



ARTIGO ORIGINAL

Psicoterapia psicanalítica de casais e famílias: caracterização da clientela

Tamires Pires^a

Daniela Berger^b

Guilherme Pacheco Fiorini^c

Marina Bento Gastaud^d

^a Faculdade de medicina (Famed). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

^b Psicóloga, especialista em psicoterapia psicanalítica de adultos e psicanálise das configurações vinculares (Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade).

^c Faculdade de medicina (Famed). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

^d Psicóloga, especialista em psicoterapia psicanalítica de crianças e adolescentes, mestre em Psicologia Clínica (PUCRS), doutora em Ciências Médicas: Psiquiatria (UFRGS). (Pós-doutoranda em Psicologia Clínica (Unisinos), professora e ex-coordenadora do Departamento de Pesquisa do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade).

Instituição: Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade.

Resumo

Este estudo objetivou investigar o perfil de casais e famílias que procuram atendimento em psicoterapia psicanalítica, através de pesquisa quantitativa retrospectiva com prontuários de pacientes ambulatoriais de Porto Alegre/RS. Na terapia de casais, a maior parte dos pacientes buscou tratamento por iniciativa própria, alegando dificuldades de comunicação. Na psicoterapia familiar, houve predomínio de famílias monoparentais, constituídas por mãe + filho(s); a maioria buscou psicoterapia recomendada por psicólogo, sendo o motivo de consulta predominante a busca de orientação quanto ao manejo com os filhos. A estrutura familiar inconsciente neurótica foi o diagnóstico mais prevalente e a renda familiar predominante oscilou de 2 a 6 salários mínimos, tanto para casais quanto para famílias. A maior parte dos casais e famílias não aderiu à psicoterapia. Espera-se que estes dados auxiliem na capacitação dos profissionais, no desenvolvimento de novos ambulatórios e na divulgação dessa modalidade de atendimento, atraindo a população que ainda se encontra desassistida.

Palavras-chave: Terapia psicanalítica; Terapia familiar; Terapia conjugal; Pacientes ambulatoriais. Relações familiares.

Abstract

This study aimed to investigate the profile of couples and families seeking care in psychoanalytic psychotherapy through retrospective quantitative research with outpatient records in Porto Alegre/Brazil. In couples' therapy, most patients sought treatment on their own initiative, claiming difficulties in communication. In family psychotherapy, there was a predominance of single-parent families consisting of mother + child/children; most sought psychotherapy referred by a psychologist, seeking guidance for dealing with their children. Neurotic unconscious family structure was the diagnosis that obtained the highest index and the most prevalent family income ranged from 2 to 6 Brazilian minimum wages for both couple and family psychotherapy. Most couples and families who sought treatment did not adhere to psychotherapy. It is hoped that these data will help to train more competent professionals, to develop new clinics, and to propagate this type of service, attracting the population that is still unassisted.

Keywords: Psychoanalytic Therapy; Family Therapy; Marital Therapy; Outpatients; Family Relations.

Introdução

O interesse sistemático pela família e pelo casal como objeto de indagação psicanalítica e de intervenção terapêutica parece ser relativamente recente na história da psicanálise: final dos anos 1940 e início dos anos 1950¹. Foi nesse momento que diversos psicanalistas e psiquiatras nos Estados Unidos (Lidz, Jackson, Framo, Ackerman e outros) e na Argentina (Rivière), conscientes da insuficiência dos tratamentos psicanalíticos clássicos com pacientes crianças e com aqueles que padeciam de patologias graves (como esquizofrenia e estados

fronteiriços), começaram a sentir a necessidade de incorporar a família no processo terapêutico. Nos casos de patologia grave, a terapia de família é um instrumento muito útil e, às vezes, indispensável para poder ajudar o paciente¹.

Na Argentina, o enfoque familiar teve como pioneiro o psicanalista Enrique Pichon Rivière^{2,3}. O autor marcou o pensamento psicanalítico familiar ao introduzir sua teoria do vínculo e dos grupos. Na mesma época, na Inglaterra, Bowlby publicou um artigo no qual descrevia entrevistas familiares como auxiliares das sessões individuais na Tavistock Clinic⁴. Ainda na Inglaterra, Wilfred Bion^{5,6} lançou seus trabalhos clássicos sobre grupos, aprimorando seus conceitos teóricos acerca dos níveis primitivos do funcionamento grupal.

