheres.</p> <p>Justifica, através da</p>

<p>dedicação.</p> <p>Léa – Explica que isso pode ter ocorrido pelo fato de a avó ter tido um primeiro marido na Europa, do qual ninguém sabe qualquer coisa. E a avó também casou-se uma segunda vez e esse marido foi para a guerra e desapareceu. Ninguém soube mais dele. Com a morte do terceiro, ela deve ter se desiludido e preferido ficar somente com os filhos.</p> <p>T – Pergunta quantos filhos teve a avó.</p> <p>Léa – Diz que dois. Sua própria mãe e um tio.</p> <p>T – Pede para falar sobre o mais velho. O que ressaltar dele e da sua saúde.</p> <p>Pérola. – Fala que é o tio Jorge.</p> <p>Léa - Informa que o tio possui pouca visão, usa óculos fortes.</p> <p>Madeira - Acrescenta que ele é músico e tem uma turma de alunos.</p> <p>Pérola. – Interfere dizendo não ser isso. O tio tem uma loja. Os pais explicam que o casal faz as duas coisas simultâneas.</p> <p>T – Ao ver mencionada a mulher do tio, pergunta por ela.</p> <p>Madeira – Sorrindo e com voz alta diz que ela é compositora.</p> <p>- Todos concordam.</p> <p>Madeira – Explica que a compositora é descendente de Bugres aqui do Brasil e de Espanhóis, o que lhe rendeu raros talentos.</p> <p>Léa – Apenas acompanha a fala do marido.</p> <p>Madeira – Aponta com o dedo para o DCCF e diz que o casal teve o filho Jorge – o mais velho, e é engenheiro. E também teve o filho Luiz.</p> <p>Pérola – Acrescenta que ele é engenheiro.</p> <p>Neto – Corrige a irmã falando que o Luiz tem</p>	<p>crença na dedicação, o isolamento das mulheres.</p> <p>Demonstra sua empolgação com um casal com realizações em conjunto.</p> <p>Investe na descrição de um ramo familiar de sucesso.</p>
--	--

<p>comércio.</p> <p>Leá – Explica que ele e a esposa assumiram o negócio dos pais. Acrescenta que agora viria a sua mãe, que nós já temos no Diagrama.</p> <p>A sessão é encerrada com os detalhes da próxima consulta.</p>	
---	--

DISCUSSÃO DESSA 5ª SESSÃO DO DCCF

A família guarda posições de sessões anteriores, mas a interação entre os membros já tem maior significado do que a disposição física.

A seqüência das informações são prestadas em um clima de tranqüilidade. Todos estão calmos nessa consulta e há forte interação entre eles.

Desde as consultas iniciais tem se notado, apesar de haver grandes dificuldades na comunicação simétrica do casal, de uma precária vida sexual entre o casal e de poucas perspectivas que vislumbram para as filhas, sempre haver um forte respeito entre todos. Esse fator tem contribuído o surgimento de um terreno fértil, no qual as mudanças possam se estabelecer.

Aparece, na conversação, uma outra avó que fez a opção por uma vida sem um esposo ou companheiro. Antes de afirmarmos categoricamente, ser essa uma opção pelo isolacionismo, preferimos ter cautela no uso dessa conotação, uma vez que, como nos indica Medina (1974), as famílias possuíam um estilo de vida patriarcal até pouco tempo atrás e as relações eram condicionadas por uma segregação entre o mundo dos homens e o mundo das mulheres. As mulheres, particularmente, ficaram restritas a um papel tipicamente doméstico, expresso pela passividade desde a hora da escolha do parceiro, até a escolha de suas atividades. Também Lazarus (1992), quando discute os mitos que embalam as pessoas em seus casamentos, e, por conseguinte, a própria sociedade, chama a nossa atenção para o fato de ter de ir para um outro relacionamento poder ser uma imposição social e não necessariamente uma necessidade pessoal.

Assim, antes de ser uma repetição de um padrão geracional, podemos estar tratando com uma condição imposta socialmente.

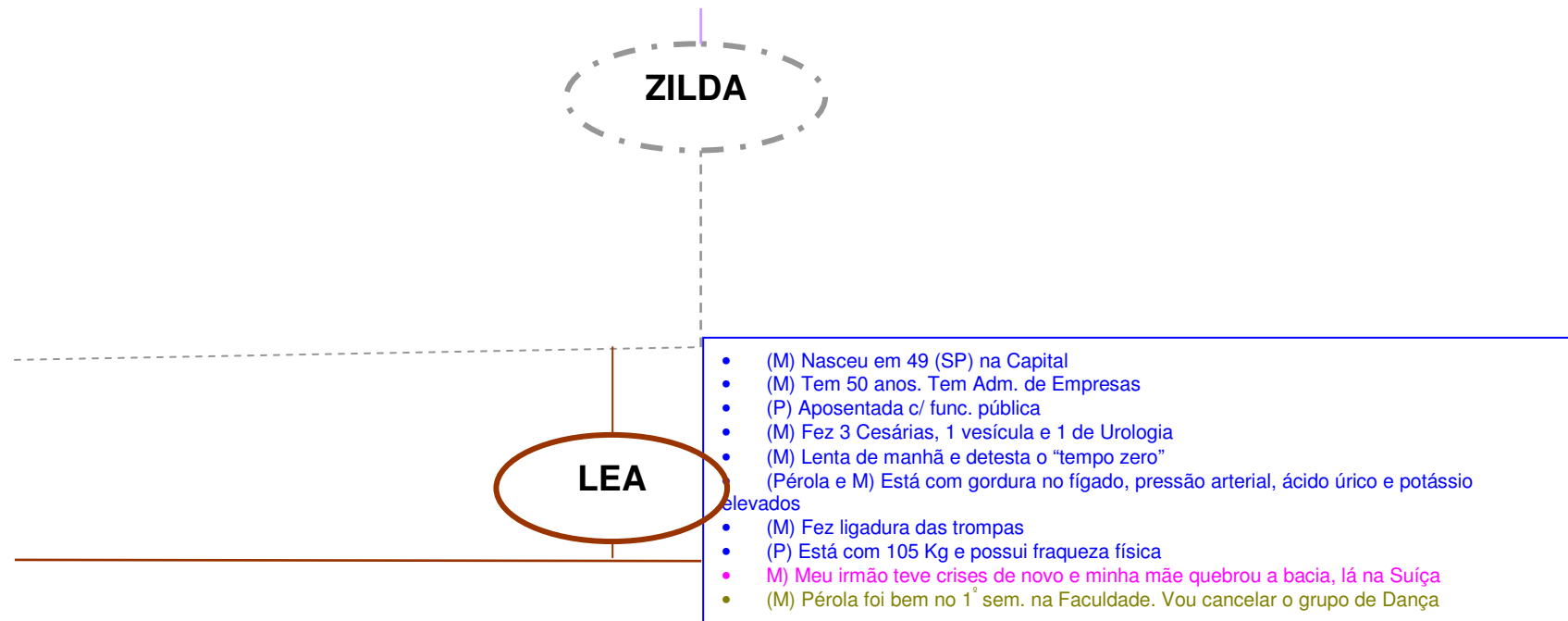
No entanto, não podemos desconsiderar que essa avó de duas gerações

anteriores e que deu origem ao nome da filha mais velha, em seu tempo decidiu casar-se por três vezes. Concretizou sua sexualidade e feminilidade. Pode ser-nos muito útil no futuro, procurar estabelecer um vínculo entre as duas Pérolas.

Com uma expressão de alegria, todos acompanham a aparição da família do Tio Jorge. Ela abriu perspectivas de sucesso em todos, particularmente no Pai e nos filhos. Não queremos dizer que a mãe não tenha percebido a existência de ramos da família com boa dose de sucesso, mas notamos a sua expressão menos acentuada. Porém, não avaliamos o quanto foi menor; não era esse o objeto, no momento, de nosso estudo. O anseio de ter membros na família com sucesso é descrito por Leclercq (1968) como umas das ansiedades particularmente do pai. Um filho, em geral, é tido como a unidade projetada fora dos pais. Compreende-se assim a busca pelo sucesso em um dos familiares.

DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF)

material trabalhado na 6ª consulta de construção do DCCF: Elaboração da Constelação da própria mãe cliente - 9ª consulta desde o início do processo



PREÂMBULO à 6ª SESSÃO DO DCCF, a 9ª DESDE O INÍCIO DO PROCESSO

Há um clima de agitação entre os familiares. Conversam sobre um atraso inesperado.

DESCRIÇÃO DA 6ª SESSÃO DO DCCF	COMENTÁRIOS
<p>- A família conversa, em pé, na sala de atendimento, sobre um atraso na consulta com o médico da filha mais velha, fazendo com que se atrasassem, por vinte minutos, para esta consulta.</p> <p>- A Mãe senta-se, seguida da filha mais velha e da Filha do meio. O Pai ao lado do filho.</p> <p>- Estão contentes devido ao fato de os médicos terem afirmado haver progressos no andamento do processo, em geral. É conversado sobre o quanto o acompanhamento de todos trazem benefícios, antes não alcançados. A melhora tem sido constatada principalmente no fato de os filhos terem tido uma assiduidade regular nas escolas e um bom aproveitamento.</p> <p>Madeira – Comenta que estão mais calmos, embora haja pontos para se fazer um acabamento. (Gestos direcionados para a filha mais velha).</p> <p>T – Pergunta à filha mais velha sobre o que o Pai tem se referido.</p> <p>Pérola – Diz que ele não entende as coisas. Tem de ser do jeito dele. Mas não é assim, cada um</p>	<p>Conversa precede a busca do lugar na sala.</p> <p><i>Feedback</i> dos médicos.</p> <p>Pais enxergam possibilidades nos próprios filhos.</p> <p>Pai, em seguida, recorre à confrontação com a filha que vem apresentando maiores</p>

<p>pode ser como realmente é. (Continua a falar sobre sua liberdade). Pergunta se o terapeuta tem liberdade ou não.</p> <p>T – Diz que se depender apenas dele, sim. Em outras situações a liberdade é mediada pelos limites dos outros.</p> <p>Madeira – Alude ao fato de querer invadir a liberdade da filha. Apenas que ela faça o que é certo.</p> <p>- A discussão entre ambos avança por algum tempo.</p> <p>Mara – Diz ser isso aí mesmo, cada um faz o que quer.</p> <p>T – Pergunta sobre o que ela está falando.</p> <p>Mara – Responde que não pode nem jogar Pokemon. Os pais ficam pegando no pé.</p> <p>T – Argumenta com o Pai sobre suas razões.</p> <p>Madeira – Visivelmente constrangido diz não pegar no pé, só que ela gasta todo o seu tempo livre jogando video game.</p> <p>T - Procura especificar quanto tempo ela gasta no jogo e foi constatado que, por vezes, acontece por mais de quatro horas seguidas.</p> <p>Léa – Ressalta ter sido assim que ela ficou doente. Após ter jogado com o Pai por mais de 10 horas video game, entrou em surto.</p> <p>Mara – Fica irritada com o curso da conversa. E xinga, gritando com todos.</p> <p>T – Convida-a a conversar com ele sobre alguns possíveis limites, para ela poder ser mais moça do que já é. Sugere, desafiando-a como moça, que jogue por uma hora e meia por dia. No tempo restante, irá fazer seus afazeres e conversar com suas amigas, também mocinhas.</p> <p>Mara – Sorrindo (senta-se com as pernas</p>	<p>mudanças.</p> <p>Sua resposta não é direta para o Pai, mas para o Terapeuta. Procura aliar-se ao Terapeuta contra o Pai.</p> <p>Retoma a discussão.</p> <p>Atenta à conversação, alia-se à irmã contra o Pai.</p> <p>Demonstra sentir desconforto quando é acusado frente a todos.</p> <p>Revela a explicação que tinham para o surgimento da doença.</p> <p>Usa o recurso da agressão verbal para atacar.</p> <p>T utiliza do argumento de que ela está tornando-se uma moça, para retê-la no pacto.</p>
--	--

cruzadas e com a bolsa sobre seu colo), fixa o olhar no terapeuta e diz que aceita. Porém, olha para a mãe e pergunta se vai poder jogar Pokemon e comprar suas revistinhas.

T – Dirige a pergunta aos pais, que confirmam com gestos e sorrindo.

Pérola – Fala ao terapeuta que no entender dela quando a irmã estava na idade de brincar foi acometida da doença; agora que está melhorando, a irmã está recuperando o que não pôde fazer há três anos atrás. A irmã diz ser isso mesmo. Ela está recuperando.

T – Prepara o contexto conversacional e introduz a pessoa da mãe na construção do DCCF.

Léa – Confirma ter nascido em 1949, em São Paulo.

T – Pergunta se sempre morou em São Paulo e ela diz que sim.

Léa - Tem 50 anos e é formada em Administração de Empresas.

Madeira – Acrescenta ser aposentada como funcionária pública.

T – Averigua seu estado de saúde.

Léa – Conta que fez três cesárias para ter os filhos. Terapeuta interfere dizendo que isso não pode ser considerado como um dado de saúde. Ela pondera que é porque o terapeuta é homem e nunca passou por isso. Também diz ter feito uma cirurgia de vesícula e uma outra de urologia. Enfatiza serem todas cirurgias que marcam muito a mulher.

T – Pergunta em que resultou as cirurgias em sua vida.

Léa – Pondera sempre ter sido lenta pela manhã; demora para despertar. E, por isso mesmo,

Faz a apresentação de sua pessoa, por meio de suas doenças e cirurgias.

Ela responde, introduzindo um assunto

<p>detesta o tempo zero.</p> <p>- Todos riem muito. Particularmente as moças.</p> <p>(T percebe que saiu, na fala da mãe, algo com forte significado para todos.)</p> <p>T – Indaga o que venha a ser o tempo zero.</p> <p>Léa – Sorrindo bastante fala que o esposo impôs a todos o tempo zero. Quando ele grita, é o tempo zero. Quem não estiver pronto para sair fica. Conta que certa vez ele foi sozinho e deixou todos para trás. De outra vez, saiu com o carro com a porta aberta e quase houve um acidente.</p> <p>Madeira – Interrompe dizendo que elas deixam para se pentear em cima da hora, e que já falou sobre isso aqui.</p> <p>Léa – Argumenta fala com certa ironia que ninguém quer tempo zero.</p> <p>T – Pergunta ao pai o que é tempo zero.</p> <p>Madeira – (Sorriso constrangido) Conta que formou-se como engenheiro industrial, trabalhou por trinta anos na área de elétrica. Quando chegaram os programas de gerenciamento da qualidade aprendeu a fazer e a entregar o serviço dentro de um tempo zero de atraso. Argumenta com todos que, ao exigir pontualidade, não está sendo irracional. Ao contrário, basta todos se planejarem para os horários, inclusive quando devem começar a se arrumar. Cita a consulta de hoje com o psicólogo como um exemplo; pois teve de pedir e exigir agilidade para chegarem no horário.</p> <p>T – (Agora também ri) Diz que é bom avançarem se não vão se atrasar no caminhar da consulta e falhar no tempo zero.</p> <p>- Todos riem.</p>	<p>diferente.</p> <p>Denuncia o tratamento dispensado pelo esposo.</p> <p>Uma das formas que estruturou para lidar com a forma desconexa em que a família vive.</p>
--	---

<p>T - Pergunta à mãe se tem percebido repercussões nela, devido à pressão do tempo zero.</p> <p>Léa – Fala que está com gordura no fígado e pressão arterial alterada. Pode morrer a qualquer momento. Tem ácido úrico e a taxa de potássio elevados. Fala de quanto isso a deixa descompensada. Conta que teve de fazer ligadura nas trompas quando mais jovem e já não pode ter filhos. Ressalta ter sido isso bom, mesmo porque seus filhos já são adultos. Pondera que tudo a abate demais, e não consegue mais manter seu peso.</p> <p>Madeira – Sorri e diz que ela está com cento e quinze quilos. E, ainda assim diz sentir fraqueza no corpo durante o dia.</p> <p>Léa – Não rebate, apenas olha com irritação.</p> <p>T – Cumprimenta-a por ter tido a iniciativa de conversar com os médicos sobre a pressão que estava sentindo e de seus temores para com os membros de sua família. Que realmente devia estar muito pressionada. E o fato de ela participar e falar dos problemas de sua família iria ajudá-la a sentir-se melhor consigo mesma.</p> <p>Faz-se o encerramento conversando que, no trabalho com os temas familiares, há ainda, muito a se conquistar para o bem-estar individual de cada um.</p>	<p>Investiga a repercussão do comportamento introduzido pelo marido sobre ela.</p> <p>Explicita a sua crença acerca da causa de seu peso acima do esperado.</p> <p>Sua irritação é visível e reage com o silêncio.</p> <p>Redefine a situação, dando uma razão mais coerente para o contexto.</p>
--	---

DISCUSSÃO DESSA 6ª SESSÃO DO DCCF

A família guarda posições de sessões anteriores, mas a interação circular no contexto do atendimento com o psicólogo, tem maior relevância que a distribuição espacial dos membros.

O subsistema médico tem dado *feedback* favorável ao progresso experimentado pelo sistema terapêutico. As mudanças têm sido visualizadas não somente pelos médicos, mas também pelos familiares. Há uma certa euforia no ar.

