

## ***Estados de entranhamento e processos de diferenciação em Terapia Familiar Psicanalítica\****

***Michele Siviero Martins; Valeria Castro Chagas de Azevedo\*\****

---

### **1-Apresentação**

O Setor de Terapia Familiar Psicanalítica, localizado na Unidade Docente Assistencial (U.D.A.) de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), recebe uma demanda predominante de famílias com uma dinâmica de funcionamento psicótico. O tema de nosso trabalho é, por este motivo, recorrentemente discutido em aulas e supervisões.

Adriana (20 anos) começou a ser acompanhada no Ambulatório da U.D.A. de Psiquiatria do HUPE após ter apresentado seu primeiro episódio psicótico agudo em abril de 2004. No decorrer deste acompanhamento, apresentou nova agudização, sendo encaminhada por seus pais ao Centro Psiquiátrico Nise da Silveira, onde foi internada, sendo depois transferida para o HUPE. Durante a Semana Santa, abriu quadro delirante, acreditando que seu pai estaria pensando em matar sua mãe com a faca que estava amolando na cozinha. De acordo com seu relato, ele olhava fixamente para sua mãe que estava de costas, com um “olhar assassino” (sic).

Após a internação de curta duração, surgiu a demanda para o acompanhamento no Setor de Terapia Familiar.

Cláudia (27 anos), juntamente com sua irmã Samantha (23 anos) e sua mãe Ana (58 anos), foi encaminhada à terapia familiar psicanalítica após ter saído de longo período de internação na Enfermaria de Psiquiatria. Tratava-se desde os 14 anos em outra instituição. Ao serem chamadas para a entrevista inicial, recusaram o atendimento. Porém, meses depois, entraram em contato com o Serviço solicitando psicoterapia, pois “tinham dificuldades relacionadas à auto-estima e procrastinação” (sic).

Esses dois acompanhamentos aqui introduzidos servirão como substrato para discussão acerca dos estados de entranhamento, conceito desenvolvido por M. P. de Almeida Prado (1988), e por ele definido como:

"(...) o quadro psicodinâmico resultante da manutenção total ou parcial da indiferenciação primária com os objetos, por predominar dentro do Self um alto teor de angústia que torna necessário o uso massivo da identificação projetiva, bem como o predomínio de uma larga ou extensa área mental onde o pensamento não pôde ser desenvolvido em sua forma mais evoluída de pensamento simbólico" (p.88).

Recordemos que o bebê, ao nascer, embora muito competente, é imaturo e dependente particularmente do peito e da mãe, de quem necessita para ter acesso aos seus pensamentos pensados (Bion, 1967).

É preciso que, nesta relação, o bebê possa vivenciar experiências gratificadoras, pois são elas que irão propiciar a existência tolerável de um objeto bom, capaz de satisfazer e diminuir a angústia. Na ausência ou precariedade deste tipo de experiência, a angústia se exacerba obstruindo a capacidade de um desenvolvimento do pensamento em direção à simbolização. Para lidar com o excesso de angústia, há uma tentativa de evacuar esse objeto mau, aumentando o uso da identificação projetiva que deixa de ser então um elemento agregativo, perceptivo e comunicativo, para ser um elemento desagregativo, obstrutivo e isolante.

Para M. P. de Almeida Prado (1988), a identificação projetiva é fundamental no processo perceptivo, onde há sempre uma distorção da realidade externa. Acrescenta que:

"(...) cada um tem para si mesmo uma verdade perceptiva pessoal e intransferível, que dificulta as comunicações humanas e torna a linguagem um fenômeno sempre precário do ponto de vista comunicativo, em termos absolutos" (p. 89).

O autor acredita que as maiores e mais nocivas distorções provenham da ação de impulsos destrutivos de morte: a inveja, o ciúme e a voracidade. Fazendo uso da identificação projetiva de forma massiva, partes do Self são evacuadas nos objetos e no exterior, e na impossibilidade de reconhecê-las como suas, o sujeito é atravessado pela angústia.