Os conceitos desenvolvidos por Donald Winnicott – preocupação materna primária⁷ e objetos, fenômenos e espaços transicionais⁸ – contribuem para inserir notavelmente a teoria intersubjetiva do psiquismo na clínica psicanalítica. Ao longo de toda sua obra, Winnicott salientou a importância do ambiente real, diminuindo, portanto, a ênfase quase exclusiva que a teoria psicanalítica vinha dando ao mundo interno/intrapsíquico. Em psicanálise, o conceito de intersubjetividade surgiu da teorização sobre a criação conjunta e combinada das subjetividades do par terapêutico, ao contrário da concepção clássica (intrapsíquica), sendo determinada pelos fenômenos interativos e relacionais do momento⁹. A imprevisível interação entre essas duas mentes (terapeuta/paciente) promove o surgimento de algo que antes não existia.

Isidoro Berenstein e Janine Puget, psicanalistas argentinos, a partir dos anos 1970, se dedicaram a construir uma teoria que ampliasse e fundamentasse os conceitos clássicos da psicanálise contextualizando de forma teórico-clínica o espaço dos vínculos⁹. Em 1970, foi realizado o primeiro Congresso de Psicopatologia do Grupo Familiar. Nesse contexto, Berenstein apresentou o modelo de Estrutura Familiar Inconsciente.

Posteriormente, Berenstein publicou o livro *Família y enfermedad mental*¹⁰, desenvolvendo conceitos a respeito do modelo proposto. Nesse livro, o autor explicitou que as bases teóricas utilizadas para a construção de seu pensamento estão na psicanálise freudiana e no estruturalismo desenvolvido na antropologia por Lévi-Strauss, que analisa as estruturas sociais, as regras de comunicação social inconsciente e a estrutura dos mitos.

Família pode ser definida como “um conjunto de sujeitos onde todos e cada um deles são diferentes entre si, dentro dessa semelhança que marca o pertencer a um parentesco” (p. 85)¹¹. A família contém três ordens de relação definidas na estrutura elementar de parentesco: a relação de consanguinidade, a relação de aliança e a relação de filiação¹².

Para Berenstein, psicanalisar uma família é entrar em contato com o sistema de eleições objetais, de nomes próprios, de acordos, pactos e normas inconscientes do casal e da família¹². É oferecer um contexto para o desenvolvimento do processo terapêutico em que o analista – através de sua atitude analiticamente ativa – possa compreender os significados circulantes e interpretá-los. O ato verbal, que é a interpretação, produz novas semantizações que geram outras modalidades de relações familiares, as quais são transmitidas por meio de códigos verbais e não verbais.

É relevante mencionar que, neste estudo, os termos psicoterapia psicanalítica de casais e famílias e psicoterapia psicanalítica vincular serão usados como equivalentes, designando a mesma modalidade de psicoterapia derivada da psicanálise. O termo vínculo é aqui entendido como “um conjunto de funcionamentos, interinfluências e determinações psíquicas, gerado por investimentos recíprocos de dois ou mais sujeitos cujos psiquismos são abertos” (p. 21)¹³.

Dentre as pesquisas sobre psicoterapia de família e de casal, a maior parte se refere à teoria sistêmica, existindo lacunas na literatura nacional a respeito da psicoterapia psicanalítica familiar e de casal. Na década de 1960, iniciou-se um processo de separação entre os enfoques familiares sistêmicos e psicanalíticos; o movimento sistêmico de terapia familiar se expandiu rapidamente e, em alguns países, terapia de família chegou a ser sinônimo de terapia sistêmica. Entretanto, há um interesse crescente da psicanálise vincular e sua técnica interventiva em casais e famílias, expansão esta que não está sendo acompanhada por estudos empíricos.

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo investigar o perfil de casais e famílias que buscam atendimento em terapia psicanalítica em ambulatório de saúde mental de Porto Alegre. A tentativa de pesquisar atendimentos familiares e de casal em ambulatório psicanalítico mostra-se inovadora e de grande relevância frente à escassez de pesquisas nesse campo de atuação e teorização.

Método

Para a realização desta pesquisa foram analisados os dados dos prontuários dos pacientes atendidos em ambulatório de saúde mental da cidade de Porto Alegre.

Tipo de Estudo

A pesquisa foi quantitativa, retrospectiva e documental.