De acordo com as palavras de Andolfi & Angelo (1989), "*a fim de romper é preciso não interromper (...) deve-se prescindir de qualquer tentativa de quebrar abertamente a rigidez ostentada pela família (...).*" (p. 94), o terapeuta preferiu não demonstrar interesse pela descrição do estado de bem-estar dos familiares, dando-lhes a impressão de tratar-se de um assunto corriqueiro e sem interesse e toma a dianteira de confrontar a todos sobre que tipo de progresso estão falando. Na realidade, a família não tem resposta para tal confrontação. Ainda não pode provar nenhuma mudança concreta no âmbito familiar e também, pessoalmente, nenhum deles quer admitir qualquer mudança, uma vez que corre-se o risco de retirar as moças do papel de P.I. e, com isso, ser preciso tratar de problemas não declarados até agora, como a comunicação de duplo vínculo entre os pais.

A resposta ao convite de definir com maior clareza com quem estão as mudanças, é uma nova discussão entre o Pai e a Filha mais velha. O que nos mostra, ser ainda prematuro celebrar abertamente qualquer perspectiva de mudança.

O Pai, já bastante fortalecido em sua hierarquia e seu espaço dentro do

sistema terapêutico, mantém o tema da conversa e, com isso, também recebe a carga da Filha do meio.

Uma das mudanças que já se pode observar é o fato de agora, diante da confrontação das filhas, o pai se constranger por ser responsabilizado pelo sofrimento de alguém, enquanto que no início do processo, agredia mais ainda, alterando sensivelmente sua voz, particularmente com a Filha mais velha.

A Filha do meio conta sobre suas dificuldades na escola e na família; experiências essas que demonstram um comportamento não muito adequado, particularmente na escola. Disso podemos supor que advenha um maior preconceito e inferiorização à sua pessoa. Carnois (1958) destaca que a inferiorização, quando não no lar, é mais freqüente na ambiente escolar. Em ambos os casos, o autor ressalta que, geralmente, resignam face aos impedimentos dos filhos. Uma resignação que possui tanto a face da benevolência, como a do egocentrismo. Nesse último caso, por ver-se humilhado perante a parentela e a sociedade. Por isso, entendemos que, apesar de os pais não viverem a mesma problemática dos filhos, só a aceitação da situação já lhes seria bastante difícil.

Mara, também passando por sensíveis mudanças, em grande parte como resultado de submeter-se a atendimentos em fonoaudiologia para conseguir articular sua fala, agora já tem condições de acompanhar e de participar de todos os diálogos. Porém, ainda mostra-se em estado de fragilidade, por participar da conversação utilizando-se de xingamentos e de gritos.

A mãe revela a crença que havia entre eles para justificar a crise da Filha do meio. Sustenta ser o Pai, o responsável pelo surto inicial, por ter jogado durante dez horas seguidas com a filha. Mara, vendo-se no centro da discussão e a sua conduta em casa sendo revelada a outro (o terapeuta), passa ao

comportamento que tem estruturado para agir nesses momentos - a agressão verbal.

O terapeuta não retira o foco do assunto, mas o conduz diretamente para a própria Mara. Para manter o vínculo com a mesma, utiliza-se do argumento de ela ser uma moça aos olhos dele, aproveitando-se aqui de sua condição de homem e da idade à qual ela estava adentrando. Age com a esperança de ela ter intenção de parecer moça, e não meLéa, aos olhos dele. Essa probabilidade foi de imediato aceita. O sorriso e as feições dão conta disso. Porém, em seguida age com a mãe - figura complementar - dentro do padrão rígido de meLéa esquizofrenizada, se contradizendo. Um padrão que pressupõe uma pessoa que não fala coisa com coisa, não leva o outro em consideração e possui um mundo estranho à realidade dos outros. Denotando, com isso, o quanto está em dificuldades para implementar as mudanças que deseja.

O terapeuta prescreve uma tarefa estratégica para ela.

A Mãe utiliza a sua condição de mulher como uma forma de reafirmar sua aliança com as filhas - o padrão de serem mulheres doentes. E essa aliança também acontece quando desqualifica a figura do terapeuta, por ser homem, e, desse modo não compreender a condição de uma mulher. A aliança também é reafirmada quando argumenta que o seu estado - a doente -, torna-a uma mulher sem perspectivas para um relacionamento com o sexo oposto.

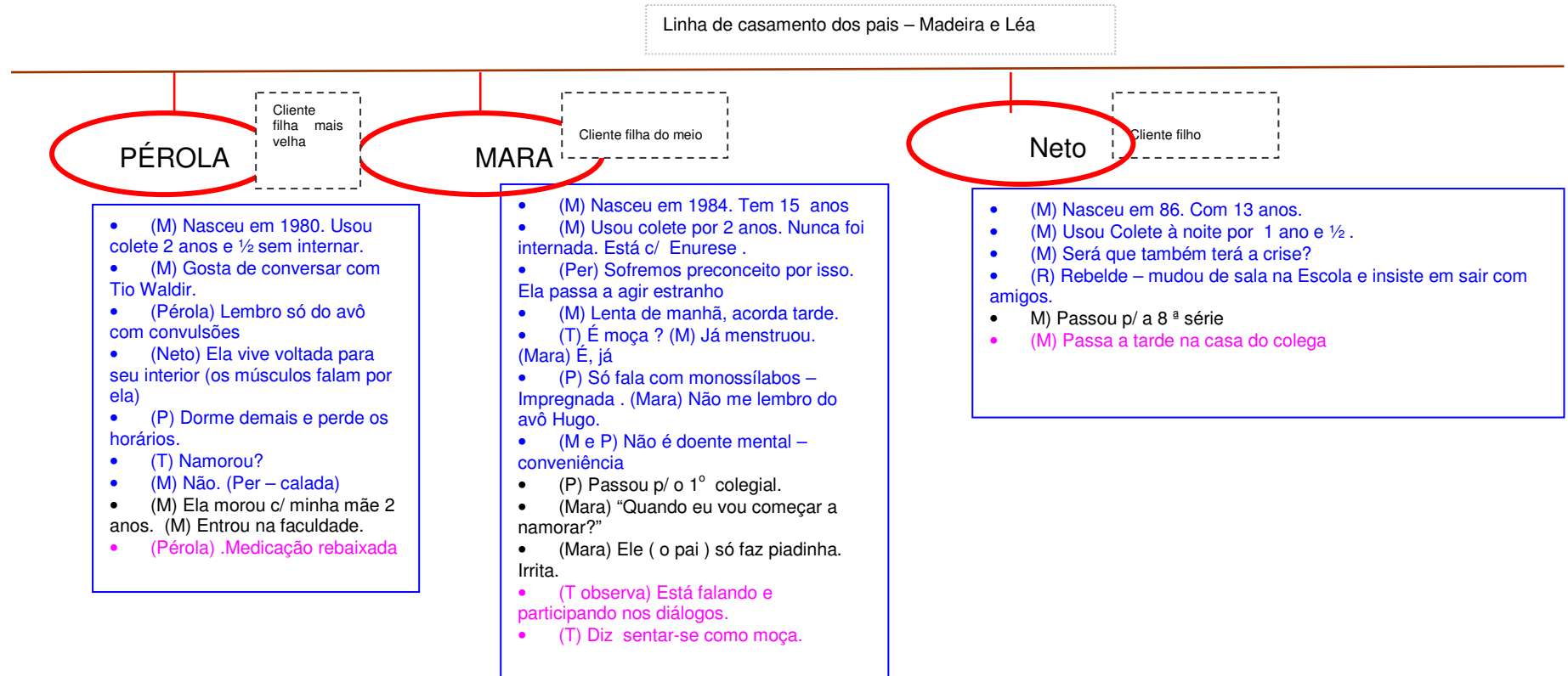
Para sair da situação ela ataca o marido, aproveitando-se de um de seus comportamentos incoerentes. A denúncia traz à tona a forma enrijecida de eles trabalharem com os limites e o tempo de cada um no cotidiano da família, resultando no medo, na angústia de não atender a expectativa do outro, e no desânimo de ver-se a cada dia fracassando. Um padrão relacional bastante desestruturador. Medina (1974) comenta que o mundo do casal é construído

através de contínuas aproximações. Traz em si, a esperança da união, como a constatação da segregação verificada na presença de dois mundos - o mundo dele, o mundo dela. Também explica que em casais onde a esposa é oriunda de um contexto mais doméstico; por isso mesmo mais caseira, aumenta a probabilidade de sua relação com o esposo ser de passividade. Essa teia de demarcadas relações, que condiciona a segregação dos mundos femininos e masculinos, é vista por Medina como presente já antes da formação do casal, ou seja, nas gerações anteriores, a qual será perpetuada nas filhas que, de acordo com essas regras, recebem a carga da proteção dos filhos e da dependência do esposo. Essa descrição é-nos bastante próxima da realidade encontrada nessa família que estamos atendendo. A mãe luta para sair dessa situação mas, como o próprio Medina ressalta, a teia de relações não terá forças para, por si só, alterar a norma geral.

A redefinição, que segue no curso do atendimento, é elaborada através da ressignificação da fala da Mãe, onde ela é reconhecida como uma mulher que utiliza seus males para reunir os profissionais da saúde na busca do bem-estar de toda sua família.

DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF)

material trabalhado na 6ª consulta de construção do DCCF: Elaboração da Constelação da própria mãe cliente - 9ª consulta desde o início do processo



PREÂMBULO à 7ª SESSÃO DO DCCF, a 10ª DESDE O INÍCIO DO PROCESSO

DESCRIÇÃO 7ª SESSÃO DO DCCF	COMENTÁRIOS
<p>O Pai está ao lado da Filha do meio; no outro sofá sentou-se o menino, seguido de sua Mãe, e a Filha mais velha.</p> <p>- Comentou-se que há muito tempo não ocorre enurese noturna em Mara.</p> <p>Mara – Rebate dizendo ser moça e que isso não acontece com as moças. É uma coisa do passado e não quer mais falar do passado.</p> <p>- Todos riem.</p> <p>T – Faz comentários de várias frases do DCCF, escritas no mural. Do avô paterno no tempo em que ele viveu com a família teve períodos de convulsões. Em outras palavras, ele agitava partes do corpo, como as mãos e a cabeça. Da avó materna, que foi descrita como uma pessoa que passou a maior parte de sua vida doente, particularmente com problemas nas juntas dos joelhos. Trazendo-lhe grande desconforto para suas rotinas diárias. Do avô materno, que necessitou aprender a conviver com um filho portador de uma esquizofrenia. Da avó materna, que percebeu poder vencer na vida usando seus talentos para o ensino de línguas. Que tudo isso formou uma família com peculiaridades próprias.</p> <p>Léa – Brinca dizendo: E que família!</p>	<p>Já não ocorre a preocupação, por parte dos filhos, de quem estará a seu lado. O casal até aqui não sentou-se junto.</p> <p>A integração da Filha do meio na vida comunicacional da família, tem sido concomitante com a diminuição da frequência da enurese.</p> <p>Como o assunto da enurese é abordado de forma negativa, o Terapeuta, propositadamente, o evita no momento.</p>

<p>T – Convida para completar o Diagrama com a composição dos filhos.</p> <p>Léa – A primeira foi a Pérola. Refere que ela nasceu em 1980, na Capital. Conta que teve problemas com a postura e a coluna e, por isso, usou colete por 2 anos e meio. Nunca ficou internada e sua saúde é muito boa.</p> <p>- Comentam sobre sua facilidade para dançar no grupo de danças que freqüentam no Clube. Ela diz que gosta de dançar os ritmos asiáticos.</p> <p>T – Ri e pergunta o que seria isso de ritmos asiáticos.</p> <p>Léa – Explica que são danças típicas das regiões Suíças, Belgas e outras da região.</p> <p>T – Questiona-se se a impregnação não inviabilizaria os movimentos.</p> <p>Pérola – (Com a voz áspera e o rosto ríspido) Rebate dizendo que o remédio não embrutece ou diminui a inteligência.</p> <p>T – Concorda e ressalta que isso pode ser atestado por meio das mudanças que a família tem experimentado. Pergunta como ela faz para ir às aulas de dança.</p> <p>Madeira – Explica que o tio (Waldir - irmão do Pai) leva as duas moças.</p> <p>Léa – Comenta que Pérola gosta de passar o tempo conversando com o tio. Os dois se dão bem.</p> <p>Neto – Ri e diz que é uma bela dupla.</p> <p>T – (interrompe a frase, direcionando sua pergunta com a mão para Pérola). Qual assunto que vocês gostam de conversar?</p> <p>Pérola – Diz que a questão não é gostar ou</p>	<p>A Mãe sorrindo desqualifica a situação familiar que vivem.</p> <p>Aponta as potencialidades das moças.</p> <p>O T utiliza o mesmo raciocínio rígido dos pais, para confrontar a antiga crença familiar de a doença incapacitar e ser responsável por tudo.</p> <p>Face a mudança de</p>
--	--

não dele. Os dois conversam sobre música ou literatura.

Madeira – Explica que embora seu Pai tenha dificultado os estudos, eles têm o gosto pela leitura.

T – Pondera que o avô está presente novamente entre eles. Pergunta à Pérola se ela conheceu-o.

Pérola – Explica que se lembra muito pouco do avô. Só se lembra dele tendo convulsões.

Neto – Fala que sua irmã vive para seu interior. Que seus músculos já falam por ela.

Pérola – Não rebate. Apenas fica olhando com indignação. (Terapeuta colocou a mão no braço dela, procurando dar-lhe sustentação).

Madeira – Explica que ela dorme demais e perde os horários dos compromissos. Se tem dificuldades deveria começar a arrumar-se mais cedo.

Léa – Interfere dizendo não ser ela, mas a medicação que complica a situação.

Pérola – Permanece calada e com o rosto abaixado.

T – Questiona se ela tem namorado.

Léa – Responde não, por ela. Nunca namorou.

T – Continua olhando para Pérola, perguntando se ela já paquerou.

Pérola – Diz que há tempo para tudo e o seu tempo é para estudar. Dedicar-se aos estudos, ao seu aprendizado, e de mais a mais, sabe haver homem que preste pelo mundo afora.

T – Rindo diz sentir-se como um trapo, nesse momento.

Pérola – Rindo do efeito de suas palavras,

perspectiva da Filha mais velha, não continua com a provocação. Investe no assunto, uma vez que ele viabiliza as mudanças.

Interrompe para não dar vazão ao padrão comunicacional de desqualificação, tão usado por todos.

Pérola responde sem alterar-se. Mantém - se focada no assunto.

Neto denuncia novamente, por meio do padrão comunicacional de desqualificação.

pondera que o terapeuta não é homem - é terapeuta. Além do mais já é casado e ela não está se referindo a ele.

T – Pergunta (olhando para os pais) se a Mara já tinha namorado.

- Todos riem.

Neto – Comenta que só se foi com um dos Pokemons. (O riso é geral, inclusive dela).

T – Indaga sobre onde Mara nasceu.

Léa – Conta que nasceu em 1984, em São Paulo - Capital. Também usou colete para correção da coluna por dois anos. Mesmo assim, nunca ficou internada. Nem mesmo na época que passou pelo surto há um ano atrás.

T - Face às dificuldades da Mara com o surto, questiona, um a um, sobre quais as suas principais dificuldades.

Neto - Diz que ela é pegajosa, não larga do pé.

Pai - Só vê o problema dela ser muito irritada.

Pérola - Diz que não vê grandes problemas.

Léa - Ressalta ser mais difícil lidar com a enurese. É mais difícil que os problemas na escola.

T - Indaga sobre que tipos de problemas ocorrem na escola.

Léa - Conta que Mara, no ano passado, encontrou uma caixa de marimbondos na escola e após encher um saco com eles, soltou-os na sala de aula. E já levou aranhas para a sala de aulas e brigou com outras meLéas.

T - Pondera como uma garota tão doce que ele conheceu no consultório, pode agir de forma

As limitações impostas pela esquizofrenia são vistas como defeitos pessoais e não como contingência.

Precipita a resposta antes da filha.

Insiste na resposta da Filha mais velha.

Irrita-se com o tema da conversa e por ser exposta no grupo; uma de suas limitações.

Ambiente volta a descontrair-se, principalmente pelo valor que a moça mais velha dá à sua aliança com o Terapeuta.

tão diferente na escola.

Neto - Argumenta que deve ser pelo modo como as pessoas costumam tratá-la.

Pérola - Acrescenta que deve ser com desdém. Com olhar de estranheza e justifica ser esse o motivo de ela não contar nada de sua vida a outras pessoas. Aliás, evita conversar com os outros. Não quer tornar-se objeto de piada ou coisa ridícula.

T - Pergunta ao Pai se considera sua família estranha.

Madeira - Diz que não, mas que correm o risco de serem evitados. É necessário não se expor.

Léa - Pondera que sentir-se estranho é diferente de ser tratado de forma estranha. Há um preconceito com pessoas que fazem tratamento psiquiátrico.

Pérola - Acrescenta que isso também acontece até com o tratamento com psicólogos. E daí não comentar com ninguém até sobre essas sessões de psicoterapia.

T - Discute que a vida necessita ser dinâmica, é feita só de relacionamentos. Como continuarão isolando-se? Não seria o caso de implementar uma outra forma de agir?

Léa - Pergunta a qual forma o terapeuta está se referindo.

T - Em uma forma onde a doença não seja colocada como uma condição estabelecida. Não se refiram uns aos outros, na própria família, como esquizofrênicos. Que se tratem, exclusivamente, como pessoas, mas pessoas com diferentes capacidades, limites e possibilidades.

