



**CADERNO DE TEXTOS**

**SEMANA DE SESSÕES  
CLÍNICAS**

**PSICOLOGIA – FCV**



## SUMÁRIO

CASO 1 - O LUTO E SUA RELAÇÃO COM O OBJETO.....	3
CASO 2: O QUE UM COMPORTAMENTO DE AUTOMUTILAÇÃO PODE DIZER...	11
CASO 3 – SEGREDOS ENCARCERADOS .....	14
CASO 4 - MEUS PENSAMENTOS ME TRAEM .....	17

## **CASO 1 - O LUTO E SUA RELAÇÃO COM O OBJETO**

### **Resumo**

Este trabalho apresenta uma construção de um caso clínico a partir de um atendimento feito no Hospital Doutor Pacífico Mascarenhas, em Caetanópolis-MG. Trata-se de um estágio de práticas clínicas, ofertado no nono e décimo períodos do curso de Psicologia da Faculdade Ciências da Vida. O atendimento é realizado uma vez por semana, assim como a supervisão clínica. Privilegiaremos a orientação Psicanalítica de orientação Lacaniana e utilizaremos a metodologia proposta por Figueiredo (2004), acerca da construção do caso clínico. Objetivamos compreender sobre o posicionamento do analista diante de um caso em que o sujeito enfrenta um impasse em sua relação com um objeto de amor que se perdeu, o que nos possibilita diferenciar luto de melancolia, tema recorrente nas obras de Freud e de Lacan.

**Palavras-chave:** Prática clínica; faculdade; posição do analista; luto.

### **Introdução**

Como proposta de trabalho a fim de construir um caso clínico, por meio do estágio em práticas clínicas proposto pela Faculdade Ciências da Vida (FCV), residida em Sete Lagoas, tomamos por referência a metodologia proposta por Figueiredo (2004) no artigo “A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental”. Para construir os casos, a autora e pesquisadora extrai os seguintes elementos dos relatos clínicos: “história/caso; supervisão/construção; conceitos/distinções” (p.75). Essa metodologia permite com que o aluno articule a sua prática clínica à teoria, o que é imprescindível para a sua formação. Outro ponto importante da construção do caso clínico é a interlocução de um campo teórico de conhecimento da Psicologia, com outros campos. A pesquisadora destaca a Psicanálise e a Psicopatologia, o que justifica a nossa escolha metodológica. A Psicanálise será o nosso embasamento teórico e a Psicopatologia contribuirá para a discussão dos diagnósticos, o que contribui para pensarmos sobre a direção do tratamento.

### **História/caso**

O luto é um assunto presente na vida de todos diariamente, afinal, precisamos nos haver de alguma forma com as perdas ao longo da vida. Mas existe um tabu sobre a morte.

Evitamos falar sobre ela. Há uma tendência a ignorá-la. Porém, na posição de um analista, não podemos escolher um tema para a sessão clínica, o que contrariaria o método da associação livre proposto por Freud (1996).

O caso foi indicado à estagiária do curso de Psicologia da FCV, por sua colega de trabalho, uma psicóloga do Hospital Doutor Pacífico Mascarenhas, em Caetanópolis-MG. Essa parceria é efetivada pela FCV com a rede de saúde pública de Sete Lagoas e cidades vizinhas, o que contribui para ampliar a rede de cuidados à Saúde Mental da região, desinflando o número de atendimentos realizados por seus profissionais do campo PSI. Essa dinâmica também beneficia a formação do aluno, que formalizará a sua prática clínica ao fundamentá-la teoricamente.

A paciente buscou o atendimento psicológico do hospital, por estar passando por um processo de luto. Naquele momento, havia passado 21 dias do falecimento de um de seus filhos. Abatida, Eloísa<sup>1</sup>, traz uma história de muita luta. Ela é casada, com 4 filhos e tem um negócio próprio. Justifica ter buscado por um atendimento a pedido dos familiares, que estavam preocupados que ela ficasse depressiva. Ela relata a perda de sua mãe há seis meses e como ainda sente sua falta. Conta da dor que sentiu e sente pelo suicídio do pai e da irmã anos atrás, perdas essas que ela ainda vive o luto. Mesmo, diante de tantas perdas, Eloísa sempre foi o suporte de todos, se mostrando a mais forte e prestativa entre os irmãos, mas agora, desde o falecimento de seu filho, se vê “fraca” e sente que não consegue reagir.

A paciente queixa-se de não saber lidar com o luto nesse momento, e diz sentir-se “fraca e quebrada por dentro”, “sem esperanças e perspectivas”, “com o coração preto e sem sentimentos bons”. Complementa, que não conseguiria “dar amor a mais ninguém”, nem aos próprios “filhos”.

Conforme Figueiredo (2004) o caso deve privilegiar os significantes trazidos pelo sujeito, para que não se torne apenas um mero relato de uma história. Desde a primeira sessão, nos deparamos com o significante “amor” e “filhos”, algo com o qual o analista pode operar. Esses significantes, tão importantes na vida de Eloísa, mesmo que inicialmente surjam por meio de uma negação, expressam o que ela, naquele momento de luto, abriu mão. Portanto, são significantes que podem norteá-la. Para tanto, é preciso, enquanto profissional, suportar as mazelas que vem do paciente, a fim de possibilitar a ele retificações subjetivas que promovam novos posicionamentos.