Local

A coleta foi realizada no ambulatório do Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT), uma clínica-escola de pós-graduação em psicanálise de Porto Alegre. O CIPT foi o primeiro ambulatório a oferecer psicoterapia psicanalítica de casais e famílias da região, sendo referência nessa modalidade de tratamento até hoje. A instituição oferece curso de pós-graduação em psicoterapia psicanalítica de casais e famílias para psicólogos e psiquiatras e conta com um ambulatório de atendimento nessas especialidades. No ambulatório do CIPT, os pacientes passam por uma entrevista inicial conduzida por um psicólogo especializado em triagens, antes de serem encaminhados para os atendimentos.

Participantes

A amostra desta pesquisa foi composta por todos os pacientes que procuraram psicoterapia psicanalítica vincular (psicoterapia de casal e/ou família) no CIPT entre maio de 2009 e outubro de 2012 e concordaram que os dados relativos aos seus atendimentos fossem utilizados para fins de ensino e pesquisa, assinando termo de consentimento livre e esclarecido.

Definição de Termos

Motivo de consulta: *os registros dos motivos de consulta foram realizados pelos profissionais responsáveis pelas triagens com base no relato dos pacientes. Após registrarem textualmente a queixa dos pacientes, os triadores categorizaram os motivos de consulta com base nas seguintes opções:*

1. Doença psiquiátrica em um dos membros da família
2. Problemas decorrentes de recasamentos
3. Conduta ou discurso agressivo
4. Elaborar/trabalhar a separação
5. Avaliar se seguem casados/dúvida quanto à separação
6. Conflitos do casal com a família de origem
7. Omissão, abuso, negligência dos pais com os filhos
8. Busca de orientações sobre o manejo com filhos
9. Dificuldades de comunicação

Essas categorias foram criadas por juízes especialistas em psicoterapia, por meio de pesquisa prévia realizada com os prontuários dos pacientes vinculares. Os juízes leram os prontuários e agruparam as queixas mediante análise de conteúdo, criando as categorias citadas. A partir dessa classificação, as categorias geradas passaram a constar nos prontuários de triagem a partir de maio de 2009.

Tipo de término de atendimento: *os registros desta variável foram obtidos por meio da Nota de Alta preenchida pelo terapeuta que atendeu o caso no momento em que o paciente deixou a instituição, com base nas categorias¹⁴:*

1. Não aderência: o atendimento é interrompido na fase de avaliação, ou seja, antes que os objetivos estabelecidos para o tratamento estejam claros para ambos os participantes.
2. Abandono: o tratamento é encerrado antes que os objetivos estabelecidos no contrato tenham sido atingidos, independentemente dos motivos que levaram o paciente ou o terapeuta a interrompê-lo

e independentemente da decisão ter sido uni ou bilateral. O período de avaliação deve ter sido concluído para o paciente ser considerado abandonante.

3. Alta: o tratamento é encerrado quando os objetivos estabelecidos no contrato foram atingidos.

Diagnóstico: após a triagem, os entrevistadores fornecem uma hipótese diagnóstica para os pacientes com base na proposição de Berenstein de Estrutura Familiar Inconsciente (EFI)¹⁰. Esse termo foi proposto para caracterizar as distintas estruturas familiares. Embora englobe uma compreensão dinâmica dos vínculos percebida atualmente como ultrapassada (pois faz uma diferenciação rígida de papéis masculinos e femininos na formação do casal), a classificação de Berenstein ainda se mantém como a mais fortemente utilizada nos meios psicanalíticos, sendo por isso adotada na presente investigação. Com o objetivo de nomear os possíveis graus de estrutura, Berenstein^{10,12} utilizou as seguintes categorias para denominar os vínculos: A) Normal, B) Neurótico, C) Perverso e D) Psicótico.

Grau A: A lei que define o novo conjunto conjugal é marcada por significações originais do casal, distintas das famílias de origem. A relação predominante é de afetos derivados do amor genital e da ternura, associados a relações de maior complexidade e representadas pela prevalência da palavra. Esse grau da EFI afasta-se da repetição, da endogamia e do incesto. Associa-se com fenômenos crescentes de discriminação entre os distintos integrantes do casal, possibilitando o surgimento das diferenças geracionais e da diferença entre sexos.