O irmão denuncia outra vez por meio da desqualificação.

Neto aponta a dificuldade de a irmã orientar-se sozinha, outra de suas limitação, porém de forma não construtiva.

Embora tenha sido dito no início dessa sessão, que há várias sessões o descontrole da enurese estava contido, a mãe volta a colocá-lo como uma ameaça iminente.

O tempo em que Mara viveu rompida com a realidade.

<p>Pérola - Enfatiza que dessa forma o foco não estaria no lado doentio mas, sim na saúde de cada um.</p> <p>- É mantida uma conversação sobre a potencialidade de cada um.</p> <p>T - Deseja saber quais as conseqüências na vida da Mara dos remédios e do surto.</p> <p>- Comentam ser bastante lenta pela manhã e não estar acostumada a acordar cedo, pois vai à escola no período da tarde.</p> <p>T - Referindo-se ao fato de ela acordar tarde, e brincar com o Pokemon, pergunta se ela já não é uma moça para isso.</p> <p>Léa - Responde que Mara já menstruou.</p> <p>T - Pergunta para a própria Mara, quantas vezes ela já menstruou.</p> <p>Mara - Responde que só uma vez.</p> <p>- Mãe e Pérola corrigem a informação, dizendo que sua menstruação é normal. Apenas em determinados períodos, Quando estava mais comprometidas houve oscilações.</p> <p>Mara - Interrompe e afirma categórica: É, uma vez.</p> <p>T - Instiga perguntando se ela já é moça.</p> <p>Mara - Diz com uma frase: É, sou moça.</p> <p>Madeira - Explica, no geral, não apenas nas sessões ela fala por monossílabos. Comenta ser o efeito da impregnação.</p> <p>T - Dirige-se à Mara, dizendo que ela pode recuperar a capacidade de viver sua idade de moça. Conversa que ser moça implica em agir de forma já conhecida. Passa a descrever a forma de sentar-se de uma moça. Comentam das posições, que costumam estar as pernas das moças e o</p>	<p>Ressignifica a situação de forma provocativa.</p> <p>Aparece a presença do preconceito social.</p> <p>A família já desenvolveu regras próprias para lidar com o preconceito social.</p> <p>Terapeuta provoca o sistema familiar a manter-se na discussão do tema do preconceito.</p>
---	---

modo como costumam colocar os braços sobre as pernas, quando estão sentadas. (Pede para ela fazer as posições e o próprio Terapeuta a ajuda nisso). Menciona o contraste da posição em que se senta o pai e o irmão (relaxadamente, com pernas abertas e estiradas). Todos riem bastante. Mara, fica, por algum tempo, repetindo as posições ensaiadas.

T - Ressalta que Pérola possui muitas dessas posições no seu jeito de ser. Ela deve ter aprendido em casa.

Léa - Pondera que bastante foi com a avó, sua própria mãe.

T - Ressalta que, em geral, assim como os pais, os avós possuem um papel muito forte na vida dos netos.

Mara - Sinaliza que não se lembra do avô, pai do pai.

Madeira - Pontua que ela era bastante pequena quando de sua morte.

T - Conversa sobre o fato de Mara ter excelentes médias na escola, a enurese já bastante controlada, e a agressividade seletiva com os da família. Comenta também da facilidade com que tem de resgatar os assuntos que estavam no começo da sessão e também os de outros dias. Questiona o quanto ela é doente na mente.

Pai e a Mãe - Concordam entre si, que muito do que ela faz é pura conveniência. Age da forma que lhe convém.

T - Pondera que o Neto também parece agir dessa forma.

Madeira - sorri.

Léa - Diz que ele está passando dos limites.

Ressignifica a visão dos fatos, diferenciando entre o sistema relacional e as pessoas em si.

Pérola atua como co-terapeuta fortalecendo sua aliança com o Terapeuta.

Particularmente devido ao efeitos das medicações.

Utiliza-se de uma linguagem figurada.

<p>T - Questiona onde o garoto está excedendo-se.</p> <p>Léa - Reporta que o garoto não quer mais ficar em casa, quer sair todas as tardes, e ir a lugares distantes com colegas.</p> <p>Neto - Interfere dizendo que os lugares longe, são o colégio e o clube, lugares que conhece desde que nasceu.</p> <p>Léa - Corta dizendo também não querer andar junto com eles. Denuncia já não querer mais vir às sessões de psicoterapia e que tem vindo por força dos pais.</p> <p>T - Pergunta como são as amizades do garoto.</p> <p>Madeira - ressalta que são colegas da escola, mas saem em bandos e não têm horários.</p> <p>Neto - (Irritado contradiz) Explica ao Terapeuta que são dois colegas de sua sala de aula e também são vizinhos da mesma rua. E o horário referido por eles é, nada de sair para divertir-se fora de casa. E ele quer ir à casa dos colegas ou ao clube.</p> <p>Léa - Interfere dizendo que esse é um direito de todos. Que deve esperar até que todos possam ir para desfrutar do clube. Acrescenta que na escola foi mudado de sala de aula por briga com outros meninos.</p> <p>Neto - Concorda e diz que os meninos eram uns babacas.</p> <p>T - Pergunta se essas atitudes não eram devido à proximidade da adolescência.</p> <p>Léa - Conta várias facetas de sua vida, dizendo nunca ter respondido ou enfrentado seus pais.</p>	<p>A mãe responde de forma concreta e médica. Não percebem a linguagem metafórica do terapeuta.</p> <p>Insiste na metáfora.</p> <p>Desfoca a questão e centraliza a doença.</p> <p>Fala de modo direto e ensina de forma objetiva.</p> <p>Terapeuta executa exercícios práticos com Mara.</p>
---	---

<p>T - Convida-os a conversar sobre o significado da adolescência. Após um tempo de discussão não há mudança de opiniões.</p> <p>- Em todo esse tempo restante, Mara esteve envolvida nas posturas de sentar-se, segurar sua bolsa e voltar sua cabeça para quem está falando.</p> <p>A sessão é finalizada, com o terapeuta convidando Mara a praticar com os da casa, os modos de ser de uma moça. Ela sorri e pergunta se o terapeuta vai ajudá-la. Ele confirma e diz que esse será um trato entre ambos.</p> <p>Saem conversando sobre as datas das últimas consultas.</p>	<p>Por meio de seus modos com o corpo revela seu interesse pelo tema da feminilidade.</p> <p>Procura investir na percepção da moça mais velha.</p> <p>Alia-se ao raciocínio.</p> <p>Ressignifica a condição dos avós.</p> <p>Confronta a definição de doente esquizofrênica.</p>
---	--

Queixa-se de sua dificuldade de estabelecer limites.

T trás a discussão para os fatos.

A mãe estabelece uma condição de o filho estar perigosamente contrário aos propósitos do tratamento - a família como um todo se trata.

Evidencia a simplicidade de suas amizades externas ao grupo familiar.

Defende a crença de haver uma regra na família: de andarem todos juntos.

Mostra sua coragem ao enfrentar a situação.

A manutenção da posição que o garoto precisa ter no grupo familiar é mais forte que a própria razão.

DISCUSSÃO DESSA 7ª SESSÃO DO DCCF

Esta sessão é bastante diferente das anteriores, devido à intensidade com que todos estão interagindo. A distribuição dos lugares na sala de atendimento, revela uma maior interatividade entre todos. A citação, por parte do terapeuta, sobre o envolvimento e a proximidade dos tios e avós com os filhos tem o objetivo de atualizar a história familiar, no sistema terapêutico, despertando-os para as implicações que cada um teve no contato com os parentes e destes com os filhos do casal. Schilmoeller (1998) comenta em um artigo o fato de que avós que convivem com netos portadores de uma patologia, experimentam a perda do sonho da criança ideal. Demonstrando também, que geralmente ocorre um comprometimento financeiro, sentimentos de culpa, e um envolvimento estressante com os pais .

O casal ainda utiliza-se dos filhos para canalizar sua comunicação. A interação que vem acontecendo, tem trazido uma maior flexibilidade no modo de participar da filha do meio. Está buscando formas de fazer alianças com o terapeuta, por ter percebido que a irmã já conseguiu as suas. Há, para o terapeuta, uma suposição de a enurese ter sido controlada, para ela poder estar mais próxima dele. Júlio Mello F^o. (1994) comenta que certos odores são exalados em determinadas patologias psicossomáticas com o intuito de repelir o outro. Nesse caso, há possibilidades de a cessação da enurese ter esse objetivo. Devido à necessidade de confirmação dessas hipóteses o assunto foi mantido na conversação, por parte do terapeuta.

A filha mais velha, que sofre com os efeitos da medicação, particularmente em sua pele da face e dos braços em possui acnes, se irrita com o lugar de P.I., mas não consegue ainda esboçar uma reação que resulte em libertação desse

papel. Com isso, mantém-se prisioneira da situação. Sua resposta de irritação corrobora para reformar, junto aos outros da família, a definição de adoentada e prejudicada em vários aspectos da vida diária. Devido ao seu intenso desconforto, talvez, tem buscando fortalecer sua aliança com o terapeuta - por saber que o mesmo detém o controle do sistema terapêutico. Esta possivelmente, seja a razão de continuamente procurar enquadrar o terapeuta na condição de expert dentro do sistema.

O filho mais novo, a cada sessão, vai delineando o papel daquele que denuncia a presença de qualquer indício de esquisitice dentro do sistema familiar. Ainda o faz de forma humorada. Embora, por vezes, as irmãs tenham reagido com irritação aos seus comentários, percebe-se que ele é assumido como o saudável pelos outros familiares e suas afirmações acabam sendo recebidas com bom humor por todos e suas afirmações acabam sendo recebidas com bom humor.

A mãe, por sua vez, ainda age com um padrão de apontar uma iminente recidiva nas filhas, ou em qualquer membro da família. Quando descreve sua visão da filha menor, difere de todos os outros que já conseguem perceber mudanças acontecendo. Ela, porém, se vê ameaçada pela volta da enurese e com isso fortalece o lugar de P.I. da filha, ao mesmo tempo que enrijece seu comportamento na família, por emitir as mesmas ordens e medos de antes. Face a essas situações dúbias, o terapeuta procura sempre ressignificar cada definição emitida pelos familiares.

Surge no contexto terapêutico o assunto do preconceito social. Pérola, em especial, está desenvolvendo uma alta sensibilidade para percebê-lo. Sonenreich (1979) alerta para os perigos da atuação do próprio clínico, quando este trabalhar sob a bandeira do diagnóstico nosográfico e, exacerba a condição do paciente ver-se sofrendo em razão de preconceito contra ele. Quando Carnois (1958) trata das

conseqüências que um diagnóstico pode ter, também ressalta que, tanto o clínico como a sociedade, podem reforçar no paciente a percepção de estar sofrendo preconceito. Particularmente, quando a atuação clínica faz com que a pessoa apenas adquira a consciência de uma inferioridade real, ou pior, que se crie uma inferioridade nela. Carnois alega que inferiorizar alguém não significa comprovar uma inferioridade, sendo em si, saudável e proveitoso; mas, sim exacerbar na pessoa a consciência psicológica da existência dessa limitação, a ponto de gerar no íntimo dela um estado de inferioridade.

Devido à dificuldade que o casal, em geral, possui para explicarem nuances da vida aos filhos, como aquelas relacionadas ao desenvolvimento sexual e suas implicações, o terapeuta faz com que conversem e pratiquem posturas e modos, que normalmente se encontram nas moças. Mesmo sendo uma atividade simples para a maioria das pessoas, para os familiares tornou-se interessante, um motivo de graça e divertimento. Embora estejamos trabalhando dentro de um enfoque sistêmico, não podemos ignorar o progresso e o sucesso das iniciativas psicodinâmicas, que costumam levar o paciente a uma prática efetiva do que se está trabalhando. O relato de Dixon (1995) é um desses exemplos, onde seguindo o modelo psicodinâmico, exercita-se com os familiares, aspectos psicoeducacionais, comportamentos que visam à solução de problemas, suporte familiar e ao gerenciamento de crises.

Na seqüência, aproveitando o desempenho de Mara, o terapeuta questiona o quanto o seu comportamento é devido às conseqüências da doença e o quanto é manejo pessoal das situações. Os pais, que estão disassociando a doença da pessoa das filhas, conseguem explicitar não serem, em muitas circunstâncias, os efeitos da esquizofrenia mas sim, a filha manipulando a situação. Essa análise dos pais, sobre a situação é por demais significativa, por demonstrar que já conseguem

enxergar a filha distinta da doença; com isso já evidenciam uma porta para romper com a crença anterior, de a filha ter se tornado a própria doença.

Muito provavelmente, por também perceber as mudanças evidenciadas pelos pais, o garoto investiu na busca de uma ampliação do seu espaço de circulação. Começou a sair de sua casa para passar o tempo na casa de amigos. Assim denuncia a rigidez em que a família vive, e busca todo o tempo romper com as fronteiras impostas, ora pelo preconceito, ora pelos limites que construíram, ora pelo Pai. Procura deixar evidente que do jeito como vivem, dá a entender que o mover-se é compreendido como adoecer, tal como nos antepassados que ao moverem-se - adoeceram. É um esforço para vencer a crença de que quando alguém sai, fica de fora.

PREÂMBULO à 8ª SESSÃO DO DCCF, a 11ª DESDE O INÍCIO DO PROCESSO

DESCRIÇÃO DA 8ª SESSÃO DO DCCF	COMENTÁRIOS
<p>Estão presentes na sessão o Pai, a Mãe e as duas filhas. O garoto não pôde vir por ter trabalho escolar para fazer.</p> <p>O Pai está sentado em um canto do sofá maior e a filha do meio na outra extremidade. No outro sofá encontram-se a mãe e Pérola.</p> <p>Conversam sobre as mudanças que estão ocorrendo na medicação de cada uma das filhas, onde os médicos procuram encontrar uma dosagem menor adequada às condições atuais. Mara comenta não estar mais usando o remédio para a impregnação. Foi suspenso por já não ser algo preocupante.</p> <p>Aliás, seus movimentos já são bastante controlados. Apenas uma pequena agitação, ora em uma das mãos, ora em outra e, da mesma forma, nas pernas. Sua expressão facial tem se mostrado menos contraída e mais suave.</p> <p>Conversa-se sobre o fato de a equipe estar buscando encontrar um ponto de equilíbrio, particularmente no que tange aos remédios.</p> <p>- Mara pergunta ao terapeuta se está sentando-se corretamente.</p> <p>T - Responde que já havia notado desde o início da consulta, a sua nova maneira de sentar e expressar-se. Acrescenta que a está parabenizando por suas vitórias.</p>	<p>Há um consenso da parte dos médicos que a medicação deve ser rebaixada em sua dosagem.</p> <p>A cada semana readquire sua mobilidade e menos sinais de expressões vazias.</p> <p>Sinaliza a todos para onde está voltada sua atenção.</p>

<p>Mara - Sorri bastante e muda para várias posições alternativas, apenas para deixar claro que aprendeu todas as posições mencionadas.</p> <p>- Todos riem alegres. Compartilham da alegria dela.</p> <p>Léa - Sorrindo diz que há mais motivos para estarem contentes. Mara passou para o 1º colegial.</p> <p>Madeira - Acrescenta não ter havido a necessidade de exames finais, ela passou direto.</p> <p>Mara - Sorri bastante e agita-se com a euforia.</p> <p>Léa - Comenta que também o Neto passou para a 8ª série. O trabalho que precisou ficar fazendo é uma exigência, mas já não implica na sua nota.</p> <p>- Todos riem na sala.</p> <p>T - Provoca o Pai dizendo que agora ele talvez não tenha problemas porque, com as novas séries, é possível que haja mudanças nos horários dos filhos e dele seja retirada a responsabilidade de gerenciar os horários de todos.</p> <p>Madeira - Desconcertado explica que pode mudar de horários. Não vê dificuldades nisso. Apenas quer ser avisado antecipadamente das mudanças e das dificuldades de cada um. Aponta que a mãe tem melhorado nesse particular. Para as consultas com o psicólogo estão saindo na hora.</p> <p>Léa - Explica que na última vez e, nesta, a Pérola veio sozinha na frente, por ter consulta com seu médico, antes da sessão psicoterápica com a família.</p> <p>Mara - Interrompe e pergunta ao terapeuta se agora vai poder começar a namorar.</p> <p>T - Brinca que namorar é algo bom para todos. Pergunta se ela gostaria realmente de namorar.</p> <p>Mara - Responde que sim. E que viu no</p>	<p>Participa e acompanha a conversação, mas ainda é de forma exagerada.</p> <p>Mara expressa sua dificuldade de comunicar-se de forma organizada.</p> <p>Aproveita-se do clima de superação familiar e busca resgatar um assunto de sessões anteriores.</p> <p>Sua fala não apresenta a delação anterior.</p> <p>É a primeira vez que isso acontece desde que sofreu a crise.</p> <p>Desvia a atenção que foi dirigida à irmã, para si.</p> <p>Terapeuta volta à carga, agora de forma mais direta e objetiva.</p>
--	--

<p>Chaves, o Kiko beijando a Chiquinha. (Pai explica que é um programa da televisão. Terapeuta ressalta que sabe do que se trata.)</p> <p>T - Conversa com todos que a sua idade está chegando em um tempo apropriado para o namoro. Pergunta se ela começasse a namorar, o que iria fazer no namoro.</p> <p>Mara - Surpresa diz que não sabe.</p> <p>Pérola - Comenta que ela não pode saber por ainda não ter namorado; quando isso acontecer, irá saber o que fazer.</p> <p>Madeira - Fala em tom de pergunta para Mara, se ela não é a meLéa sabe tudo.</p> <p>Mara - Diz (rispidamente) que sim. (permanece retraída e carrancuda).</p> <p>Madeira - Argumenta com a filha que só está brincando, fazendo uma piada (constrangido). Acrescenta que não está falando nada mais. Só conversando com ela.</p> <p>Mara - Irritada dirige-se ao Terapeuta dizendo que o Pai faz piadinhas. Isso ela não gosta. E questiona por que ele não fala as coisas às claras. Insiste em afirmar que ela fala as coisas às claras. Se exalta dizendo que quando quer jogar Pokemon, fala que quer jogar, quando quer uma revista fala sobre a revista.</p> <p>Madeira - Permanece sem falar, apenas olhando para a filha.</p> <p>T - Conversa com todos explicando que todos presentes estão aprendendo basicamente a conversar. Não houve, até o momento, um trabalho para alterar a moral, os valores ou alguma dificuldade de aprendizagem de nenhum deles. Todo o trabalho tem sido realizado pela família, no sentido de</p>	<p>Seus modelos são infantis. [embora use modelos infantis, ela tem consciência do que estão fazendo].</p> <p>Ausência de modelos. [fica claro quanto a família não fala sobre esse assunto].</p> <p>Pai desqualifica seu suposto interesse pelo tema do namoro. Mara reage como no padrão antigo - retrair-se até sair da realidade.</p> <p>Pai indica ter conquistado nova postura face à confrontação.</p> <p>Indica que está pronta para a clareza na conversação.</p> <p>Terapeuta fala diretamente sobre os objetivos do processo, investindo nas mudanças em curso.</p>
--	--

conversar e tratar-se de um modo a superar as deficiências deixadas pela doença. E o maior esforço tem sido feito, para que tenham um tratamento diferente; olhando de forma geral estica um dos braços com a mão aberta, e fala: tudo é para que o filho mais novo não continue em perigo.

