

3

FUNCIONAMENTO PSÍQUICO DA FAMÍLIA E A DEMANDA FAMILIAR COMPARTILHADA

Segundo Kaës (2005) e Anzieu (1966), o aparelho psíquico grupal seria constituído em um espaço comum e partilhado, criado nas fronteiras entre o intrapsíquico e o intersubjetivo, cujo conteúdo é onírico e relativo às contribuições do processo primário de cada membro do grupo. Comparam o funcionamento do grupo com a formação do sintoma e a do sonho, considerando-o, assim como estes dois últimos, um espaço de associação de desejos que buscam satisfação. Ou seja, na própria estruturação do grupo familiar haveria uma “formação de compromisso”, na medida em que é estruturado na realização desses desejos, e também, pela produção de defesas suscitadas pela angústia do Eu diante da satisfação primária desses desejos.

O funcionamento psíquico familiar, fundamentado pelos autores grupelistas, tem como fator de coesão o material fantasmático compartilhado. Para a constituição e a preservação da atividade psíquica familiar são reunidos os conteúdos psíquicos de cada integrante, criando uma aliança entre eles. Eiguer (1995) denominou esta circulação de material psíquico de interfantasmática, cujo sentido é conceituar a tendência da família para agir e reagir de acordo com o conluio de fantasias.

Eiguer correlaciona a interfantasmática ao conceito de colusão desenvolvido por Willi, a partir de seus estudos sobre casais. A colusão corresponde às alianças de representações e de fantasias inconscientes entre os membros do casal, formando assim a base afetiva e conflitiva do mesmo. Ou seja, é na tentativa de reparar os conflitos internos que o sujeito se liga ao outro. O tipo de colusão organiza a vida amorosa do casal e posteriormente a vida familiar.

Eiguer (1995) entende a interfantasmática como um dos *organizadores* da vida simbólica familiar. O primeiro *organizador* é a escolha do parceiro, que segundo ele inaugura o modelo de vínculo objetal. O outro é o “si” familiar, equivalente ao sentimento de pertença e ao mundo interno do grupo. Considera que estes *organizadores* estruturam as modalidades de vinculação, o modo de subjetivação do grupo e, também dos sujeitos individualmente.

Estes processos intersíquicos ocorrem num sistema complexo de interação e vinculação, os quais devem ser compreendidos a partir da noção de circularidade. Este sistema complexo designado como o aparelho psíquico familiar, tem como função colocar em continuidade a circulação psíquica, além de transformar e de elaborar certas formações psíquicas e certas formas de investimento afetivo. Também faz parte de seu trabalho, integrar a energia pulsional, a conter excitação no psiquismo ou desviá-la para outras metas a serviço do vínculo grupal. (Kaës, 1997).

Segundo Lemaire (2007) o aparelho psíquico se torna disfuncional quando, em determinadas circunstâncias, algumas de suas funções falham, não colocando em movimento a identidade da família, fazendo com que o “si” familiar fique enrijecido e empobrecido simbolicamente. A avaliação dos movimentos pulsionais do conjunto, assim como a observação do tipo de ansiedade— seja de castração ou de perseguição —, e as fantasias compartilhadas, ajudam na compreensão do universo simbólico do grupo. Estes elementos do aparelho psíquico familiar encontram-se representados nas atuações do grupo no “aqui e agora”, no discurso e nos mecanismos de defesa (Eiguer, 1980). Todos estes fatores são determinantes na avaliação da trama familiar.

Picollo, Grynberg, Iraeta e Wheel (1978) concebem o inconsciente familiar como uma trama relacional e identificatória, a qual sustenta o sistema e funciona como a memória do mesmo. A memória da trama familiar é composta por mitos que, segundo com estes autores, são produtos de uma série de crenças e fantasias integradas e compartilhadas por todos os membros da família. Estas crenças não são desmentidas pelos que estão implicados nela, e compõem a particular realidade psíquica da família. Os autores afirmam que os mitos surgem como tentativas de explicação para as indagações e os conflitos inerentes a experiência humana.

A função do mito é expressar a angústia comum a todos, numa tentativa de aliviá-la, cumprindo um trabalho defensivo e constitutivo da identidade familiar. Tem como característica anular o tempo, fazendo parecer como não histórica a crença que o delimita. Na perspectiva psicanalítica o psicoterapeuta deverá funcionar como aquele, que descongela a rigidez defensiva e coloca em marcha a temporalidade. Se o mito não for colocado em palavras, ou interpretado, não cederá em sua força sintomática (Ferreira, 1963; Eiguer, 1995).