Grau B: O vínculo de casal se constitui com integrantes que ocupam seus respectivos lugares e posições na estrutura vincular. A exogamia é aceita, mas de forma débil, o que os leva a manterem de forma latente uma relação dependente com a família de origem. Nesta configuração ocorrem certas inibições, especialmente na genitalidade. Dada a intensa ligação infantil com seus próprios pais, o casal passa a exercer o papel de “pais”, esvaziando o aspecto genital e maduro do vínculo. Os afetos circulantes na relação conjugal são de ciúmes, rivalidade e competição.

Grau C: O vínculo de casal se constitui em posição de ambiguidade. A lei exogâmica circula, mas somente na aparência ou de forma contraditória. Há outra lei, vinda da família de origem, circulando simultaneamente e clandestinamente, tornando insustentável a abertura a novos modelos. A mentira cumpre a função de manter duas ordens sem renunciar a nenhuma. O vínculo de casal só se forma se puder se manter o vínculo com a família de origem. Ocorre diferença geracional, mas não de sexos nem de vínculos endogâmicos e exogâmicos. Por isso, a regra do tabu do incesto pode ser burlada. Há ameaças permanentes de castração ao outro. O modo de funcionamento predominante é o da atuação, ao invés da palavra. O pacto que une esse tipo de estrutura é o perverso, pesando mais o segredo e a clandestinidade. O segredo e a mentira estão relacionados com a criação de uma zona de intimidade própria a um vínculo. Um segredo compartilhado une ou funde, mas também pode se transformar em união desastrosa, quando dele se gera um círculo vicioso de culpa e castigo.

Grau D: O vínculo de casal se caracteriza por uma debilidade extrema e, continuamente, surgem agressividades indiscriminadas entre os integrantes. Neste tipo de estrutura, ambos permanecem ligados às

suas famílias de origem. Um não aceitando o outro como cônjuge, apenas como genitor e como apêndice da relação permanente com a família de origem. A presença dos filhos pode não ser aceita ou reconhecida por um dos genitores. Os afetos circulantes no vínculo matrimonial são de extrema violência, agressão e hostilidade contrapostas à idealização. A relação do casal não adquire complexidade com o nascimento dos filhos, que são semantizados como pertencentes à família de origem e os modelos identificatórios permitidos são os provenientes dela. O vínculo dos filhos com um dos progenitores pode apresentar-se caracterizado por afeto, adesão e idealização, enquanto que, com o outro, por hostilidade, rechaço, desvalorização e exclusão. Ocorre a primazia do endogâmico sobre o exogâmico, com borramento das diferenças geracionais e de sexo.

Embora a teoria da Estrutura Familiar Inconsciente pautar-se originalmente em papéis rígidos e predefinidos dentro do contexto familiar e contemplar uma teorização desatualizada de família, postula-se atualmente que os elementos básicos dessa teoria são passíveis de ser aplicáveis em famílias monoparentais e casais homossexuais. Mantém-se o eixo da teorização, atualizando-a para as novas configurações familiares.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Todos os pacientes incluídos na amostra assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Análise dos dados

As variáveis de interesse foram analisadas em termos de frequência e porcentagem, uma vez que se trata de uma pesquisa de levantamento, por meio do programa estatístico SPSS (Statistical Program for Social Sciences), versão 18.0.

Resultados

No período de 39 meses (maio de 2009 a outubro de 2012), 133 casais/famílias buscaram ou foram encaminhados para psicoterapia psicanalítica vincular no ambulatório. Destes, 126 aceitaram participar da pesquisa, assinando termo de consentimento.

A tabela 1 ilustra as características dos casais que buscaram psicoterapia; 55 casais buscaram psicoterapia psicanalítica, dos quais 2 moravam com ambos os pais e 3 com a mãe; 20 casais moravam com filhos crianças e 7 moravam com filhos adultos no momento da triagem. Os demais moravam sozinhos.