Léa - Interrompe dizendo que tem outra notícia.

Trata-se da Pérola prestar vestibular.

Pérola - (por um sorriso, mostra-se visivelmente alegre) Fala precisar acreditar em seu potencial, como tem discutido nas sessões. Se ela mesma não acreditar no seu próprio potencial ninguém o fará. Precisa também investir na saúde e não na doença. Ressalta que embora esteja há mais de um ano parada, acredita ser possível passar no vestibular.

T - Confirma que todos acreditam nela. Reforça que, por acreditarem, todos estão empenhados junto a ela. E pergunta o que acontecerá se ela não conseguir.

Pérola - Responde que tentará novamente.

- T leva cada um a dizer uma frase de incentivo para a moça e, a seguir, o mesmo para o resgate das possibilidades de ver-se como moça para a Mara. Para a mãe pede que todos falem uma frase de sustentação e para o Pai uma frase de o quanto é importante a sua presença na família.

- Com as devidas proporções cada um faz as suas frases. A sessão é terminada conversando-se sobre a chegada das férias e as possibilidades do calendário para as duas últimas consultas.

Utiliza a crença da própria família.

Aguardou em silêncio, esperando uma hora para mostrar que também tem vivido mudanças na sua forma de encarar o mundo e a vida. [vestibular significa colocar-se à prova, frente a sociedade que age de modo preconceituoso].

Responde bem definida [Revela que já compreendeu não ser para agradecer aos outros a sua luta mas por si mesma].

DISCUSSÃO DESSA 8ª SESSÃO DO DCCF

O processo tem sido reconhecido como um dos fatores que geram as atuais mudanças na família. Isso é possível ser comprovado pela autenticação que o subsistema dos médicos tem dado ao processo psicoterapêutico. Além de incentivarem a família a permanecer no tratamento psicoterápico, têm conversado com o psicólogo, e a própria família, sobre as possíveis alterações de dosagens medicamentosas - levando em consideração os resultados da psicoterapia. Aliás, em nossas leituras já havíamos verificado que a psicoterapia familiar integrada a um trabalho médico, traz inúmeros benefícios não só aos pacientes tidos doentes, mas também ao sistema familiar como um todo. Schooler e seus colaboradores (1995), através do relato de sua pesquisa, apontam as vantagens do tratamento psicoterapêutico, particularmente quanto à redução medicamentosa e às recidivas.

Acreditamos que essa perspectiva favorável dos psiquiatras responsáveis pelo atendimento das duas moças, contribui sensivelmente para a elevação da expectativa em cada um dos familiares. No caso de Mara, devido à conjunção simultânea de todos esses fatores, a mesma vem encontrando suporte para reunir condições favoráveis para investir na busca de fatores tão sutis, como a sua feminilidade. Quando nos referimos ao suporte que está sendo dado à moça, acreditamos que seja de natureza psicológica; emocional; medicamentosa; e espiritual. Particularmente em relação ao suporte de aspecto espiritual, não questionamos a natureza da realidade das coisas religiosas em que a família, ou os profissionais envolvidos, acreditam. Nós assumimos como realidades presentes e trabalhamos os temas advindos de tais realidades, como algo factual. A família pertence a uma religião cristã, com raízes na Europa Oriental; já os médicos e o

psicólogo possuem crenças Ocidentais. A confluência dessas crenças geram, para nós, uma realidade espiritual imprescindível de ser reconhecida no processo. Aceitamos essa realidade espiritual, por não podermos ignorar a discussão de Meares e Blomfield (1995), e de Ramos (1990), sobre a realidade da espiritualidade no Ser Humano. Embora, neste trabalho, não estejamos analisando se esta ou aquela crença tenha fundamentos metafísicos.

Mara, sob a influência do suporte que a cerca, sinaliza estar avaliando se o ambiente já é propício para tratar de um tema que se tornou inviável no âmbito da família - sua possibilidade de namorar; e, em outra dimensão, a sua sexualidade. Há uma idade em que esses interesses se fazem presentes, e essa ocorrência está ligada tanto a fatores biológicos, como a culturais. Bee (1997) destaca que o desenvolvimento é formatado por experiências culturais do grupo, nem sempre são aspectos universais. Segundo a autora, "*cada cultura tem suas próprias expectativas, modelos e padrões éticos*" (p. 33). E, dentro de cada cultura, há uma multiplicidade de padrões hierarquicamente submetidos às micro sociedades. No caso de Mara, há um enorme conflito nesse âmbito; conforme a norma da sociedade macro de seu país o namoro começa mais cedo para as jovens; já a cultura dos avós e antepassados, reivindica uma idade bem mais madura para o exercício da sexualidade. No transcurso da conversa, ela revela que embora esteja com interesse pelo assunto, provavelmente devido à sua idade biológica, sua resposta afirmando não saber o que fazer indica o fato de ainda não ter estabelecido nexo entre o conceito [a construção simbólica do espírito no homem que, além dos dados que possui dos sentidos, procura estabelecer a essência das coisas que lhe chega, Paim (1986)], e a prática do conceito. Nela percebe-se não ter havido a transposição da coisa para o seu significado. Há uma acentuada alteração de juízo em seu funcionamento mental. Quando o Pai desqualifica seu suposto interesse pelo

exercício da sexualidade, o faz por meio de uma piada sem nexos. O que está de acordo com os achados de Wichstrom (1995), segundo os quais pais de esquizofrênicos comunicam-se de uma forma vaga e egocêntrica, sendo deficientes em acompanhar a perspectiva do outro e garantir um foco de atenção.

A centralidade de Mara, na conversação estabelecida por todos, gera nela um estado de agitação - falando alto, mexendo braços e pernas de forma desordenada. No entanto, percebemos o quanto sente-se bem quando as atenções são dirigidas a ela.

O terapeuta retorna ao assunto da sobrecarga mencionada pelo Pai, buscando verificar se houve alguma flexibilidade no seu entendimento dessa situação. O Pai responde à pergunta de acordo com as mudanças que estão sendo processadas em sua compreensão da família. Quando discutimos, na apresentação teórica sobre a circularidade, vimos que ela provê a flexibilização das interações comunicacionais e costuma ser um dos recursos para uma mudança de segunda ordem. Leva-nos a chegar a essa conclusão, o fato de o conteúdo de sua resposta e postura corporal não estar orientado de acordo com o padrão de rigidez anteriormente observado. Entrementes, sua filha está adquirindo maior confiança e, com isso, já se viu em condições de verbalizar sua contrariedade frente às piadinhas desconexas do Pai. Antes, sua tendência seria de retrair-se até o ponto de se retezar muscularmente.

O anúncio da mãe de que Pérola, veio sozinha até o ambulatório médico para sua consulta habitual para encontrar-se com o restante da família no consultório do psicólogo, foi feito de forma alvoroçada. Todos os familiares estão compreendendo que a probabilidade de a filha mais velha voltar a estudar, significa retomar o curso do rio. O que, de outra forma, é uma busca para vencer o preconceito e reconquistar sua inserção social. Isso tem sido tão real para Pérola, que ela aguardou

silenciosamente por um momento especial para dar a notícia. Sua mãe também partilhava da mesma espera e o fez de forma solene. Para os familiares, um vestibular significa responder à sociedade; no entanto, para Pérola, a questão foi ressignificada e, agora, significa uma superação pessoal.

A afirmativa categórica de que se for reprovada, irá prestar novamente mobiliza a todos a expressar palavras de incentivo a ela. Parece-nos tratar-se da superação do próprio sistema terapêutico.

DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF)

1ª folha de material referente aos VÍNCULOS, trabalhado na 9ª consulta de construção do DCCF - 12ª consulta desde o início do processo

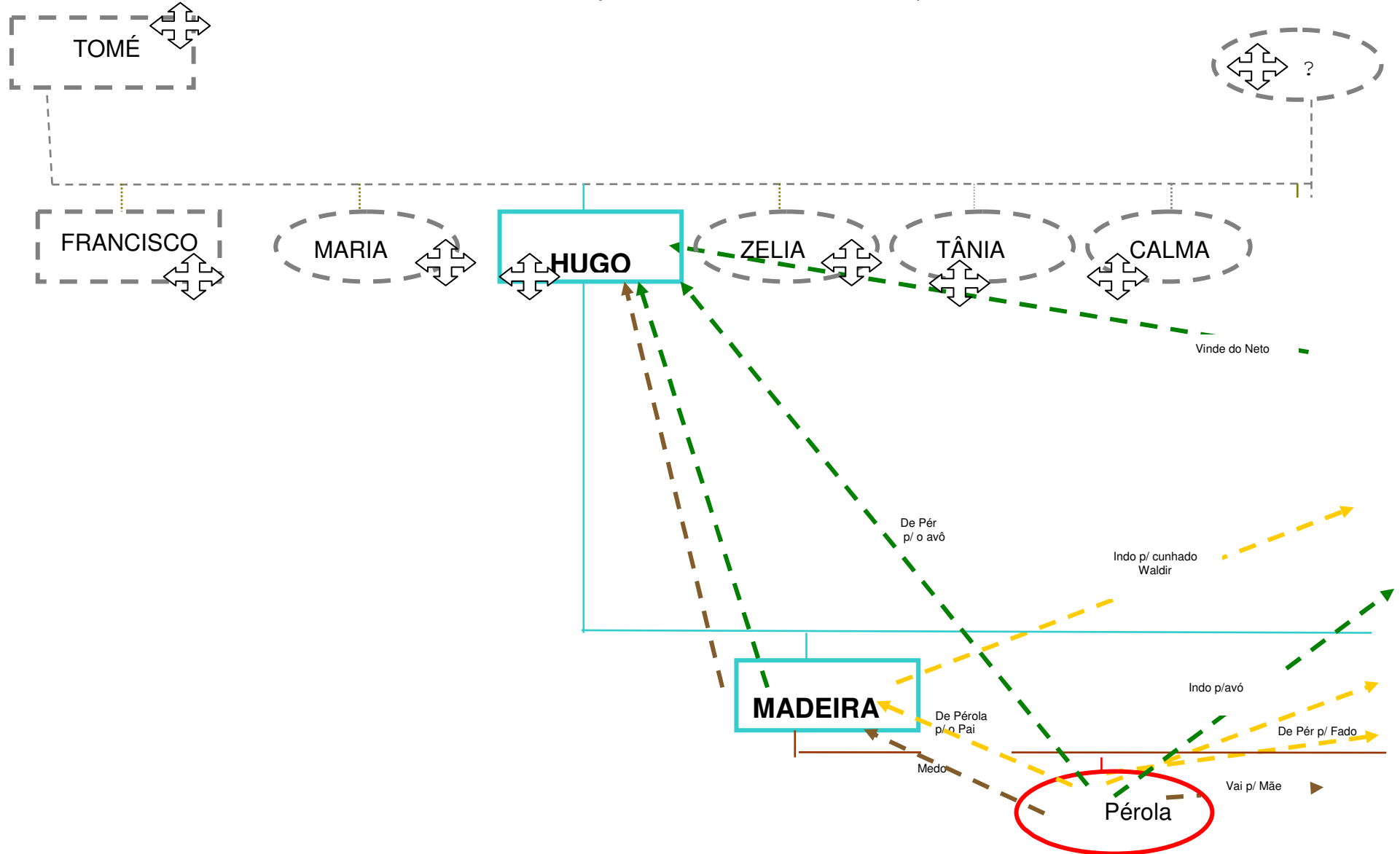


DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF)
2ª folha de material referente aos VÍNCULOS, trabalhado na 9ª consulta de construção do DCCF - 12ª consulta desde o início do processo

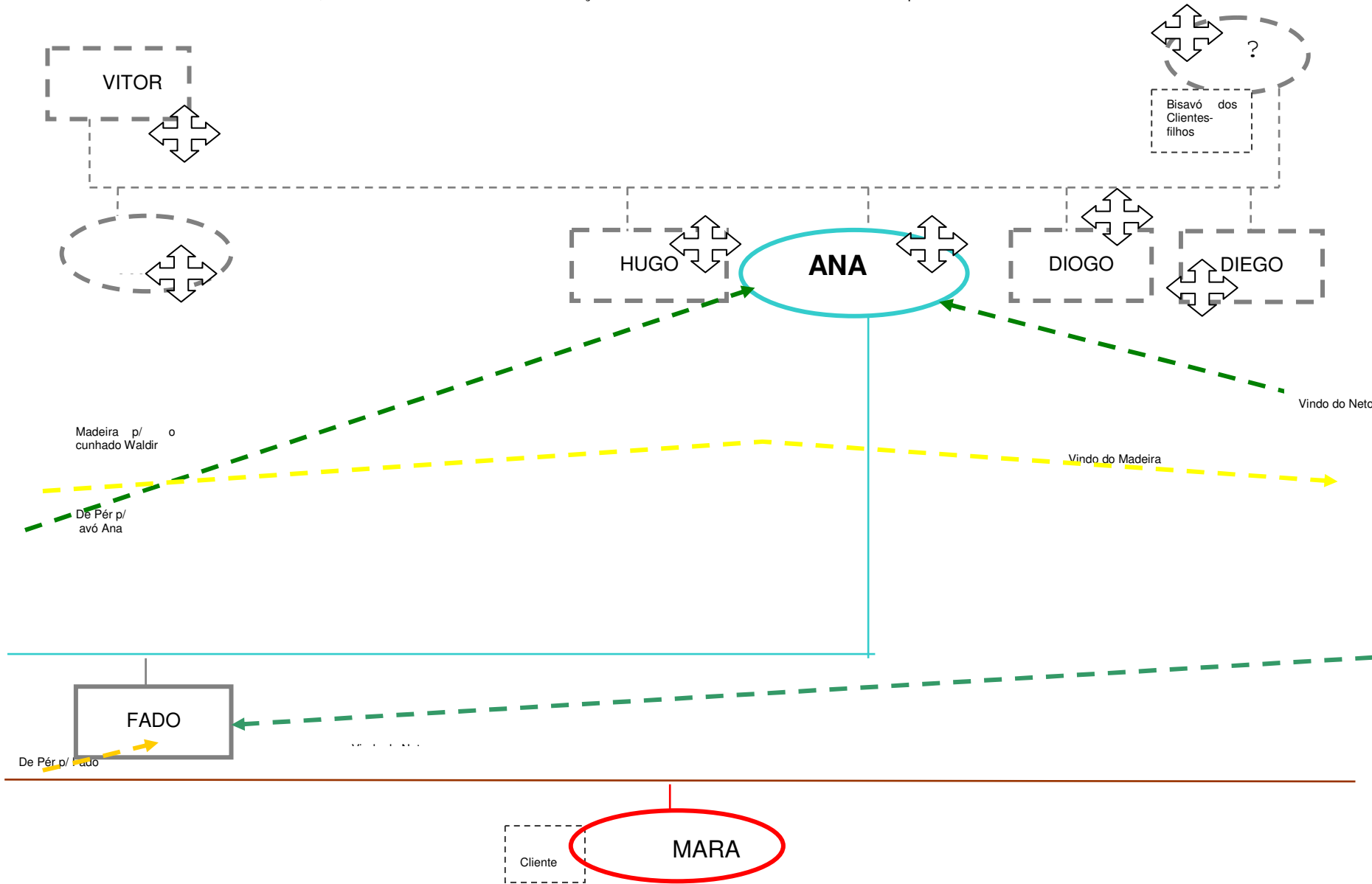


DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF)