Eiguer (1995) e Andrey (1981) diferenciam a concepção sistêmica de mito da concepção psicanalítica. Na primeira, o mito corresponderia às convicções conscientes inquestionáveis compartilhadas pelo grupo, tendo como características o desconhecimento de sua origem e de sua autoria. No trabalho sistêmico o objetivo seria pragmático caracterizado pela tentativa de liberar a imagem opressiva que a família tem dela mesma. A visão psicanalítica se distingue da primeira abordagem ao atentar para o componente inconsciente do mito familiar.

Alguns autores, como por exemplo Eiguer (1995), concebem o sintoma da família como um derivativo do mito familiar. De acordo com esta proposta, pode-se pensar na correspondência entre o enigma, encoberto pelo sintoma, com o mito familiar. Almeida-Prado (1999) em seu estudo sobre esta questão, particularmente em famílias psicóticas, afirma que a gravidade da patologia familiar enrijece os mitos, dificultando dessa forma o processo de separação e de individuação. Também, acaba impossibilitando a capacidade conjunta de pensar e de criar. Assim, a transmissão do mito não passa por um processo de elaboração, compondo-se como um tabu, um não-dito, um segredo.

Almeida-Prado (1999) compreende a sustentação do segredo pelas fantasias (individuais e mitos familiares), isto faz com que não seja importante se a origem do segredo foi desencadeada por um fato real, ou é derivada de elaborações imaginárias. São as fantasias que determinam o comportamento e os investimentos emocionais da família. A autora ressalta que na existência de uma base real para a origem do segredo, estão presentes fantasias que, em certa medida, evitam a defrontação conjunta com sentimentos de amor, ódio, rivalidade, agressividade, desamparo, ciúme, dentre outros.

O sintoma familiar aparece como um sinal da não elaboração desses conteúdos inconscientes, devido a uma manifestação da fragilidade do aparelho psíquico familiar. Isto ocorre porque o investimento libidinal, designado a encobrir uma determinada fantasia, absorve funcionamento mental compartilhado, impedindo-o de transformá-la. Será no acolhimento e no entendimento do sintoma, daquilo que se faz enigma familiar, que se viabilizará a possibilidade de um trabalho de expressão da fantasia compartilhada. Esta última aprisiona a família, fazendo com que ela se sinta incapaz de encontrar outras soluções.

3.1.

Concepções teóricas sobre o sintoma na família

A noção de sintoma como produção individual foi muito discutida na literatura, principalmente por Freud em seu estudo sobre a formação dos sintomas histéricos. O autor desenvolveu extensamente o aspecto dinâmico do sintoma, estudando-o como o produto do aparelho psíquico, no qual há uma interação de forças opostas e a presença do mecanismo de recalque. Discute-se a formulação Freudiana para embasar o entendimento da formação do sintoma familiar e suas descrições na literatura da psicoterapia de família.

Freud (1916-1917) acreditava ser fundamental a discriminação da diferença entre o sintoma e a doença, argumentando que a extinção do primeiro não corresponderia a “cura” da doença. Pois esta, se não for trabalhada, é capaz de formar novos sintomas. Por isso, deve-se compreender o sentido do sintoma, com o objetivo de se aproximar das razões psíquicas de sua formação, sem ter a intenção de apenas eliminá-lo. Já neste momento, Freud manifestava o valor de estar atento tanto às circunstâncias sociais e familiares dos enfermos, quanto aos sinais somáticos e aos sintomas patológicos dos mesmos.

Inicialmente Freud considerava o sintoma como um registro de um trauma e para curá-lo era preciso recordar este evento traumático. Porém, percebeu que o fato real não era tão significativo quanto à fantasia do sujeito e passou a valorizar a fantasia de sedução como o núcleo dos sintomas histéricos. Contudo, percebeu que as histéricas apresentavam lacunas de memória e que não poderia ser via consciência o entendimento da origem sintomática. A partir disso, passou a concebê-lo como um sinal substituto da satisfação pulsional. Esta última permanece subjacente devido ao processo de recalque (Freud, 1901-1905; 1916-1917; 1925-1926).