Tabela 1: Caracterização dos casais que buscaram psicoterapia psicanalítica de casal

	n	%
Sexo do casal		
Masculino + Feminino	53	96,4
Masculino + Masculino	2	3,6
Feminino + Feminino	0	0
Diferença de idade entre os membros		
1 ano ou menos	8	14,6
De 2 a 3 anos	17	30,9
De 4 a 5 anos	11	20,0
De 6 a 7 anos	5	9,1
Mais de 7 anos	8	14,4
Não consta	6	10,9
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	4	7,3
De 2 a 3 salários mínimos	14	25,5
De 4 a 6 salários mínimos	15	27,3
De 7 a 10 salários mínimos	11	20,0
Mais de 10 salários mínimos	4	7,3
Não consta	7	12,7
Fonte de encaminhamento		
Iniciativa própria	19	34,5
Psicólogo	13	23,6
Especialidades médicas	7	12,7
Amigo/colega	5	9,1
Familiar	2	3,6
Escola	1	1,8
Não consta	8	14,5
Motivo de consulta		
Dificuldades de comunicação	21	38,2
Avaliar se seguem casados/dúvida quanto à separação	11	20,0
Conflitos do casal com a família de origem	4	7,3
Conduta agressiva	4	7,3
Busca de orientação sobre manejo com os filhos	4	7,3
Elaborar/trabalhar separação	4	7,3
Problemas decorrentes de recasamentos	2	3,6
Infidelidade	1	1,8
Elaborar doença psiquiátrica de um integrante	1	1,8
Não consta	3	3,5
Diagnóstico (Estrutura Familiar Inconsciente)		
Grau A – Normal	4	7,3
Grau B – Neurótico	39	70,9
Grau C – Perverso	10	18,2
Grau D – Psicótico	2	3,6
Total	55	100,0

A tabela 2 compreende os dados relativos ao final do atendimento das psicoterapias de casal na amostra. Dos 55 casais pesquisados, 47 já haviam terminado seus atendimentos no momento da análise dos dados. Os quatro casais que tiveram alta ficaram em tratamento por 5, 7, 9 e 16 meses, todos alegando ter atingido os objetivos propostos.

Tabela 2: Caracterização da amostra quanto ao término de tratamento na psicoterapia de casal

	n	%
Tipo de término de tratamento		
Não aderência	27	49,1
Abandono	16	29,1
Alta	4	7,3
Ainda está em atendimento	8	14,5
Duração do tratamento		
Apenas triagem	14	25,5
Menos de 1 mês	8	14,5
Entre 1 e 2 meses	11	20,0
Entre 3 e 6 meses	10	18,2
Entre 7 e 12 meses	2	3,6
Entre 13 e 24 meses	2	3,6
Ainda está em atendimento	8	14,5
Razões alegadas pelo paciente para o término		
Paciente não compareceu à sessão e não justificou o abandono	8	14,5
Tratamento não foi mais necessário	7	12,7
Desmotivação do paciente ou sua família	5	9,1
Dificuldades financeiras	5	9,1
Paciente acredita que tratamento não está trazendo resultados	4	7,3
Tratamento atingiu seus objetivos	4	7,3
Incompatibilidade de horários	3	5,5
Problemas de saúde	2	3,6
Problemas familiares	1	1,8
Mudança de cidade	1	1,8
Interrupção do convênio	1	1,8
Outros	6	10,9
Ainda está em atendimento	8	14,5
Total	55	100,0

A tabela 3 ilustra as características das 71 famílias que buscaram psicoterapia.

Tabela 3: Caracterização das famílias que buscaram psicoterapia psicanalítica familiar

	n	%
Tipo de atendimento		
Mãe + Filho(s)	33	46,5
Ambos os pais + Filho(s)	31	43,7
Pai + Filho(s)	5	7,0
Irmãos	2	2,8
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	9	12,7
De 2 a 3 salários mínimos	18	25,4
De 4 a 6 salários mínimos	21	29,6
De 7 a 10 salários mínimos	7	9,9
Mais de 10 salários mínimos	5	7,0
Não consta	11	15,5
Fonte de encaminhamento		
Psicólogo	16	22,5
Iniciativa própria	12	16,9
Especialidades médicas	11	15,5
Amigo/colega	5	7,0
Escola/Universidade	5	7,0
Familiar	4	5,6
Pedagogo	1	1,4
Outras	7	9,9
Não consta	10	14,1
Motivo de consulta		
Busca de orientação sobre manejo com os filhos	33	46,5
Elaborar doença psiquiátrica em um dos membros da família	12	16,9
Dificuldade de comunicação	10	14,1
Conduta agressiva	9	12,7
Elaborar/trabalhar a separação	3	4,2
Problemas decorrentes de recasamentos	1	1,4
Avaliar se seguem casados/dúvidas quanto à separação	1	1,4
Omissão, abuso, negligência dos pais com os filhos	1	1,4
Não consta	1	1,4
Diagnóstico (Estrutura Familiar Inconsciente)		
Grau A – Normal	1	1,4
Grau B – Neurótico	31	43,7
Grau C – Perverso	26	36,6
Grau D – Psicótico	13	18,3
Total	71	100,0

A tabela 4 compreende os dados relativos ao final do atendimento das psicoterapias familiares na presente amostra. Das 71 famílias pesquisadas, 63 já haviam terminado seus atendimentos no momento da análise dos dados. As cinco famílias que tiveram alta ficaram em tratamento por 2, 3, 3, 4 e 5 meses, atingindo os objetivos propostos para o tratamento.