3ª folha de material referente aos VÍNCULOS, trabalhado na 9ª consulta de construção do DCCF - 12ª consulta desde o início do processo

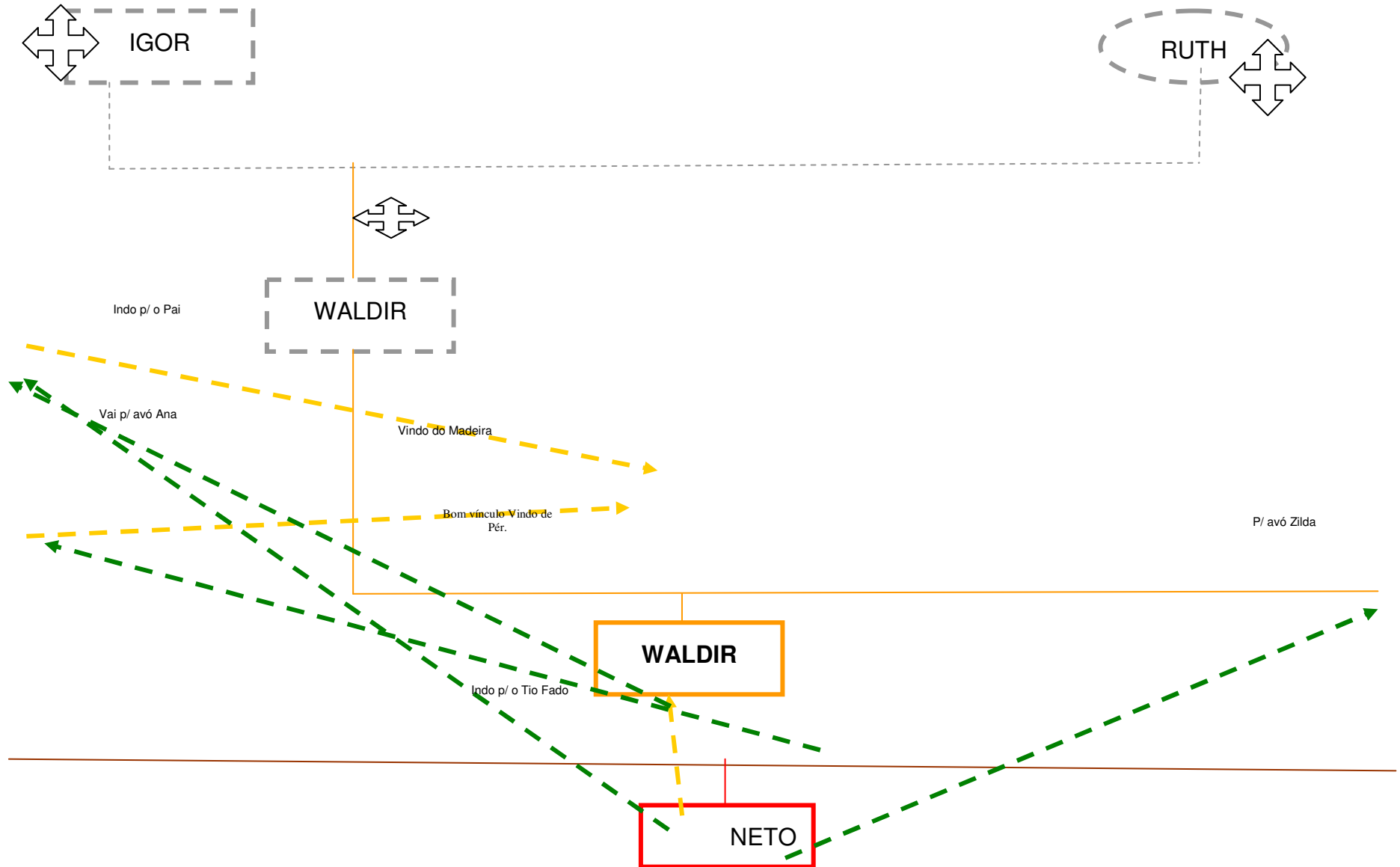
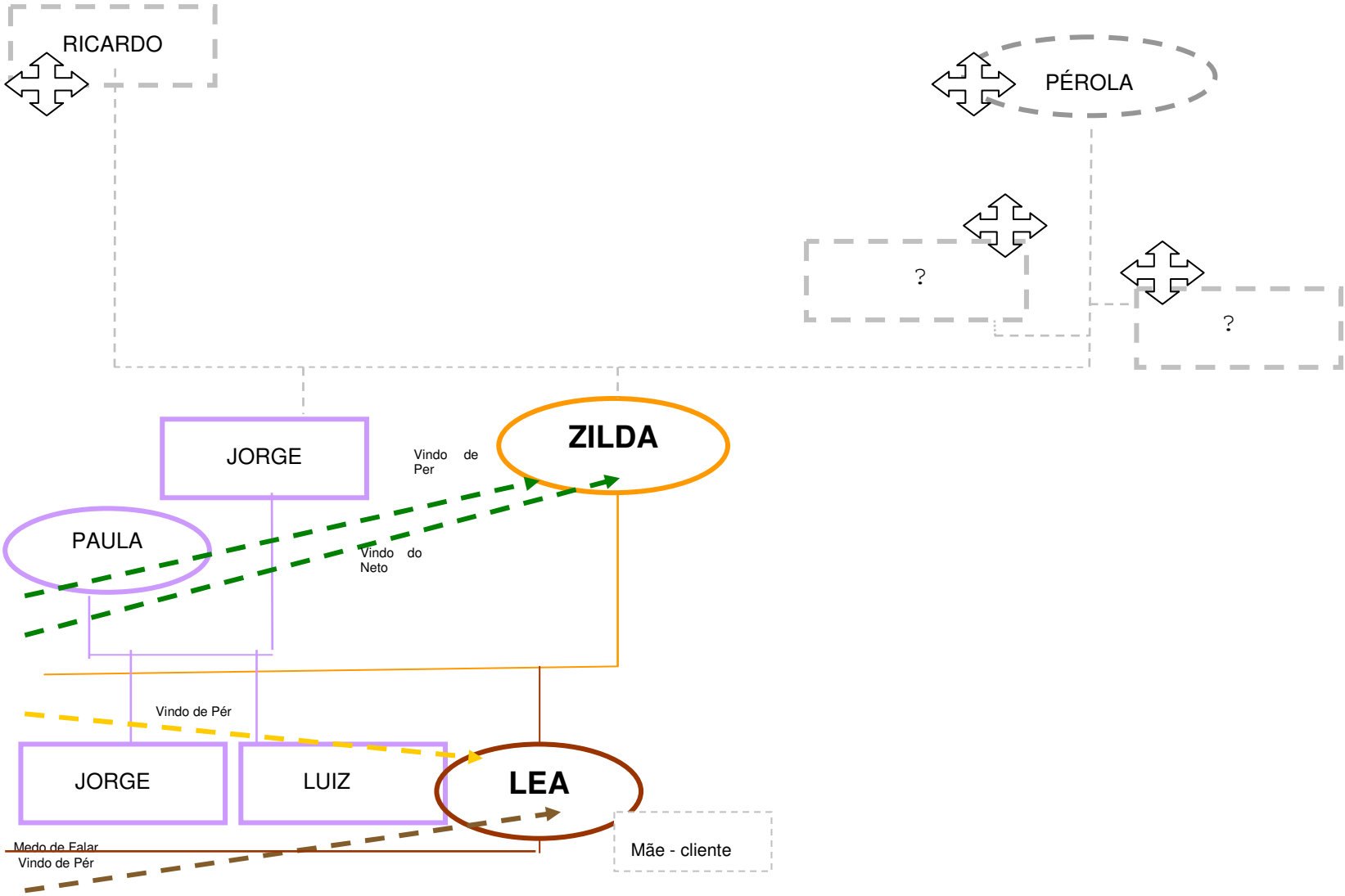


DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR (DCCF)
4ª folha de material referente aos VÍNCULOS, trabalhado na 9ª consulta de construção do DCCF - 12ª consulta desde o início do processo



PREÂMBULO à 9ª SESSÃO DO DCCF, a 12ª DESDE O INÍCIO DO PROCESSO

DESCRIÇÃO DA 9ª SESSÃO DO DCCF	COMENTÁRIOS
<p>Toda família presente. Continuamos a conversar sobre os fatos que o Diagrama tem apontado; como o número de pessoas com desajuste mental, que ora aparece como nervosismo acentuado, ora como reclusão e, nas duas últimas gerações como esquizofrenia.</p> <p>Comentam sobre a aspereza com que os avós e os pais trataram os filhos.</p> <p>T - Convida todos a expressarem seus sentimentos em relação às pessoas que estão no DCCF. (Todos se olham achando graça na atividade). O convite é direcionado à filha Pérola. Explica a ela que haverá uma classificação dos sentimentos. Isso irá facilitar a expressão dos mesmos. Escreve no canto de uma das folhas a legenda da classificação, em que os dados estão sendo registrados.</p> <p>LEGENDA:</p> <p>Traço verde = Significa que meu vínculo é ótimo.</p> <p>Traço Amarelo = Significa que meu vínculo é bom.</p> <p>Madeira - Pergunta, sorrindo, se não há mais opções.</p>	<p>A própria família tem tido uma compreensão dos padrões das gerações anteriores, identificado-os na rotina atual.</p> <p>O terapeuta escolheu-a por estar participando em algumas sessões como co-terapeuta.</p>

<p>T - (Sorrindo) Diz que normalmente sim; porém, na situação da família deles, não colocará essa possibilidade. Havendo necessidade, irá acrescentar outras. Dirige-se à Pérola e pergunta como era seu vínculo com o avô Hugo.</p> <p>Pérola - Responde que teve um ótimo vínculo com o avô. Embora se lembre dele na cadeira de rodas e das convulsões, os dois foram bons amigos. Conta como o avô lhe dava balas.</p> <p>- Terapeuta confirma se é o traço verde que ela deseja colocar no DCCF.</p> <p>- Pérola - Sorri afirmativamente.</p> <p>T - Recorda que o DCCF está informando que sua avó Ana faleceu em 1992, e foi falado que ela viveu certo tempo na casa deles. Questiona como era seu vínculo com a avó.</p> <p>Pérola - Responde que também era ótimo e confirma o traço verde no Diagrama.</p> <p>Mãe e Pai - Comentam que é tão bom quanto seu vínculo com a avó materna.</p> <p>T - Pergunta ao Madeira como foi seu vínculo com seu próprio pai.</p> <p>Madeira - Responde que foi ótimo, quando se vê que eles terminaram juntos. Mas ao longo da vida de solteiro ele tinha medo de falar com o Pai. E era isso que caracterizava o vínculo.</p> <p>T - Anota na legenda uma nova possibilidade: TRAÇO MARROM = Medo de falar com o outro.</p> <p>E faz um traço marrom unindo o Pai Hugo ao Madeira. Este concorda com o traço e diz que isso não dá para esconder. Em seguida lhe é perguntado sobre seu relacionamento com o cunhado.</p> <p>Madeira - Responde que é bom. Reclama do</p>	<p>Outra opção: não explicitar um vínculo como "ruim".</p> <p>Embora as perguntas sejam dirigidas à filha, os pais e o irmão sentem-se envolvidos pelas respostas.</p> <p>Pelo significado que a família presta ao traço marrom, ele é entendido como um vínculo ruim. E parece-nos ser a grande questão da família.</p> <p>Delinea os contornos</p>
--	--

<p>cunhado por ser muito intriguento e irresponsável. Reclama dos modos dizendo que o cunhado tem pouca higiene. E também não leva seus tratamentos até ao fim; quando é possível foge dos hospitais. Conclui dizendo que no final de tudo, o cunhado lhe obedece.</p> <p>T - Pergunta à Pérola como define seu relacionamento com seu tio Waldir.</p> <p>Pérola - Explica que é bom. Fala que o tio não tem diálogo, vive fechado em seu mundo e não toma a medicação prescrita pelos médicos.</p> <p>Léa - Pontua que a filha só não está melhor, porque também não mantém corretamente seu regime alimentar.</p> <p>Pérola - irritada pergunta que remédio deixou de tomar. (Mexe na bolsa querendo encontrar os remédios).</p> <p>Madeira - Fala que é o fato de elas não comerem Áscido Fólico ou mesmo Vitamina B9.</p> <p>Léa - Acrescenta que também não comem feijão branco.</p> <p>Pérola - Diz ser impossível comer de tudo. Pergunta ao terapeuta se todos os seus pacientes comem de tudo. Se não há alguém que deixe de comer algumas coisas.</p> <p>T - Confirma que há pessoas que não comem.</p> <p>Pérola - Continua dizendo que esse prejuízo não é tão grande quanto os pais estão falando, uma vez que foi bem em suas provas na Faculdade.</p> <p>Mara - Fala ao grupo (sorrindo) que a irmã tem um namorado na Faculdade.</p> <p>Pérola - Responde ao terapeuta dizendo que é pura intriga e faz um discurso sobre pessoas que falam do que não sabem e da vida alheia.</p>	<p>da doença e suas implicações no cotidiano.</p> <p>A investigação se expande para a família extensa.</p> <p>A mãe usa o antigo padrão de comunicação - define-o como doente.</p> <p>Há uma crença na família de que a doença se agrava, devido à não ingestão de certos alimentos. Para justificar a crença, aprenderam a classificação técnica dos elementos que constituem os alimentos.</p> <p>Pérola luta para provar sua capacidade física e mental.</p> <p>Mara aproveita o momento de fraqueza da irmã e introduz um tema de seu interesse.</p>
--	--

<p>(Gesticula muito com as mãos e os músculos da boca, utiliza-se de um vocabulário formal, empolado e monopoliza a conversa estendendo-se demasiadamente nas explicações de sua opinião sobre a liberdade de cada um. O Terapeuta necessitou interromper sua fala e circular o assunto).</p> <p>- Mara desinteressou-se pela conversa e muda de lugar. Até aqui esteve sentada ao lado do Pai e agora troca de lugar com o irmão que também já se distraiu e brinca com ela com gestos. Sentada ao lado da irmã mais velha passa a mexer com a mesma, encostando continuamente seus dedos no braço da irmã. Isso de forma escondida dos pais. Ao mesmo tempo em que olha e sorri para o irmão. Pérola mantém-se conversando. De forma discreta, com uma de suas mãos, procura retirar os dedos da irmã tamborilando sobre seu ombro, e afastar o braço da mesma.</p> <p>- T - Questiona sobre o tio Fado. Pérola - Diz que é bom. Ao ser questionada o que contribui para que seja somente bom, explica que o comportamento do tio não possibilita ampliar a conversa. É muito repetitivo. Exceto na literatura e na música, não tem muito sobre o que conversar.</p> <p>T - Pergunta com quem ela conversa, fora de sua família.</p> <p>Pérola - Explica que isso é difícil. Além dos pais, somente conversa com o terapeuta. Busca não se expor às outras pessoas para não tornar-se motivo de chacota e piadas.</p> <p>Léa - Interfere dizendo que ela terá de aprender a conversar com os outros novamente. Profissionalmente exigirá.</p> <p>Pérola - Explica que ainda não sabe como</p>	<p>Terapeuta procura manter a conversação circular.</p> <p>Mara encontra outra forma de provocar e desestabilizar a irmã, que está buscando solidificar seu espaço.</p> <p>Pérola consegue reagir contra a irmã, sem utilizar de sua agressividade costumeira.</p> <p>Evidencia seu isolamento devido ao estigma que foi construído.</p> <p>Mãe alia-se à sua situação de estigmatizada.</p>
---	--

fazer isso.

T - Argumenta como é seu vínculo com o Pai.

Pérola - Diz que é bom. Explica ao ser indagada sobre a razão, que o Pai age de forma ríspida, dificultando os relacionamentos. E dá como exemplo a atitude do Pai quando elas se atrasam.

T - Questiona qual a conseqüência disso no dia-a-dia com o Pai.

Pérola - Afirma ter medo de falar o que sente. E defende que toda pessoa necessita de liberdade para falar o que sente - ponderando sempre -, desde que não prejudique o outro ou quebre a Lei. Acrescenta que isso também acontece com sua mãe, pois não se sente em condições de falar o que precisa ser dito.

Neto - Pergunta sobre o que ela não consegue falar. Ele não vê uma situação em que isso ocorra.

Pérola - Argumenta não ser o assunto se fala, mas sim o que gostaria de falar e não há clima e, como conseqüência, deixa o vínculo ruim. E denuncia que o irmão vive brigando.

T - Pergunta ao Neto como é seu vínculo com o Tio Fado.

Neto - Diz que é ótimo. Que não tem nada contra ele. Ainda explica ser esse tio que o acompanhava para a escola. Acha-o um pouco difícil de conviver, mas gosta dele. Do mesmo modo se posicionou em relação à avó Ana. Recorda-se dela com boas lembranças. Comenta quando a avó o fazia comer cereais. O mesmo diz em relação à avó Zilda. Diz que vai à casa dela sempre, mas a irmã (Pérola) conversa mais do que ele.

Mãe e Pai - Comentam com o terapeuta que deram algumas responsabilidades ao Fado, para que não ficasse com o tempo extremamente ocioso. Além

Revela quanto a agressividade e a conduta contraditória do Pai fragilizou seu vínculo. Liberdade tem sido um tema constante em sua fala.

O irmão se vê mobilizado pelo tema da liberdade.

Pérola recorre ao padrão de identificar o outro como doente.

Interrompe o curso de uma possível discussão.