O analista se faz continente dessas partes do *Self* expelidas pelo sujeito e as integra para o paciente, através de interpretações da transferência. Assim, é possível "converter a experiência do encontro analítico num encontro de integração desses fragmentos da personalidade que nunca puderam se integrar, mas apenas formar um conglomerado pouco coerente" (op. cit. p. 109).

Em consonância às idéias de M. P. de Almeida Prado (1983, 1988), Racamier (1988) apresenta o conceito de "perversão narcísica". Nas palavras de M. C. C. de Almeida Prado (1999a) trata-se de:

"(...) uma evitação do impacto pessoal dos sentimentos de luto, angústia, desilusão e separação, tratando de reportar ativamente sobre outro as dores, as dificuldades e os conflitos que neles se prendem" (p. 151).

Essa evitação se daria porque o ego do sujeito não estaria em condições de assumir a angústia, a desilusão e separação, projetando-as no próprio círculo familiar.

A autora cita ainda Eiguer (1988), que nos recorda o quanto o funcionamento perverso-narcísico pode estar atravessado pela pulsão de morte:

“(...) a pulsão de morte agiria dissociando o perverso narcísico de seus investimentos objetivos e desqualificando seu cúmplice de seu próprio funcionamento mental, o que significa a nosso ver desqualificá-lo da possibilidade de pensar, ao que ele responde com complementariedade e reciprocidade” (op.cit., p.153).

Racamier (1988) considera que o perverso narcísico se valeria do meio para se proteger dos conflitos internos. Sendo assim, ficaria impossibilitado de realizar as duas tarefas essenciais ao ser humano ao longo de sua existência: fazer face à angústia consciente e, sobretudo, inconsciente que, própria à natureza humana, sobrevém desde os primórdios da vida; e ao luto fundamental, não só ao que se refere aos lutos propriamente ditos, mas igualmente a esse trabalho de desilusão, de separação e de individualização que cabe ao ser humano, à criança desde o início, e que não cessa jamais.

Seria o luto fundamental que possibilitaria uma abertura para o outro enquanto tal.

De acordo com Eiguer (1988), Racamier pensa que o perverso narcísico é no fundo um psicótico sem sintomas e que é para se desembaraçar de sua psicose latente que se vale do outro para manter-se equilibrado.

Nas histórias aqui citadas, esse parece ser o funcionamento em atividade. Própria à relação dos estados de entranhamento, as identificações projetivas ocorrem de forma massiva, impedindo a diferenciação e a possibilidade de fazer face às tarefas citadas anteriormente.

Assim como o bebê precisa da mãe para por em forma de pensamento pensado as suas experiências, os pacientes que aqui citamos também se valeriam do que Bion (1967) chamou de “aparelho de pensar pensamentos” de seu terapeuta. Nas palavras de M. C. C. de Almeida Prado (1999a):

“(...) dentro do enquadre de terapia familiar psicanalítica, o terapeuta coloca o seu aparelho de pensar pensamentos à disposição do aparelho psíquico familiar, de forma que, ao receber seus elementos psíquicos através de comunicações verbais, possa devolvê-los em forma de pensamentos pensados, permitindo assim que a família além de ter acesso às suas experiências vividas como pensamentos pensados com significação afetiva, possa desenvolver o seu aparelho de pensar pensamentos” (p. 218).

## **2. Casos Clínicos:**

### **2.1. Adriana**

A terapia familiar iniciou-se com a presença da mãe Sônia e filha, pela impossibilidade de se conseguir um horário que viabilizasse a vinda de José Roberto, o pai, que dormia durante o dia pelo fato de trabalhar à noite como motorista de ônibus.

Adriana é filha única de José Roberto, tendo uma irmã por parte de mãe já casada e com uma filha. Tinha terminado o ensino médio e estava estagiando em uma estatal, estágio sobre o qual falava com orgulho. Tinha um namorado que não era do agrado dos pais, por não trabalhar e nem estudar.