Tabela 4: Caracterização da amostra quanto ao término de tratamento na psicoterapia familiar

	n	%
Tipo de término de tratamento		
Não aderência	32	45,1
Abandono	26	36,6
Alta	5	7,0
Ainda está em atendimento	8	11,3
Duração do tratamento		
Apenas triagem	14	19,7
Menos de 1 mês	17	24,0
Entre 1 e 2 meses	8	11,3
Entre 3 e 6 meses	16	22,5
Entre 7 e 12 meses	4	5,6
Entre 13 e 24 meses	2	2,8
Entre 25 e 36 meses	2	2,8
Ainda está em atendimento	8	11,3
Razões alegadas pelo paciente para o término		
Paciente não compareceu à sessão e não justificou o abandono	10	14,1
Desmotivação do paciente ou sua família	10	14,1
Dificuldades financeiras	8	11,3
Tratamento não é mais necessário	6	8,5
Paciente acredita que o tratamento não está trazendo resultados	6	8,5
Problemas familiares	5	7,0
Tratamento atingiu seus objetivos	5	7,0
Incompatibilidade de horários	2	2,8
Interrupção do convênio	2	2,8
Localização da instituição	1	1,4
Insatisfação com as normas da instituição	1	1,4
Outros	5	7,0
Ainda está em atendimento	8	11,3
Total	71	100,0

Discussão

A maioria dos casais busca tratamento por iniciativa própria, possivelmente reconhecendo dificuldades e estando ciente da possibilidade de resolvê-las. O motivo de consulta predominante diz respeito às dificuldades de comunicação entre os casais. Severo¹⁵ descreve essa dificuldade quando, frequentemente, um integrante entende algo diferente do que foi dito pelo outro, provocando um mal-estar e até mesmo uma fúria que

desencadeia a discussão pela falta de tolerância com a diferença de significação. Do ponto de vista técnico, a forma de interpretação clássica (individual) não favorece e, pelo contrário, pode exacerbar a destrutividade e a incompreensão, podendo um compreender o oposto do que o outro desejaria comunicar¹⁵. Analisar uma situação vincular aparentemente repetitiva e sem saída permite a compreensão das causas que a determinaram, possibilitando uma transformação vincular.

Percebe-se maior prevalência de casais heterossexuais na procura por tratamentos vinculares. Embora ainda haja pouca procura por casais homossexuais, a literatura¹⁶ aponta que esta é uma demanda crescente para o tratamento e os profissionais precisam se capacitar para atendê-la. A pouca procura de casais homossexuais pode estar associada à ideia de que o terapeuta psicanalítico classicamente considera a homossexualidade como associada a alguma psicopatologia. Em 1935, Freud escreveu em uma correspondência à mãe de uma homossexual que nada existe na homossexualidade de que se deva ter vergonha, não é nem um vício nem um aviltamento, e a psicanálise seria incapaz de qualificá-la como doença¹⁷. Os discípulos de Freud se mostraram, por sua vez, de uma intolerância extrema para com a homossexualidade. Foi preciso esperar os anos 1970 e os grandes movimentos de liberação sexual para que a homossexualidade passasse a ser vista não como uma doença, mas como prática sexual legítima, marcada, aliás, pela diversidade.

Quanto ao tipo de atendimento familiar, predomina a procura de famílias monoparentais, constituídas por Mãe + Filho(s). Percebe-se que a figura materna geralmente encontra-se envolvida nos tratamentos familiares. Ao analisar historicamente a evolução da família moderna, Roudinesco¹⁶ aponta que, em 1970, houve a supressão da expressão “chefe de família”, surgindo os termos “monoparentalidade” e “coparentalidade”, dando margem à denominação de novas configurações familiares.