<p>de levar o menino, devia colocar o lixo para fora e outras pequenas tarefas.</p> <p>T - Pergunta como ele se sente em relação ao tio Waldir.</p> <p>Neto - Explica ser difícil de conviver com ele. Se deixar ele agride. Ele se perde na rua e não se pode confiar qualquer coisa para ele fazer. Aponta o vínculo como bom. Indagado sobre seu vínculo com o Pai, fala sem vacilar que é bom.</p> <p>Madeira - Brinca dizendo que se não fosse assim não haveria mais revistinhas e video game.</p> <p>T - Explica que irá deixar a mãe para uma outra ocasião. O que foi obtido até aqui já é material suficiente para algumas reflexões.</p> <p>Léa - Concorde, mas diz não querer ficar sem a oportunidade de falar.</p> <p>T - Prescreve uma tarefa de não haver, por uma semana, cobrança no que concerne a horários para com a Pérola. Ela fará um esforço pessoal para administrar seus horários. Os pais devem interferir se houver uma situação que eles definam como crítica.</p> <p>A sessão é encerrada; sendo que a próxima - última do planejamento -, será agendada através de um telefonema da família.</p>	<p>O Pai está adquirindo um humor mais aceitável aos familiares.</p> <p>Ela compreendeu o valor da possibilidade de cada um expressar opiniões e sentimentos.</p> <p>Tarefa paradoxal.</p> <p>A família terá autonomia para determinar a data.</p>
--	--

DISCUSSÃO DESSA 9ª SESSÃO DO DCCF, E PENÚLTIMA DO PROCESSO

A experiência em psicoterapia tem levado aos membros a aprender identificar os padrões repetitivos manifestados nas gerações. E passam a ganhar condições para conversar entre si sobre esse fato.

Desde que passamos a nos utilizar da identificação da qualidade dos vínculos entre os familiares, observamos ser melhor ocorrer a participação dos familiares, inicialmente, com a pessoa mais livre no sistema, uma vez que terá de se expor em uma das áreas mais bloqueadas: os sentimentos para com os parentes. Nesse caso, no momento é Pérola. Ela está obtendo maior autoconfiança, até mesmo para enfrentar os pais e as dificuldades acarretadas pela exclusão social. Por isso mesmo, há algumas consultas já vem atuando como colaboradora do terapeuta e isso fez com que permanecesse na posição de co-terapeuta.

Foi uma opção do terapeuta, face ao sofrimento da família, não colocar antecipadamente um vínculo identificado como ruim. Este preferiu fazê-lo somente se houvesse um pedido nesse sentido. Acreditamos não ser necessário, da parte dos profissionais da saúde, exacerbar o sofrimento da família através de suas técnicas.

Em nossa discussão teórica sobre a circularidade, ressaltamos ser incrementada por meio dela, a participação de cada membro, devido a cada um compreender, ao longo do processo, as nuances que estão envolvendo o sistema familiar, o envolvimento dos pais nas respostas da filha mais velha, nos fazendo ver que as respostas dela são também as deles. Todos estão envolvidos na trama relacional do sistema terapêutico.

O traço marrom - feito devido à solicitação do pai - possuir um significado

próprio - isto é, um vínculo ruim ou algo semelhante. O termo ruim não é utilizado pelo terapeuta, devido a estar privilegiando a ressignificação dos vínculos, e tampouco pelos familiares - pois não é uma expressão usada por eles, porém, no uso dentro da sessão traz em si uma oposição ao vínculo bom. Assim, tem as características de um vínculo ruim; é o medo de falar com o outro, a ponto de criar uma barreira comunicacional.

Madeira, ao comentar o comportamento do cunhado, sem se dar conta, vai descrevendo o desenho da Esquizofrenia. É uma doença onde o portador atua em uma realidade paralela ao mundo externo, e os familiares interagem na confluência desses dois mundo. Ora mergulhado em um, ora em outro, Madeira, por mais que sofra com a descrição que estereotipa, assim descreve o cunhado. Da mesma forma, Pérola o faz com seu tio. Por isso, cremos que o medo é tema central daquele que padece de um quadro de Esquizofrenia. Medo de ser reconhecido como indivíduo, sem ser deixado de ser aceito como família; medo de sair do espaço familiar, sem ser expulso para fora do mesmo, medo de ser mulher, sem ser alijada de sua sensualidade, medo de ser homem, mesmo em face de suas impotências.

Ainda buscando justificativa para explicar a continuidade da doença, por vezes, recorrem à crença de a mesma ser alimentada pela ingestão de certos alimentos. Parece-nos haver uma dificuldade na aceitação da doença como inerente à família e, por isso, costuma-se procurar explicações de que a mesma provenha de algo exterior a ela.

Como Mara tem adquirido rapidamente uma melhora, tanto física como mental, agora falando regularmente e portando-se de forma coerente à sua idade, ao que tudo indica iniciou uma disputa para conquistar a atenção, com sua irmã. E aproveita-se de cada momento para instigá-la em suas áreas mais frágeis. Aqui,

utiliza-se de um comentário feito em sua casa - sobre um rapaz estar conversando com a irmã -, para afirmar tratar-se de um namorado. Pérola, sentindo-se agredida por ver sua vida exposta, faz um longo discurso sobre a invasão dos outros em sua vida pessoal. Embora tenha se tornado tremendamente prolixa em suas argumentações e elevado a voz, mudando a cor de sua pele para um vermelho intenso, conseguiu focar-se no tópico e ainda falar sobre o tema do respeito mútuo de forma organizada. Sua apresentação faz-nos lembrar da paciente descrita por Milrod (1996): uma mulher inteligente, atrativa, utilizava-se da linguagem para apresentar seus recursos, mas sua voz, por ser entrecortada, com acentuadas alterações no volume e timbre, contradizia o seu discurso. No entanto, observamos que seu progresso na estruturação do raciocínio é acentuado. A recondução do processo circular foi feita com essas observações.

Mara, percebendo que sua irmã já não está tão fragilizada com o ataque verbal, senta-se ao seu lado e passa a incomodá-la de outra forma. Nessa empreitada consegue a adesão do irmão. O que nos chama a atenção é o fato de Pérola, conseguir dar conta da conversação com o terapeuta e os pais e responder à irmã sem a agressividade do antigo padrão. As mudanças têm sido acentuadas em cada um dos membros da família.

Quando o assunto do desajustamento social e o conseqüente preconceito da sociedade vem à tona, a mãe alia-se ao sofrimento da filha. Ela percebe que somente unidos conseguirão fazer frente às imposições da sociedade.

Com a percepção mais aguçada dessa problemática social, a liberdade tem sido um assunto constante na pauta das sessões. Exatamente por ver-se mais livre no âmbito da família, Madeira tem apresentado mudanças em sua forma de falar e comportar-se. Já consegue sentar-se próximo às filhas, na sala de espera

brinca com elas e no curso das sessões consegue fazer piadas que são bem aceitas pelos outros da família. Essa receptividade dos familiares às suas piadas tem lhe trazido um excelente suporte emocional. É uma das formas de não mais sentir-se estranho e esquisito frente aos filhos e à esposa.

A tarefa que o terapeuta prescreve é paradoxal no sentido de que quanto mais liberdade Pérola tiver, mais próxima ela se tornará dos pais. Agora, não mais devido a uma dependência de cuidados, mas por desejar compartilhar da companhia deles. Essa liberdade é explicitada quando o terapeuta deixa a família livre para agendar a data da próxima consulta. Aliás, todos aprovam a iniciativa.

PREÂMBULO à 10ª SESSÃO DO DCCF, a 13ª DESDE O INÍCIO DO PROCESSO

DESCRIÇÃO DA 10ª SESSÃO DO DCCF	COMENTÁRIOS
<p>Estão presentes na sessão o Pai, a Mãe e Mara.</p> <p>O garoto ficou dormindo, afirmam que não quis acordar.</p> <p>Pérola, não pôde vir por não estar se sentindo bem. Provavelmente por alguma coisa que comeu e teve alergia e algum mal-estar.</p> <p>O Pai sentou-se ao lado da Mara e a Mãe no outro sofá sozinha. O terapeuta em sua cadeira individual do lado da Mãe.</p> <p>- Disseram que a avó viajou para a Europa e irá passar cerca de três meses por lá. Está visitando parentes que não via há muitos anos. Ressaltam não trata-se apenas de parentes, mas de alguns amigos que ela manteve ao longo dos anos, principalmente por correspondência.</p> <p>Madeira - Brincando diz isso ser bom, pois quando ela está aqui vive palpitando na família. Acrescenta que isso irrita a todo momento.</p> <p>- Passam um bom tempo conversando-se sobre clima, cultura, história e línguas da Europa e a Ásia.</p> <p>Léa - Comenta que gostaria muito de passar uma temporada na região onde seus pais nasceram. Gostaria de estudar a cultura de lá.</p>	<p>Dois dos filhos não se viram obrigados a estar na consulta.</p> <p>O Pai já sente-se livre para estar ao lado da filha.</p> <p>Um assunto diferente na pauta familiar.</p> <p>Outro assunto novo entre a família.</p>

<p>Madeira - Argumenta ser possível assinar uma revista, ou semelhante, que traga notícias atuais de lá.</p> <p>Léa - Brinca sobre a situação, precária, financeira que vivem e como poderiam se dar a esse luxo.</p> <p>T - Diz ser possível freqüentar clubes com características culturais como costumam fazer os japoneses, italianos, judeus e árabes.</p> <p>Léa - Ressalta já participarem de uma companhia de dança e orquestra. As duas moças dançavam no grupo e os pais ajudavam no apoio ao grupo, como voluntários.</p> <p>- Passam um tempo explicando que o grupo de dança apresenta os países mais representativos da Europa. Em certas apresentações trabalham com a Alemanha, outras com a Bélgica, Suíça e países vizinhos.</p> <p>T - Pergunta à Mara sobre o quanto ela gosta de dançar com o grupo.</p> <p>Mara - Responde que muito, tem amigas e roupas típicas. Ressalta que só não gosta de ensaiar.</p> <p>- Todos riem e o pai diz que as tarefas quase sempre ninguém gosta de fazer. Só do show.</p> <p>Léa - Fala que a companhia de dança é bastante agradável. Mas pensa em cancelar a participação das filhas. Elas estão muito sobrecarregadas atualmente. Pérola está bem na Faculdade, e anda tendo um pouco de dificuldades com o Inglês.</p> <p>Madeira - Interfere dizendo que ela necessita fazer um treino particular intensivo. Se não fizer, não poderá deslanchar nas leituras exigidas.</p> <p>Mãe concorda, mas pondera que a filha não</p>	<p>Explica o quanto a família está entrosada em outras atividades fora do lar.</p> <p>Revela quanto a cultura de origem de seus pais está presente ainda hoje.</p> <p>Pai faz piada e é aceito.</p> <p>Procura participar na conversa da esposa.</p>
--	--

<p>sabe bem como fazer isso.</p> <p>Mara - Lembra que a avó poderá ajudá-la.</p> <p>Madeira - Balança a cabeça com expressões de dúvidas.</p> <p>Léa - Diz ser possível, porém só quando voltar da viagem. E Pérola não está relaxada em seus treinos. Ela cumpre suas obrigações. Quem não cumpre são outros membros da família.</p> <p>- Silêncio.</p> <p>Mara - Fala alto e asperamente, ser isso mesmo. E tem gente que não cumpre o que diz e não se pode jogar ou comprar o que quiser.</p> <p>T - Pergunta o que ela quis comprar e não pôde.</p> <p>Mara - Responde dizendo que foi um pacote de figurinhas.</p> <p>Madeira - Argumenta que a banca era longe para ela ir sozinha, e esse foi o empecilho.</p> <p>Mara - Mais agitada diz que também não deixaram comprar o gibi que queria. Confirma que em sua casa não se pode fazer nada.</p> <p>- Terapeuta concorda que ela deve ter seus gostos e volta-se para a mãe perguntando sobre o que ela estava falando momentos atrás.</p> <p>Léa - Irritada explica que tem problemas com seu peso, e sua saúde é precária, mas sabe que é mulher e esposa; por isso, tem suas necessidades. Explica que é um assunto para falar sozinha. Com os filhos não dá para conversar.</p> <p>T - Provoca-a perguntando se ela tem medo da conversa.</p> <p>Léa - Irradíssima dirige-se ao terapeuta pedindo para que a conversa seja mantida com o Pai, porque sabe todas as respostas.</p>	<p>Irritada com os gestos de desaprovação do esposo.</p> <p>Entra na discussão.</p> <p>Reorienta a discussão para a mãe.</p> <p>Viu-se em condições de falar de sua própria pessoa.</p> <p>Volta ao Padrão de denúncias indiretas.</p>
--	--

<p>T - Pergunta ao Pai sobre que assunto estão falando. O terapeuta diz ainda não ter entendido nada.</p> <p>Madeira - Afirma que a esposa está nervosa pela falta da mãe.</p> <p>Léa - Estica o braço e aponta ao terapeuta dizendo não ser nada disso. Recebeu um telefonema da vizinha dizendo que seu marido estava se engraçando com sua empregada. Fala que não admite novamente essa história.</p> <p>Madeira - Sorri com expressões de surpresa.</p> <p>Léa - Fala que não consegue entender um casamento onde marido e mulher não dormem juntos. Acusa que grande parte das suas dificuldades com a saúde deve-se ao fato de marido e mulher não viverem maritalmente.</p> <p>T - Pergunta a razão de ela usar termos tão técnicos para falar de algo tão cotidiano.</p> <p>Léa - Reafirma ser um assunto para falar sem os filhos. E precisar de uma sessão só para ela.</p> <p>T - Concorda com os cuidados que se deve ter com crianças. Mas lembra que o filho menor está com 13 anos. E a filha presente tem mais de 15 anos.</p> <p>Léa - Explica que acredita ser esse um assunto do casal.</p> <p>T - Aceita e pergunta ao Pai qual sua opinião.</p> <p>Madeira - Diz que não tem medo ou problema algum com o assunto. Não tem nada para conversar.</p> <p>T - Mostra que Mara participou várias vezes da conversação, falando bastante. O que demonstra estar bastante preparada para falar sobre certas dificuldades da família. Agora já não precisava ver e guardar dentro de si. Explica que durante alguns anos esse foi o jeito de agir das moças, face a todas as</p>	<p>Reage com evasivas.</p> <p>Denuncia explicitamente.</p> <p>Procura levá-la a ser direta, em seu objetivo de falar, sobre os assuntos do casal.</p> <p>Terapeuta questiona a infantilidade dos filhos.</p> <p>Respeita sua opinião.</p> <p>Responde com evasivas.</p> <p>Terapeuta procura mostrar à Léa que a realidade da família já é outra, diferente da de</p>
---	---

<p>dificuldades que passavam, mas agora já estão podendo falar. E falar, não implica sair de casa, ou romper relacionamentos com alguém.</p> <p>Léa - Concorda com o terapeuta que a filha nesse íterim da última sessão até passou a falar bastante. A língua soltou-se, comenta.</p> <p>T - Provoca Mara perguntando se está pronta para conversar sobre a vida.</p> <p>Mara - Sorri (ajeita-se no sofá) e diz que sim.</p> <p>T - Declara estar percebendo o quanto ela tem portado-se como uma moça. Que seu jeito de sentar-se mudou radicalmente. Inclusive o modo como segura sua bolsa.</p> <p>Mara - Sorri.</p> <p>Mãe e Pai - Sorriem.</p> <p>T - Fala que o tempo da consulta está terminado e gostaria de ter notícias dos outros filhos.</p> <p>Léa - Fala que o filho está atualmente com um novo colega da rua. Ressalta que o garoto é de boa companhia e seu filho passa várias tardes na casa do vizinho. Está aprendendo a lutar judô.</p> <p>Pérola está indo bem na suas atividades e teve sua meditação rebaixada outra vez. Um outro remédio foi retirado.</p> <p>A família pede uma outra consulta, para daqui a 30 dias, a fim de assegurarem-se do processo de mudanças em curso.</p>	<p>dois anos atrás.</p> <p>Aceita a participação na conversa.</p> <p>Terapeuta redireciona a conversa, a fim de evitar que essa ocorra com Mara.</p> <p>Procura circular todos os membros da família.</p> <p>Expandindo seu território geográfico e pessoal.</p> <p>Vê-se acentuado o progresso em Pérola.</p> <p>Solicitação de uma consulta final.</p>
---	--

DISCUSSÃO DESSA 10ª SESSÃO DO DCCF, E ÚLTIMA DO PROCESSO

O sistema familiar está se flexibilizando. O Padrão rígido de andar em bloco está sendo alterado. A filha mais velha usa o recurso de não estar bem de saúde para não acompanhar os pais e o filho mais novo recusa-se em levantar da cama. Interessante notar que no início desse processo, quando a filha não se sentia bem os pais entendiam que aí era que eles deveriam estar juntos. Agora, o mesmo argumento é utilizado para safar-se do bloco. Acreditamos que isso seja fruto da contínua ressignificação realizada ao longo do tratamento. O filho mais novo, além de perceber o sistema mais vulnerável e apto para mudanças, está vivendo as necessidades próprias da adolescência procurando estabelecer sua vontade frente aos pais. O que não foi possível às irmãs, pois quando essas chegaram nessa idade, o sistema rígido inviabilizou a saída de ambas. Diante da repetição do padrão das mulheres serem obscurecidas ao longo das gerações, acreditamos não se tratar somente de uma saída territorial, mas também, uma tentativa da emancipação femiLéa. O bloqueio das possibilidades de relacionar-se fora do contexto familiar, como moças, tornando-se adultas, tem por finalidade repetir o padrão de neutralização das mulheres na família.