### **Supervisão/construção**

---

<sup>1</sup> Nome fictício

A supervisão ou orientação clínica é um momento onde o profissional se coloca como sujeito, dividido, com suas expectativas e seus impasses em relação ao caso que atende. O psicanalista Miller (2003) nos traz um termo interessante em relação ao que a supervisão provoca no analista, ela “re-subjetiva” o analista. Ou seja, ela leva a um reposicionamento do sujeito enquanto analista, o re-posiciona em sua prática. Essa colocação de Miller segue na mesma direção do rumo dado à clínica psicanalítica de orientação lacaniana, de que o lugar do analista não é o lugar da apreensão da verdade. Um analista deve possibilitar a dialética de seu discurso, endereçá-lo.

A supervisão e construção do caso é uma forma de dialética, de endereçamento ao supervisor e aos leitores que poderão compartilhar, por meio do acesso ao caso, às suas vivências clínicas e a sua experiência teórica, o que contribui para a formação do analista.

Em especial, no presente caso, é muito enriquecedor, deparar com um atendimento que tem como principal enfoque o trabalho do luto, pois ir ao encontro com a dor do outro, no que concerne à perda de um ente querido, objeto de investimento libidinal, nos leva a repensar sobre a vida, sobre quem somos, e como agir enquanto profissionais da área PSI. Poder compartilhar sobre a dor do outro, sobre a necessidade do outro em dizer sobre a própria dor, nos traz um enorme crescimento profissional. É preciso sustentar um lugar como analista, para possibilitar ao analisando falar, sentir e elaborar a sua dor. A supervisão e a construção do caso, que tira dela o seu efeito, é uma forma de dialética que possibilita ao analista sustentar esse lugar de suporte.

A supervisão possibilitou um esvaziamento de uma possível identificação com tamanho sofrimento da analisanda. Somente assim foi possível acolher o que Eloísa trouxe, inicialmente, sem tomar o caso de forma passional, ou seja, de modo completamente afetivo. Conforme Figueiredo (2004), “Promover um certo alívio do sofrimento e apaziguar a angústia é tarefa indispensável, mas como um meio e não como um fim” (p.89), orientação que nos norteou ao re-posicionamento diante do caso.

Esse re-posicionamento do profissional frente a analisanda possibilitou a continuidade do tratamento e contribuiu para que Eloísa resgatasse os significantes que ela traz em sua história: “amor” e “filhos”. Motivá-la a se posicionar em relação a esses significantes foi um segundo passo a fim de ela iniciasse a elaboração de seu luto. Enfim, há os outros filhos, há a demanda de amor de uma das filhas que se sente rejeitada pela mãe, há um filho frágil emocionalmente, sem lugar, diante do sofrimento da mãe, e há o desejo materno, pois é Eloísa quem traz, em seu processo analítico, sobre todas essas questões em relação a seus filhos. Um amor de mãe entra em cena e passa a ser questionado. Essa é a direção de tratamento, até o presente momento, onde propomos e motivamos uma reconfiguração da posição libidinal de Eloísa, que estava toda canalizada ao filho que se perdeu.

## Conceitos/distinções

Sabemos que o lugar que a clínica psicanalítica ocupa no campo PSI não é necessariamente o lugar dos diagnósticos. Além disso, vivemos uma época em que os diagnósticos são cada vez mais precisos e discutidos tanto na área clínica, seja ela do campo PSI ou médico, quanto nas academias e nas redes virtuais. A psicanálise, nesse sentido, “nada contra a maré”! Não nos ocupamos tanto assim dos diagnósticos, pois eles podem engessar a subjetivação, ir contra ao que o inconsciente possa produzir. Não importa qual é o diagnóstico em questão, e sim como o sujeito lida com aquilo que ele supõe ser o seu sintoma.

Por outro lado, não deixamos os diagnósticos completamente de lado, pois é digno de nota que, nas supervisões e estudos de caso, sempre nos referimos aos nossos analisandos como histéricos, obsessivos, paranoicos, dentre outros tantos. Os pacientes também se nomeiam com certos diagnósticos. Precisamos possibilitar um deslizamento na cadeia de significantes para que não fiquem absorvidos por aquilo que pensam ser. Essa é a proposta da Psicanálise. Se servir de um significante, por vezes, sem ser tomado completamente por ele.

Tantas pessoas se escondem atrás de um diagnóstico de depressão, e outros muito contemporâneos, como as crises de ansiedade, a fim de não lidar com possíveis questões, as quais “guardam na gaveta”! Ao invés de tentar elaborá-las, de tratar minimamente o real, efeito de estarmos em uma civilização, escolhem ter uma vida menos interessante, mais alienada ao que a ciência junto ao capitalismo, ofertam. Mas a psicanálise busca certo enodamento entre o real e o simbólico, o que somente é possível pela via do discurso, da palavra endereçada ao analista. Tratar o real não é curar o mau-estar, mas é possibilitar, pela via simbólica, destinar uma parcela desse mau-estar ao Outro, o que possibilita uma retificação subjetiva e um reposicionamento diante da vida.