Ou seja, o sintoma seria um derivativo da pulsão recalcada, que apareceria de forma disfarçada e irreconhecível à consciência. Representaria, portanto, fantasias inconscientes que não podem vir à consciência pela recusa do Ego, ou da proibição do Superego, de associar-se a uma catexia pulsional provocada pelo Id. Como todo substituto, assume a manifestação da fantasia para evitar desprazer, e seu sentido deve ser inconsciente para que possa existir.

Isto demonstra um lado forte do ego, posto que, é promotor da repressão, e também revela sua impotência diante do Id e da busca de satisfação de seus impulsos e fantasias – os quais são fenômenos mentais relacionados à pulsão. A fantasia que buscava satisfação, após o recalçamento, permanece presente na representação sintomática, existindo independente da organização egóica. O sintoma, por continuamente renovar as exigências de satisfação da fantasia, obriga o Ego a fazer a sinalização defensiva de desprazer.

Neste jogo conflitante de interesses, entre o Id e o Ego, a função do sintoma se legitima, simbolizando a “formação de compromisso” entre estas duas instâncias. A formação do mesmo representa tanto o triunfo da proibição quanto à possibilidade de satisfação. Como conseqüência disto, Freud (1916) comenta sobre o ganho secundário, para a vida anímica, e a decorrente resistência do paciente em se “desfazer” do sintoma. Logo, seria constituinte da formação sintomática o caráter contraditório de realização de desejo. Por um lado, o desejo do ego em proibir, e por outro, o desejo da realização da fantasia recalçada.

É preciso que o paciente sinta-se participante da situação desencadeadora de seu conflito/sintoma, para que ele se implique naquilo de que se queixa. No caso Dora, por exemplo, Freud conduz a paciente a refletir sobre sua responsabilidade em seu sofrimento, levando-a a perceber o quanto ela participava do mundo desordenado de seu pai, sobre o qual se queixava. Desta forma, retifica a posição de vítima da paciente, colocando-a em uma posição de responsabilidade frente a seu sintoma, podendo assim pedir ajuda para mudar. Surge então a pergunta clássica, que perpassa o processo psicoterapêutico e também deve perpassar nas entrevistas preliminares: qual é a participação do paciente em sua desordem (Neuburger, 1988; Rocha, 2000).

O sintoma na família teve sua primeira formulação na fase denominada de primeira Cibernética da abordagem sistêmica. Era compreendido como uma resposta disfuncional do sistema, devido ao processo de retroalimentação negativa, utilizado para o restabelecimento da homeostase. Nesta perspectiva, concebe-se o sintoma como *feedback* negativo. O trabalho do psicoterapeuta objetivava o desaparecimento deste último, aliviando as queixas do grupo familiar e buscando exclusivamente recompor a homeostase de maneira funcional (Calil, 1987; Romagnoli, 2004).

Na segunda Cibernética, a concepção sobre o sintoma é modificada. Ele deixa de ser o centro da condução do tratamento e passa a ser compreendido como um processo de *feedback* positivo. Ou seja, é considerado como uma conduta que provoca uma quebra nas normas e nos padrões repetitivos da família, os quais garantiam o equilíbrio rígido do sistema. Portanto, neste segundo momento, o sintoma é uma tentativa de produzir padrões alternativos ou novas estruturas interacionais em um sistema cristalizado, cuja organização não é promotora de saúde (Calil, 1987). O objetivo do tratamento, na segunda Cibernética, visa a auxiliar a família nesta tentativa de transformação, priorizando trabalhar os conflitos relacionais e procurando identificar as questões encobertas, para que conseqüentemente o sintoma desapareça.

Calil (1987) afirma que ao se desenvolver estas duas concepções distintas, na abordagem Sistêmica, sobre a função do sintoma familiar, evidencia-se a coexistência de dois contraditórios mecanismos do funcionamento familiar. O primeiro corresponderia à busca constante de manter o equilíbrio, sendo o sintoma uma forma defensiva de manutenção do mesmo. O segundo mecanismo seria a tendência à transformação, calcada na potencialidade de evolução do grupo. A autora ressalta a importância da complementação destes dois mecanismos para o entendimento da dinâmica familiar, afirmando que em determinados momentos do ciclo de vida um predominará mais que o outro.