Vemos na distribuição física deles que o Pai já tem a liberdade de sentar-se ao lado da filha e, esta, já não procura sentar-se em lugar oposto a ele. O casal ainda mantém uma considerável distância.

Embora ainda haja bastante presença dessa problemática da distância, entre o casal, já estão livres para trazer assuntos novos para a pauta familiar. Vê-se que a família não tem um único assunto, como no início do tratamento. Agora, podem aventurar-se a conversar sobre outras culturas, países, e até mesmo, dar vazão

aos sonhos de viajar para a terra dos pais.

Essa mesma liberdade que estão experimentando favorece o surgimento do assunto, até então proibido, da vida íntima do casal. O assunto surge dentro dos moldes do antigo padrão de conversação, ou seja, de forma indireta e acusatória, porém já foi levantado. A mãe, procurando manter o assunto na pauta, busca amparo no terapeuta. Como se estivesse querendo colher os frutos de meses de aliança com ele.

Na conversação, percebe-se a cultura dos pais e dos antepassados ainda profundamente enraizada na rotina da família atual. Embora as gerações tenham passado por radicais mudanças geográficas e de nacionalidades, conseguiram preservar o legado cultural dos bisavós. Não temos condições de afirmar com certeza ou com dados, mas estamos acreditando ser esse um dos atributos que mantenha a família firme contra os embates da doença e não se desintegre, como na maioria das vezes. É aqui que podemos perceber o lado saudável da repetição de uma crença ou padrão relacional.

Acreditamos ser prematuro afirmar que o Pai já esteja se inserindo na trama familiar, com coerência. Mas, o fato é que suas piadas já não causam uma irritação imediata nos outros familiares. Mesmo porque não só eles mudaram, também mudou o conteúdo das piadas. Agora elas se referem, às situações em curso, e não propriamente às pessoas envolvidas. Com a esposa, ele procura manter um aparente diálogo. Dizemos ser aparente, porque ainda é por desqualificação ou negação do que ela diz. E isso irrita a esposa por não obter o diálogo que deseja.

Percebendo que a conversa entre o casal se dirige para uma discussão, a filha interrompe trazendo o foco da discussão para si. Aliás, esse era também um padrão relacional repetitivo, onde as duas moças catalizavam os dividendos das contradições familiares para si mesmas. Um padrão que não era novo e nem

estranho na família; a mãe, em suas narrativas, revela que há muito utiliza-se desse expediente. Como o foco que Mara procurou dar à discussão é infantilizado e foge dos propósitos desejado pela mãe, o terapeuta procura dirigir a conversa novamente à mãe. Esta, percebendo a correspondência do terapeuta, aproveita a oportunidade e se esforça em falar de forma mais concreta e explícita sobre suas dificuldades, enquanto mulher de Madeira. Porém, como ainda não desenvolveu uma nova forma de comunicar-se além da contínua denúncia indireta, não obtém outra resposta do esposo que não seja a habitual, ou melhor, evasivas. Ante a costumeira repetição da indiferença, reage com uma ação nova para a trama familiar. Ela começa a denunciar exatamente o que ocorre com o casal: a ausência de intimidade, afeto e cumplicidade.

O terapeuta a instiga a ser mais explícita o quanto possível. Exacerbando ao máximo a denúncia, procura romper o padrão de comunicar-se de forma indireta e assim estabelecer uma conversa mais autêntica. Léa, recua apresentando a filha como um motivo para não falar claramente sobre sua vida conjugal, como se a vida do casal fosse algo ignorado pelos filhos. O terapeuta, leva-a a concordar que seus filhos não podem mais ser vistos como crianças, e circula a conversa para Mara, que a tudo acompanha atentamente. Esta percebendo a oportunidade de ser vista pelo terapeuta como mais adulta, e ainda confirmar uma nova posição frente aos pais, afirma imediatamente sua condição de preparada para o diálogo. No entanto, respeita os limites da mãe, por acreditar ainda necessitar adquirir uma nova forma de comunicar-se, e isso deveria ser uma conquista do futuro, dentro do trabalho psicoterápico com a família.

A fim de manter todos os familiares integrados na conversa circular, o terapeuta busca introduzir os filhos que não vieram à sessão, tornando-os presentes por meio da conversa. As notícias sobre Pérola a evidenciam, entre

todos da família, como a que mais tem apresentado progressos em diversas áreas de sua vida. Quanto aos pais, temos a convicção de que um novo trabalho terá de ser realizado, em particular, com o casal.

Como essa é a última das sessões planejadas para o processo de tratamento com o psicólogo, e agora ficarão apenas com o subsistema dos médicos, os pais solicitam mais uma consulta, dentro de mais ou menos trinta dias, para certificarem-se de que estão voltados para a continuidade das atuais mudanças.

DESCRIÇÃO DA 14ª SESSÃO; ACRESCENTADA AO PROCESSO

Esta ocorre em função da solicitação da família, na última sessão, quando houve o encerramento do tratamento planejado.

■ ■ ■ ■ ■

Toda a família está presente e busca-se comentar como se deram as iniciativas de cada um dos familiares, desde a última consulta. Falou-se sobre a Pérola ter conseguido frequentar as aulas na Universidade e ter obtido destaque em suas atividades em grupo e nas provas. Ela menciona que suas maiores dificuldades estão em trabalhar com os grupos elegidos para os trabalhos prescritos pelos professores. Mara revela que um dos alunos da classe da irmã está namorando com ela. Pérola, como das outras vezes, rebate dizendo tratar-se de um colega de grupo, nada mais. Devido ao excesso de afazeres de Pérola e Neto - que está fazendo musculação para ganhar uma melhor estruturação física, uma vez que tem crescido bastante -, Léa comenta estar pensando em cancelar a participação dos filhos no grupo de danças típicas. Todos conversam sobre o assunto e chegam à conclusão de que terão de abdicar de algumas atividades. A idade está avançando para todos e a agenda semanal já não é a mesma de um ano atrás.

A mãe fala sobre a sua mãe ter sofrido um acidente na Europa, e o seu irmão ter tido recidivas, inclusive com internações hospitalares.

Ficou acertado que a família irá, espontaneamente, agendar horários a cada trinta ou quarenta dias, para manter uma manutenção das mudanças em curso. Se houver uma situação de maior gravidade, o assunto será tratado em terapia na época em que acontecer. O terapeuta deixa a possibilidade de o casal, vir em dias alternados aos dos filhos, a fim de trabalharem a situação conjugal do casal.

A sessão é encerrada com Mara mostrando alguns de seus trabalhos, que foram entregues a ela pela Terapeuta Ocupacional.

VII – DISCUSSÃO GERAL

A que resultados pode-se chegar em um tratamento que envolve a esquizofrenia? Kaplan (1984) respondeu a essa pergunta dizendo serem cinco as possibilidades. Recuperação completa e permanente, a primeira a ser citada. Remissão completa com uma ou mais recidivas no futuro, outra possibilidade. Remissão social, com defeito da personalidade, com o paciente sendo capaz de cuidar-se e sustentar-se ou estar dependente de uma supervisão. Cronicidade estável, mais um dos resultados possíveis. E, a última, a deterioração ao longo da vida. Aqui tivemos resultados na remissão social em ambas as moças e uma sensível melhora nos familiares. Esse tipo de melhora nos membros familiares ainda não recebeu uma classificação científica; podemos relacioná-la ao melhor ajustamento intrafamiliar.

Esse tipo de melhora é percebido não somente pelos familiares, mas também pelo subsistema médico-psiquiátrico. Aliás, o relacionamento dos médicos – na primeira sessão de questionamentos –, que passou por um processo de aproximação dos familiares; nas três últimas consultas – através da motivação dada nas consultas que realizavam –, tiveram papel preponderante no processo psicoterapêutico. Outro fator fundamental foi o clima de equipe (psicólogo e médicos) gerado no curso do atendimento, que implicou na troca de informações sobre os efeitos medicamentosos nas moças. Para os médicos houve o entendimento sobre o modo de o sistema familiar alterar-se de acordo com os novos padrões comunicacionais construídos. Para o psicólogo houve a orientação de como os medicamentos neurolépticos freqüentemente produzem efeitos colaterais

extrapiramidais, muito semelhantes ao embotamento afetivo ou à avolição. Uma precisa distinção entre verdadeiros sintomas negativos (entre outros a pobreza no discurso e afeto; baixa determinação; indiferença – apatia; redução do desejo) e efeitos colaterais medicamentosos (delírios, alucinações, ausência de apetite, alteração do sono e onírica, etc.) depende de um experiente médico que possa discernir sobre a gravidade dos sintomas negativos; a natureza e o tipo de medicamento neuroléptico; os efeitos de um ajuste da dosagem; e os efeitos de medicamentos anticolinérgicos. Ao psicoterapeuta faltava um esclarecimento sobre essa natureza para entender com maior discernimento o que ocorria entre os familiares.

O registro das falas e das expressões de comportamento, garantido na folhas do DCCF, proveu a família de uma nova dinâmica interacional. Trouxe subsídios para discutir a herança cultural que influencia o viver de cada um deles. Se não tivéssemos garantido os dados através de anotações, muito do que não é falado no curso de um atendimento estaria perdido na memória de todos os membros do sistema terapêutico. Ao nosso ver, uma das mudanças de Segunda Ordem, presente no DCCF.

O DIAGRAMA DA COMUNICAÇÃO CIRCULAR FAMILIAR mostrou-se eficaz na identificação de Padrões de Desajustes Mentais Repetitivos, como nervosismo acentuado, reclusão, neutralização e esquizofrenia. Também identificou o Padrão Comunicacional de Duplo Vínculo entre o casal, de desqualificação entre os filhos e de medo entre toda a família. De igual forma, foi eficiente por revelar o lema multigeracional da família: um casal busca, com sua família, estabilidade. Em dado momento, as condições externas chegam e levam a família ao pessimismo e ao empobrecimento tanto financeiro como social.

Foi fundamental, para a desconstrução desse lema geracional, a reconstrução

circular da história familiar, conjugada com a possibilidade de conversar circularmente sobre a reação, o comportamento e os sentimentos do outro nas sessões.

O posicionamento físico na sala de atendimento, é outro aspecto a ser estudado. A comunicação circular interferiu de maneira direta na organização geográfica familiar. O Pai que no início só conseguia estabelecer contato com o filho. No decurso das 14 sessões, conquista espaço junto às filhas, alterando de modo sensível a sua conduta intra-sistêmica. Uma dessas mudanças foi poder confrontar as filhas sem as constranger, como ocorria anteriormente, tanto pelo medo que despertava, quanto pela incoerência de suas falas. A aceitação mútua, o respeito de um pelo outro se sobrepôs à frustração de ele não ter uma família com sucesso. Esses atributos da família, em seu caso, foram mais forte do que a rigidez. Tão importante quanto esses atributos, creditamos a herança cultural e religiosa que percebeu ter recebido de seus pais e avós. Cerveny (1994), reconhecendo o poder da herança familiar se impor na vida de uma família, escreveu: "*(...) depoimentos demonstram a força que tem o tempo de convivência com a família e também a força dos padrões de interação na repetição. A comunicação, os rituais, as regras, mitos e seqüências permeiam as relações familiares e estabelecem maneiras de repetir.*" (p. 46). Essa herança tornou-se um símbolo de resistência e sobrevivência para Madeira.

Essa percepção, também muito ocorreu com a filha mais velha. Embora vivesse, no início do processo sob o signo do medo, conforme desvendava a trama histórica familiar, e a sua própria, desenvolvia recursos internos para discernir entre a doença e a sua pessoa; para enfrentar os pais que seguidamente a colocavam na posição de Paciente Identificada; para aliar-se ao terapeuta como um parceiro de jornada, bem como para confrontar a sociedade que a estereotipa como insana. Por isso mesmo, a liberdade tornou-se um dos temas de sua preferência; a liberdade de

poder viver a própria vida com o colorido que ela tiver.

A circularidade também promove o rompimento da muralha em que Mara está contida. Muito do que lhe acomete e com relação ao seu reagir aos outros, todos percebem não tratar-se das conseqüências da Esquizofrenia, mas sim, da conveniência que acabou estabelecendo como roteiro de vida. Ao aceitar as novas fronteiras que a família estava estruturando, foi capaz de integrar-se não só na conversação, como também na dinâmica do sistema terapêutico, que lhe convidava a seguir as etapas do ciclo vital da vida. Em seu caso, acreditamos não ser sua grande conquista recuperar o controle urinário, a articulação coerente da fala, nem mesmo o progresso obtido nos estudos, mas sim, a compreensão das ricas possibilidades que possuía enquanto mulher.

O garoto, antes ameaçado pelo discurso familiar de ser o próximo a perder o sucesso na vida, consegue, através das brechas apresentadas pelo sistema, implantar, paulatinamente, a conquista de seu território fora dos limites de sua casa. Inicia um trabalho de modelação corporal, além de estabelecer um número de amigos da própria idade, compartilhando com eles seus espaços, limites, interesses e a circunstância vivida pela família.

A mãe que vem de uma família de homens atuantes e potentes - contrastando à família do esposo que apresenta homens impotentes - levou todos à terapia familiar e, desde o início, vislumbrou potencialidades em sua família. Sua condição precária, enquanto mulher, compromete-se, quanto maior for a remissão de suas filhas. Andolfi (1984) nos orienta para o fato de havendo melhora no P.I., um novo membro familiar deve assumir tal condição – o mais frágil no sistema.

Embora as sessões planejadas tenham sido encerradas, a família traz a possibilidade de continuidade do processo. O que será discutido no futuro.

VIII – CONCLUSÕES

As conclusões que pudemos elaborar no curso de nossa pesquisa são:

A comunicação, particularmente a familiar, estrutura as instâncias da personalidade dos membros do sistema terapêutico e de todos aqueles que a ele se achegar.

A compreensão dos padrões de funcionamento dos processos comunicacionais familiares traz um ganho ao ajustamento social, por introduzir recursos para um enfrentamento da rigidez sistêmica.

Concluimos que o DCCF nos possibilita identificar o desajuste mental nas gerações da família, como uma doença com muitas faces e significados. Primeiramente, o DCCF mostra a face do nervosismo exacerbado, preservando a reação que o membro familiar teve diante disso. Depois, demonstra a face da reclusão no lar, conjugada com uma incapacidade de dar conta do mundo além do terreno da casa, como a outra face. Por fim, identifica a própria Esquizofrenia.

Essas conclusões – não unicamente nossas, mas também da família – são possíveis devido ao caráter circular que o DCCF preserva na conversação e nos registros históricos dos membros da família, no decurso dos atendimentos. Realmente é terapêutico ter a condição de expressar opiniões e sentimentos acerca do que o outro falou ou como se comportou. Sabemos que esse registro pode ser feito utilizando-se de outros meios, como uma filmagem. Como em nosso contexto institucional de trabalho, isso não é possível, o DCCF torna-se um rico instrumento para essa finalidade.

O significado para a repetição geracional da Esquizofrenia, em nossa

conclusão, foi a existência, no desenrolar das gerações, de um duplo significado para o desajuste mental. Para os homens, é compreendido como a concretização do fracasso, não só pessoal como familiar; através de suas nuances – nervoso, reclusão, alcoolismo, esquizofrenia –, promove em cada nova geração masculina o fracasso das potencialidades de sua família. O tio Jorge e sua família é uma exceção; e, por isso, tão festejada.

Para as mulheres, o desajuste mental tem o significado de anular a figura feminina no âmbito familiar e social. De diferentes formas – casamento com desajustados mentais, reclusão no mundo doméstico, doenças incapacitantes –, ele enfraquece a presença e a participação delas nas lides familiares. De igual forma, por anular a sensualidade e a sexualidade, inviabiliza a realização pessoal enquanto mulher. Para a família, o significado do desajuste mental é sempre mais uma guerra a ser vencida. Qualquer movimento para um novo patamar é tido e visto como ameaçador. O lema é estagnar.

Nos vários ângulos de enfoque sobre a família encontramos uma finalidade para a ocorrência dos diferentes tipos de Esquizofrenia; ela não acontece por acaso. Como foi bom lutar com Pérola, Mara, Neto, Madeira, e principalmente com Léa, na superação de todos esses embates.

Pelas conquistas conseguidas nos embates com as estruturas sociais, é possível concluir ser um instrumento eficaz para a motivação de objetivos pessoais, e a promoção do resgate do ajustamento social. O mesmo não podemos dizer sobre sua eficácia na resolução da problemática sexual vivida pelos familiares. O planejamento que elaboramos não deu conta desse aspecto. Acreditamos ser um interessante estudo para uma futura pesquisa.

As reuniões previstas de todos os profissionais interessados no caso só ocorreu uma vez. Isso na primeira reunião das Equipes. Três tentativas foram feitas

para agendar um horário que atendesse aos interesses de todos, mas isso foi impossível. Tal fato leva-nos a concluir que não funciona uma equipe que não tiver comprometimento direto com os familiares.