Em um primeiro momento ficamos em dúvida entre estarmos frente a um quadro de luto melancólico ou um luto devido a uma depressão considerável, ocasionado pela perda de um objeto de grande investimento libidinal, tamanho era o desamparo de Eloísa.

O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos de que essas pessoas possuem uma disposição patológica (Freud, 1969[1914], p. 249).

O psicanalista deixa claro que a diferença entre os diagnósticos não implica na isenção do luto, mas na forma de lidar com ele. Ao lado da melancolia, estaria uma maneira patológica em lidar com o luto, o que nos leva a questionar sobre o diagnóstico de Eloísa, visto que ela traz uma martirização em relação à faltas de cuidados maternos em alguns episódios de vida com o seu filho, e apresenta uma descrença em si mesma. Teria ela perdido a capacidade de amar? De achar-se capaz como se apresentara em toda a sua vida antes desse acontecimento traumático e contingencial?

Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição (Freud, 1969[1914], p. 250).

Ora, o luto não se distancia tanto assim de um quadro melancólico. Em ambos os casos o sujeito tem que se haver com um reposicionamento da libido, já que esta tinha como princípio voltar-se ao objeto de amor que se perdeu. Há uma inibição e uma perda de interesses provocadas por essa perda. Porém, Freud (1969, p.251) nos aponta uma diferença crucial que nos permite rever a nossa hipótese diagnóstica de melancolia:

O objeto talvez não tenha realmente morrido, mas tenha sido perdido enquanto objeto de amor (como no caso, por exemplo, de uma noiva que tenha levado o fora). Ainda em outros casos nos sentimos justificados em sustentar a crença de que uma perda dessa espécie ocorreu; não podemos, porém, ver claramente o que foi perdido, sendo de todo razoável supor que também o paciente não pode conscientemente receber o que perdeu Freud (1969[1914], p.251).

Na melancolia, o luto se eterniza. O investimento no objeto de amor que se perdeu continua. A libido não encontra outra fonte de investimento. Acrescenta-se a essa diferença, uma “diminuição extraordinária de sua auto-estima” e um “empobrecimento de seu eu em grande escala”, “desprovido de valor”, “incapaz de qualquer realização” e “moralmente desprezível” Freud (1969[1914], p.251).

Voltando à Eloísa, ela questiona a sua capacidade, mas mostra-se ter sido uma mulher de valor diante de outras perdas familiares. Ademais, ela se importa com a imagem que está passando para os filhos. Ela relata sofrer por ver seus filhos sofrendo e se sente culpada por não conseguir passar uma boa imagem para eles. O ponto decisivo para um desfecho diagnóstico, é que Eloísa, passa a não se comover tanto com as roupas e objetos do filho que se foi. Ela diz não ver tanto sentido naquilo mais, e passa a trazer sobre as mazelas dos outros filhos. Há um endereça essas novas questões à analista. Portanto, a situação do luto vai a afastando do que poderíamos considerar como um quadro melancólico.

Segundo Freud (1969 [1914]) é notório como as pessoas tem dificuldade em abandonar uma posição libidinal, mesmo sabendo que o objeto amado não retornará. Por mais que Eloísa enfrente essa dificuldade em sua vida cotidiana, ela se reposiciona enquanto mãe.

### **Conclusão**

A construção do caso clínico, com tudo o que ele implica, possibilitou não somente a re-subjetivação de Eloísa diante do luto, mas um re-posicionamento da analista diante do caso. Acolher, atendendo a toda a demanda, responder e sugerir ao paciente o que fazer e como conduzir a vida diante da perda, não implicaria em uma condução clínica articulada à orientação lacaniana.

O método da associação livre, proposto por Freud (1969) já nos indica uma outra forma de condução clínica.

Freud abandonou cada vez mais a técnica da sugestão deliberada e passou cada vez mais a confiar no fluxo de associações livres do paciente. Estava aberto o caminho para a análise dos sonhos. Essa análise permitiu-lhe, em primeiro lugar, obter uma compreensão do funcionamento do “processo primário” na mente e das formas pelas quais ele influenciava os produtos de nossos pensamentos mais acessíveis, e assim Freud adquiriu um novo recurso técnico - o da interpretação (Freud, 1969 [1893], p.21).

A associação livre possibilita a construção de um saber sobre o inconsciente, que se manifesta de forma única, singular, e a interpretação do psicanalista, promovendo questões e pontuações acerca do que traz o analisando, possibilita uma mediação do sujeito com o

social. Não são respostas, mas, por meio dessa dialética, abrem-se caminhos para que o sujeito se depare com um saber fazer com o seu mau-estar.

Como psicanalistas, estamos em um lugar de promover o saber daquele que está no processo analítico, e não incorporar o lugar do saber, o que seria ocupar o lugar de um mestre, ou seja, o avesso do que propõe a psicanálise. Nesse sentido, Lacan (1992), faz um convite aos possíveis analisandos “Vamos lá, diga qualquer coisa, vai ser maravilhoso” (p.50). A análise é um convite a se deparar com o próprio saber.