Com relação à fonte de encaminhamento, a maioria das famílias buscou psicoterapia devido à orientação profissional de um psicólogo. O motivo de consulta predominante diz respeito à busca de orientação quanto ao manejo com os filhos. Esses dados indicam, possivelmente, que integrantes atendidos em psicoterapia individual são encaminhados para tratamento de família quando se percebe que o enquadre individual não abarca determinadas problemáticas, já que o ambiente impõe sua presença. Cabe aqui citar como exemplos pacientes com dependência química, situações de abuso, atuações, desmentidas, quadros psicóticos (dentre outros), os quais se beneficiam de intervenções individuais combinadas à psicoterapia vincular.

Piva¹⁸ acrescenta que, gradativamente, foi se dando um espaço maior para os pais no atendimento de crianças e nos atendimentos de pacientes gravemente perturbados, e disso decorreu uma ampliação do campo teórico da psicanálise com a teorização sobre o vínculo com o outro, e da psicanálise do casal e da família. O psicólogo individual também realiza o encaminhamento vincular quando percebe o potencial de saúde existente no vínculo familiar e encoraja seus pacientes a investir nesse potencial.

Quanto ao diagnóstico dos casais e famílias, baseado na Estrutura Familiar Inconsciente, o Grau B – Neurótico obteve o maior índice. Esse diagnóstico nos leva a inferir que os vínculos mais prejudicados ainda não buscam atendimento na mesma medida. Dessa forma, algumas medidas devem ser pensadas para atrair

os pacientes mais graves para esse tipo de tratamento. É notável, também, que o Grau C – Perverso foi bastante diagnosticado nesta amostra. O paciente perverso raramente busca atendimento individual. Mesmo que individualmente os integrantes da família não sejam perversos, o vínculo perverso acaba buscando refúgio no tratamento vincular.

A renda familiar mais prevalente oscilou de 2 a 6 salários mínimos, tanto para psicoterapia de casais quanto para famílias. Esse dado revela o baixo poder aquisitivo dessas famílias e o esforço desempenhado para a realização do tratamento vincular. Pode-se pensar, nessas situações, que ocorre a valorização do vínculo familiar, buscando recursos para investir no potencial de saúde e na construção de novas relações intersubjetivas. Nesse sentido, os profissionais precisam se adaptar às necessidades financeiras dos pacientes por meio de flexibilizações nos manejos técnicos, como tratamentos mais breves, ajuda focal, menor frequência semanal etc.

Muitos casais e famílias que buscam tratamento não permanecem em tratamento. As taxas de abandono também são altas na terapia individual¹⁹, evidenciando um problema recorrente nos tratamentos psicoterápicos. As altas taxas de abandono de psicoterapia em tratamentos de casal e família nos levam a questionar o lugar em que o terapeuta é colocado nos enquadres vinculares: pode ser visto como aquele que consegue fazer contenção dos sentimentos dos integrantes e aquele que organiza o vínculo (com maior possibilidade de aderência ao tratamento) ou como inimigo, aliado do outro integrante do vínculo e contra o próprio sujeito, como intruso no vínculo ou como alguém que pode deteriorar a ligação dos integrantes (com maior possibilidade de abandono de tratamento). Por isso, Berenstein e Puget²⁰ reforçam a importância das primeiras entrevistas, que consistem no marco espaço-temporal possível para que o terapeuta passe de um estado inicial de “lugar nenhum”, de “não eu” e “não tu”, à constituição gradativa de um “terceiro”. Isso define a passagem das primeiras entrevistas ao tratamento. Quando as primeiras entrevistas não se transformam em tratamento, pode-se pensar em algumas questões: a possibilidade de modificação é percebida como ameaça intolerável à manutenção do vínculo? Foi oferecido o marco adequado para lidar diferentemente com a situação? Será que o mero fato de vir à entrevista e viabilizar um projeto terapêutico é suficiente para iniciar um tratamento? Explorar essas questões em cada caso é de fundamental relevância técnica para os terapeutas vinculares²⁰.

Apesar dos altos índices de abandono, constatou-se que uma porcentagem considerável de casais e famílias permaneceram em tratamento por mais de dois meses. No entanto, não é possível formular regras generalizáveis que de algum modo pautem os finais, sempre singulares e diferenciados, dos tratamentos vinculares²¹. Assim, Rojas²¹ propõe pensar o final de um tratamento familiar em conexão com a possibilidade de fluxo auto-organizador na família e em seus integrantes, habilitando a autonomia de cada sujeito, compreendida no sentido da interdependência.