A partir da integração destas noções, pode-se formular que o psicoterapeuta deverá trabalhar a potencialidade de crescimento e de criatividade do grupo, quando o padrão defensivo de homeostase não permitir a “dinamicidade” – como descrita por Picollo et al. (2003) – necessária nesta “constante”. Assim, uma atual concepção do sintoma familiar pode formar-se a partir da integração entre os processos de homeostasia e de transformação. Ou seja, considera-se que ao mesmo tempo em que o sintoma sinaliza um conflito e a necessidade de mudanças, ele também funciona como um estabilizador do equilíbrio familiar.

Dentro desta mesma perspectiva, Rabelo (2008) considera a existência do paradoxo na função do sintoma no grupo, representado pela coexistência entre a necessidade de se buscar modificações e a proibição de fazê-las. Considera-se estas duas facetas constituintes da função do mesmo, ressaltando a relevância de ser analisada a ambigüidade intrínseca à sua formação, na qual proibição e sinalização de mudança estão justapostos. Observa-se que tanto nas formulações sistêmicas de

Rabelo e de Calil e nas considerações Freudianas – sobre a formação e o sentido do sintoma – que existe um conflito de forças, qualificando um caráter contraditório da realização de desejo.

No caso da formação sintomática familiar coexiste o desejo de manter a harmonia idealizada, mas também o desejo de mudança. Considera-se possível pensar o sintoma familiar, dentro de sua especificidade, servindo ao aparelho psíquico grupal como uma “formação de compromisso” entre estes dois processos pertencentes à vida anímica do sistema.

3.2.

O paciente identificado: “ser” sintoma no grupo

Como foi descrito, será neste espaço compartilhado de identificações e de investimento, que o sintoma familiar se constituirá. No entanto, o mesmo, pode ser representado por um determinado membro da família, cristalizando seu papel de porta-sintoma, cuja relação sujeito-sintoma não ocorre pela correspondência de “tê-lo”, e sim de “sê-lo”.

Na visão de Neuburger (1988) o “ser” sintoma ocorre, quando o sujeito não possui uma identificação com o sintoma, mas quando é identificado pelo grupo como o próprio sintoma, sendo o portador da doença familiar, que se configura de forma imutável e partilhada por todos. Ser identificado como o sintoma é funcionar como o regulador da homeostase do sistema, e ao mesmo tempo, denunciar o sofrimento coletivo e não individual.

Pichon-Rivière denominava de “porta-voz”, o membro que funcionava como depositário da doença familiar. Em oposição aos pais e aos demais membros da família, que aparentemente se mostram sem sintomas, o paciente identificado é apresentado como o membro mais frágil, o único enfermo e o que precisa de ajuda. Contudo, é ele quem permite uma “psicoterapia sem perigo” aos outros membros familiares, tendo em vista, que a mudança psíquica é geralmente vista como ameaçadora.

Portanto, o sofrimento conjunto vem camuflado no sujeito-sintoma, o qual aparece como alvo na queixa inicial e como fator motivante para a busca de uma psicoterapia. Se o psicoterapeuta não tiver uma sensível escuta para a mensagem latente do grupo: “Todos nós sofremos e temos participação na manutenção disto”,

poderá reforçar a culpa depositada no paciente identificado. Além disso, trabalhará com o discurso a partir da noção linear de causalidade, mas que na verdade pertence ao processo de circularidade.

Quando a individualidade é atacada em nome do “todo”, o atendimento individual com o paciente identificado se mostrará parcialmente ineficaz, ou extremamente difícil, porque a mínima mudança individual implicará numa transformação grupal. Se a resistência do grupo diante desta transformação não for concomitantemente trabalhada, ele sabotará o trabalho psicoterapêutico. É preciso uma intensa reflexão por parte do clínico, sobre qual tratamento é mais indicado: uma psicoterapia individual ou de família?

Neuburger (1988) afirma que a indicação para a psicoterapia familiar deve ocorrer quando a lógica de pertencimento do grupo estiver calcada em um equilíbrio cristalizado. Dentro desta lógica, existe o membro que é o sintoma, mas que não se queixa e nem pede ajuda, enquanto a família demonstra o sofrimento e desespero, solicitando a ajuda. De acordo com este autor, ter uma escuta a partir da lógica da circularidade, e não da causalidade linear, é uma questão de ética. Em alguns casos, o psicoterapeuta pode se colocar numa posição de cegueira ao negar – ou não reconhecer – a importância de uma assistência familiar, pois o que está em perigo são os vínculos familiares e não apenas o estado emocional de um membro.