Tanto Freud, com a introdução da associação livre e o método da interpretação no processo analítico, como Lacan, com o convite ao possível analisando, nos orientam como analistas, a não antecipar o que possa vir do analisando. A orientação de Lacan é bem irônica, seu estilo, mas que revela por detrás da ironia, o quanto é contraditório e penoso ao possível analisando, que, ao buscar um auxílio por não saber sobre como agir, se depara com um convite para construir certo saber sobre ele: “há um cara que me diz, a mim, grande babaca, que me comporte como se soubesse de que se trata” (p.50). Essa é a posição do analista que, conforme Lacan (1992), “funda a transferência (p.50).

Ao buscar muitas vezes pelo saber no Outro, o analisando se depara com um saber fazer com os seus sintomas, com as suas mazelas, com as suas fantasias. Retifica-se subjetivamente, se reposiciona. Se o psicanalista incorpora o lugar daquele que sabe, o motivo que leva ao sujeito construir certo saber sobre si, se esvai.

## Referências

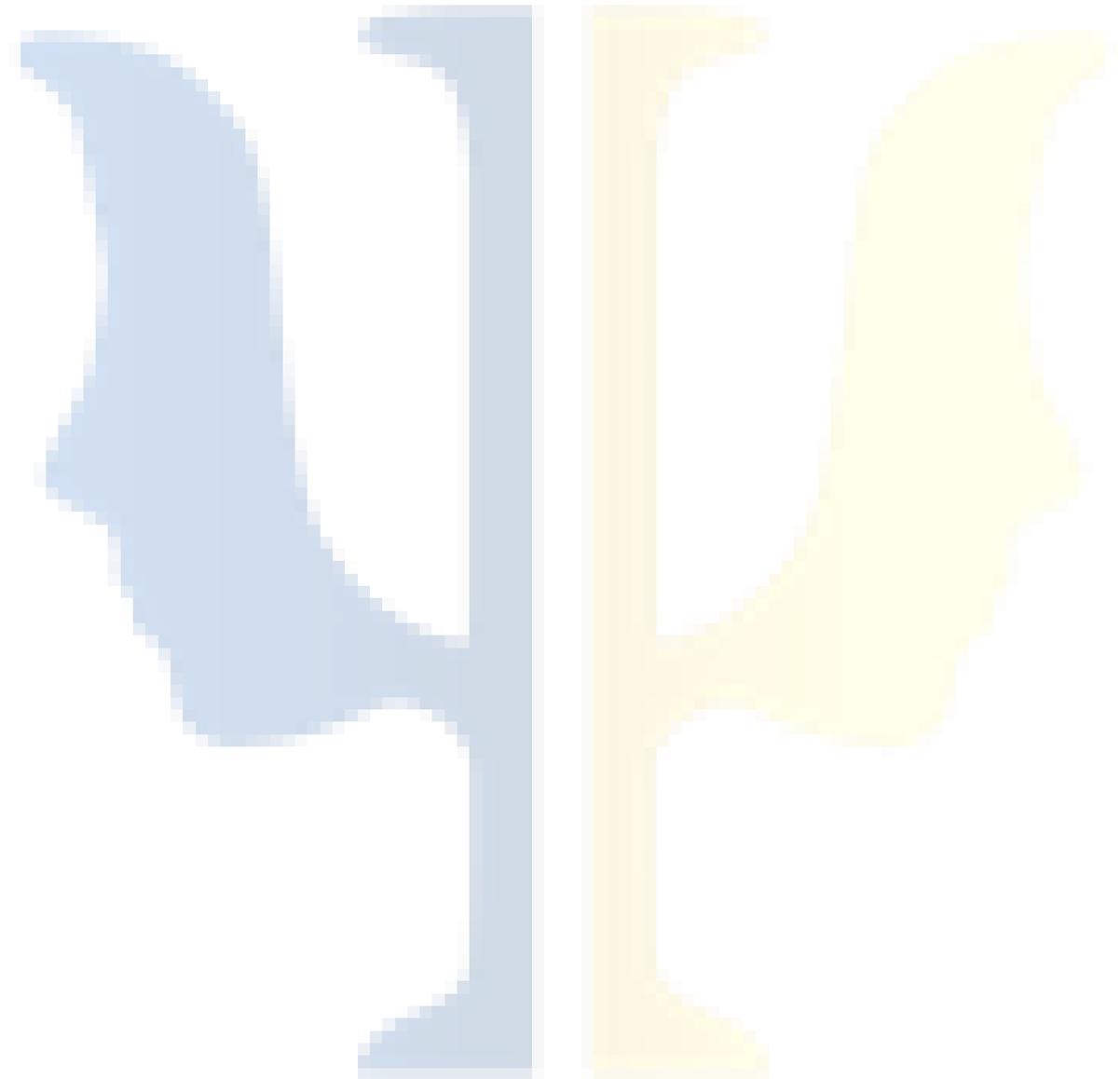
FREUD, S. (1969). A relação dos Estudos com a psicanálise. Nota do editor inglês Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. II, pp. 19-24). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893-1895[1893]).