O estudo não verificou possíveis associações entre variáveis, objetivando apenas descrever a clientela. Estudos futuros que demonstrem como os fatores se relacionam podem auxiliar na compreensão de tratamentos vinculares. Os dados coletados são secundários, através dos prontuários. Dessa forma, a

documentação dos dados estava sujeita à interpretação de quem os preencheu, sendo que em alguns casos a informação estava em branco. Ressalta-se a importância dos registros nos *settings* privados e institucionais, os quais possibilitam não apenas a pesquisa, como também a continuidade e transdisciplinaridade dos atendimentos. Apesar das limitações, a amostra pequena denuncia a novidade desse tipo de atendimento na modalidade psicanalítica e a resistência dos pacientes e terapeutas em recorrer a ela.

Conclusão

Espera-se que este estudo descritivo seja útil para: a) ajudar na capacitação dos profissionais para este tipo de atendimento vincular, b) adequar os cursos de formação à demanda real e atual de pacientes e c) estabelecer medidas para ampliar o acesso a tratamentos vinculares.

Faz-se necessária a criação de novos ambulatórios, bem como o estabelecimento de técnicas de divulgação desta modalidade de tratamento para a população em geral, objetivando atrair a população menos prevalente, que ainda se encontra desassistida. Por fim, sugere-se que as medidas de saúde pública englobem assistência psicanalítica a casais e famílias, não apenas a pacientes individuais, tendo em vista seu potencial benefício de ajudar mais pacientes simultaneamente com os mesmos recursos (financeiros, pessoais, temporais e espaciais).

Referências

1. Losso R. *Psicoanálisis de la familia: recorridos teórico-clínicos*. Buenos Aires: Distribuidora Lumen; 2001.
2. Pichon-Rivière E. *Teoria do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
3. Pichon-Rivière E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
4. Bowlby J. *Maternal care and mental health*. New York: Schocken; 1951.
5. Bion WR. *Experiences in groups*. *Human Relations*. 1948;1:314-20.
6. Bion WR, Rickman J. *Intra-group tensions in therapy: their study as a task of the group*. *Lancet*. 1943;2:678-81.
7. Winnicott DW. *Psiconeuroses oculares na infância (1944)*. In: Winnicott DW. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 149-155.
8. Winnicott DW. *Objetos e fenômenos transicionais (1951)*. In: Winnicott DW. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago; 1975. p. 13-44.
9. Piva A, Ponsi A, Saldanha C, Gomes E, Martini J, Dariano J, Ferraro K, Da Silva ML, Spizirri R. *Origens do*

conceito de intersubjetividade: uma trajetória entre a filosofia e a psicanálise contemporânea. *Contemporânea: Psicanálise e Transdisciplinaridade*. 2010;9:71-91.

10. Berenstein I. *Familia y enfermedad mental*. Buenos Aires: Paidós; 1976.
11. Berenstein I. *Del ser al hacer: curso sobre vincularidad*. Buenos Aires: Paidós; 2007.
12. Berenstein I. *Psicoanalizar una familia*. Buenos Aires: Paidós; 1996.
13. Spivacow M. *Clínica psicoanalítica com parejas: entre la teoria y la intervención*. Buenos Aires: Lugar; 2008.
14. Gastaud M, Nunes ML. Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010;59(3):247-254.
15. Severo AF. *Encontros & desencontros: a complexidade da vida a dois*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
16. Roudinesco E. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.
17. Freud EL. *Sigmund Freud: correspondência de amor e outras cartas 1873-1939*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1982.
18. Piva A. *Transmissão transgeracional e a clínica vincular*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
19. Hauck S, Kruehl L, Sordi A, Sbardellotto G, Cervieri A, Moschetti L, Schestatsky S, Ceitlin LH. Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2007;29(3):265-273.
20. Berenstein I, Puget J. *Lo vincular: clínica y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós; 2007.
21. Rojas MC. Dispositivo analítico familiar: finales de análisis. *Revista de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*. 2004;2:195-213.

Correspondência

Daniela Berger

Av. Plínio Brasil Milano, 143, sala 604, bairro Auxiliadora

90520-002 Porto Alegre, RS, Brasil

daniela-berger@hotmail.com

Submetido em: 05/05/2015

Aceito em: 12/06/2015