Outra conclusão possível de estabelecer com clareza é a rica interação entre o subsistema psicólogo familiar e o dos médicos psiquiatras. Estavam previstas sete (7) reuniões entre os profissionais. Devido à chefia da Instituição encaminhadora da família, intervir e não aprovar as reuniões externas dos médicos – tampouco a presença de um profissional não aluno da casa, participando como equipe nos atendimentos ambulatoriais –, foi possível apenas realizar quatro (4) das reuniões entre as equipes. Duas delas na sala de atendimento de nossa Instituição, e outras duas na Instituição encaminhadora. Esse, um fator tremendamente restritivo à obtenção de outros progressos no tratamento; por ver-nos destituídos dos diálogos e trocas mantidas com os médicos, particularmente quando alteravam a dosagem medicamentosa ou o rótulo da medicação e faltava-nos conhecimentos para avaliar as circunstâncias tendo em vista os efeitos dos novos neurolépticos e anticolinérgicos prescritos. Nas reuniões realizadas tivemos oportunidade de expor a proposta do DCCF, visto já conhecerem o GENOGRAMA FAMILIAR e aplicarem o modelo da árvore da genealógica em suas anamneses. Também pudemos compartilhar com eles as várias correntes de interpretação da Repetição de Padrões Comportamentais e Comunicacionais e, ainda, que o principal alvo psicoterapêutico em tais circunstâncias é trabalhar significados, crenças, interações e incrementar as potencialidades de cada um dos membros da família. Além de dar e receber do próprio sistema médico. Em diversos momentos do processo, percebemos o quanto essas trocas de informações eram essenciais tanto para uma como para a outra equipe. Porém, a partir da quarta reunião, o *feedback* só foi possível através dos depoimentos dos familiares.

IX. ÍNDICE DOS ASSUNTOS

ASSUNTOS	PÁG.
Terapia Familiar e Esquizofrenia	3
Mortalidade na Esquizofrenia	7
Teoria Familiar Sistêmica	9
Teoria Geral dos Sistemas	9
Retroalimentação	9
Mudança	11
Sistema	16
Retroação positiva	17
Homeostase	18
Circularidade	19
Rigidez	26
Paciente Identificado	27
Regra Familiar	31
Repetição Interacional	32
Provocação Terapêutica	33
Conduta diretiva	35
Redefinição	40
Comportamento Sintomático	43
Duplo Vínculo	45
Simetria	46
Complementariedade	46

Negação Terapêutica	53
Genograma	63
Demência Precoce	66
Sintomas da Esquizofrenia	68
Diagnóstico Nosográfico	70
Personalidade	75
Incapacitação Social	77
DCCF	82
Cibernética	84

XI . BIBLIOGRAFIA

- _____ (1995), *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM - IV*. 4^a ed. , tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ALLISON, S.; POWRIE, R.; PEARCE, C.; MARTIN, G. (1995), *Continuing medical education in marital and family therapy: a survey of South Australian psychiatrists*. Australian and New Zealand Journal of psychiatry. Vol. 29, nº. 4, p. 638.
- ANDOLFI, M. (1979), *Terapia Familiar*. Lisboa (Portugal): Veja-Universidade.
- ANDOLFI, M. e ANGELO C. (1988), *Tempo e Mito em Psicoterapia Familiar*. Tradução de Fiorangela Desidério, Porto Alegre: Artes Médicas.
- ANDOLFI, M.; ANGELO, C.; MENGHI, P. e NICOLO-CORIGLIANO, A. M. (1984), *Por trás da máscara familiar*. Tradução de Maria Goulart, Porto Alegre: Artes Médicas.
- AZEVEDO, I. B. (1992), *O prazer da produção científica: Diretrizes para a elaboração de trabalhos acadêmicos*. São Paulo: Unimep.
- BARBOSA, G. et al. ([1996]), *Terapia familiar e o desvio do rio*. In: *Século XX e XXI: O que permanece e o que se transforma*. São Paulo: Lemos Editorial.
- BATESON, G. (1986), *Mente e natureza: A unidade necessária*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- BAUCOM, D.H.; SHOHAM, V.; MUESER, K. T.; DAJUTO, A. D.; STICKLE, T. R. (1998), *Empirically supported couple and family interventions for marital distress*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Washington: Lancaster. Vol. 66, nº.1, p. 53.
- BEE, H. (1997), *O ciclo Vital*. Tradução de Regina Garcez, Porto alegre: Artes Médicas.

- BENTSEN, H.; NOTLAND, T. H.; BOYE, B.; MUNKKVOLD, O.G.; BJORGE, H.; LERSBRYGGEN, A. B.; UREN, G. (1998), *The criticism and hostility in relatives of patients with Schizophrenia or related psychoses: demographic and clinical predictors*. Acta Psychiatrica Scandinavica Copenhagen: Almquist and Wiksell Periodical Company. Vol. 97, nº. 1, p. 76.
- BETENCOURT, M. G. (1999), *Ecos Ancestrais da Árvore dos Afetos: Estudo Memético do Genograma Familiar*. (Tese de Mestrado. Pontifícia Universidade de Caxias do Sul RGS).
- BLOCH, S.; SZMUKLER, G.I.; HERRMAN, H.; BENSON, A; COLUSSA, S. (1995), *Counseling caregivers of relatives with schizophrenia: themes, interventions and caveats*. Family Process. Mental Research Institute, Palo Alto Medical Research Foundation: NY: Family Process. Vol. 34, nº. 4, p. 413.
- CALIL, V. L. L. (1987), *Terapia Familiar e de Casal*. São Paulo: Summus.
- CARNOIS, A. (1958), *El drama de la inferioridade en el niño*. (s.l):Luis Miracle.
- CERVENY, C. M. de O. (1994), *A família como modelo: Desconstruindo a patologia*. São Paulo: Editorial Psy II.
- CROW, T. J. (1983), *Schizophrenic Deterioration*. London: British Journal of Psychiatry. vol. 43 nº. 80, p. 81.
- DAUPHINAIS, D. (organizadora), (1992), *Medicamentos para o tratamento da Esquizofrenia*. In: Sociedade Brasileira de Psiquiatria - Departamento de Pesquisa em Tratamento Clínico. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica.
- DAVIDOFF, L. L. (1980), *Introduction to psychology*. New York: McGraw-Hill.
- DIAMOND, G. S.; SERRANO, A. C.; DICKEY, M.; SONIS, W. A. (1996), *Currents status of family-based outcome and process research*. Journal of the American Academy

- of Child and Adolescent Psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins. Vol. 35, nº. 1, p. 6.
- DIXON, L. ; LEHMAN. A. (1995), *Family Interventions for Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin - Rockville-USA: National Institute of Mental Health. Vol. 21, nº. 4, p. 631.
- ELKAÏM, M. (1990), *Se você me ama, não me ame: abordagem sistêmica em psicoterapia familiar e conjugal*. Tradução de Nelson da Silva Jr., Campinas: Papirus.
- FAGES, J. (1971), *Para compreender Lacan*. Tradução de M. D. Magno e G. Lamaziere, RJ: Rio.
- FALLON, I. R. H. (1981), *Family Therapy of Schizophrenics with High Rate of Relapse*. NY-USA: Family Process. Vol. 20 nº. 2, p. 211.
- FERREIRA, A. B. de H. (1975), *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 14^a edição, Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- FRIEDMAN, H.; ROHRBAUGH, M. e KRAUKAUER, S. (1988), *The Time-Line Genogram: Highlighting Temporal Aspects of Family Relationships*. NY-USA: Family Process. Vol. 27, nº. 3, p.293.
- GIL, A. C. (1991), *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3^a ed., São Paulo: Atlas.
- GOLDBERG-GLEN, R.; SANDS, R.; COLE, R.; CRISTOFALO, C. (1998), *Multigenerational Pattern and Internal Structures in Families in which Grandparents Raise Grandchildren*. Families in Society, NY: The Journal of Contemporary Human Services. Vol. 79, nº. 5, p. 477.
- GOLDSTEIN, M. J. (1995), *Psychoeducation and relapse prevention*. International Clinical Psychopharmacology. London: Rapid Communications of Oxford. Vol. 9, nº. 5, p. 59.
- GOMES, A . A . (2000), *Condições de Vida e Saúde Mental*. In: Revista Psicologia -

- Ciência e Profissão do Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Posigraf. Ano 20, nº. 4, p. 16.
- HALEY, J. (1979), *Psicoterapia Familiar*. Tradução de Lúcio R. Marzagão, M.G: Interlivros.
- HELD T.; FALLON I. R. H. (1999), *Family Therapy of Schizophrenia*. The Keio Journal of Medicine. Tokio: School of medicine, Keio University. Vol. 48, nº. 3, p. 151.
- HORNUNG, W.; HOLLE, R.; SCHULZE-MONKING, H; KLINGBERG, S.; BUCHKREMER, G. (1995), *Psychoeducational-Psychoterapeutic treatment of schizophrenics patients and their caregivers*. Nervenarzt. Berlin: Springer. Vol. 66, nº. 11 p. 828.
- KAPLAN, H. e SADOCK, B. (1984), *Compêndio de Psiquiatria dinâmica*. The Keio Journal of Medicine. Tokio: Keio Journal of Medicine. Vol. 48, nº. 3, p. 132.
- LACAN, J. (1977), *La Familia*. Argentina: Homo Sapiens.
- LACAN, J. (1987), *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade: primeiros escritos sobre a paranóia*. Tradução de A . Menezes, M. A. C. Jorge e P. M. da Silveira Jr. Rio de Janeiro: Forense - Universitária.
- LAZARUS, A . A . (1992), *Mitos Conjugais*. São Paulo: Editorial Psy.
- LECLERCQ, J. (1968), *A familia* . tradução de Emérico da Gama. São Paulo: Quadrante.
- MAGLIANO, L.; FIORILLO, A.; MALANGONE, C.; ALETTI, A. ; BELOTTI, G.; BEVILACQUA, P. (1998), *Family burden in schizophrenia: effects of social - environmental and clinical variables and family intervention*. N.Y: Epidemiological Psychiatric Societ. Vol. 7, nº. 3, p. 178.
- MCGOLDRICK, M e GERSON. R. *Genotograma e o Ciclo Familiar* (1995). In:

- CARTER, B. e MCGOLDRICK, M. (1995), *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar*. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese, 2^a edic., Porto Alegre: Artes Médicas.
- MCGORRY, P. D. (1995), *Psychoeducation in the first episode psychosis: a therapeutic process*. Psychiatry - William Alanson White Psychiatric Foundation. Washington: Guilford Press vol. 58, nº. 4, p. 313.
- MEARES, R.; BLOMFIELD, D. (1995), *Varieties of Religious Experience by William James*. Australian And New Zealand Journal of Psychiatry. Vol. 29, nº. 4, p. 713.
- MEDINA, C. A. (1974), *Família e mudança: O familismo numa sociedade arcaica em transformação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- MELLO F^o., J. (1994), *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- MILROD, B.; BUSCH, F.; HOLLANDER, E.; ARONSON, A.; SIEVER, L. (1996), *A 23 year-old woman with Panic Disorder treated with Psychodynamic Psychotherapy*. The American Journal. Vol. 153, nº. 5, p. 698.
- MINUCHIN, S. (1982), *Famílias – Funcionamento e tratamento*. Tradução de Jurema Alcides Cunha, Porto Alegre: Artes Médicas.
- MOTAK, E. (1996), *The family's emotional environment and social skill level in schizophrenia*. Psychiatry Polish. Vol. 30, nº. 6, p. 929.
- MULLER, P. (1998), *The current status of psychotherapy research in schizophrenia*. Fortschütte der Neurologie und Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete. Stuttgart: Georg Thiene Verlag. Vol.66, nº. 3, p. 101.
- PAIM, I. (1986), *Curso de psicopatologia*. 10^a edição, São Paulo: EPU.
- PAKMAN, M. (s.d.), *Una actualizacion epistemologica de las terapias sistemicas*. (s.l.):

- Revista Véase Editorial, p. 34 - 37.
- PALAZZOLI, M. S. (1982), *Paradoja y Contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia a transaccion esquizofrenica*. Buenos Aires: A .C.E.
- PALAZZOLI, M. S.; CIRILLO, S.; SELVINI, M.; SORRENTINO, A . M. (1998), *Os jogos psicóticos na família*. Tradução de Lauro Coelho. São Paulo: Summus.
- PENN, D. L.; MUESER, K. T. (1996), *Research Update on the Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. The American Journal Psychiatric. Washington: American Psychiatric Association. Vol. 153, nº. 5, p. 607.
- PHAROAH, F. M.; MARI, J.J.; STREINER, D. (2000). *Family intervention for schizophrenia*. Cochrane Review. In: The Cochrane Library, n.º 4. Oxford: Update Software.
- RAMOS, D. G. (1994), *A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença*. São Paulo: Summus.
- RAMOS, D.G. (1990), *A psique do coração: Uma Leitura Analítica do seu Simbolismo*. São Paulo: Editora Cultrix.
- REISS, D. (1995), *Families and Schizophrenia Redux*. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes. Vol. 58, nº.1, p. 1.
- SALOMON, D. V. (1996), *Como fazer uma monografia*. 4ª edição, São Paulo: Martins Fontes.
- SCHILMOELLER, G.; BARANOWSKI, M. (1998), *Research on Systems of Support: Intergenerational Support in Families with Disabilities*. Families in Society - The Journal of Contemporary Human Services. Vol. 79, nº. 5, p. 465.
- SCHOOLER, N. R.; KEITH, S.J.; SEVERE, J. B. MATHEWS, S. M. (1995), *Maintenance treatment of schizophrenia: a review of dose reduction and family treatment*

- strategies*. Psychiatry Quarterly. New York: Psychiatric Quarterly. Vol. 66, nº. 4, p. 279.
- SENNEKAMP, W. (1995), *Aspects of emotional stress on relatives of schizophrenic patients*. Psychiatry Praxis. Washington: American Psychiatry Association. Vol. 22, nº. 1, p. 27.
- SEVERINO, A. J. (2000), *Metodologia do trabalho científico*. 21^a ed. Ver. e ampl., São Paulo: Cortez.
- SHIRAKAWA, I. (organizador) (1998), Chaves A. C.; Mari J. J. *O desafio da Esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA – Divisão de Pesquisa Clínica e Terapêutica da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, (1991), *Esquizofrenia: Perguntas e Respostas*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psiquiatria.
- SOLOMON, P; Draine, J. (1995), *Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping, and adaptation*. NY: American Journal Orthopsychiatry. Vol. 65, nº. 3, p. 419.
- STAWSKI, M.; VELKES, V. (1999), *Does the family therapy need psychiatrists? Do psychiatrists need family therapy?* Israel Journal Psychiatry. Vol. 36, nº. 3, p. 174.
- TAMMINEN, T; KAUKONEM, P. (1999), *Family Ward: A New Therapeutic Approach*. The Keio Journal of Medicine. Tokio: School of medicine, Keio University. Vol. 48, nº. 3, p. 132.
- TSUANG, M. T. e SIMPSON, J. (1985), *Mortality Studies in Psychiatry*. NY: Archives of General Psychiatry. Vol. 42, nº 5, p. 98.
- VASCONCELLOS, E. G. (2000) *Tópicos de Psiconeuroimunologia*. São Paulo: Ipê Editorial

- VON BERTALANFFY, L. (1975), *Teoria Geral dos Sistemas*. 2^a edição, Tradução de Francisco M. Guimarães, Petrópolis: Vozes.
- WATZLAWICK, P. ; BEAVIN, J.; e JACKSON, D. D. (1993), *Pragmática da Comunicação Humana, Um estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interação*. Tradução de Ávaro Cabral, São Paulo: Cultrix.
- WATZLAWICK, P. ; WEAKLAND, J. H.; e FISH, R. , (1977), *Mudança*. São Paulo: Cultrix.
- WICHSTROM, L. ; HOLTE, A. (1995), *Fusion in the Parent relationship of Schizophrenics*. Psychiatry - Wiliam Alanson White Psychiatric Foundation. Washington: Guilford Press. Vol. 58, nº.1, p. 28.
- WIEDMANN, G; BUCHKREMER, G. (1996), *Family Therapy and work with relatives in various psychiatric diseases*. Nervenarzt. Berlin: Springer. Vol. 67, nº. 7, p. 525.
- WUERKER, A. M. (1996), *Communication patterns and expressed emotion in families of persons with mental disorders*. Schizophrenia Bulletin - national Institute of Mental Health. Rockville: National Institute of Mental Health. Vol. 22, nº. 4, p.671.
- WYLEN, G. J.; SONNTAG, R. E., (1993), *Fundamentos da termodinâmica Clássica*. 3^a edição, tradução de Alberto Hernandez Neto, São Paulo: Editora Edgard Blüncher.

SOBRE O AUTOR

George Barbosa é pedagogo, psicólogo clínico e dedica-se ao trabalho com Casais e Famílias. Na sua exploração de diferentes aplicações da Psicologia Familiar tem realizado congressos, jornadas e assessoria a professores e profissionais que trabalham na Área Familiar, seja em empresas, como na rede pública. Particularmente, nos temas do combate a violência psicológica, resgate da cidadania, resiliência e autoestima.

É o atual diretor presidente do ALIANÇA - INSTITUTO DE PESQUISAS EM TERAPIA E DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL, localizado em São Paulo.

Endereço para intercâmbio sobre o tema pesquisado:

Rua Tenente Gomes Ribeiro, 57 - 2º andar, sala 25

Vila Clementino, São Paulo

Cep: 04038-000 - Brasil

Telefone: 55 - 0XX11- 5573-9352

E-mail: institutoalianca@uol.com.br