FREUD, S. (1969). Luto e Melancolia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XIV, pp. 245-263). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914-1915[1914]).

LACAN, J. (1992). Saber, meio de gozo. In J. Lacan, *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise* (pp. 37-50). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-1970).

FIGUEIREDO, A.C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Ano VII, v.1, p.75-86, 2004.

MILLER, J.-A. A Confidência dos Supervisores. In: Opção lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise., n. 35. São Paulo: Eolia, 2003, p. 237.



## **CASO 2: O QUE UM COMPORTAMENTO DE AUTOMUTILAÇÃO PODE DIZER.**

Durante o período de realização do estágio, contou-se com 17 encontros supervisionados. As intervenções foram pautadas em preceitos da abordagem Existencial Fenomenológica onde se buscou aplicar na prática, a teoria estudada durante o semestre.

### **CASO CLÍNICO**

Identificação Nome: C Idade: 14 anos Profissão: Estudante, vive atualmente com mãe, padrasto e irmão. Transita entre a casa da mãe e a casa do pai, com quem tem proximidade com a madrasta.

**HISTÓRIA DA QUEIXA** A procura por atendimento na Clínica Escola da Faculdade Ciências da Vida foi realizada pela mãe da paciente após perceber comportamentos inadequados da filha, como automutilação e conversas em redes sociais sobre suicídio.

**HISTÓRIA DO CLIENTE** C, 14 anos de idade, estudante, têm um irmão de 9 anos, filha de pais separados. Começou a apresentar problemas de comportamento na escola após a mãe ter se mudado para outro estado em busca de melhores condições de vida, deixando os filhos sob responsabilidade do pai, por um período de 1 ano. Durante esse período, C, começou a apresentar problemas na escola, como matar aula, pegar recuperação nas matérias, brigar com as colegas, entre outros comportamentos que não tinha apresentado até então. Por diversas vezes, o pai foi chamado na escola para que se tomasse providências. Ele sempre procurou conversar com a filha, colocando-a de castigo ou lhe privando de algo que gostava. Mas não foi suficiente para que mudasse seu comportamento. Por muito pouco, C não foi reprovada na escola. Ao retornar, e tomar conhecimento da situação da filha, a mãe muda C de escola, para evitar que continue a andar com as más companhias. Atribuiu o comportamento rebelde da filha às amigas que tinha feito na escola. Após o retorno, os filhos voltaram a morar com a mãe e o padrasto. Vindo a perceber comportamentos de automutilação e conversas sobre suicídio nas redes sociais a mãe procura por atendimento para psicólogo para a filha na Clínica escola da Faculdade Ciências da Vida, iniciando os atendimentos com a paciente no mês de maio de 2018. A paciente iniciou os atendimentos com a estagiária, contra sua vontade, deixando bem claro durante as sessões que estava ali porque sua mãe a obrigava. Muito resistente, só respondia o que lhe era perguntado, não dando abertura para falar de si. A relação terapêutica foi lentamente se estabelecendo, até que se pode acessar os sentimentos e experiências da paciente, buscando cuidadosamente estabelecer uma relação de confiança. C, começou a falar de si por meio das coisas que gostava, como ler livros, jogar no computador, ouvir músicas, aprender a tocar violão e principalmente assistir suas séries preferidas. Foi através desses relatos que começou a sentir mais à vontade durante os atendimentos, se tornando mais comunicativa.

Um das primeiras queixas trazidas pela paciente, se referiu à dificuldades de se relacionar com os outros. Inicialmente familiares como a mãe, a madrasta e o padrasto, vindo no decorrer dos atendimentos se expandir para outros familiares e colegas de escola. Atribuiu a dificuldade de estabelecer vínculos, pelo fato de não conseguir confiar nas pessoas dizendo: 'sempre que eu confio em alguém, quando eu mais preciso, a pessoa me abandona'. Por esse motivo, não se abria para ninguém, se isolando e evitando o contato social sempre que podia. No decorrer dos atendimentos, C, relatou ouvir vozes, que lhe perturbavam muito. Disse que recebia ordens para se cortar, tomar medicamentos e fazer coisas ruins com os outros, e contra sua própria vida. Comando os quais ela vinha obedecendo, se cortando nas pernas para que a mãe não percebesse, ficando o dia inteiro de calça, mesmo nos dias de calor, e tomando medicamentos escondidos que havia pego na caixinha de remédios da mãe.

Numa tentativa de aproximação terapeuta-cliente, a estratégia foi deixar que a paciente falasse em cada sessão dos filmes, livros, jogos e séries das quais gostava. A mudança de postura na condução dos atendimentos possibilitou à paciente aproximar-se de si e falar sobre seus sentimentos e experiências. Apresentando nos fatos relatados, conflitos relacionados à convivência familiar e social, fenômenos elementares, angústias manifestadas no próprio corpo, isolamento e evitação social.