Como dispositivo técnico para a entrada na lógica circular, Eiguer (1980) ressalta as intervenções que acentuam as atitudes e contra-atitudes dos membros do grupo. O objetivo seria proporcionar a todos um conhecimento de seu estilo na interação grupal, instaurando “um intercâmbio, onde este reconhecimento possa transformar a passagem ao ato para a simbolização do sentimento de co-responsabilidade, o qual é totalmente negado pelos indivíduos no conflito” (p.22). Na visão do autor, estimular o contato conjunto com seus comportamentos interdependentes possibilita, em um momento *a posteriori*, explicitar as intenções inconscientes de provocar, debilitar, manipular o psiquismo do outro.

A função de sustentar a patologia coletiva pertence a qualquer configuração vincular, pois, para Kaës (2005), é necessária no “processo psíquico intersubjetivo” (p. 36). O autor formula que a função do porta-voz ou porta-sintoma é composta por duas dimensões determinantes, sob as quais o sujeito está submetido: a dimensão de um conjunto grupal e a intrapsíquica. A singularidade de Kaës sobre a

noção de porta-voz consiste, justamente, na interação entre estas duas dimensões para o estabelecimento do lugar de depositário. Esta é uma posição contrária a de Pichon-Rivière, pois Kaës supõe que haja a participação de um processo individual, e não somente dos processos de totalidade do grupo.

Apesar de descrever a complexa formação de porta-voz, buscando articular essas duas dimensões diferentes, Kaës procurou se estender teoricamente somente no aspecto da influência intrapsíquica, priorizando as razões próprias do sujeito de se posicionar como o sintoma.

Na clínica psicanalítica do grupo, coloquei em evidência que o lugar ocupado pelo *porta-voz* se situa nos pontos de amarração de três espaços: da fantasia, do discurso associativo e da estrutura intersubjetiva: no ponto em que se atam os lugares subjetivos de vários membros do grupo, que o *porta-voz* representa e de onde ele traz a fala. A análise dos processos associativos e da transferência em situação de grupo mostra que o *porta-voz* porta ele mesmo sua própria voz, cujo sentido é desconhecido dele através do que ele enuncia a um outro. (Käes, 2005, p. 44)

A partir da perspectiva deste autor, a função do paciente identificado no grupo corresponderia a de denunciar a doença familiar. Concomitantemente, a doença familiar, estaria correlacionada a sua própria patologia individual. Ao sustentar a fala do grupo, realiza-se também uma necessidade em sua estrutura psíquica. Com relação às circunstâncias que determinam a indicação de uma psicoterapia familiar, é possível conjecturar que, quando o intersubjetivo impossibilitar o intrapsíquico de “ter sua própria voz”, o grupo não permitirá que as mudanças ocorram pela individualidade. Será necessário trabalhar primeiramente o que é da ordem do intersubjetivo, para que os vínculos possam ser repensados e reconstruídos, sem a necessidade de funções fixas para a manutenção do equilíbrio do sistema.

O mesmo autor, também articula dois níveis diferentes da função de porta-voz, os quais foram denominados de modo metonímico e de metafórico. No primeiro, o paciente identificado é tratado como se fosse o grupo. Em outras palavras, apesar de ser na realidade uma parte do conjunto, é colocado no lugar do todo. Este modo metonímico estaria mais próximo de um funcionamento grupal psicótico, enquanto que, o metafórico se organiza por processos neuróticos. O

porta-sintoma representa os processos do grupo, mas não funciona de modo idêntico ao conjunto.

A formulação do pedido de ajuda, da iniciativa de tratamento, é engendrada pelo sintoma. Este é a porta de entrada para o início de uma psicoterapia. O sintoma, como um véu que esconde uma face, esconde as fantasias inconscientes, com as quais está profundamente ligado. O paciente deverá implicar-se na reflexão sobre a produção e a manutenção de seu sintoma, buscando compreender aquilo que se faz enigma e lhe causa desconforto.

Na clínica com famílias há especificidades, pois metaforicamente o “véu” é um membro da família, podendo ser colocado no lugar do todo ou apenas representar uma parte do mesmo. Se o psicoterapeuta não questionar: “Quem está sofrendo?”; “Quem precisa de ajuda neste momento?”, poderá cair no engodo de reforçar as resistências à mudança. Nesta especialidade é preciso refletir sobre o que é melhor para cada família que se apresenta no *setting*. Pensar, se ela poderá suportar o trabalho de decifração da mensagem oculta, e se tolerará a revelação da “face” encoberta.