Adriana foi descrita como uma jovem caseira, muito apegada à mãe, com a qual dormia desde criança, a princípio por causa da preocupação dos pais em relação a um grave problema respiratório de fundo alérgico, e depois por conta do trabalho do pai que é noturno. Segundo Sônia, Adriana não dormia sozinha fora de casa, nem mesmo em casa de parentes, não tendo o hábito de viajar ou pernoitar em casa de amigas.

Ao longo dos atendimentos Adriana usava o espaço para “atacar” José Roberto, descrito como omissos, egoísta e sovina. Nessas ocasiões, Sônia permanecia calada sem contestar a filha.

Adriana gostaria que os pais se separassem e lamentava ter perdido seu estágio após sua internação que, segundo ela, poderia “garantir uma vida melhor para a mãe, que não merecia ter que passar pelo que passava por não ter como se sustentar” (sic). Afirmava que desde o início do casamento, Sônia se decepcionara, mas que permanecera casada por causa das filhas.

Adriana se separou de seu namorado, pois não via nele empenho em “crescer na vida”. Segundo ela, a relação entre eles ficara impossível complementando: “se minha mãe fosse meu namorado seria perfeito”.

Após um tempo, começou a questionar a necessidade de permanecer na terapia de família, já que continuava com sua terapia individual. Por outro lado, Sônia passou a defender o espaço por fazer maior uso dele. Passou a vir só, disposta a investir na terapia. Por um tempo alternavam faltas com a vinda de Sônia e eventualmente de Adriana.

Sônia começou a acreditar que José Roberto possuía uma outra família, tendo um filho com o conhecimento dos irmãos dele que o acobertavam e com os quais não mantinha um bom relacionamento.

Segundo ela, José Roberto sempre fora muito ligado a sua família, não deixando de freqüentá-la quando Sônia se recusava a fazê-lo por causa de Adriana. As duas se ressentiam da ajuda que ele dava a seus familiares em detrimento do atendimento a suas necessidades.

A situação entre o casal deteriorou e terminou com a separação, vivida pelas duas como uma grande vitória. José Roberto permanece na antiga casa e as duas foram para um novo apartamento “para começar vida nova” (sic).

Adriana voltou a estudar e começou a distribuir currículos. Sua presença nos atendimentos e em casa junto à mãe foi diminuindo. Após o término das férias da psicóloga, não retornaram, sem restabelecer contato.

Passado um período, Adriana a localizou em outro setor do HUPE, deixando um novo número de telefone e pedindo que fosse feito contato. No dia marcado, vieram para

o atendimento Adriana, Sônia e uma irmã na casa da qual estavam morando porque Sônia se recusava a ficar na nova casa.

Sônia passara a ser perseguida por “pressentimentos” de grandes perigos envolvendo as duas, sentindo-se observada por transeuntes e vizinhos. Culpava José Roberto de entrar na casa escondido e substituir suas coisas por outras “parecidas, mas estragadas” (sic).

Conseguimos agendar uma consulta com uma psiquiatra da unidade e na sessão seguinte compareceram, pela primeira vez pai, mãe e filha que passaram a vir à terapia.

Logo depois Adriana foi chamada para um novo emprego e retomou o namoro com Luciano depois que ele começou a trabalhar. Seu médico diminuiu a medicação e voltaram os planos para o vestibular.

Só o casal passou a comparecer à terapia. Logo começaram a tratar das questões que os levaram à separação. Ao longo dos atendimentos o casal passou a tratar de dificuldades antigas. A relação familiar começou a melhorar quando houve possibilidade de falarem sobre suas dores e dificuldades, as diferenças se tornando menos ameaçadoras.

Um dia chegaram com certo brilho nos olhos: Adriana passou para uma faculdade, iria pagar parte da mensalidade com seu trabalho e José Roberto, emocionado, chorando muito pela primeira vez, falou do orgulho que sentia da filha, que depois de tudo o que acontecera estava apostando na sua vida sem medo.