Diante da compreensão do caso, visando o bem estar da paciente, emergiu a necessidade de uma avaliação por parte de um profissional da Psiquiatria. Sendo necessário a participação da mãe da paciente na continuidade do processo terapêutico. Inicialmente, a paciente se recusou a permitir a entrada da mãe nas sessões, por medo de sua reação se soubesse de algo a seu respeito. Foi cuidadosamente trabalhado sobre a importância da participação da mãe no processo da consulta com o médico que pudesse lhe prescrever um medicamento adequado, caso fosse necessário, e principalmente em que compreendesse que nada do que havia relatado à estagiária seria contado para sua mãe. Assim, pensando em não comprometer futuras relações de confiança entre a paciente e outros profissionais, foi proposto uma sessão junto com a mãe, à qual a paciente presenciasse tudo que fosse dito. Durante o atendimento, a mãe pode expressar seus sentimentos para a filha, e manifestar seu apoio e acolhimento pelo momento em que se passava. O momento oportunizou que a paciente relatasse um pouco para a mãe sobre as dificuldades que estava enfrentando, deixando-a ciente de algumas situações que lhe causavam sofrimento. Foi realizado um encaminhamento para que fosse entregue ao médico para realização da avaliação psiquiátrica. A mãe manifestou o interesse em dar continuidade à terapia, após o desejo manifesto pela filha. Os atendimentos foram encerrados, até que se tenha um retorno da mãe após a avaliação médica.

**DEMANDA** “Queixa verdadeira” A principal queixa que trazia sofrimento à paciente era o fato de ouvir as vozes. Além de manifestar o desejo em melhorar a forma de se relacionar com os outros, especialmente a mãe.

**CONDIÇÃO EM QUE O CLIENTE SE ENCONTRA** Após encontros realizados com a paciente, a mesma relatou que têm se sentindo mais aliviada pelo fato de ter conseguido expor um pouco sobre seus sentimentos. Atribuiu ao espaço terapêutico um lugar onde se sentia mais ela, já que nunca falou sobre suas vivências para ninguém pelo medo de ser julgada. Sente medo diante dos comandos das vozes, e continua obedecendo, se automutilando e tomando medicamentos escondidos da mãe. Mostrou abertura em pedir ajuda, em permitir a entrada da mãe no processo e se comprometeu a contar para o médico sobre o seu sofrimento.

## **CASO 3 – SEGREDOS ENCARCERADOS**

### **Fundamentação teórica**

A abordagem sistêmica de terapia de família, trazendo a família para a cena clínica, sistematizou-se por volta de 1960, em grupos de pensadores e terapeutas nos Estados Unidos, bem como na Itália, desenvolvendo-se a partir daí vários modelos de terapia familiar. (COSTA, 2010)

Minuchin (1990) conceitua a família como um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação dos membros da mesma, considerando-a igualmente como um sistema que opera através de padrões transacionais. Assim, no interior da família, os indivíduos podem construir subsistemas, podendo estes ser formados por geração, sexo, interesse e/ou função, havendo diferentes níveis de poder, e onde os comportamentos de um membro afetam e influenciam os outros membros.

Conforme Carneiro e Saba (1975), o processo de terapia familiar refere-se a um trabalho terapêutico cujo âmbito de intervenção não é o paciente individual isolado, mas a família vista como um todo orgânico. Desse modo, enfatizam que o processo terapêutico focaliza os efeitos interdependentes dos múltiplos distúrbios dentro do grupo, e como a família facilita ou prejudica o crescimento individual e vice-versa. As autoras destacam ainda que a terapia familiar pode ser utilizada como uma alternativa exclusiva de tratamento, ou pode ser combinada com outros métodos de tratamento individual. Defendem a ideia de que existe grande flexibilidade durante todo o processo, podendo a unidade familiar ser quebrada em certas ocasiões, de acordo com a dinâmica do caso, atendendo-se a subgrupos da família como filhos somente, pais, grupo masculino, etc.

Prado (1999) refere-se aos sintomas que podem surgir em um membro de uma família, afirmando que o segredo familiar oculta fatos que não correspondem às rígidas exigências estabelecidas pelos padrões familiares e pode deturpar os processos comunicacionais entre os subsistemas familiares, favorecendo comportamentos sintomáticos no próprio sistema (IMBER-BLACK, 1994). Assim, um segredo pode ser compreendido como a omissão intencional de qualquer informação que influencia diretamente os demais membros de uma família ou que lhes diz respeito.

O caso a seguir foi atendido por uma estagiária do curso de Psicologia da Clínica Escola da Faculdade Ciências da Vida.

### **Introdução ao caso**

Pedro é uma criança de oito anos. A mãe de Pedro buscou o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) do bairro que fez o encaminhamento para a clínica escola da Faculdade Ciências da Vida.

Ele estuda no terceiro ano do Ensino fundamental em uma escola municipal no bairro em que reside. O bairro fica na periferia da cidade e seus moradores são de classe socioeconômica baixa. De acordo com dados levantados, o bairro apresenta problemas de violência, relacionados na maioria das vezes, direta ou indiretamente, ao tráfico de drogas.

## **Demanda**

Pedro foi encaminhado para atendimento psicológico pela escola por estar apresentando problemas de comportamento e aproveitamento escolar.