Muitos autores (Stierlin et al., 1980; Neuburger, 1988; Arzeno, 1995; Kaës, 2005) enfatizam que a adesão ao tratamento dependerá da disposição do paciente para confrontar-se consigo mesmo, e assim demandar um trabalho psíquico. Há um consenso entre eles de que a demanda é algo decisivo para a implicação no tratamento, por isso a urgência de trabalhá-la já nas entrevistas preliminares; principalmente com famílias, que dificilmente se apresentam como pacientes.

3.3.

Demanda familiar compartilhada

Etimologicamente a palavra demanda origina-se do latim *demandare*, cujo significado é recomendar, entregar, confiar. Na língua portuguesa passou a significar a ação de ir em busca de, dirigir-se para ou requerer algo. Como termo significativo, a palavra é utilizada na área da psicologia clínica, mas também na área econômica e jurídica, cada uma determinando seu sentido de acordo com sua *práxis*. Na psicologia clínica não há uma formalização teórica sobre o termo, sendo muito mais uma noção pragmática, utilizada pelos psicoterapeutas ao se referirem

sobre o fator motivacional da procura de um paciente, de uma família ou de um casal para o início do tratamento.

Ao falar de fator motivacional, entra-se num campo de domínio tanto da consciência quanto do inconsciente. Para aprofundar esta idéia, torna-se necessário retomar as formulações das autoras Ocampo, Arzeno e Piccolo (2003) sobre motivo manifesto e motivo latente. Como já foi mencionado no primeiro capítulo, motivo manifesto corresponde ao fator consciente que mobilizou o consultante a procurar um tratamento. A roupagem da queixa inicial é, portanto, composta pelo motivo centrado no sintoma.

De acordo com Rocha (1990) é preciso que haja o desejo de compreender o significado do sintoma e que, inconscientemente, o paciente saiba que este significado, ainda incompreensível, esteja no fundo de si mesmo. Diante do incompreensível o sujeito busca um interlocutor, o psicoterapeuta, para entender aquilo que se faz enigma. Isto se correlaciona ao motivo latente, que corresponderia ao conteúdo ainda inconsciente encoberto pelo sintoma, aquilo que ainda é estranho e que demanda ser desvendado.

Na visão de Rocha, o período de entrevistas permite ao psicoterapeuta “situar-se diante do tipo de demanda que lhe faz o entrevistado” (p.30). Entende-se a afirmação de “situar-se” referente ao trabalho de compreensão e de elucidação do motivo latente, junto com o qual há o desejo de transformação psíquica. Contudo, este desejo apresenta-se ambivalente, pois a transformação psíquica pode ser vivenciada como uma ameaça, na medida em que o sintoma foi a “solução” encontrada pelo aparelho psíquico para sobreviver ao conflito (Rocha, 2000).

A primeira entrevista é um momento de emissão da queixa, a qual não deve ser considerada como a única verdade conflitiva do psiquismo. Esta verdade será elucidada no decorrer das demais entrevistas. O eixo do trabalho inicial, neste período de avaliação, é acolher a queixa e colocá-la em movimento, para que haja a passagem da queixa sintomática para a demanda composta por fantasias e afetos inconscientes. Acolher o sintoma é necessário, pois ele será o sinalizador do caminho que se deve trilhar para alcançar a enunciação dos conteúdos latentes. No entanto, considerá-lo como único mal-estar da família é cair no engano de eliminá-lo sem tratar da doença compartilhada que o alimenta.

Mannoni (1965) afirma que o psicoterapeuta irá ajudar a família a articular sua demanda, constituindo-a em palavras, a partir da história familiar de origem. A

autora constantemente se perguntava em seus atendimentos com crianças: “O que há de não comunicável em palavras que se transforma em sintoma?” (p.45). O fundamental, portanto, não é dar significado aos transtornos e sim ao mundo inconsciente do sistema familiar. Cabe ao psicoterapeuta, não levar ao “pé da letra” a queixa, para poder ter acesso à dinâmica familiar que permanece oculta e imobilizada no sintoma do paciente identificado.