As férias de José Roberto estavam chegando e ele, por anos, viajava para o nordeste para ficar com o restante da família que permanecera lá. Sônia e Adriana nunca o acompanharam, por ser durante o período letivo e porque a filha não ficava sozinha.

Sônia estava com medo de voltar a ficar só e “perder o equilíbrio que havia recuperado”. José Roberto a convidara para ir com ele e ela respondeu que Adriana não poderia ficar só. Foi mostrado à Sônia que esta respondia pela filha, não permitindo que ela decidisse, como se fosse insuportável admitir que ela estava separada dela, podendo viver independentemente. Sônia chorou muito e disse que sentia que perdera tudo: “não tinha mais marido nem filha” e que havia adoecido quando se dera conta disso.

Quando conversaram com a filha, Adriana disse que não se importaria que eles fossem e que ela poderia ficar na casa do namorado. José Roberto não concordou querendo que ela ficasse com algum parente. Sônia apoiou a filha e por fim chegaram a um acordo.

Durante as sessões que se seguiram, Sônia esteve totalmente envolvida com os preparativos para a viagem, se dando conta que nunca mais haviam viajado juntos após o nascimento de Adriana. Acordamos uma licença de um mês.

Quando retornaram, estavam investidos um no outro. Pensavam em voltar a viver juntos, na mesma casa, e José Roberto já passava a maior parte do tempo com elas.

Tinham planos de vender a antiga casa e comprar uma nova para onde se mudariam. Estavam escolhendo juntos, com calma, o local para onde iriam.

Quando a psicóloga terminou o período da Residência, a família optou por não continuar com a terapia familiar.

## 2.2. A história de Ana e suas filhas:

O tratamento se iniciou com a presença de Samantha e Ana. Já haviam se passado alguns meses desde a internação de Cláudia na Enfermaria de Psiquiatria do HUPE, a oportunidade de vaga para acompanhamento pelo nosso Setor e a demanda das mesmas pelo atendimento, o que só ocorreu algum tempo após nosso contato.

Neste período, Cláudia vivia com o companheiro e sua filha recém-nascida na casa de Ana. Samantha estava grávida e vivia com o companheiro em casa própria. Ana justificava a necessidade da terapia à crença de que elas não sabiam lidar com os homens; se submetiam aos desejos deles e não possuíam auto-estima suficiente para desvencilharem-se deles.

Ana havia vivido uma relação conjugal de idas e vindas com o companheiro, pais de suas filhas. Ao final, acabou por separar-se, após muitas cenas de violência verbal e física. Neste mesmo período, sua mãe e Carla, sua filha recém-nascida, falecem.

Ana sucumbiu diante de tantas perdas. Deprimida, suas filhas, na época com dois e seis anos, se ocuparam das responsabilidades da casa. Durante as sessões, rememoraram episódios daquela época, como os dias em que Cláudia, a filha mais velha, sentava-se ao lado da mãe e a instigava com perguntas e conversas por horas a fio, evitando assim que a mãe passasse os dias a dormir, apenas. Ao fazer compras no mercado, era Cláudia quem puxava a mão da mãe e a guiava pelos corredores, escolhendo o que levariam para casa. Mantinham a crença de que só sobreviveram porque se mantiveram unidas. Naquele momento, Ana via nesses homens, companheiros das filhas, uma possibilidade de rompimento com um esquema de funcionamento que as mantivera vivas. Desfazer-se dessa crença era impensável.

As filhas viviam uma enorme ambigüidade: tentavam diferenciar-se, no entanto esse movimento era permeado de culpa e angústia. A relação entre elas era marcada pela complementariedade e reciprocidade.