A escola alega que o aluno vem apresentando um comportamento agressivo com os colegas e professores, não aceita regras e não consegue acompanhar as atividades em sala de aula. Além disso, desconfia que Pedro furte pequenos objetos dos colegas, pois já houve queixas e algumas acusações sem comprovação. A pedagoga pontuou que ocorreu uma mudança grande com ele, pois até o ano anterior, Pedro não apresentava nenhum problema escolar.

## **História**

Os pais, Clara e Antônio, nunca moraram juntos e tiveram um relacionamento até Pedro completar quatro anos. Atualmente ele mora com sua mãe, avó, uma tia e o filho dela, que tem quinze anos. A mãe não tem trabalho fixo, trabalha informalmente como diarista em casas de família. O pai de Pedro já trabalhou como servente de pedreiro, mas também de modo informal.

A mãe relatou que em casa ele fica muito quieto, vive dentro do quarto assistindo TV e jogando no computador que ganhou do pai. Está comendo compulsivamente e engordou muito no último ano. Comenta que, às vezes, tem um comportamento de isolamento no quarto, ficando horas mexendo em uns objetos que guarda em uma caixa. Diz para mãe que são coisas que encontra no chão como pedras, objetos perdidos, etc. Não gosta de mostrar para ninguém e diz que são seus segredos. Faz suas lições de casa e quando precisa pede ajuda. Ele está inserido em um projeto na sua escola onde participa duas vezes por semana. O projeto tem como objetivo inserir os alunos em atividades educativas e conectá-los em atividades sociais saudáveis através do esporte, da música e da dança. Pedro gostava muito inicialmente, mas atualmente não está muito motivado e só vai quando a mãe o obriga a ir.

## **Avaliação**

Em entrevista inicial, a mãe relatou que há dois anos que Antônio, pai de Pedro, está preso por tráfico de drogas e porte ilegal de armas. É recuperando do sistema APAC e ela tem contato apenas telefônico com ele. Segundo a mãe, na época em que namorava Antônio não sabia das “confusões” dele. Clara disse que quando Antônio foi preso decidiram não contar para Pedro tal fato. Pedro tinha uma boa relação com o pai e falaram com ele que o pai tinha conseguido um emprego fora do estado e precisava ir embora para trabalhar. Eles conversam por telefone, mas Pedro não sabe da prisão. O pai, em conversa com a mãe falou que gostaria que eles fossem à festa de natal da APAC, alegando está com saudade da criança e que entende que não tem como mais esconder essa situação dele. A mãe está confusa e indecisa em relação a contar tal fato para Pedro, não sabendo como fazer isso.

Na primeira sessão individual com Pedro, ele se comportou de forma inibida, mal levantando o olhar para a estagiária de psicologia, respondendo muito baixo às perguntas feitas por ela. A partir de um pedido de desenho livre, Pedro desenha uma família de quatro personagens com uma moldura e diz que estão fechados em uma caixa. Ao ser inquerido, Pedro nomeia os personagens como sendo o pai, a mãe e dois filhos um de oito anos e um de quatro anos. Não se dispôs a responder mais perguntas sobre o desenho.

## **Hipótese diagnóstica**

Levanta-se a hipótese de que os sintomas do paciente identificado estejam relacionados aos segredos da família.

### **Direção para o tratamento e encaminhamentos**

O caso se encontra em fase de avaliação e por isso ainda não foram tomadas decisões em relação à direção para o tratamento, bem como aos encaminhamentos.

### **Referências Bibliográficas**

CARNEIRO, T; SABA, A. Terapia familiar: teoria e técnica através do estudo de um caso. Arquivo brasileiro de Psicologia. Aplicada, Rio de Janeiro, 27(4): 77-84, out./dez. 1975.

COSTA, L *A Perspectiva Sistêmica para a Clínica da Família, Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 26 n. especial, pp. 95-104, 2010.*

IMBER-BLACK, E. Segredos na família e na terapia familiar: Uma visão geral. In: Os segredos na família e na terapia familiar (pp. 15-39). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MINUCHIN, S. Famílias: Funcionamento & Tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

PRADO, L. C. Metáforas, segredos e mitos ao longo do ciclo vital: Uma reflexão clínica. In L. C. Prado (Ed.), Famílias e terapeutas: Construindo caminhos (pp. 199-212). Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

## **CASO 4 - MEUS PENSAMENTOS ME TRAEM**

### **Dados:**

A paciente foi assegurada do sigilo profissional e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias. Ana Clara (nome fictício), de etnia caucasiana, solteira, 26 anos de idade, sem filhos, morava sozinha havia 10 anos e residia longe da família de origem. Formara-se jornalista havia três anos, porém não exercia sua profissão. Cursava duas especializações em sua área, sendo muito estudiosa e dedicada.

### **Demanda:**

Procurou terapia queixando-se de sintomas de tristeza, desânimo, choro e falta de vontade para finalizar os cursos de pós-graduação. Os motivos principais de sua tristeza, segundo a paciente, relacionavam-se ao envolvimento em uma relação amorosa com um homem casado e às dificuldades em conseguir um trabalho no seu ramo de formação.