A demanda familiar compartilhada envolve as fantasias compartilhadas no “espaço psíquico familiar”, conceituado por Kaës (2005). Ao colocar em movimento a queixa sintomática inicial, abre-se um espaço no discurso para que os conteúdos da interfantasmática possam advir. Portanto, este colocar em movimento permite a retificação da posição daqueles que se dizem “inocentes”, para entrarem num discurso de participantes, diluindo assim o discurso culpabilizante e dissociado.

Eiguer (1985) ressalta que o tipo de posicionamento familiar, diante do sofrimento conjunto, dará uma tonalidade específica ao trabalho realizado nas entrevistas preliminares. O manejo do psicoterapeuta, ao trabalhar a demanda compartilhada, dependerá da singularidade de cada grupo. As famílias, em que os membros reconhecem e se responsabilizam pelo sofrimento conjunto, se diferenciam das que recorrem à negação e à cisão para enfrentar o mesmo. O sentimento de responsabilidade na família é, portanto, um indicador de qualidade da saúde psíquica familiar.

Segundo Box (1994), as famílias que recorrem a mecanismos de defesa primitivos, como por exemplo, a negação e a cisão, possuem uma precária tolerância à ansiedade paranóide, levando em alguns casos a perceberem o clínico como objeto perseguidor. Este último, por sua vez, contratransferencialmente poderá sentir-se impedido de anunciar as disfunções do grupo, devido ao receio de provocar reações impulsivas e/ou violentas, destruindo qualquer possibilidade de vinculação ao tratamento.

Muitas famílias, por sentirem-se frágeis emocionalmente, desenvolvem defesas tão intensas, que os impedem de elaborar as interpretações do psicoterapeuta, e, até mesmo, de se responsabilizarem pela sintomática do conjunto. Lemaire (2007) formula que a mobilização de defesas muito rígidas para a sobrevivência do grupo acontece devido ao receio conjunto de que haja um colapso.

O colapso familiar corresponde ao medo muito profundo de que “si” familiar seja aniquilado que, por conseguinte, destruiria o sentimento de pertença e o mundo interno do grupo que este *organizador* (Eiguer, 1995) constitui. Nesses casos, em que há o receio do colapso, Lemaire (2007) destaca a presença da indiferenciação, do ataque ao pensamento e do ataque aos vínculos. O ataque aos vínculos pode ser entendido como produto de uma relação sádica, a qual é considerada preferível, pois representaria a existência de algum tipo de investimento, sendo melhor do que cair no abismo do rompimento vincular.

Ainda dentro das ressalvas de Lemaire, ele observa que estas famílias criam um funcionamento paradoxal, pois querem aliviar a angústia, e acabam procurando um tratamento, mas atacam qualquer possibilidade de elaboração simbólica dos conflitos e dos traumas. Elaborar estas questões seria re-evocar a experiência traumática, e assim modificar a organização dos vínculos, aproximando da iniciação do processo de indiferenciação.

Em vista disso, a criação, ou não, da demanda familiar compartilhada, no período de entrevista, é significativa para a formulação do diagnóstico e do prognóstico familiar. Pois corresponderia à disponibilidade interna do grupo para elaborar e transformar seus conflitos. O questionamento, sobre a capacidade de uma família para construir a demanda compartilhada, precisa ser constante no período de avaliação, pois este é um fator determinante para o manejo do caso.

Stierlin et al. (1980) ressaltam que o psicoterapeuta precisa reconhecer e mobilizar os recursos improdutivos no conjunto familiar, os quais abrangem a falta de disposição para a ação, a ambivalência do desejo de confrontar-se com os conflitos familiares e a dificuldade de suportar a realidade. Entende-se que o psicoterapeuta familiar deva explicitar estas dificuldades à família, enfatizando que as mudanças dependem deles mesmos.

Para Eiguer (1985), na psicoterapia de família a ambivalência é mais clara e inflamada do que na psicoterapia individual, devido à presença de discordâncias entre os membros do grupo com relação a querer, ou não, o tratamento. Como mencionado, em parte, a família quer que ocorra a mudança, porém a teme e resiste. Em sua prática, Eiguer (1985) percebeu que o membro mais interessado, geralmente, dirige censuras violentas a outros, manifestando o interesse de ganhar a simpatia do clínico, a fim de conquistar um aliado. Espera que o psicoterapeuta

impressiona-se com sua disponibilidade ao tratamento, conseguindo encobrir sua posição de também participante do problema.