Ao longo do processo psicoterápico, as filhas começaram a revezar-se no atendimento. Ana raramente faltava. Samantha solicitou atendimento para si e o marido. Posteriormente, veio a separar-se, mas não retornou ao atendimento familiar, mantendo seu próprio espaço. Cláudia retornou ao acompanhamento de muitos anos mantido em outra instituição. Ana passou a freqüentar a terapia sozinha. Permitia-se a possibilidade de trazer a sua própria história de vida ao atendimento, descolando-se aos poucos das histórias das filhas. Porém, o contato com a realidade fazia com que Ana sofresse, se angustiasse. Questionava-se sobre o que havia construído ao longo da vida. Sentindo-se esvaziada, retornava à história das filhas, e as relações afetivas delas voltavam a ocupar o lugar central em nossas sessões. Como o perverso narcísico, valia-se do meio para se proteger dos conflitos internos.

Ainda assim, Ana dava sinais do despontar de um processo de diferenciação. Recorrentemente, citava o planejamento da construção de uma casa mais ampla. O desejo que as filhas morassem com ela permanecia, mas acreditava que podiam construir uma casa em L onde só precisassem dividir a cozinha. Podemos pensar que o espaço mental de Ana começava a se ampliar, havia nela um desejo de reconstrução, mas o que permanecia presente era a fantasia de uma fonte nutridora inseparável.

A finalização do atendimento pela terapeuta inicial, que encerrou o período de residência, foi sentida por Ana como um abandono. Apesar de todo um trabalho cuidadoso de passagem para outra psicóloga da equipe, Ana acabou por romper o processo psicoterápico. Em sua última sessão, trouxe a boneca de um livro, meticulosamente organizado durante o período da terapia. No prefácio, fala sobre os movimentos da vida, sobre o árduo trabalho de reconstruir-se, e da certeza de que novos tempos viriam.

### **3- Concluindo...**

Os conceitos aqui trazidos são recorrentes na prática cotidiana como terapeuta de família do referido Setor. Sendo assim, o estudo dessas dinâmicas de funcionamento psíquico favorecem a instrumentalização do terapeuta, que por vezes se vê sem recursos diante de tal enredamento familiar.

Como nos relembra M.C.C.de Almeida Prado (1999b), se o terapeuta consegue:

“(...) manter-se enquanto continente para os conteúdos implicados no trabalho psíquico ao qual não foi possível fazer face pela família e/ou pelo casal, facilitando assim suportarem a dor psíquica e o contato com a realidade, lentamente podem vir a ser mudadas estratégias defensivas rígidas e impermeáveis, por outras mais plásticas, mais realísticas (...)” (p.162).

Parece que foi esta a tarefa executada pelas terapeutas nos casos citados, possibilitando assim que a demanda inicial – de manutenção da indiferenciação – se transformasse em desejo de individuação, por mais difícil que isto fosse.

### **Referências bibliográficas**

ALMEIDA PRADO, M. P. (1983) *Psicanálise de Psicóticos*. Rio de Janeiro: Plurarte.

\_\_\_\_\_. (1988) *Narcisismo e estados de entranhamento*. Rio de Janeiro: Imago, 2ª edição rev. e ampliada.

ALMEIDA PRADO, M. C. C. (1999a) *Destino e Mito Familiar: uma questão na família psicótica*. São Paulo: Vetor.

\_\_\_\_\_ (1999b) Narcisismo, conjugalidade e estados de entranhamento. In: Feres-Carneiro, T. (org.) *Casal e Família. Entre a tradição e a transformação*. Rio de Janeiro: NAU.

MARTINS, M. S. & PERALVA, E. L. M. (2006) *A dimensão narcísica na relação entre mãe e filha: quando "viver junto é impossível e separar-se é mortal"*. Trabalho apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia do HUPE/UERJ.

RACAMIER, P.C.(1988). Perversão narcísica na família do psicótico. In: VILHENA, J. (org). *Escutando a família: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991.

## Notas

\* Trabalho desenvolvido no Setor de Terapia Familiar Psicanalítica/Ambulatório da U.D.A. de Psiquiatria do HUPE/UERJ, com supervisão da Dra. Maria do Carmo Cintra de Almeida Prado e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

\*\* Psicólogas, Residentes do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ, no período de 2004 a 2006.