### **História:**

Ana Clara não se submeteu a nenhum tratamento psiquiátrico e/ou psicológico anteriormente ao início das sessões e não fazia uso de medicações. Em relação à área familiar, relatava boa relação com a família (pais, mãe, irmão e cunhada), apesar de residir em uma cidade diferente da dos pais. Suas atividades de lazer e sociais ficavam restritas quando se sentia deprimida, além de não praticar atividade física nesses períodos. Quando se sentia melhor, frequentava a academia. Tinha poucos amigos na cidade, contribuindo para que desenvolvesse suas atividades de lazer e sociais, quando aconteciam, sozinha. Na esfera profissional, apresentava bom rendimento acadêmico, porém procrastinava a elaboração da monografia de conclusão de curso, tendo abandonado, temporariamente, os estudos para concurso público. Além disso, não trabalhava devido à dificuldade em encontrar um emprego de que gostasse. Apresentava boa saúde física e mental, fazia exames regulares, não tinha doenças crônicas importantes ou histórico de uso ou abuso de substâncias. Na área afetiva, relatou ter sido abandonada por seus parceiros nas relações amorosas desde a adolescência, não tendo a oportunidade de assumir um relacionamento. Seus relacionamentos anteriores não foram duradouros. Tanto nessa área como na social, relatava não saber fazer ou negar pedidos, além apresentar grande dificuldade em fazer cobranças, pois, em alguns momentos, era passiva e, em outros, agressiva com as pessoas.

### **Hipótese diagnóstica:**

Transtorno depressivo maior leve de episódio recorrente (F33.1), segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) (APA, 2013).

Apresentou, pelo período de três meses:

- a) diminuição do interesse e prazer nas atividades na maior parte do dia;
- b) hipersonia quase todos os dias;
- c) retardo psicomotor quase todos os dias;
- d) fadiga e perda de energia quase todos os dias;
- e) sentimentos de inutilidade e/ou culpa;
- f) capacidade diminuída para se concentrar.

#### **Direção para o tratamento:**

O envolvimento em uma relação amorosa extraconjugal e a apresentação de sintomas depressivos foram as principais queixas que levaram a paciente a buscar terapia. Uma situação problemática típica envolvia a temática do relacionamento amoroso, quando apresentava os seguintes pensamentos: “ele nunca foi sincero comigo”; “fui usada”; “fui enganada, boba e ingênua”; “não conseguirei me desapegar e encontrar outra pessoa como parceiro”. Tais pensamentos geravam angústia, tristeza e raiva, levando-a a apresentar uma série de comportamentos não funcionais, como ficar dependente da relação e ser passiva ou agressiva com o parceiro quando em acessos de fúria.

Nas situações envolvendo a finalização do trabalho de conclusão de curso da pós-graduação, pensava: “não vou dar conta”, “não vai dar tempo”, apresentava-se triste, ansiosa e comportamento de procrastinação, adiando o término do trabalho. Quando em situações com familiares e amigos, frequentemente pensava que era abandonada por eles, o que a deixava triste. Nessas situações, rompia as relações, evitava contato com as pessoas e era passiva ou agressiva com elas. O abandono por parte dos parceiros desde a adolescência, a dificuldade em estabelecer um relacionamento afetivo duradouro, viver longe dos pais e da família, ter poucos amigos e nunca ter trabalhado em sua área de formação contribuíram quadro da paciente.

Ana Clara desenvolveu as estratégias compensatórias de dependência, passividade e agressividade para lidar com suas dificuldades. Duas situações modificaram o curso de seu estado ao longo da terapia, agravando-o (descoberta da esposa do parceiro com quem mantinha o caso extraconjugal do relacionamento amoroso deles) e melhorando-o (término do relacionamento extraconjugal).

#### **Plano de tratamento**

A seguinte lista de dificuldades foi relatada pela paciente:

- a) Não ter interesse e prazer nas atividades diárias;
- b) Não impor limites nos relacionamentos amorosos e de amizades;

- c) Não saber se relacionar de forma saudável sem se tornar dependente;
- d) Não saber administrar o estresse e a raiva;
- e) Não sentir-se valorizada e amada nas relações afetivas;
- f) Não enfrentar o término do relacionamento;
- g) Desorganização com os estudos;
- h) Ter autoimagem negativa.

**Encaminhamentos:**

- a) Melhorar o humor e a disposição da paciente;
- b) Treinar habilidades assertivas direcionadas ao relacionamento amoroso, às amizades e à família;
- c) Reduzir a dependência nos relacionamentos;
- d) Aumentar as habilidades de comunicação nas relações sociais e amorosas;
- e) Manejar o estresse e a raiva;
- f) Resolver problemas (identificar ramo de estudo que a paciente gostaria de trabalhar);
- g) Melhorar a falta de motivação com a profissão;
- h) Melhorar a motivação e organização com os estudos. Na fase intermediária/final orientaram-se para:
- i) Melhorar a autoimagem negativa;
- j) Questionar as crenças disfuncionais;
- l) Conseguir terminar o relacionamento extraconjugal;
- m) Prevenir recaídas e manter ganhos da terapia.