Embora, no início das entrevistas, alguns dos membros familiares afirmem saber a razão de estarem ali presentes, questionam a importância de sua presença, por pensarem que não são os provocadores do conflito. Além disso, alguns discordam dos motivos da consulta e dos objetivos psicoterapêuticos a serem estabelecidos. Stierlin et al. (1980) sugerem que, em casos de divergência intensa sobre os conflitos familiares, deve-se ao menos salientar a impossibilidade de construir interesses e motivações comuns a todos, não sendo possível construir nenhum acordo compartilhado.

Eiguer (1985) também põe em foco o delicado manejo clínico diante deste antagonismo no discurso do grupo, pois cada membro familiar possui suas motivações e seus objetivos próprios. De acordo com o autor, “na perspectiva de cada um, a demanda de tratamento nunca é a mesma” (p.115). Levando em consideração a noção de demanda compartilhada neste trabalho, entende-se a incompatibilidade da demanda individual, mencionada pelo autor, como uma aparente diferenciação. Na verdade o antagonismo no discurso familiar está enredado às questões intersubjetivas. O próprio Eiguer ressalta que, apesar do antagonismo aparente, há uma interação subjacente entre as defesas e os desejos do conjunto.

Eiguer (1980) compara as intervenções do psicoterapeuta, nesta etapa inicial, às intervenções de um diplomata. Este último lida com conflitos irreduzíveis entre nações, buscando promover acordos que não deixam nenhuma das partes totalmente satisfeitas. Mas, apesar da insatisfação, no final da negociação existe uma sensação de conformidade, posto que ambas não alcançaram o “pedido inicial” individual.

Alguns teóricos afirmam ser ilusório obter um acordo comum familiar como objetivo de tratamento. A elucidação da demanda familiar compartilhada está longe de definir-se como a construção de um acordo comum. Refere-se à elucidação de questões profundas, e que retroalimentam a dinâmica familiar. Uma parcial insatisfação com o tratamento existirá, porque como na negociação diplomática, não será atendido o pedido de somente aliviar a angústia, sem elaborar o que adocece. As intervenções iniciais do psicoterapeuta visam à

realização de uma transformação da posição de vítima da família, para uma posição de implicação.

Sugere-se a realização de um trabalho com estes conteúdos compartilhados, de modo que se abra um caminho de elaboração e de transformação dos mesmos, na medida em que os encontros progridem e se viabiliza um espaço de vinculação. Por meio deste espaço, o grupo começa a compreender que a ação de cada membro produz um efeito no conjunto, entrando na lógica da circularidade para gerar o sentimento de responsabilidade compartilhada.

Inferre-se que o trabalho de construção da demanda familiar compartilhada caracteriza a especificidade do início de um atendimento de família, o qual é permeado pela circularidade do discurso e das fantasias. Cypel (2002) define que a narrativa de um membro do grupo serve como estímulo para as associações de idéias dos outros, produzindo uma cadeia associativa familiar, que dará o significado inconsciente.

Evidentemente, que o trabalho de enunciação dos conteúdos latentes, e conseqüentemente, de construção da demanda familiar compartilhada, não são tarefas fáceis, nem mesmo delimitadas às entrevistas preliminares. Mesmo porque isto seria um pensamento onipotente, considerar que nas entrevistas preliminares todas as questões viessem à tona. Elas emergirão ao longo do tratamento, determinadas pelo *timing* da família. Mas, para tal, é preciso, já desde o início ser criado uma abertura para a lógica da circularidade e da intersubjetividade

Defende-se a idéia de que, no período de avaliação, se for identificada uma intensa indiferenciação, uma não manifestação de sofrimento pelo paciente identificado, ou um latente temor ao colapso familiar, deve-se oferecer um acolhimento adequado à queixa, mas procurando investigar o conflito comum ao conjunto. Este trabalho levará os membros da família a perceber o quanto são participantes na produção do sofrimento e o quanto estão fragilizados como conjunto. Pode ser afirmado, a partir desta proposta de trabalho, que ela envolve uma questão ética e constitui um dos pilares da clínica com o sofrimento intersubjetivo. Principalmente, porque a iniciação da passagem da queixa para a demanda possibilita à família, como um todo, se vincular ao tratamento.